

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π. ΤΜΗΜΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΩΝ»**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Δρ. ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΖΑΠΡΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΝΑΝΟΥ- ΜΠΕΛΕΖΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε την Δρ. Σικελιανού Δέσποινα για την συνδρομή της, ως υπεύθυνη καθηγήτρια, στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Ευχαριστούμε θερμά την Κα .Κωστάκη Χαρά, τον Κ. Μαραγκό Βασίλη και τον Κ. Τζάμο Δημήτρη για τον πολύτιμο χρόνο που μας αφιέρωσαν αλλά και για τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό που μας παραχώρησαν.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τους γονείς μας για την υπομονή που έδειξαν απέναντι μας, αλλά και για την ηθική και οικονομική τους συμπαράσταση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Σελίδα

1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.2.ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	3
1.3.ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	4
1.4.Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	9
1.4.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ.....	9
1.4.2.Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΙΑΚΗ ΕΥΡΩΠΗ.....	15
1.4.3.Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ ΕΩΣ ΤΟ 19 ^Ο ΑΙΩΝΑ.....	21
1.4.4.Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1838-1955).....	23
1.4.4.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ (1833-1900).....	24
1.4.4.1.1.ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΤΗΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ.....	26
1.4.4.1.2.ΤΟ ΔΡΟΜΟΚΑΤΕΪΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ.....	28
1.4.5.Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΟ 1900 ΈΩΣ ΤΟ 1981.....	30
1.4.6.Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1980 ΕΩΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ).....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

2.1.Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	51
2.2.ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	58
2.3.Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ (ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ Leros I και Leros II).....	67
2.4.ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»(2001-2010).....	71
2.4.1.Η ΠΡΩΤΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».....	73
2.4.2.Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ.....	75
2.4.3.Η Β΄ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».....	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

3.1.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ..	90
3.2.ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	91
3.3.ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	93
3.4.ΟΙ ΕΝΔΙΑΜΕΣΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ.....	96
3.4.1.ΤΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	98
3.4.2.ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	100
3.4.3.ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΥΧΤΑΣ.....	102
3.4.4. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ /ΞΕΝΩΝΕΣ.....	108

3.4.5.ΜΟΝΑΔΕΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	114
3.4.6.ΚΙΝΗΤΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ.....	117
3.4.7.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	119
3.4.8.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΣΧΗ (SOCIAL CLUB).....	122
3.4.9.ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ.....	123
3.5.ΑΝΑΔΟΧΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ.....	124
3.6.ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.....	128
3.7.Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ.....	130
3.8.ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.....	133
3.9.Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	134

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

4.1.Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	140
4.2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ.....	143
4.3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ.....	144
4.4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	145
4.5.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	146

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

5.1. Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.....	156
5.2.ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	158

5.3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	164
(ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ)	
5.4. ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ.....	170

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

6.1.ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	173
6.2.Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΝΟΜΩΝ.....	180
6.3.ΒΑΘΜΙΔΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	184

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	187
----------------------	------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	189
--------------------------	------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.....	193
--	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	199
---------------------------	------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Κάτω από το πρίσμα των νέων αυτών δεδομένων, εισάγεται η έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Σκοπός αυτής είναι η συρρίκνωση ή και η κατάργηση της λειτουργίας των παραδοσιακών μεγάλων ψυχιατρείων, με την παράλληλη μετακίνηση των ψυχικά ασθενών από αυτά σε υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα με στόχο την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Έως σήμερα, στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έχουν δημιουργηθεί σε διάφορες περιοχές σε όλη την Ελλάδα τετρακόσιες μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (προστατευόμενα διαμερίσματα, ξενώνες, οικοτροφεία, κέντρα ημέρας κ.α.) που έχουν αναλάβει τη φροντίδα τριών χιλιάδων ψυχικά ασθενών. Σε αυτές οι πρώην ψυχιατρικοί ασθενείς ζουν με επιτυχία στην κοινότητα, με σαφώς βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας και ζωής σε σχέση με αυτή που είχαν στα ψυχιατρεία.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία η οποία αποτελεί μια βιβλιογραφική προσέγγιση στο θέμα της αποκατάστασης των χρόνιων

ψυχικά ασθενών και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα αναφέρονται κυρίως η διαδικασία, οι μέθοδοι, οι υπηρεσίες και τα προγράμματα που αποσκοπούν στην πραγματοποίηση των σκοπών αυτών.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθεται η ιστορική ανασκόπηση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα και τον διεθνή χώρο από την αρχαιότητα έως και σήμερα

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται η θεωρητική προσέγγιση και ανάλυση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με ορόσημο την παρέμβαση στη Λέρο καθώς επίσης την δημιουργία και εξέλιξη του προγράμματος Ψυχαργός.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά των ενδιάμεσων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, των προγραμμάτων και λειτουργιών τους

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η συμβολή και ο ρόλος της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας στις μονάδες ψυχιατρικής αποκατάστασης (ο ρόλος του ψυχιάτρου, του κλινικού ψυχολόγου, του ψυχιατρικού νοσηλευτή και του κοινωνικού λειτουργού)

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται συγκριτική θεώρηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη, με βάση τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών για το συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο.

Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθενται οι αξιολογήσεις και οι εκτιμήσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρονίων ψυχικά πασχόντων.

Τέλος στο **έβδομο κεφάλαιο** διατυπώνονται τα συμπεράσματα και στο **όγδοο** εισηγήσεις και προτάσεις σχετικά με το θέμα της ψυχιατρικής αποκατάστασης και μεταρρύθμισης και γίνονται προτάσεις για την αναβάθμιση και την ένταξη των ψυχικά ασθενών στην Κοινότητα.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η θεωρητική προσέγγιση της έννοιας και των στοιχείων της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, με στόχο την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Συγκεκριμένα μελετήθηκαν:

- i. Οι ιστορικές φάσεις της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα και το εξωτερικό μέχρι και τις σύγχρονες εναλλακτικές μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης και παρακολούθησης των χρόνιων ψυχικά ασθενών.
- ii. Η έννοια της κοινοτικής ψυχιατρικής και οι παρεμβάσεις αυτής σύμφωνα με τις αρχές της.
- iii. Οι δομές και οι υπηρεσίες εναλλακτικής ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά πασχόντων καθώς και του ρόλου της διεπαγγελματικής ομάδας των επιστημόνων ψυχικής υγείας.
- iv. Οι αξιολογήσεις και οι εκτιμήσεις των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικές μελέτες.

1.3.ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

i. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πρέπει να επέρχεται μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα. Η μεταρρύθμιση αφορά το νομικό, οργανωτικό, διοικητικό και διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών και πρέπει να είναι προϊόν ιδεολογικών ζυμώσεων, αναζητήσεων και προτάσεων από τη βάση και όχι από το αποτέλεσμα κυβερνητικών επιλογών (Μαδιανός, 1994).

ii. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελεί συνδυασμό της θεωρίας της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, της πρόληψης της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής και των πρακτικών εφαρμογών στην Κοινότητα. Ο ορισμός που δόθηκε το 1956 από το τμήμα Κοινωνικής και Κοινωνικής ψυχιατρικής της σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Κολούμπια της Νέας Υόρκης και αναφέρεται στο συσχετισμό που υπήρχε μεταξύ Κοινωνικής ψυχιατρικής και Κοινωνικής ψυχιατρικής εκείνη την περίοδο, έχει ως εξής : « ο όρος

κοινοτική ψυχιατρική αναφέρετε σε μία υποειδικότητα της ψυχιατρικής ειδικότητας ως υποειδικότητα βασίζεται στη κλινική ψυχιατρική αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρώστιας. Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων, μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού του κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Η κοινοτική ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στη θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών»(Μαδιανός, 2000)

iii. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τους ψυχικά και σωματικά ασθενείς να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή τις συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας. (Συμβούλιο της Ευρώπης, 1985)

iv. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΙΣΜΑ

Ο όρος αυτός δηλώνει τον τρόπο που βλέπει ο φροντιστής και κατανοεί το υλικό της θεραπείας και την φροντίδα που δείχνει για τον άρρωστο του. Είναι η οπτική γωνία υπό την οποία ο φροντιστής, θα δει, θα

ρυθμίσει κατά το δυνατόν την βαθύτερη ασυνείδητη στάση του, την αντοχή του στις αποστερήσεις και θα δώσει την όσο το δυνατόν περισσότερο προσαρμοσμένη απάντηση του στην εξωτερική πραγματικότητα. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

v. ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ως χρόνια ψυχική νόσο, ορίζουμε μια χρόνια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μακρά διάρκεια, συχνές υποτροπές σε μακρύ χρονικό διάστημα και συχνά από μια προοδευτική και βραδεία επιδείνωση. (Μαδιανός, 1994)

vi. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η ψυχαναλυτική διαδικασία, αναφέρεται αφ' ενός μεν στις φάσεις και στην πορεία της θεραπείας και αφ' ετέρου στη στάση του φροντιστή. Αφορά δε, τόσο τη συνεχή διαπλοκή στην συναισθηματική σχέση με τον άρρωστο, όσο και στην εξελικτική πορεία και αλληλεπίδραση αυτής της σχέσης που θα οδηγήσει στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

vii. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Ορίζεται η θεραπεία που εφαρμόζει διάφορες τεχνικές που συνδέονται ή προέρχονται από τη θεωρία της μάθησης, με στόχο να

τροποποιήσει συγκεκριμένες απροσάρμοστες συμπεριφορές. (Patterson, 1973)

viii. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Με τον όρο κοινωνικές δεξιότητες εννοούμε ικανότητες και δεξιότητες οι οποίες μας βοηθούν να ανταπεξέλθουμε στην καθημερινή επικοινωνία μας με άλλους τρόπους που είναι κατάλληλοι κοινωνικά καθιερωμένοι και αποδεκτοί. Όταν μιλάμε για εκπαίδευση σε αυτές τις δεξιότητες (σε ατομική συνήθως βάση) τότε εννοούμε την ανάπτυξη και ενίσχυση τους μέσω μιας συμπεριφοριστικής εκπαιδευτικής διαδικασίας αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων των πελατών.(Μάτσα, 2001)

ix. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ψυχική υγεία. Είναι μια κατάσταση ισορροπίας και εσωτερικής αρμονίας, στην οποία ένα άτομο είναι ικανό να λειτουργεί άνετα μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον και να πετυχαίνει εξίσου καλά σε όλους τους τομείς της ζωής του.(Μαδιανός, 1987).

x. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Ως ψυχική υγιεινή, αναφέρονται οι συνθήκες και οι πρακτικές που συντελούν στην εγκατάσταση και διατήρηση της ψυχικής υγείας. Είναι η πρακτική προσπάθεια πρόληψης και πρόωξης θεραπείας των ψυχικών νόσων. (Μάνος, 1987).

xi. ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ

Με τον όρο «εθελοντές» εννοούμε άτομα, κατοίκους της κοινότητας που πλαισιώνουν το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και που προσφέρουν τις υπηρεσίες και την βοήθειά τους στα προγράμματα του Κέντρου χωρίς αμοιβή. Το μορφωτικό τους επίπεδο μπορεί να ποικίλλει. Επίσης με τις ειδικές γνώσεις τους πάνω σε διάφορους τομείς μπορούν να προσφέρουν ακόμα μεγαλύτερο έργο στην αποκατάσταση των ασθενών, όπως για παράδειγμα συμμετοχή σε προγράμματα κηπουρικής, ξυλουργικής κ.τ.λ. που εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία. (Μαδιανός, 1998)

xii. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

Τα προστατευμένα διαμερίσματα είναι νοικιασμένα διαμερίσματα τα οποία πληρώνονται από την πολιτεία και στα οποία διαμένουν ασθενείς οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να λειτουργήσουν στην κοινότητα. Η εποπτεία στα προστατευμένα διαμερίσματα είναι περιορισμένη.(Giddens, 1993)

Ταυτόχρονα συνδέονται με το δίκτυο των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και έτσι οι ανάγκες των ασθενών εξυπηρετούνται από τα εξωτερικά ιατρεία της κοινότητας, τις υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. (Παπαδάτος και συν.,1998)

xiii. ΞΕΝΩΝΑΣ

Ο Ξενώνας είναι μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα , για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σε έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. (Στυλιανίδης, 2001)

1.4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.4.1. Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Κατά τους ελληνικούς μυθολογικούς χρόνους, επικρατούν πρωτόγονες αντιλήψεις για τη θεϊκή ή ημιθεϊκή προέλευση των ψυχικών νοσημάτων. Παράλληλα όμως εμφανίζονται στοιχεία ιατρικής αντίληψης,

απαλλαγμένης από μαγικά ή ιερατικά στοιχεία, κυρίως κατά την ομηρική εποχή. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Προς το τέλος του 6^{ου} π.χ. αι., τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού. Ο Ασκληπιός ήταν φημισμένος θεραπευτής από τους ομηρικούς χρόνους που έγινε δεκτός στο πάνθεον των θεών του Ολύμπου.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Τα Ασκληπιεία ήταν κατεξοχήν θρησκευτικά ιδρύματα, αφιερωμένα στον Ασκληπιό, που χρησιμοποιούνταν ως νοσοκομεία, άσυλα και θεραπευτήρια.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Η μυστική ιερατική ιατρική και ψυχιατρική ήταν ευρέως διαδεδομένη στην αρχαία Ελλάδα κατά τον 5^ο π.χ. αι., και η χρήση της εξακολούθησε να είναι κοινή ως και τον 5^ο μ. αι. Παράλληλα, κατά τη διάρκεια του 5^{ου} π.χ. αι., η ιατρική και η ψυχιατρική περνούν από το μαγικό-εμπειρικό στο επιστημονικό στάδιο, όπου κυριαρχεί ο ορθολογικός τρόπος ερμηνείας των κοινωνικών φαινομένων, καθώς και των φαινομένων της ψυχής .(Παπαδάτος και συν., 1998)

Στη μετάβαση αυτή πρωτοστατεί και αναπτύσσει τις θεωρίες του ο Ιπποκράτης, θεμελιώνοντας την επιστημονική ιατρική και ψυχιατρική. Διακηρύττει ότι όλες οι αρρώστιες οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή σε δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος αποτινάσσοντας τις, από τις μέχρι τότε δεισιδαιμονίες και δοξασίες.(Langsley, 1985)

Ακόμη, ο Ιπποκράτης περιγράφει τις βασικές ψυχικές διαταραχές, τις λεγόμενες φρενίτιδες, δίνοντας τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα, όπως υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια.(Langsley, 1985)

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, η ψυχική ασθένεια αποτελεί διαταραχή των «χυμών» του σώματος που προσδιορίζονται σε 4 (αίμα, λέμφος, κίτρινη

και μαύρη χολή), των οποίων η αναλογία χαρακτηρίζει με τη σειρά της τον ανθρώπινο χαρακτήρα (αιματώδης, λεμφικός, χολερικός).(Παπαδάτος και συν., 1998)

Την υλιστική προσέγγιση της ψυχικής νόσου συμπληρώνουν οι ορθολογικές απόψεις των σοφιστών του Αντιφώντα, του Αριστοτέλη, του Επίκουρου όπου αναδεικνύονται παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική κατάσταση του ατόμου, όπως το εξωτερικό περιβάλλον, ή σωματική υγεία και ευεξία, η απαλλαγή από τις μεταφυσικές φοβίες και η κατάκτηση των αληθινών γνώσεων για τη ζωή, το θάνατο και τη φυσική αιτία των πραγμάτων.(Παπαδάτος και συν., 1998)

Η συστηματοποιημένη ψυχολογία του Αριστοτέλη, δημιούργησε μια ακαδημαϊκή παράδοση που διατηρήθηκε ζωντανή ως τις μέρες μας. Ο Αριστοτέλης εισήγαγε τους όρους **σκέψη**, **θυμικό** και **βούληση** για να περιγράψει με τρόπο αναλυτικό τις ψυχικές λειτουργίες και τόνισε τη σημασία της μουσικής του κρασιού και της κάθαρσης για την αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών και ιδιαίτερα των μελαγχολιών.(Παπαδάτος και συν., 1998)

Στον αντίποδα των υλιστικών και ορθολογικών ιδεών για την προέλευση των ψυχιατρικών διαταραχών, βρίσκονται οι ιδέες του Πλάτωνα, των Πυθαγόρειων, των Επικούρειων και των Στωικών φιλοσόφων.(Παπαδάτος και συν., 1998)

Σύμφωνα με αυτές, οι ψυχικές διαταραχές δεν θεωρούνταν οργανικές παθήσεις, αλλά, ψυχικές. Η ψυχή, σύμφωνα με τη μυστικιστική αντίληψη είχε νοσήσει λόγω της απόσπασης της από το θείο και της προσκόλλησης της στην ύλη. Για την αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων πραγματοποιούνταν η θεραπεία της ψυχής με μεταφυσικές θεραπευτικές

μεθόδους που ήδη είχαν εμφανιστεί στο παρελθόν.(Παπαδάτος και συν., 1998)

Ο Πλάτων είχε στάση ιδεαλιστική και αντιεμπειρική ως προς τις ψυχικές διαταραχές. Υποστήριζε ότι αποτελούν ειδικές μα αναπόφευκτες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής που δεν έχουν ανάγκη από εξωτερικές αιτίες ή επιδράσεις για να υπάρχουν. Πίστευε ότι οι ιδέες και γενικά η αντίληψη που σχηματίζουμε για την πραγματικότητα πηγάζουν από μέσα μας και όχι από την εμπειρία, ότι έχουν δηλαδή φυλογενετική, μάλλον, παρά μια οντολογική προέλευση. Ως προς τα συναισθήματα, τα συσχέτισε με τη λειτουργία του εγκεφάλου και τις καρδιάς.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Στα συναισθήματα έδωσε μεγάλη σημασία και ο Εμπεδοκλής, ποιητής, φιλόσοφος και ανατόμος, λίγο αρχαιότερος του Πλάτωνα. Επικεντρώθηκε στον έρωτα και το μίσος και στην αδιάκοπη σύγκρουση τους, όπου και απέδωσε την ύπαρξη κάθε ζωής και γενικά, την ύπαρξη του κόσμου.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Διάδοχοι του Πλάτωνα υπήρξαν ο Επίκουρος και ο Ζήνων που δημιούργησαν δύο φιλοσοφικές σχολές τους Επικούρειους και τους Στωικούς, που υπογράμμισαν τη σημασία της εμπειρίας και των διαπροσωπικών σχέσεων για την ανάπτυξη του ψυχικού κόσμου, αμφισβητώντας τη φυλογενετική θεωρία του Πλάτωνα.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Στην Αλεξανδρινή εποχή, με την ψυχιατρική ασχολήθηκαν κυρίως οπαδοί της Ιπποκράτειας σκέψης και μαθητές του Αριστοτέλη. Το ελληνικό πνεύμα εισχώρησε στο ρωμαϊκό κράτος, όπου κυριαρχούσαν μυστικιστικές και μαγικοθρησκευτικές αντιλήψεις που επηρέασαν την ψυχιατρική. Σε γενικές γραμμές η ελληνορωμαϊκή εποχή, δεν έχει να επιδείξει σημαντικές προόδους ως προς την ψυχιατρική, πλην του έργου ορισμένων εξαιρέσεων,

όπως ήταν ο Ασκληπιάδης, ο Κικέρων, ο Αραιτέος, ο Σωρανός και ο Γαληνός.(Παπαδάτος και συν., 1998)

Ο Ασκληπιάδης, που φιλοσοφικά ανήκε στην Επικούρεια σχολή, ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε σε οξείες και χρόνιες καταστάσεις, ξεχωρίζοντας τις λειτουργικές ψυχώσεις από τις οργανικές διαταραχές που οφείλονται στον πυρετό και αναγνώρισε το ρόλο που διαδραματίζουν οι συγκινήσεις στη δημιουργία ψυχικών διαταραχών. Επιχείρησε να θεραπεύσει τους ψυχικά ασθενείς ηρεμώντας τους με ειδικές συσκευές, διαφόρων ειδών λουτρά και απαλή μουσική, καθότι θεωρούσε απαράδεκτη τη χρήση κελιών και σκοτεινών φυλακών όπου συνήθως έκλειναν τους ψυχικά ασθενείς, στην εποχή του (στα μέσα του 1^{ου} π.χ. αι.).(Παπαγεωργίου,1998)

Ο Ρωμαίος Στωικός φιλόσοφος Κικέρων, μαθητής του Ασκληπιάδη, περιέγραψε λεπτομερώς τα συναισθήματα ή πάθη, ξεχωρίζοντας ως ισχυρότερο τη σεξουαλική επιθυμία που αποκάλεσε λίμπιντο και πρωτοστάτησε στη μεταχείριση του όρου με την ψυχοπαθολογική του σημασία.(Παπαγεωργίου, 1998)

Ο Αραιτέος από την Καππαδοκία, στα τέλη του 1^{ου} αι. ασχολήθηκε με την υστερία και αντιτέθηκε στην επικρατούσα αντίληψη ότι η υστερία είναι νόσος που προσβάλλει μόνο τις γυναίκες. Επίσης περιέγραψε τις ψυχικές διαταραχές της γεροντικής ηλικίας, διαχώρισε τη σχιζοφρένεια από τη μανία και επιχείρησε να συνδέσει τη διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής με την εξέλιξη και την πρόγνωση της.(Παπαγεωργίου, 1998)

Στις αρχές της χριστιανικής εποχής, αναπτύσσεται η σχολή των μεθοδιστών ως αντίδραση στις δύο επικρατούσες ιατρικές ιδεολογίες με τους δογματιστές και τους εμπειριστές. «Κατά τους Δογματιστές ή

Ρασιοναλιστές, ήταν απαραίτητη η μελέτη της δομής και των λειτουργιών του σώματος για τη δημιουργία θεωρητικών αρχών ως προς την αιτιολογία μιας αρρώστιας, ενώ κατά τους εμπειριστές εκείνο που είχε σημασία ήταν η εμπειρία, το πείραμα και η μεταφορική ερμηνεία των φαινομένων. Οι Μεθοδιστές, όπως οι Εμπειριστές, δεν πίστευαν στη χρησιμότητα της ανατομίας και φυσιολογίας, και, απορρίπτοντας τη θεωρία των «χυμών» του Ιπποκράτη, υποστήριζαν την ιδέα της ατομικής δομής του σώματος και της αρρώστιας που είχαν αναπτύξει οι οπαδοί του Δημόκριτου.»(Χαρτοκόλλης, 1991)

Ο Σωράνος από την Έφεσο ανήκε στη σχολή των Μεθοδιστών. Χρησιμοποιούσε ανθρωπιστικές ψυχοθεραπευτικές μεθόδους αποφεύγοντας, όσο μπορούσε τη χρήση φαρμάκων και καταπιεστικών μέσων. Τόνισε την ατομικότητα του αρρώστου, υποδεικνύοντας ότι ο γιατρός πρέπει να βλέπει και να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως άνθρωπο που προσπαθεί να εξυπηρετήσει και όχι να ελέγξει ή να δυναστεύσει. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Ο Γαληνός γύρω στα 200 μ.Χ. ερμήνευσε με ψυχολογικό τρόπο τις ψυχικές παθήσεις και υποστήριξε ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται από την αρμονική σχέση τριών λειτουργιών του εγκεφάλου : του λογικού, του παράλογου και του αισθησιακού. Μπορεί να θεωρηθεί ως πρωτόγονος ψυχοσωματικής ιατρικής, καθότι υπογράμμισε τη σημασία των ψυχοπαθολογικών παραγόντων στη δημιουργία των σωματικών διαταραχών.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Γύρω στον 4^ο με 5^ο μ.Χ αι. ο Άγιος Αυγουστίνος προσφέρει στην ψυχολογία της ελληνορωμαϊκής εποχής τις παρατηρήσεις του πάνω στα φαινόμενα της μνήμης και του χρόνου. Στις ψυχιατρικές του ιδέες όμως

υπάρχουν έντονες προσμίξεις χριστιανικών και παγανιστικών δοξασιών, ανάμεσα στις οποίες και η πίστη στη δαιμονολογία, προοιωνίζοντας έτσι τις οπισθοδρομικές αντιλήψεις του μεσαίωνα.(Χαρτοκόλλης, 1991)

1.4.2. Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΙΑΚΗ ΕΥΡΩΠΗ

Η εποχή της Αναγέννησης, χαρακτηρίζεται από την ανατροπή του πνευματικού σκοταδισμού, του μεσαιωνικού σχολαστικισμού και του θρησκευτικού δογματισμού. Η τέχνη και η επιστήμη απελευθερώνονται από τη θεοκρατική αντίληψη, γίνονται ανθρωποκεντρικές και κυριαρχεί ένα κλίμα δημιουργικότητας και ενθουσιασμού για τη ζωή, τη μάθηση και την αρχαία Ελλάδα. Η Ιπποκρατική σκέψη συνδυάζεται με τις νεότερες πνευματικές κατακτήσεις και η πρώτη επανάσταση στην ψυχιατρική πραγματοποιείται με την κοινή παραδοχή ότι οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν παθολογικές καταστάσεις.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Πάραυτα, έως και τον 15^ο αι., η επικυριαρχία της εκκλησίας είναι εξαπλωμένη και της επιτρέπει να διαδραματίζει ένα θεμελιακό κοινωνικό και πολιτισμικό ρόλο. Η κωδικοποίηση της δαιμονολογίας πραγματοποιείται με το έργο δύο Γερμανών μοναχών, «το σφυρί των μαγισσών», των Γιόχαν Σπρένγκερ και Χάινριχ Κρέμερ. Το βιβλίο αυτό, αφού έλαβε την έγκριση του πάπα, του βασιλέα της Ρώμης και της θεολογικής σχολής του πανεπιστημίου της Κολωνίας, υιοθετήθηκε από την ιερή εξέταση ως ο επίσημος οδηγός αντιμετώπισης των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων.(Παπαδάτος και συν.1998)

Στο «σφυρί των μαγισσών» όπου είναι κυρίαρχη η μαγικοθρησκευτικές αντίληψη της ψυχικής διαταραχής και η αναγωγή της σε θρησκευτική αίρεση, τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές κατηγορούνται

ως αιρετικά και όργανα του διαβόλου. Το κυνήγι των μαγισσών, ιδιαίτερα στις χώρες τις βόρειας Ευρώπης αλλά και της βορειοαμερικανικής ηπείρου, τροφοδοτεί και στέλνει στην «πυρά» ένα μεγάλο αριθμό περιπτώσεων γυναικών που περιγράφονται ως μάγισσες, έως και της αρχές του 18^{ου} αι. (Παπαδάτος και συν. 1998)

Στην κωδικοποίηση της δαιμονολογίας και στο κυνήγι των μαγισσών αντιπαρατάχθηκε η πλειοψηφία των γιατρών της αναγέννησης, δημιουργώντας ένα κίνημα κατά της δαιμονολογίας στις αρχές του 16^{ου} αι. (Παπαδάτος και συν. 1998)

Σημαντικοί εκπρόσωποι του κινήματος αυτού είναι ο Ισπανός Χουάν Λούις Βωβές και ο Παράκελσος, που έδωσαν έμφαση στην ψυχοβιολογική οντότητα του ανθρώπου και στην ανάγκη για ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Λίγο πριν, ο γιατρός Χάινριχ Κορνήλιος Αγρίππας, που ήταν πολέμιος της αγυρτείας και της υποκρισίας των συναδέλφων του και της δαιμονολογίας, ήρθε σε σύγκρουση με την ιερά εξέταση και της κοσμικές αρχές. (Χαρτοκόλλης, 1998)

Ο πρώτος ψυχίατρος που ήταν μαθητής του Αγρίππα, ο Γιόχαν Βέζερ, στην προσπάθεια του να αντικρούσει το «σφυρί των μαγισσών», έγραψε το «τεχνάσματα των δαιμόνων». Το συγκεκριμένο σύγγραμμα είναι ένα πραγματικό εγχειρίδιο ψυχιατρικής, με λεπτομερείς περιγραφές ψυχιατρικών διαταραχών και συμπτωμάτων. Ο Βέζερ ήταν ο πρώτος που πρότεινε μια συστηματική ψυχολογική θεραπεία, όμως, η άμεση επίδραση του ήταν πολύ μικρή επειδή η καθολική εκκλησία απαγόρευσε τα συγγράμματα του ως και τις αρχές του 20^{ου} αι. (Χαρτοκόλλης, 1998).

Από τα μέσα του 16^{ου} αι., τίθενται οι βάσεις για τις κοσμοϊστορικές αλλαγές που θα αποτελέσουν την αφετηρία της σύγχρονης ιστορίας της ανθρωπότητας. Η Γαλλική επανάσταση αποτελεί ορόσημο των αλλαγών

αυτών με την ηγεμονία της ανερχόμενης αστικής τάξης, που έχει ως ιδεολογικό υπόβαθρο τον ανθρωπισμό και τον ορθολογισμό.(Χαρτοκόλλης, 1998)

Την εποχή του Διαφωτισμού, οι κατακτήσεις στο κοινωνικό και επιστημονικό πεδίο επενεργούν και στο χώρο της ψυχιατρικής. Η ψυχιατρική διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα και αναπτύσσονται ποικίλες κατευθύνσεις όπως η Νευρολογία, η Φρενολογία, ο Υπνωτισμός, η Περιγραφική ψυχιατρική, η Οργανική Ψυχιατρική και η Ψυχοδυναμική ψυχιατρική. (Χαρτοκόλλης, 1998)

Με τη Νευρολογία επιχειρήθηκε από ανατόμους και φυσιολόγους, με πρωτοστάτη τον Ντεκάρτ, η ανακάλυψη της οργανικής αιτιολογίας της ψυχικής αιτιολογίας της ψυχικής νόσου. Ως έδρα των ψυχικών λειτουργιών ορίστηκε το νευρικό σύστημα, το οποίο εξαρτώταν από τον εγκέφαλο. Οι υποχονδριακές και υστερικές παθήσεις κατά την περίοδο της γένεσης της νευρολογίας αντιμετωπιζόταν σαν παθήσεις των νεύρων. (Χαρτοκόλλης, 1998)

Η υστερία, που το 16^ο αι. είχε τη μορφή πανδημίας και τα υποτιθέμενα θύματα των μαγισσών, που στην πραγματικότητα ήταν θύματα της υστερίας, κινητοποίησαν (στις αρχές του 17^{ου} αι.) τους Άγγλους ιατρούς να δώσουν τη λύση του αινίγματος της υστερίας. Έτσι, οι γιατροί Έντουαρτ Τζόρντεν και Τόμας Στύντενχαμ, υποστήριξαν την ψυχοσωματική προέλευση της υστερίας και την αναγωγή της σε ψυχιατρική νόσο και εφάρμοσαν ερευνητικές προσπάθειες ως προς τη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών.(Χαρτοκόλλης, 1998)

Στα μέσα του 17^{ου} αι. η φιλοσοφική εταιρεία του Λονδίνου, κατόπιν θεραπευτικών πειραμάτων πάνω σε μελαγχολικούς ασθενείς, νοσηλεύομενους σε δημόσιο άσυλο, σκόπευε, με περιστροφικές καρέκλες

και ειδικές συσκευές ψυχρολουσίας, την απόσπαση της προσοχής του ασθενή από τις ψυχαναγκαστικές του ιδέες και τα ψυχωτικά του παραληρήματα. Παράλληλα όμως με αυτό, συνιστούσε ψυχαγωγικές εξόδους και δραστηριότητες, αντιμετώπιζε ψυχολογικά τη νόσο και τόνιζε τη σημασία της παραινέσεως της πειθούς, της επιχειρηματολογίας και του διαλόγου μεταξύ γιατρού και ασθενή, θέτοντας τα θεμέλια για τη θεραπεία του περιβάλλοντος (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο Αυστριακός Φράντς Μέσμερ εφάρμοσε τη μέθοδο του υπνωτισμού για τη διάγνωση και τη θεραπεία των υστερικών ασθενών, αφού είχε ανακαλύψει τον ζωικό μαγνητισμό, τη δύναμη δηλαδή της υποβολής, με την οποία κάποιος μπορεί να προκαλέσει σε κάποιον άλλο αλλοίωση της συνείδησης, ανάλογη με αυτήν που προκαλείται κατά τη διάρκεια του ύπνου και να τον πείσει να συμμορφωθεί με της οδηγίες του.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Λίγο αργότερα ήρθε στο προσκήνιο η Περιγραφική ψυχιατρική που αναπτύχθηκε στη Γαλλία. Βασικό γνώρισμα της είναι η έμφαση στη λεπτομερή και σαφή περιγραφή των συμπτωμάτων στη στενή σχέση ψυχιατρικής και νευρολογίας και στις νομικές πλευρές της ψυχιατρικής.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Εκπρόσωποι της περιγραφικής ψυχιατρικής είναι οι Γάλλοι ψυχίατροι Φίλιππος Πινέλ (ο οποίος πέρα της περιγραφικής του δεξιοτεχνίας στην ψυχιατρική νοσολογία είναι γνωστός και για τη μεταρρυθμιστική του δραστηριότητα γύρω από τη νοσοκομειακή περίθαλψη ψυχικά αρρώστων κατά τη Γαλλική Επανάσταση.) ,ο μαθητής του Πινέλ, Εσκιρόλ (ο πρώτος που έθεσε νομικούς κανονισμούς εισαγωγής ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία), ο μαθητής του Εσκιρόλ, Φαλρέ (επιδόθηκε στη μελέτη καταθλιπτικών διαταραχών που καταλήγουν σε αυτοκτονία και ασχολήθηκε με τη νοσοκομειακή περίθαλψη και νομοθεσία), ο Μορέλ (για

τον οποίο βασική αιτία όλων των ψυχικών διαταραχών ήταν ένας κληρονομικός εκφυλισμός) και ο Μανιάν (που μελέτησε τον αλκοολισμό και τον επέδωσε σε ένα κληρονομικό εκφυλιστικό παράγοντα). (Χαρτοκόλλης, 1991).

Στα τέλη του 18^{ου} αι., ο Αυστριακός Φράντς Γιόζεφ Γκάλ επιχείρησε να συνδέσει τις ανώτερες ψυχικές λειτουργίες και τις διαταραχές τους με συγκεκριμένες περιοχές του κεντρικού νευρικού συστήματος, μέσω της επινόησης μιας διαγνωστικής τοπογραφίας του εγκεφάλου που μπορούσε να επισημανθεί πάνω στην επιφάνεια του κρανίου. Σύμφωνα με το σύστημα του Γκάλ, που έγινε γνωστό ως φρενολογία, η υστερία εντοπίστηκε στην παρεγκεφαλίδα υποθετικό κέντρο του αισθησιακού έρωτα. Το παραπάνω σύστημα, αν και αποκηρύχθηκε από την κυβέρνηση της Βιέννης ως επικίνδυνο για τη θρησκεία, βρήκε θερμούς υποστηρικτές στην υπόλοιπη Ευρώπη καθώς και στη βόρειο Αμερική, όπου διατηρήθηκε ως τα τέλη του 19^{ου} αι. (Χαρτοκόλλης, 1991).

Γύρω στα μέσα του 19^{ου} αι., δημιουργείται ο κλάδος της Οργανικής Ψυχιατρικής στη Γερμανία. Ο Βίλχελμ Γκρίσινγκερ υπερασπίστηκε ότι η αιτιολογία συγκεκριμένων ασθενειών εντοπίζεται στη φυσιολογία του εγκεφάλου, διακηρύττοντας ότι οι ψυχικές νόσοι είναι οργανικές. Για τον κάπως νεότερο του Γκρίσινγκερ, Μόντσλεη, η ψυχιατρική δεν ήταν παρά νευροπαθολογία. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Ο Κρέπελιν, οπαδός της οργανικής ψυχιατρικής, με οξεία κλινική παρατηρητικότητα και βαθιά ανθρώπινη διάθεση, δημιούργησε ένα καινούριο διαγνωστικό σύστημα. Σύμφωνα με την ταξινόμηση του ανακατέταξε τις ψυχωτικές διαταραχές σε δυο μεγάλες κατηγορίες, τις μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις και την πρόιμη άνοια. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Ο όρος «πρώιμη άνοια» του Κρέπελιν, καταργείται από τον Γερμανοελβετό Ευγένιο Μπλόυερ και αντικαθίσταται από τον όρο «σχιζοφρένεια» το 1911. ο Μπλόυερ υποστηρίζει τις ψυχαναλυτικές ερμηνείες και δίνει μια ψυχοδυναμική εικόνα της σχιζοφρένειας απορρίπτοντας ταυτόχρονα την κληρονομικότητα της.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Ιδρυτής του ψυχαναλυτικού κινήματος και της ψυχοδυναμικής ψυχιατρικής ήταν ο Σίγκμουντ Φρόυντ. Έδειξε έντονο ενδιαφέρον για την ψυχοπαθολογία των νευρώσεων και την ψυχοθεραπεία και προσέφερε τόσο στην ψυχιατρική όσο και στον πολιτισμό του 20^{ου} αι., με την ανακάλυψη του ασυνείδητου, των μηχανισμών άμυνας, τη θεωρία διαμόρφωσης της προσωπικότητας μέσω συνειδητών και ασυνείδητων διαδικασιών, τον τρόπο ανίχνευσης του υποσυνείδητου με τη μέθοδο του ελεύθερου συνειρμού (ψυχανάλυση).(Χαρτοκόλλης, 1991)

Οι μαθητές του Φρόυντ συμπλήρωσαν τη θεωρία του και τη θεραπευτική εφαρμογή της αναπτύσσοντας τις αποκαλούμενες νεοφρουδικές θεωρίες, ενώ μια μερίδα αυτών όπως ο Κάρλ Γιούνγκ, ο Άλφρεντ Άντλερ, ο Όττο Ρανκ και η Κάρεν Χόρνει, ακολούθησαν αργότερα δικές τους, προσωπικές, κατευθύνσεις.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Ο Κάρλ Γιάσπερς και ο Λούντβιχ Μπίνσβανγκερ, εισήγαγαν την υπαρξιστική άποψη στην ψυχιατρική (όπου αμφισβητείται η παραδοσιακή ψυχιατρική και η αποτελεσματικότητα των ψυχοτρόπων φαρμάκων) και ο Μέγερ ίδρυσε τη σχολή της ψυχοβιολογίας, κατά την οποία οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι δυναμικές αντιδράσεις στις βιολογικές και κοινωνικές συνθήκες που διέπουν τη λειτουργία του οργανισμού. Ο Ιβάν Πέτροβιτς Παβλόφ, στήριξε τη θεωρία της μάθησης και ερμηνείας του σχηματισμού της προσωπικότητας και των ψυχοπαθολογικών της εκφράσεων στη μορφή

της ψυχικής ασθένειας, βασισμένος στις παρατηρήσεις του σχετικά με τα εξαρτημένα αντανακλαστικά.(Χαρτοκόλλης, 1998)

Οι ανακαλύψεις του Παβλόφ και οι απόψεις του Φρόντ αναδιέταξαν τις ανακαλύψεις για την ψυχική ασθένεια και αποτέλεσαν τη δεύτερη ψυχιατρική επανάσταση. Στη δεκαετία του 1950, παρατηρείται άλλη μία επανάσταση στην ψυχιατρική, η ψυχοφαρμακολογική. Λίγο αργότερα ανακαλύπτεται από τους Γάλλους Pierre Deniker και Jean Delay το πρώτο αντιψυχωτικό φάρμακο, η χλωροπρομαζίνη. Με την ανακάλυψη χημικών ουσιών με ειδική φαρμακολογική δραστηριότητα και την παράλληλη ανάπτυξη εργαστηριακών και κοινωνικών μεθόδων έρευνας, η ψυχιατρική κατευθύνθηκε ως μια ψυχοκοινωνιοβιολογική επιστήμη. (Χαρτοκόλλης, 1998)

1.4.3. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ ΕΩΣ ΤΟ 19^Ο ΑΙΩΝΑ.

Η πρώτη συστηματική μορφή ψυχιατρικής περίθαλψης εμφανίζεται περίπου το 13^ο με 14^ο μ.Χ αι. στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα στο Λονδίνο το 1247 ιδρύθηκε το Νοσοκομείο Βηθλεέμ, γνωστό ως Μπέντλαμ, που, από το 1377 περιέθαλπε ψυχικά ασθενείς. Έχοντας ως πρωταρχικό σκοπό την απαλλαγή της κοινωνίας από τους ψυχικά αρρώστους και ως δευτερεύοντα την προστασία και συντήρηση τους, ήταν λογικό να επικρατήσει η περιφρόνηση των αναγκών τους και η κερδοσκοπία. (Λειβαδίτης, 1993)

Το Μπέντλαμ που διατηρήθηκε για πολλούς αιώνες, απέκτησε τη φήμη ενός κακού ασύλου που κακομεταχειριζόταν και εκμεταλλευόταν οικονομικά τους ψυχικά ασθενείς, επιδεικνύοντας τους με εισιτήριο τις

Κυριακές σαν περίεργα ζώα σε θηριοτροφείο. Όσα ιδρύματα ή ιδιωτικά οικοτροφεία δημιουργηθήκαν από εύπορες οικογένειες για τους συγγενείς τους, είχε στο τέλος παρόμοια κατάληξη, καθότι αντανακλούσαν τις προκαταλήψεις της κοινωνίας για την ψυχική νόσο. (Λειβαδίτης, 1993).

Το 1586 ιδρύθηκε στο Παρίσι το πρώτο γενικό νοσοκομείο που δέχονταν ψυχικά ασθενείς. Μετά από μικρό χρονικό διάστημα δημιουργηθήκαν ανάλογα ιδρύματα σε όλη την Ευρώπη, τα οποία λειτουργούσαν αναμορφωτικά, ως ένας χώρος αναπαραγωγής όλων των «ιερών» αξιών, της οικογένειας και της εργασίας, που θεωρούνταν τα ιδανικά της εποχής. Η πλειοψηφία των ιδρυμάτων που δημιουργήθηκαν αποτελούσε ουσιαστικά απομονωτήρια και κάτεργα με σκοπό την εξάλειψη της επαιτείας. Συγκέντρωναν άνεργους, φτωχούς, ζητιάνους και απροσάρμοστους της κοινωνίας και τους υποχρέωναν να δουλέψουν σε αυτά. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Ο χώρος τέτοιων ιδρυμάτων, όπως των νοσοκομείων Μπισέτρ και της Σαλπετριέρ στο Παρίσι, χρησιμοποιήθηκαν στις αρχές του 19^{ου} αι. για την απομόνωση των τρελών και των συφιλιδικών. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Στην Αμερική το 1902, δημιουργείται στο Albany Hospital της Νέας Υόρκης η πρώτη ψυχιατρική μονάδα Γενικού Νοσοκομείου. Γενικά όμως, παρά τις όσες απόπειρες καλυτέρευσης της ψυχιατρικής περίθαλψης που πραγματοποιήθηκαν, η έλλειψη ουσιαστικής θεραπείας και ο περιορισμένος χώρος σε σχέση με το μεγάλο αριθμό ψυχικά ασθενών, που χρειάζονται νοσηλεία και ο μικρός, σχετικά, αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού, είχαν ως αποτέλεσμα τη επιδείνωση της κατάστασης των αρρώστων. (Χαρτοκόλλης, 1998)

1.4.4. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΦΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1838-1955).

Στον ελλαδικό χώρο τα πρώτα άσυλα ιδρύθηκαν σε συγκεκριμένους τόπους. Το πρώτο άσυλο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα, το 1838, από βρετανική διοίκηση επί του αρμοστή E. Douglas. Το άσυλο στεγάστηκε στους στάβλους του ιππικού στη συνοικία του Σαρόκκου της πόλης της Κέρκυρας. Πρώτος διευθυντής του χρημάτισε ο Hadway, Άγγλος γιατρός, με υποδιευθυντή τον Π. Ζαγκαρόλα. Από το 1876 μέχρι το 1887, ο διευθυντής του ψυχιατρείου υπήρξε ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, που είχε σπουδάσει ιατρική στην Ιταλία και ακολούθησε ουμανιστική προσέγγιση στην ψυχιατρική.(Παπαδάτος, 1998)

Το 1840 ιδρύθηκε στην Κεφαλλονιά, από τους Άγγλους, ένα άσυλο σε ένα στρατώνα κατά το πρότυπο της ίδρυσης του ασύλου της Κέρκυρας. Στη συνέχεια το 1885 λειτούργησε στη Μαγνησία ένα μικρό άσυλο για ψυχασθενείς. (Παπαδάτος, 1998)

Στην Κωνσταντινούπολη υπήρξε ένας αριθμός ιδρυμάτων που δεχόταν ψυχασθενείς. Στα μέσα του 16^{ου} αιώνα τοποθετείται η ίδρυση του νοσοκομείου του Γαλατά των Γεμιντζίδων, δηλαδή των ναυτικών, που δεχόταν ψυχασθενείς.(Παπαδάτος, 1998)

Το 1780 ιδρύθηκε το νοσοκομείο του Σταυροδρομίου, ενώ το 1839 ιδρύθηκε το νοσοκομείο του Επταπυργίου πάνω στα θεμέλια του παλιού ξύλινου νοσοκομείου που λειτούργησε από το 1739 και είχε καταστραφεί από πυρκαγιά. Οι λεγόμενοι «φρενόληπτοι» μεταφέρθηκαν το 1848 σε ειδικό κτίριο στο χώρο του νοσοκομείου.(Παπαδάτος, 1998)

Το 1855 ιδρύθηκε το άσυλο La Paix στην Κωνσταντινούπολη από καθολικές καλόγριες. Το 1748 ιδρύθηκε, από τους Χιώτες Μαυροκορδάτο

και Σεβαστόπουλο, το Γραικικό νοσοκομείο της Σμύρνης με τμήμα φρενοκομείου και ειδικό υδροθεραπευτήριο. Με δωρεά του Πέτρου Σκυλίτζη κτίστηκε το 1750-60 το νοσοκομείο στην πόλη της Χίου το οποίο ανακατασκευάστηκε μετά τους καταστροφικούς σεισμούς του 1881 και περιελάμβανε τμήμα ψυχασθενών το οποίο έπαψε να λειτουργεί το 1948. Στην Κωνσταντινούπολη, από πλευράς Οθωμανών, ιδρύθηκαν δύο φρενοκομεία το 1465 το νοσοκομείο του τζαμιού Φατίχ που είχε ιδρύσει ο Μωάμεθ Β και ήταν το πρώτο φρενοκομείο και το 1527 το δεύτερο που εγκαταστάθηκε στο νοσοκομείο του Τζαμιού του Σουλεϊμάν.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Το 1583 ιδρύθηκε, από τη Σουλτάνα Βαλιντέ, το ομώνυμο νοσοκομείο, ενώ το 1580 ιδρύθηκε το νοσοκομείο Τοπ Ταχί. Και τα δύο αυτά ιδρύματα δέχονται ψυχικά άρρωστους.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Στην Ανδριανούπολη ιδρύθηκε το 1485 από τον Βαγιαζήτ τον Β' ένα νοσοκομείο που δεχόταν ψυχικά αρρώστους. Στα άσυλα αυτά υπήρχε συνήθως μεικτός πληθυσμός, δηλαδή ψυχωτικοί, μανιακοί, μελαγχολικοί, αλκοολικοί, πόρνες, οργανικά γέροντες, άποροι ή ορφανοί νέοι. Οι πλούσιοι συνήθως πλήρωναν κάποιο νοσήλιο.(Χαρτοκόλλης, 1991)

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλάμβανε, κατά κανόνα, υδροθεραπεία με καταιονισμούς, χαμάμ ή μασάζ, καθήλωση με αλυσίδες από τα άκρα, τη μέση ή το λαιμό και ραβδισμούς ή μανδύα καθήλωσης για τους διεγερτικούς αρρώστους. Συχνά γινόταν χρήση αφαιμάξεων, των καθαρτικών και άλλων «ιαματικών» παρασκευασμάτων.(Χαρτοκόλλης, 1998)

1.4.4.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ (1833-1900)

Λίγα χρόνια μετά την ίδρυση του ελληνικού κράτους, τον Ιανουάριο του 1833, οργανώθηκε η πρώτη Υγειονομική Υπηρεσία, επρόκειτο για το υγειονομικό τμήμα ή Αστυνομία που άνηκε στη γραμματεία (Υπουργείο) των Εσωτερικών (3-4-1883, βασιλικό διάταγμα του Όθωνα) με πρώτο οργανωτή της υπηρεσίας το Βαυαρό γιατρό των ανακτόρων(Γουίτμπερ) witmper. Το 1914, το υγειονομικό τμήμα έγινε διεύθυνση δημόσιας υγείας, και δημόσιας αντιλήψεως (Ν. 516/1914) στο υπουργείο Εσωτερικών. Το 1917, η διεύθυνση μετατράπηκε σε αυτοτελές «Υπουργείο Περιθάλψεως και δημόσιας Αντιλήψεως»(ΒΔ 8/7/1917). Το 1922, μετά τη Μικρασιατική καταστροφή, συνέστη Υπουργείο Υγιεινής, πρόνοιας και αντιλήψεως, ενώ το 1928 δημιουργήθηκε Υφυπουργείο Υγιεινής το οποίο το 1929 μετατράπηκε σε αυτοτελές Υπουργείο Υγιεινής, όμως το 1932 καταργήθηκε και μετατράπηκε σε Γενική Διεύθυνση Υγιεινής στο Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και αντιλήψεως. Ακολούθησε μια σειρά συγχωνεύσεων και ανεξαρτητοποιήσεων κατά τα έτη 1935, 1936, 1940, 1945, 1952, 1964, 1967, 1968.(Μαδιανός, 1994)

Το πρώτο υγειονομικό νομοθέτημα ήταν ο γνωστός νόμος ΨΜΒ της 19/5/1862 « Περὶ φρενοκομείων» και ακολούθησε ο νόμος της 6/7/1872 για λωβοκομεία ή λεπροκομεία που ιδρύθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο.(Μαδιανός, 1994)

Ο νόμος της 19/5/1862 «περί συστάσεως φρενοκομείων» καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του αρρώστου στο ψυχιατρείο μετά από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα ή του επιτρόπου κτλ του αρρώστου. Ο δε Νομάρχης, Δήμαρχος και ο Αστυνομικός Διευθυντής ήταν υπεύθυνοι για την διοικητική διαδικασία του εγκλεισμού μετά από δικαστική απόφαση του Πρωτοδικείου.(Μαδιανός, 1994)

Ο Νομάρχης όφειλε να αναφέρει στον Υπουργό Υγείας κάθε εισαγωγή, αναστολή εξόδο ή απόλυση του αρρώστου μέσα σε 24 ώρες. Σε ανάλογο χρονικό διάστημα ο υπουργός είχα το δικαίωμα, με αιτιολογημένη απόφαση του, να εγκρίνει, να τροποποιήσει ή να ακυρώσει τις προηγούμενες αποφάσεις ή να απαιτήσει νέα γνωμάτευση. Σύμφωνα με το νόμο, την έξοδο του αρρώστου από το ίδρυμα μπορούσαν να ζητήσουν άμεσοι συγγενείς ή και λοιποί που είχαν οριστεί με δικαστικές πράξεις.(Μαδιανός, 1994)

Ο άρρωστος μπορούσε να εξέλθει του ιδρύματος μετά από εγγραφή βεβαίωση του αρμόδιου ψυχιάτρου. Τέλος, ο νόμος προέβλεπε την προσφυγή στο πρωτοδικείο με αίτημα την έξοδο του αρρώστου.(Μαδιανός, 1994)

1.4.4.1.1 ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΤΗΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας ιδρύθηκε το 1838 με διάταγμα του sir Edward Douglas, Βρετανού διοικητή των Ιόνιων Νήσων, ενώ ήδη από το 1836 είχαν αρχίσει να καταφθάνουν οι πρώτοι 8 άρρωστοι από την περιοχή της Κέρκυρας. Το 1839 εγκαινιάστηκε το ψυχιατρείο που είχε εγκατασταθεί στους στρατώνες του Βρετανικού στρατού στην τότε αγροτική τοποθεσία Άγιος Ρόκκος (Σαρόκκο). Όπως παραθέτουν οι Σιμάτης και Σουερέφ (1989), ο κυβερνήτης Douglas ανέφερε στο ιδρυτικό διάταγμα ότι: *«Καίτοι διατεθειμένοι να θεωρώμεν εν άσυλον δια τους φρενοβλαβείς μόνον ως τόπων καθείρξεως δι' εκείνα τα άθλια όντα τα οποία μένοντα εν ελευθερία θα διετάραττον την ησυχία της κοινωνίας και αγκαλά απασχολούμενος πάντοτε εις τον νούν αι ιδέαι κελιών και αλύσεων και εξ άλλου μέρους επειδή ημείς*

είμεθα εκ φύσεως ολίγον ευδιάθετοι να διαλεχθώμεν περί υποθέσεως τοσούτων θλιβεράς και οικτράς και μόλον τούτου φυσικόν το να μας ενδιαφέρει τα μέγιστα η κατάστασις των δυστύχων εκείνων, οίτινες ευρίσκονται κατάκλειστοι μεταξύ των τοίχων ενός τοιούτου αναγκαίου καταστήματος και τοιαύτην αλήθειαν πρέπει αναμφιβόλως να την αισθανθεί πας φιλόανθρωπος αναγνώστης.» (Μαδιανός, 1994)

Οι άρρωστοι γρήγορα αυξήθηκαν στους 65, ενώ οι πρώτοι γιατροί του ασύλου ήταν Βρετανοί. Ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης υπήρξε ο πρώτος Έλληνας γιατρός που ανέλαβε ως διευθυντής το 1874. Ουσιαστικά, το άσυλο της Κέρκυρας κάλυπτε τις ανάγκες όλης της τότε ελληνικής επικράτειας. Εκεί οι άρρωστοι διέμεναν σε άθλιες συνθήκες «αναμεμειγμένοι μετά των εξαμβλωμάτων της κοινωνίας, συνδιαιωμένοι μετά των ληστών και κακούργων....» (Τσιριγώτης, 1877- αναφέρεται από τους Σιμάτη και Σουερέφ, 1989).(Μαδιανός, 1994)

Ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης γεννήθηκε στην Κέρκυρα το 1841. Σπούδασε, από το 1860, ιατρική στην Πίζα της Ιταλίας όπου η επίδραση της ανθρωπιστικής ψυχιατρικής του chiarugi ήταν έντονη (Σιμάτης και Σουερέφ, 1989). Ο Τσιριγώτης θεωρείται ο πρώτος Έλληνας ψυχίατρος της σύγχρονης Ελλάδας. Διηύθυνε από το 1874 μέχρι το 1886 το φρενοκομείο της Κέρκυρας. Το 1878 επισκέφθηκε, μετά από απόφαση της τότε κυβέρνησης, ψυχιατρεία στην Ιταλία και με τις εμπειρίες αυτές άρχισε την αναδόμηση νέων κτιρίων το 1880. Πίστευε ότι το ψυχιατρείο δεν έπρεπε να είναι καγκελόφραχτο και έπρεπε να διαθέτει μικρή σχετικά δύναμη κρεβατιών, όχι περισσότερα των 300, καθώς και αρκετές εκτάσεις για να απασχολούνται οι άρρωστοι.(Μαδιανός, 1994)

Ο Τσιριγώτης ήταν μια πολύπλευρη και δημιουργική προσωπικότητα και είχε εφαρμόσει ανθρωπιστικής έμπνευσης θεραπευτικές

μεθόδους στο ψυχιατρείο της Κέρκυρας, όπως την εργοθεραπεία και τη λεγόμενη «ηθική θεραπεία» η οποία συνίστατο στην πατρική σχέση του αρρώστου με το γιατρό μέσα από το διάλογο και της παραινέσεις. Δημοσίευσε επίσης στατιστικές μελέτες γύρω διακίνηση του πληθυσμού του ασύλου, τα χαρακτηρίστηκα των νοσηλευόμενων και την εξέλιξη της νόσου. Ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης πέθανε το 1919 στην Αθήνα σε ηλικία 78 ετών.(Μαδιανός, 1994)

1.4.4.1.2. ΤΟ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ

Το δρομοκαΐτειο θεραπευτήριο ιδρύθηκε το 1887 μετά από δωρεά του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαΐτη (1805-1880), αξίας 800.000 γαλλικών φράγκων, με το όνομα «φρενοκομείο» Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου». Αξίζει να σημειωθεί ότι το ζεύγος είχε μια κόρη με νοητική υστέρηση. Στις 16/4/1882 συστάθηκε, με το ΦΕΚ 82/82, το «Εν Αθήναις Φιλανθρωπικό Καθίδρυμα Φρενοκομείο στη θέση Αγία Βαρβάρα του Δαφνίου σε έκταση 321 στρεμμάτων που παραχωρήθηκε από το κράτος. (Φαφαλιού, 1995)

Η επιθυμία των εκτελεστών της διαθήκης ήταν να ανεγερθεί σύγχρονο ψυχιατρείο, γι' αυτό κατέφυγαν στη βοήθεια του Γάλλου ψυχιάτρου Lunier, επίτιμου γενικού επιθεωρητή των διοικητικών υπηρεσιών του Υπουργείου Εσωτερικών της Γαλλίας, ο οποίος χρημάτισε τεχνικός σύμβουλος επί των κατασκευών. Το ίδρυμα θεμελιώθηκε το 1884 και εγκαινιάστηκε την 1/10/1887, με 4 νοσηλευτικά περίπτερα, με συνολικό αριθμό 110 κρεβατιών καθώς και με βοηθητικά κτίρια και υδροθεραπευτήριο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το Δρομοκαΐτειο απετέλεσε το χώρο στον οποίο άλλοι Χιώτες φιλάνθρωποι, όπως ο Συγγρός,

η Έ. Βενιζέλου, ο Α. Πάλλης, ο Κ. Σεβαστόπουλος, ο Π. Θεολόγος κ.α, δώριζαν σημαντικά ποσά για την κατασκευή περιπτέρων και τη γενικότερη ενίσχυση των δραστηριοτήτων του ιδρύματος.(Μαδιανός, 1994)

Οι πρώτοι γιατροί του ιδρύματος ήταν ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, που ήρθε από το ψυχιατρείο της Κέρκυρας, ο Μ. Κατσαράς, ο Μ. Γιαννήρης και ο Ι. Ζηλανάκης.(Μαδιανός, 1994)

Τσιριγώτης διηύθυνε το Δρομοκαΐτειο από το 1887 έως το 1903. διάδοχος του Τσιριγώτη υπήρξε ο γιατρός Μιχάλης Γιαννήρης (1865-1956) από τη Χίο, ο οποίος είχε σπουδάσει στη Γαλλία. Διηύθυνε το Δρομοκαΐτειο έως το 1942. είχε συγγράψει αρκετά έργα και πρωτότυπες μελέτες, όπως το *“Περί της νοσηλείας και περιθάλψεως των φρενοπαθών εν τοις φρενιαιτρείοις. Η κατ’ οίκον προς μόρφωσιν των νοσοκόμων, Περί των φρενοπαθών εν Ελλάδι κ.α”* (Μαδιανός, 1994)

Η σύγχρονη εποχή του Δρομοκαΐτειου αρχίζει από το 1948, όταν καταργήθηκαν τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και κάθε περιοριστικός δεσμός στη Γ΄ Κλινική από τον καθηγητή Γ. Λυκέτσο, ενώ από το 1953 καταργήθηκαν σταδιακά, οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων της κλινικής και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις, εξασφαλίστηκε επίσης ιδιωτικός χώρος για κάθε άρρωστο, οι δε τραπεζαρίες εξοπλίστηκαν με μικρά τραπέζια και καθίσματα αντί των πάγκων. Εφαρμόστηκαν, παράλληλα, κάποιες κοινωνιοθεραπευτικές μέθοδοι (ομαδική ψυχοθεραπεία, κοινωνική λέσχη, ποδοσφαιρικές συναντήσεις, ψυχόδραμα, παραστάσεις αρχαίου δράματος). (Μαδιανός, 1994)

Οι δραστηριότητες της Γ΄ Κλινικής συνδέθηκαν με κάποιες πρωτοποριακές, για την εποχή του 1960, κινήσεις όπως εκείνη της Εβδομάδας Ψυχικής Υγείας στην Αθήνα, που οργανώθηκε από τις 2 έως τις 8 Μαΐου 1962 από την Πανελλήνια Ένωση Ψυχικής Υγιεινής και απέβλεπε

στην εξοικείωση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας αλλά και με τους ίδιους τους ψυχικά άρρωστους, αξίζει να σημειωθεί ότι συνέχισε για χρόνια ένα παρόμοιο έργο με σχολές γονέων, διαλέξεις και άλλες δραστηριότητες.(Μαδιανός, 1994)

Οι προοδευτικές αυτές δραστηριότητες, δυστυχώς, παρέμειναν στο επίπεδο των προσωπικών επιτευγμάτων μιας μικρής ομάδας ειδικών, γιατί ίσως οι πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της εποχής εκείνης δεν επέτρεψαν την εξάπλωση τους σε άλλα ψυχιατρικά ιδρύματα. Εξαίρεση ίσως είναι η περίπτωση της Α' Κλινικής του Κ.Θ.Ψ.Π.Α. με διευθυντή τον Ν. Ρασσιδάκη, της οποίας η δομή και οι δραστηριότητες διέφεραν αισθητά από εκείνες άλλων τμημάτων του Κ.Θ.Ψ.Π.Α. Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλη τη χρονιότητα του πληθυσμού του Δρομοκαΐτειου και τις υποβαθμισμένες συνθήκες ορισμένων τμημάτων κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970, ελάχιστος αριθμός αρρώστων, συγκριτικά με άλλα ψυχιατρεία, μεταφέρθηκε στη Λέρο.(Μαδιανός, 1994)

Η δύναμη του Δρομοκαΐτειου ανερχόταν σε 880 κρεβάτια το 1988, το δε ιατρικό μόνιμο προσωπικό αυξήθηκε στα 29 άτομα. Το Δρομοκαΐτειο ανήκει από το 1986 (ΦΕΚ 12 τεύχος 1^ο 13/2/1986) στο Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας. Στο νοσοκομείο αυτό λειτουργεί σχολή ειδίκευσης στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική.(Μαδιανός, 1994)

1.4.5. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΟ 1900 ΜΕΧΡΙ ΤΟ 1981 (ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΦΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ)

Στις αρχές του 20ού αιώνα, η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας περιλάμβανε το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο σαν Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας, με 425 συνολικά κρεβάτια, και 8

μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, Σούδα (Κρήτης), Σύρο, Χίο, Λέσβο, και Κεφαλονιά, ενώ από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες 5 ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές που νομοθετικά δεν ρυθμιζόταν από τον Νόμο, αλλά αργότερα από τη νομοθεσία του 1923. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο (1905), που θεωρήθηκε από τον Μ. Γιαννήρη πρόδρομος του νοσοκομείου του Η. Rouselle στη Γαλλία και όπου νοσηλεύονταν οξεία και ελαφρά περιστατικά, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του άσylum, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, οι δε συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες.(Πλουμπίδης, 1981)

Η πανεπιστημιακή εκπαίδευση στην Ψυχιατρική, στα πρώτα χρόνια της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, περιλάμβανε τις παραδόσεις του Μ. Βενιζέλου, από το 1851 έως το 1861 και του Α. Βιτσάρη μετά το 1862. Ο καθηγητής Μ. Κατσαράς θεωρείται ο θεμελιωτής της διδασκαλίας της Νευρολογίας και της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα (1894-1928). Ο Μ. Κατσαράς οργάνωσε το Αιγινήτειο (1905) ως εκπαιδευτικό νοσοκομείο. Μέχρι το διαχωρισμό της έδρας της Ψυχιατρικής και της Νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, το 1964, διετέλεσαν καθηγητές οι Παμπούκης και Πατρίκιος. Όλοι οι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι που προαναφέρθηκαν ήταν οργανιστές με έντονη τη νευρολογική θεώρηση των ψυχικών νόσων. (Πλουμπίδης, 1981)

Στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και αργότερα στο Πανεπιστήμιο Αθηνών (1964-1968), ο καθηγητής Δ. Κουρέτας ήταν ο κύριος εκφραστής της Ψυχαναλυτικής Σχολής στη χώρα μας, χωρίς βέβαια να παύει να ασχολείται με το αντικείμενο της Νευρολογίας, μια που η έδρα ήταν κοινή (στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης).(Πλουμπίδης, 1981)

Στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύθηκε το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών απέναντι από τη μονή Δαφνίου. Οι Αυξανόμενες ανάγκες για

ψυχιατρική περίθαλψη, μέσα από τις κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις, τον εξαστισμό, την εκβιομηχάνιση, το μετασχηματισμό της ελληνικής οικογένειας από εκτεταμένη σε πυρηνική(πατέρας- μητέρα- παιδί) καθώς και η απουσία σχεδιασμού κρατικής πολιτικής είχαν αποτέλεσμα την προσθήκη εκατοντάδων κρεβατιών στα ήδη υπάρχοντα, με συνέπεια τη δημιουργία των σημερινών ψυχιατρείων που αποτελούν ένα υδροκεφαλικό σύστημα.(Πλουμπίδης, 1981)

Στις αρχές τις πρώτης δεκαετίας του αιώνα μας δημιουργείται στην Αθήνα η πρώτη εστία εγκλεισμού απόρων, ψυχικά αρρώστων. Συγκεκριμένα στα υπόγεια του Αστυνομικού Τμήματος Μεταγωγών Αθηνών στην περιοχή της Πλάκας. Το 1914 η εστία μεταφέρεται σε μια απομακρυσμένη τότε περιοχή, στο Μοσχάτο, όπου δημιουργείται το Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών το οποίο λειτουργεί μέχρι το 1919. Από κει οι έγκλειστοι, που διέμεναν σε άθλιες συνθήκες, μεταφέρθηκαν στην Αγία Ελεούσα της Καλλιθέας (Φιλανδριανός, 1977).

Το 1919 άρχισε να λειτουργεί, σε ένα εγκαταλελειμμένο κτίριο στην Αγία Ελεούσα της Καλλιθέας, ένα άσυλο χωρητικότητας 50 ατόμων που γρήγορα αυξήθηκαν στα 500. Το άσυλο αυτό ανήκε στο Υπουργείο Εσωτερικών αφού το Υπουργείο Πρόνοιας ιδρύθηκε μόλις το 1922 και είχε προσωπικό-φύλακες, μέλη της χωροφυλακής. Μετά την καταστροφή του 1922 αυξήθηκε ο πληθυσμός των εγκλειστων σε μεγάλο βαθμό. Το 1924 το άσυλο της Αγίας Ελεούσας θα μετονομαστεί σε Υγειονομικό Ίδρυμα υπό τον έλεγχο του νέου Υπουργείου Πρόνοιας. Τότε άρχισε και ένας υποτυπώδης διαχωρισμός των εγκλειστων σε εκείνους που είχαν ανάγκη ψυχιατρικής μέριμνας και σε εκείνους που δεν είχαν, ενώ άρχισε να παρέχεται κάποιου είδους θεραπευτική αγωγή, όπως δισκία βαρβιτουρικών,

βρωμιούχα άλατα, γλωράλη κ.α, για τους «ανήσυχους» αρρώστους ή αντισυφιλιδική θεραπεία για τους συφιλιδικούς. Το 1925 απαλλοτριώθηκαν τα πρώτα 50 στρέμματα για την ίδρυση του πρώτου κρατικού Ψυχιατρείου στην Αττική, βόρεια της περιοχής της Μονής του Δαφνίου, γνωστού και ως παλαιού χώρου «θεραπείας» ψυχασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μονή εκείτο στα ερείπια του ιερού ναού του Δαφνίου Απόλλωνα, του επονομαζόμενου Λοξία, προστάτη των ψυχασθενών κατά τους κλασσικούς χρόνους, όπως έχουμε ήδη αναφέρει προηγουμένως.(Φιλανδριανός, 1977)

Οι κατασκευαστικές εργασίες διήρκεσαν μέχρι το 1934, οπότε ολοκληρώθηκε η κατασκευή των πρώτων πέντε παραπηγμάτων με 25 κρεβάτια το καθένα. Εκεί μεταφέρθηκαν σιγά-σιγά όλοι οι έγκλειστοι του άσυλου της Αγίας Ελεούσας, όπου διέμεναν κάποιοι χρόνιοι «αζήτητοι» άρρωστοι, κάποιοι δηλαδή σαν κι αυτούς που ζούσαν στο ψυχιατρείο της Λέρου. Στις 21/2/1934 δημοσιεύτηκε ο Νόμος 6077/34 «Περί οργάνωσης των Δημοσίων Ψυχιατρείων». Αυτή ήταν μία πρώτη νομοθετική ρύθμιση της οργάνωσης της ψυχιατρικής νοσοκομειακής περίθαλψης της χώρας. Ο Νόμος αυτός προέβλεπε έναν εσωτερικό κανονισμό των ψυχιατρείων, την διαδικασία εκούσιας ή αναγκαστικής εισαγωγής και τη δομή της λειτουργίας ως προς το προσωπικό κάθε ειδικότητας. Μεταξύ 1934 και 1940 κατασκευάστηκαν τα τέσσερα πρώτα περίπτερα δύναμης 380 κρεβατιών, δημιουργήθηκαν χώροι απομόνωσης τεχνικών συνεργείων, μικροβιολογικό εργαστήριο, φαρμακείο και χειρουργείο, θυρωρείο, διοικητήριο και καφενείο. Τοποθετήθηκε σύστημα υδροδότησης και ηλεκτρισμού. Το 1934 νοσηλεύονταν εκεί 1.200 άτομα που αυξήθηκαν κατά 300 όταν αργότερα έκλεισε το άσυλο της Αγίας Ελεούσας. Την ίδια περίοδο καθιερώθηκε η χρήση ιστορικών μεθόδων στατιστικής ταξινόμησης. Το 1937 δημοσιεύτηκε ο νόμος 965/37 «Περί οργάνωσης των Δημοσίων και Υγειονομικών

Ιδρυμάτων» που ενίσχυσε τη νομική μορφή του Δαφνίου, ενώ ο οργανισμός του προσδιορίστηκε νομικά το 1955 (ΦΕΚ 137, 1/6/1955).(Πλουμπίδης, 1981)

Σύμφωνα με τον αναμορφωμένο οργανισμό του Δημοσίου Ψυχιατρείου Αθηνών, «σκοπός του είναι η ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη των ψυχικώς εν γένει νοσούντων, η καθιέρωση της προληπτικής ψυχιατρικής με ίδρυση εξωτερικού ψυχιατρικού ιατρείου και συμβουλευτικού ιατροπαιδαγωγικού σταθμού, η παρακολούθηση των εξερχόμενων του Ιδρύματος, η μόρφωση και η εξειδίκευση το επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η εκτέλεση ερευνητικών εις τον κλάδον της ψυχιατρικής και νευρολογίας».(Πλουμπίδης, 1981)

Από πλευράς θεραπευτικής εφαρμόστηκε, από το 1936, η ινσουλινική κωματοθεραπεία και αργότερα το ηλεκτροσόκ και η λοβοτομή, ενώ από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 γενικεύθηκε η χορήγηση χλωροπρομαζίνης και άλλων ψυχοφαρμάκων. Το 1956 ιδρύθηκε η Επιστημονική Ένωση των Νευροψυχιάτρων του Ιδρύματος και οργανώθηκαν, η κοινωνική υπηρεσία, τα ψυχολογικά και ηλεκτροεγκεφαλογραφικά εργαστήρια, η «απασχολησιοθεραπεία» και το τμήμα φυσιοθεραπείας. Στη δεκαετία του 1980 το Ψυχιατρείο είχε 23 βασικά περίπτερα νοσηλείας στα οποία προστέθηκαν, με τα προγράμματα του Κανονισμού 815/84, το τμήμα Οξέων Περιστατικών, το τμήμα Βραχείας Νοσηλείας και το νέο Ψυχογηριατρικό. Χαρακτηριστική είναι η συχνή αλλαγή της ονομασίας του Ψυχιατρείου, έτσι, από Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, μετονομάστηκε σε Γενικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών το 1955, σε Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών (ΒΔ 784 21/10/1965) και σχετικά πρόσφατα, σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής του Ε.Κ (Πλουμπίδης, 1981)

Με το τέλος της τραγικής δεκαετίας του '40, τα υπάρχοντα τότε ψυχιατρεία βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη από νοσηλευόμενους σε άθλιες συνθήκες, κάθε κρεβάτι π.χ, φιλοξενούσε δύο άτομα κ.λπ. Η αποσυμφόρηση των ασύλων ήρθε, κατά συνέπεια, ως επιτακτική ανάγκη. Το 1957 διαμορφώθηκε η ιδέα, από κρατικούς ψυχιάτρους, να μετατραπούν τα άδεια κτίρια του Ιταλικού Ναυαρχείου στη Λέρο σε μία αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόληση τους σε γεωργικές ασχολίες, η ιδέα αυτή βρήκε τη σύμφωνη γνώμη του Ελβετού ψυχιάτρου Repond που διηύθυνε μία αγροτική αποικία με ψυχικά αρρώστους.(Μαδιανός, 1994)

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου ιδρύθηκε με τα Βασιλικά Διατάγματα 28-3-57 και 7-5-57 ΦΕΚ 76/57 Α και δέχθηκε τους πρώτους 300 αρρώστους στις 2/1/1958 από το νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας (Λοιμοκαθακτήριο Αθηνών), που είχαν μεταφερθεί εκεί από το Δαφνί το 1953. Η επιλογή των αρρώστων έγινε με κριτήριο την έλλειψη επισκεπτηρίου για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Η μεταφορά τους πραγματοποιήθηκε με πλοία του Βασιλικού Ναυτικού. Σιγά-σιγά ο αριθμός των αρρώστων πολλαπλασιάστηκε γιατί μεταφέρθηκαν άρρωστοι από τα ψυχιατρεία της Θεσσαλονίκης, της Κέρκυρας και των Χανίων.(Μαδιανός, 1994)

Η πρώτη ονομασία του ψυχιατρείου ήταν «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου» με έδρα το Λακκί, με δύναμη 650 κρεβατιών. Το 1965, με το Β.Δ 169-10/12/25/2 ΦΕΚ 30 1965Α, κατελήφθησαν τα τότε εγκαταλελειμμένα κτίρια των Βασιλικών Τεχνικών Σχολών στα Λέπιδα και το ίδρυμα μετονομάστηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείον Λέρου» με μία ανάπτυξη 2.650 κρεβατιών (Β.Δ 169 10/12/25-2-1965). Από το 1977 το Ψ.Ν.Λ ενοποιήθηκε με το εκεί πρώην Ιταλικό Γενικό Νοσοκομείο του νησιού, που είχε δύναμη 50 κρεβατιών.(Μαδιανός, 1994)

Το 1980 οι νοσηλεύόμενοι έφτασαν τους 2000. το 1988 ο αριθμός των αρρώστων ανερχόταν στους 1.150, ενώ πρόσφατα, το 1991, ήταν 991. Παράλληλα με το Ψυχιατρείο λειτουργεί και το παράρτημα του ΠΙΚΠΑ Λέρου με 150 βαριά νοητικά και σωματικά ανάπηρα παιδιά. Στις αρχές του 1980 το προσωπικό του Ψυχιατρείου Λέρου ανερχόταν σε χίλια περίπου άτομα, αν και ο αριθμός των ψυχιάτρων ήταν ένας έως δύο. Η κατάσταση που επικρατούσε μέχρι πρόσφατα στο Ψυχιατρείο της Λέρου είναι αυτή που έχει περιγράψει ο Goffman. Αναφέρθηκε δηλαδή σε ένα ολοκληρωτικό ίδρυμα, κάτι μεταξύ στρατοπέδου συγκέντρωσης και ασύλου της δεκαετίας του 1930. Το πρόβλημα του Ψυχιατρείου Λέρου έχει πάρει τώρα διεθνείς διαστάσεις και αποτελεί το κέντρο του ενδιαφέροντος διαφόρων φορέων και οργανισμών (Π.Ο.Υ., Ε.Ο.Κ., Υπουργείο Υγείας, Ε.Ψ.Ε, Βασιλικό Κολέγιο των Ψυχιάτρων), οι οποίοι έχουν διατυπώσει προτάσεις για τη διάλυση ή τη συρρίκνωση του. Όλες οι προτάσεις είναι συναντημένες με την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.(Μαδιανός, 1994)

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω πρέπει να δεχθούμε ότι η ιστορική πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στον ελλαδικό χώρο ακολούθησε πορεία παρόμοια με την υπόλοιπη Ευρώπη, με μόνη διαφορά την καθυστέρηση στη δημιουργία ασύλων. Ο θεσμός του ασύλου στη Δύση εδραιώθηκε κατά την αναγέννηση (15^ο-17^ο αιώνα), για να αμφισβητηθεί η χρησιμότητά του, με τη Γαλλική Επανάσταση, από τον Pinel, χωρίς όμως την ουσιαστική κατάργησή του μέσα από την αλλαγή των τότε κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στις οποίες ο ψυχικά άρρωστος δεν συμμετείχε. Ίσως στη διαιώνιση των ασύλων και στην απομόνωση της ψυχιατρικής συνέβαλε η διάδοση των ιδεών του Pinel και των μαθητών του. Ο Pinel θεωρούσε ότι ο aliene (ο αλλοτριωμένος, ο αλλοπαρμένος) πρέπει να παρατηρείται κλινικά και να θεραπεύεται δια της ηθικής

διαπαιδαγώγησης στο ψυχιατρείο, διαχωρισμένος από τους υπόλοιπους αρρώστους, απομονώνοντας έτσι την ψυχιατρική από την γενικότερη ιατρική (Αμπατζόγλου, 1991)

Στον ελλαδικό χώρο η καθυστέρηση ίσως οφείλεται στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της κοινωνίας και στην ύπαρξη της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας που κρατούσε το ψυχικά άρρωστο άτομο στο σπίτι.(Αμπατζόγλου, 1991)

Είναι εμφανές ότι στη δεκαετία του 1970, συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια, παρουσιάζονται κάποιες πρώτες εξελίξεις στην ψυχιατρική. Από πλευράς σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών, ιδρύεται, το 1971, το πρώτο Κέντρο Ημέρας στο Κ.Ψ.Υ. στη Θεσσαλονίκη και το 1971, στην Αθήνα το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας το Αιγινήτειο, ενώ το 1979 ιδρύεται το πρώτο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής που Εξυπηρετεί τους δήμους Καισαριανής-Βύρωνα.(Αμπατζόγλου, 1991)

Το 1978 αρχίζει η λειτουργία της 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας επειγόντων περιστατικών στο Αιγινήτειο για την εξυπηρέτηση της ευρείας περιοχής Αθηνών. Στο νομοθετικό τομέα η δεκαετία του '70 σημαδεύεται από το Νομοθετικό Διάταγμα της Δικτατορίας 104/1973 «Περί Ψυχικής Υγιεινής» και το Υπουργικό Διάταγμα Λ2β/5345/78 «Περί τροποποίησης του άρθρου 2 της Υπ. Απόφασης Γ2β/3036/73». Η τελευταία αναφερόταν στην εφαρμογή του άρθρου Ν.Δ. 104/73.(Μαδιανός, 1994)

Ο σημαντικότερος, τέλος, νεωτερισμός στην ψυχιατρική είναι ο διαχωρισμός της ειδικότητας της Ψυχιατρικής από τη Νευρολογία και η αύξηση του χρόνου ειδικότητας από ένα χρόνο σε τρία χρόνια, που ισχύει από τον Ιανουάριο του 1982.(Μαδιανός, 1994)

Στον ιδεολογικό τομέα, από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής απέναντι στην παραδοσιακή ψυχιατρική στον ελλαδικό χώρο από άτομα που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα, καθώς και ομάδες συμπαράστασης στους ψυχιατρικούς έγκλειστους των ασύλων, με συνεντεύξεις στον ημερήσιο τύπο, με καταγγελίες σε φυλλάδιο και μπροσούρες. (Μαδιανός, 1994)

Θα πρέπει να αναφερθεί η ύπαρξη μικρών οργανωμένων ομάδων-κινήσεων για τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων χωρίς όμως σημαντικές ιδεολογικές επιρροές στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, σε αντίθεση με παρόμοιες κινήσεις στη δυτική Ευρώπη.

Όλη αυτή η κίνηση είχε τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά:

- i. Ήταν ανώνυμη και ιδεολογικά κάλυπτε κυρίως τον εξωκοινοβουλευτικό χώρο.
- ii. Ήταν βασισμένη σε ξένα πρότυπα (αγγλοσαξονικά και κυρίως γαλλικά).
- iii. Διέπετο έντονα από προσωπικές εμπειρίες και βιώματα ατόμων που αποτελούσαν το ρεύμα και προερχόταν μέσα από την εργασία ή την επαφή τους με την ελληνική ψυχιατρική πραγματικότητα. Περιλάμβανε μικρό αριθμό μελών κυρίως ειδικευόμενους ψυχιάτρους, νέους ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Υπήρχε έντονος ιδεολογικός και προσωπικός ανταγωνισμός των ομάδων του ρεύματος, με αποτέλεσμα την κατά διαστήματα απενεργοποίηση τους ή τη διάσπαση τους. Σε καμιά περίπτωση το «ρεύμα» δεν μπόρεσε να πάρει το χαρακτήρα της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής Κίνησης των Basaglia, Pirella και άλλων,

κάτω από τις συνθήκες της ελληνικής ψυχιατρικής πραγματικότητας.(Μαδιανός, 1994)

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι μέχρι το 1981 υπήρχε μια σημαντική χρονική υστέρηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη.

1.4.6.Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ(1980-ΕΩΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ)

Στην Ελλάδα, οι πρώτες μεταρρυθμιστικές απόπειρες εμφανίζονται στη δεκαετία του 1950. Το 1956 δημιουργήθηκε το Κέντρο Ψυχικής Υγείας στην Αθήνα και το 1957 στην Θεσσαλονίκη και στον Πειραιά. Το 1959 δημιουργήθηκε Κέντρο Ψυχικής Υγείας στην Πάτρα που έκλεισε το 1968 και επαναλειτούργησε το 1982. Το 1961, η παιδοψυχιατρική ομάδα του παιδοψυχιατρικού νοσοκομείου Νταού Πεντέλης, εφάρμοσε σύγχρονες μεθόδους διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποπειράθηκε να οργανώσει το νοσοκομείο σε αντιασυλιακό επίπεδο, αποτυχημένα όμως, λόγω της αδυναμίας εκπαίδευσης του προσωπικού και της παρέμβασης της πολιτείας στη διαδικασία εισαγωγών στο ίδρυμα (Σακελλαρόπουλος , 1995)

Αργότερα δημιουργήθηκε ένα οικοτροφείο στο ίδρυμα «Θεοτόκος», όπου όμως το βάρος έπεσε κυρίως στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και έμμεσα στην πρόληψη. (Σακελλαρόπουλος, 1995)

Κατά την περίοδο του 1963-1967 στην πανεπιστημιακή κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, εφαρμόζεται η «θεραπεία περιβάλλοντος» και η απασχολησιοθεραπεία σε ψυχωσικούς ασθενείς σε κρίση και ενισχύεται η

επαφή τους με την κοινότητα και τις οικογένειες μέσω εξόδων κι επισκέψεων. Παράλληλα, πραγματοποιούνται εκπαιδευτικά προγράμματα σε στελέχη ψυχικής υγείας. (Σακελλαρόπουλος, 1995)

Με τη δικτατορία αναστέλλονται οι παραπάνω δραστηριότητες και μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η κλειστή και πολλές φορές ασυλική ιδρυματική περίθαλψη, παράλληλα με τη λειτουργία ιδιωτικών ιατρείων, παρέμεναν σχεδόν οι μοναδικές επιλογές για τη φροντίδα των ανθρώπων που αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Η κατάσταση αυτή απασχόλησε τον εθνικό και διεθνή τύπο μετά από καταγγελίες για τι συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία, που άμεσα έθεταν και ζητήματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι καταγγελίες, που αφορούσαν ειδικότερα τις μεθόδους διαχείρισης αυτών που ζούσαν στο ψυχιατρικό άσυλο της Λέρου, κινητοποίησαν την ελληνική και διεθνή επιστημονική κοινότητα. (Σακελλαρόπουλος, 1995)

Μετά από ελληνικό αίτημα, η Ευρωπαϊκή Ένωση ενέκρινε τον κανονισμό 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και παρείχε γι' αυτό το σκοπό 60.000.000 ECU για χρονικό διάστημα 5 ετών και με στόχους:

- i. Την αποασυλοποίηση
- ii. Τη βελτίωση των συνθηκών στα ψυχιατρεία
- iii. Την ανάπτυξη ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία
- iv. Την ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας
- v. Την ανάπτυξη παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών
- vi. Την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα
- vii. Την ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας

- viii. Την ενίσχυση προγραμμάτων υποδομής και ,
- ix. Την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το ανειδίκευτο και ειδικευμένο προσωπικό ψυχικής υγείας (Σκούρης, 1998)

Κατά τη διάρκεια του τέλους των δεκαετιών του '70 και το '80 ιδρύθηκαν και λειτούργησαν το Νοσοκομείο Ημέρας της ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (1977), το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας στο Βύρωνα Καισαριανής και στη Θεσσαλονίκη (1979), το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Παγκράτι και το κέντρο παροχής υπηρεσιών της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην Αθήνα, η Κινητή Μονάδα και το Οικοτροφείο Φωκίδας, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας στο Αιγάλεω και στο Βόλο, οι ενδιάμεσες δομές στο νομό Έβρου και το 1987, οι πρώτες ψυχιατρικές κλινικές στα Γενικά Νοσοκομεία στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη και άλλες πόλεις (Λειβαδίτης και συν.,1991)

Μετά από αναστολή ενός έτους του Κανονισμού 815/84, το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε την ενεργοποίηση εκ νέου του Κανονισμού 815/84 στη βάση ενός νέου και πιο ευέλικτου προγράμματος του Κανονισμού 4130/88, μέχρι το 1994. Χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή της Επιτροπής και υπό ορισμένων προϋποθέσεων (εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης παρακολούθησης και ελέγχου), επιτράπη η χρηματοδότηση δαπανών για την αγορά ακινήτων για την υλοποίηση των προγραμμάτων που είχαν εγκριθεί. (Κατζουράκης, 1990)

Στις 7/7/1990, η αναταραχή που προκλήθηκε από τη κοινοποίηση της επικρατούσας κατάστασης στη Λέρο καθώς και οι συζητήσεις που επακολούθησαν για την κακή διαχείριση των πόρων, οδήγησαν το Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στην λήψη απόφασης προσωρινής

αναστολής του Κανονισμού 815 και «κατά παρέκκλιση στην καταβολή των ποσών για πρόγραμμα που ήταν σε εξέλιξη». Σύμφωνα με την απόφαση της 7-7-1990, ζητήθηκε από το Υ.Υ.Π.Κ.Α., Ο Πρόεδρος της ΟΚΕ:

i. Να υποβάλλει εντός 6 μηνών έκθεση για ότι αφορούσε την υλοποίηση του προγράμματος για την αναμόρφωση του συστήματος ψυχικής υγείας

ii. Να συζητηθεί να επιστραφούν τα ποσά που καταβλήθηκαν για έργα που δεν υλοποιήθηκαν στη Λέρο,

iii. Να συνδέσει κάθε χρηματοδότηση προγράμματος με τη σύσταση των επιτροπών συστήματος αξιολόγησης και παρακολούθησης (απόφαση 4130/1988) και τη λειτουργία τριμελούς επιτροπής και παρακολούθησης (Υ.Π.Π.Κ.Α., Υπουργείο Εργασίας, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων) καθώς και την κατάρτιση προγραμμάτων αποιδρυματισμού και βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των εγκλείστων στη Λέρο παράλληλα με το σχεδιασμό ενός αναθεωρημένου προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Για την υλοποίηση όλων αυτών των προϋποθέσεων δημιουργήθηκε:

iv. Επιτροπή εμπειρογνομόνων για τη μελέτη των παραπάνω

v. Ομάδα για να καταρτίσει μια σειρά εκθέσεων παρακολούθησης της υλοποίησης των προγραμμάτων και

vi. Επιτροπή εξωτερικών αξιολογήσεων

(Μαδιανός, 1994)

Η πορεία του προγράμματος 815/84 χαρακτηρίστηκε από δυσλειτουργίες και καθυστερήσεις, χαμηλή απορρόφηση κονδυλίων και χαμηλό βαθμό αποτελεσματικότητας. Μετά την παράδοση των εκθέσεων από το γενικό συντονιστή των τριών ομάδων εργασίας εμπειρογνομόνων

και την κατάρτιση των τριών εκθέσεων παρακολούθησης της εξέλιξης των προγραμμάτων του Κανονισμού, εγκρίθηκε από τη διαχειριστική επιτροπή του Κανονισμού 815/84 η συνέχιση των προγραμμάτων στις 8-10-1991. Σύμφωνα με την παράταση του Κανονισμού, εγκρίθηκαν 64 νέα προγράμματα, 25 στην Αθήνα, 8 στη Θεσσαλονίκη και 31 στη λοιπή χώρα. Από τα 64 αυτά προγράμματα, τα 28 ήταν παλαιότερα που δεν είχαν αρχίσει να υλοποιούνται» (Μαδιανός, 1994)

Στη φάση αυτή έγιναν ουσιαστικές παρεμβάσεις στο ψυχιατρείο της Λέρου και αναπτύχθηκαν 14 ξενώνες στην κοινότητα για άτομα που ζούσαν σε αυτά τα ιδρύματα. Το πρόγραμμα έληξε το 1995. (Μαδιανός, 1994)

Αναλυτικότερα στα πλαίσια του πενταετούς προγραμματισμού ψυχικής υγείας του Κανονισμού 815/84, οι υπηρεσίες αποκατάστασης κατά την πρώτη φάση (1984-1988) που προγραμματίστηκαν ήταν 17 ξενώνες /οικοτροφεία και 3 Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης. Συνολικά προβλέπονταν η δημιουργία 49 οικοτροφείων/ ξενώνων κατά την Α και Β φάση του προγράμματος. (Μαδιανός, 1994)

Προγραμματίστηκαν για το χρονικό διάστημα 1988-1991 Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης με σύνολο 720 θέσεων, από τον ΟΑΕΔ με την χρηματοδότηση του Κοινωνικού Ταμείου. (Μαδιανός, 1994)

Για ολόκληρη τη χώρα διαθέτονταν άμεσα ή ήταν προγραμματισμένες 1984 θέσεις σε ενός ποικίλου φάσματος υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με επίκεντρο την εργοθεραπείας στ Ψ.Ν. Αττικής, Θεσσαλονίκης και Χανίων και 100 περίπου νοσηλεύόμενου, 15 Κέντρα ή Νοσοκομεία Ημέρας με 443 θέσεις από τις οποίες οι 175 βρίσκονται στην ευρεία περιφέρεια της Αθήνας, και 20 Εργαστήρια Προ- και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ. Τέλος, σύντομα προγράμματα κανονισμού 815/84, 33 συνεργατικές μονάδες,

αστικού ή αγροτικού τύπου, και 44 ξενώνες / οικοτροφεία με 522 θέσεις. Το 1990 από τους 44 αυτούς ξενώνες λειτουργούσαν 13 διαμερίσματα ξενώνες στη Θεσσαλονίκη, τρεις ξενώνες στην Αθήνα και από ένας ξενώνας στην Αλεξανδρούπολη, Κατερίνη και Άμφισσα. Κατά την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης από το 1982 όπου ο αριθμός των διαθέσιμων θέσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιορίζονταν στις 100, το 1989 έφτασαν στις 10688 και το 1993 οι διαθέσιμες θέσεις παντός τύπου αποκατάστασης φτάνουν τις 1984 (Μαδιανός, 1994)

Ειδικότερα, σε όλα τα κρατικά ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας παρατηρείται πως από το 1985 άρχισε η υλοποίηση με κανονικούς ρυθμούς ή καθυστερήσεις μιας σειράς κατασκευαστικών και πιλοτικών προγραμμάτων βασισμένων στον Κανονισμό 815/84. Αναφορικά:

i. Στο Ψ.Ν. Αττικής υλοποιήθηκαν 14 προγράμματα. Λειτουργήσε ξενώνας 20 θέσεων, Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Δυτικής Αθήνας (1984), Κοινωνική Λέσχη του Κέντρου Αγροτικός Συνεταιρισμός, μορφές προστατευόμενης εργασίας σε κατάστημα ψιλικών, στο αναψυκτήριο και στο βιβλιοπωλείο, Συνεταιριστική επιχείρηση 20 ατόμων, 5 καταστήματα πωλήσεων προϊόντων των συνεταιριστικών, φούρνος, πλυντήριο αυτοκινήτων, ξυλουργείο, κυλικείο.

ii. Στο Δρομοκαΐτειο λειτουργήσαν 13 προγράμματα: εργοθεραπευτικές δραστηριότητες χωρίς ανταμοιβή, 3 προγράμματα εργασιακής και στεγαστικής αποκατάστασης, όπως Μονάδα Αγροτικής Παραγωγής με 12 ωρομίσθια μέλη, Μονάδα Βιοτεχνικής Παραγωγής (ραφείο) με 10 μέλη, Πρόγραμμα Στεγαστικής Αποκατάστασης με 13 μέλη, οικοτροφείο 16 ατόμων, νοσοκομείο ημέρας, ξενώνας 16 ατόμων, κέντρο επαγγελματικής αποκατάστασης.

iii. Στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Νταού Πεντέλης εφαρμόστηκαν προγράμματα κατασκευαστικά (κτιριακής επέκτασης), Ειδική Θεραπευτική Μονάδα για αυτιστικά παιδιά, πρόγραμμα αποκατάστασης δυσλεξικών παιδιών, πρόγραμμα «Αποασυλοποίησης» σε θετές οικογένειες.

iv. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν κυρίως στη Μονάδα Επανάταξης (1985) που ήταν πρόγραμμα του Καν. 815/84 προετοιμασίας για κοινωνικο-επαγγελματική αποκατάσταση με Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Στήριξης και Θεραπευτικές Συνεταιριστικές

v. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου λειτούργησε η Μονάδα Αποκατάστασης 20 ασθενών.

vi. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων λειτούργησαν τα Εργαστήρια Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης 20 θέσεων, το Νοσοκομείο Ημέρας, ο ξενώνας 20 θέσεων, τα Εργαστήρια Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης 20 θέσεων του ΟΑΕΔ, Μονάδα Επανάταξη «Η ΕΞΟΔΟΣ», θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες όπως ο Αγροτικός Συνεταιρισμός Θερμοκηπίου, ο Συνεταιρισμός Υφαντικής, τα εργαστήρια ξυλουργικής, γλυπτικής, ζωγραφικής και το καφενείο στο Παλιό Λιμάνι

vii. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας υλοποιήθηκαν 4 κατασκευαστικά προγράμματα του Κανονισμού 815/84

viii. Για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου, πρόταση της Επιτροπής της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας αποτελούσε η σταδιακή τοποθέτηση (στο χρονικό διάστημα των 5 ετών) 500 ασθενών με οργανικά ψυχοσύνδρομα και 600 λειτουργικών αρρώστων σε 44 οικοτροφεία σε 12 πόλεις, ώστε να κλείσει σταδιακά

το άσυλο. Έγιναν κτιριακές διαρρυθμίσεις με τη λειτουργία 9 μικρών περιπτέρων που έχουν συνολικό δυναμικό 80 αρρώστων, 6 προκατασκευασμένων οικημάτων δυναμικότητας 168 άρρωστων, σμίκρυνση των θαλάμων, λειτουργία κυλικείου και λειτουργία του τμήματος οξέων περιστατικών δυναμικότητας 12 κρεβατιών (το 1994). Δημιουργήθηκαν 11 οικοτροφεία σε επτά πόλεις της χώρας για 110 νοσηλεύμενους, ένας ενδονοσοκομειακός ξενώνας 10 ατόμων και ένα πρόγραμμα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης για τα μέλη του, 2 διαμερίσματα με έξι μέλη το καθένα και 2 διαμερίσματα για 10 άτομα, 1 διαμέρισμα πέντε ατόμων στην Κάλυμνο, 2 ξενώνες με 12 μέλη, ένας ξενώνας με 5 μέλη, οι βίλες «Φωτίου» με 10 αρρώστους, ένα πρόγραμμα εργοθεραπείας 20 ατόμων, ένας Αγροτικός Συνεταιρισμός με 20 ημερομίσθια μέλη, εκπαιδευτικό πρόγραμμα για 390 άτομα προσωπικό του Ψυχιατρείου, εθελοντική εργασία σπουδαστών του Τομέα Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Μαδιανός, 1994)

Συνοπτικά, μεταξύ των ετών 1984 και 1988 εγκρίθηκαν 182 αιτήσεις για προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ενώ το διάστημα 1988-1991 εκκρεμούσαν 67 αιτήσεις. Από το σύνολο των προγραμμάτων, τα περισσότερα ήταν κατασκευαστικά ή γενικότερης υποδομής, ενώ μόνο 64 προγράμματα είχαν πειραματικο-λειτουργικό χαρακτήρα και 20 συνόλου των προγραμμάτων προερχόταν από φορείς της Ευρείας Περιοχής Αθηνών ενώ, αντίθετα για την περίοδο των αιτήσεων 1984- 1988 το ποσοστό αυτό ήταν κάπως μικρότερο, δηλαδή 47%» (Μαδιανός, 1994).

Με το κλείσιμο του 815 έχουν υλοποιηθεί στη χώρα μας 182 μεταρρυθμιστικά προγράμματα, δηλαδή 1,6 προγράμματα ανά 100.000

κατοίκους, που όμως λόγω απουσίας τομεοποίησης, η κατανομή τους δεν έγινε σύμφωνα με τις πληθυσμιακές ανάγκες.

Η Επιτροπή Παρακολούθησης της Ε.Ε. του προγράμματος του κανονισμού 815/84, σε εκτίμηση μετά τη λήξη του, επεσήμανε ότι « αν και έχει εξασφαλιστεί μια δυναμική αλλαγής, δεν έχει ακόμη εδραιωθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση».(Μαδιανός, 1994)

Σύμφωνα με τα πορίσματα των τριών επιτροπών που είχαν συσταθεί τον Ιανουάριο του 1990 από τον τότε Υπουργό Υγείας, Μερικά Γ., για την αναθεώρηση της νομοθεσίας και της οργάνωσης των ψυχιατρείων των νέων δομών και γενικότερα για την αναδιοργάνωση των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84, διαμορφώθηκε η νομοθεσία για τη ψυχική υγεία το 1992 με το Νόμο 2071 για την Υγεία.(Μαδιανός, 1994)

Με βάση το Νόμο 2071, « η αναγκαστική εισαγωγή σε ψυχιατρικό ίδρυμα κάθε τύπου θα πρέπει να γίνεται μετά από αιτιολογημένη απόφαση Τριμελούς Πρωτοδικείου, όταν το άτομο δεν είναι ικανό να κρίνει το συμφέρον της υγείας του. Η απουσία της νοσηλείας πρέπει να έχει ως συνέπεια αδυναμία της θεραπείας του, ή την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ή η νοσηλεία να κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να αποτραπούν πιθανές πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου. Την αίτηση για αναγκαστική νοσηλεία μπορούν να κάνουν : ο/η σύζυγος του αρρώστου, συγγενείς σε ευθεία γραμμή ή συγγενείς μέχρι το δεύτερο βαθμό, ο επιμελητής του ή ο επίτροπός του ή ο τοπικός εισαγγελέας πρωτοδικών. Η αίτηση συνοδεύεται από δυο αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις ψυχιάτρων. Εντός δέκα ημερών το Πολυμελές Πρωτοδικείο συνεδριάζει κλεισμένων των θυρών. Η απόφασή του επιδέχεται έφεση που εκδικάζεται από το Τριμελές Εφετείο μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεσή της. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τους 6

μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής του ιδρύματος και ένας άλλος ψυχίατρος υποβάλλουν έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα για πρόοδο της υγείας του αρρώστου, η οποία προωθείται στο τοπικό Πρωτοδικείο με αίτηση να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Ο ασθενής ή συγγενείς του είναι δυνατόν να ζητήσουν, με αίτηση τους, να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Μετά τη λήξη της ακούσιας νοσηλείας η την πάροδο των 6 μηνών, ανάλογα με το βαθμό της βελτίωσης του αρρώστου, αυτός επιστρέφει στην οικογένεια του ή σε ξενώνα/ οικοτροφείο ή σε ανάδοχη οικογένεια» (Μαδιανός, 1994).

Ως προς την **τομεοποίηση**, ο Νόμος 2071/1992 προβλέπει την ίδρυση σε κάθε νομό, ενός τομέα ψυχικής υγείας με εξαίρεση τις πόλεις της Αθήνας και Θεσσαλονίκης, όπου μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Η περιφερειοποίηση της χώρας έχει πραγματοποιηθεί σύμφωνα με το Προεδρικό διάταγμα 31/1986 (ΦΕΚ 12 Α 13-2-1986), όπου ολόκληρη η χώρα διαιρείται σε 12 ψυχιατρικές υγειονομικές περιφέρειες με πληθυσμό που κυμαίνεται μεταξύ των 3.370.000 κατοίκων, που έχει η Ευρεία Περιφέρεια Αθηνών, και 282.000 που έχει η 6^η Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας. (Μαδιανός, 1994)

Η ομάδα εμπειρογνομόνων της Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, το 1984, είχε προτείνει τη διαίρεση της χώρας σε 35 τομείς. Η πραγματικότητα της περιφερειακής κατανομής του πληθυσμού της χώρας δεν επιτρέπει τη δημιουργία τόσο μικρού αριθμού τομέα αλλά πολύ περισσότερων (Μαδιανός, 1994).

Σε κάθε ψυχιατρική υγειονομική περιφέρεια αντιστοιχούν ένας ή περισσότεροι τομείς . Σύμφωνα με το Νόμο 2071/1992 η χώρα διαιρείται σε 49 τομείς και συγκροτούνται οι Τοπικές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας, που είναι πενταμελείς (και επταμελείς σε πόλεις όπου υπάρχουν πανεπιστημιακά

ιατρικά τμήματα), έχουν τριετή θητεία και περιλαμβάνουν αρμοδιότητες όπως: η γνωμοδότηση και εισήγηση θεμάτων σχετικά με το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό υπηρεσιών ή προγραμμάτων ψυχικής υγείας, την εποπτεία και το συντονισμό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και την παρακολούθηση της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο (Μαδιανός, 1994)

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, παγιώθηκε με το Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις», που έχει ως στόχους την πρόληψη, την έγκαιρη νοσηλεία και θεραπεία, την εξασφάλιση της συνέχισης της ψυχιατρικής φροντίδας και έξω από τα «μεγάλα ιδρύματα» μέσω της παροχής τομεοποιημένων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τη δημιουργία υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με τη δημιουργία κοινωνικών συνεταιρισμών και τη χορήγηση κινήτρων για τη συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας- επανένταξης. (Μαδιανός, 1994)

Τη βασική γραμμή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα συνιστά σήμερα το πρόγραμμα «Ψυχαργός», το οποίο είναι δεκαετές πρόγραμμα αξόνων δράσης που αποσκοπεί στη σταδιακή κάλυψη των αναγκών που αφορούν τον τομέα της ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο. Η επεξεργασία του προγράμματος «Ψυχαργός» έγινε το 1996, με προοπτική υλοποίησης του κατά την περίοδο 1997-2006. Η περίοδος 1997-2001 αποτελεί την Α φάση που είχε ως κύριο στόχο την Απασχόληση και την ανάπτυξη Συνοδευτικών Υπηρεσιών και η περίοδος 2001-2010 τη Β φάση του προγράμματος –την οποία διανύουμε τώρα- και έχει στόχους τον προγραμματισμό των δράσεων για την ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης

και την ανάπτυξη των δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα (Γιανουλάτος, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

2.1 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πρέπει να επέρχεται μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα. Η μεταρρύθμιση αφορά το νομικό, οργανωτικό, διοικητικό και διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών και πρέπει να είναι προϊόν ιδεολογικών ζυμώσεων, αναζητήσεων και προτάσεων από τη βάση και όχι από το αποτέλεσμα κυβερνητικών επιλογών (Μαδιανός, 1994).

Η «αποϊδρυματοποίηση» είναι ένα όρος που χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει τη δυναμική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και η τοποθέτηση τους στην κοινότητα. Η συρρίκνωση ή το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων (ασύλων) απομονωμένες εναλλακτικές υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα για τη φροντίδα των διανοητικά ασθενών. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η αποϊδρυματοποίηση δεν περιορίζεται στη μείωση των απογραφών των ψυχιατρικών, αλλά,

επεκτείνεται στην πρόνοια εναλλακτικών υπηρεσιών. (Στυλιανίδης και συν., 1984)

Οι εναλλακτικές υπηρεσίες προσφέρονται από τις ενδιάμεσες δομές. Με τον όρο «ενδιάμεσες δομές», μπορούμε να καθορίσουμε κάθε δημιουργία ενός κοινοτικού χώρου σε μικρή κλίμακα, ενσωματωμένου στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό στην κοινωνική ζωή, που μπορεί να χρησιμεύσει ως ενδιάμεσος σε όλες τις καταστάσεις αποκοπής απ' αυτή δηλαδή σαν διέξοδος σε παραμονή σε ένα ίδρυμα, σε πρώιμο οικογενειακό «ξερίζωμα», σε κοινωνική ή ψυχιατρική αναπηρία, ή σε οποιαδήποτε κατάσταση κρίσης. Διακρίνονται τρεις μεγάλες κατηγορίες ενδιάμεσων δομών:

i. Τα κέντρα υποδοχής, που αντιστοιχούν περισσότερο σε έναν τύπο «επείγουσας ψυχιατρικής» και επιτρέπουν μια συγκεκριμένη απάντηση σε μια κατάσταση κρίσης.

ii. Μέσα στην προοπτική κλιμακωτής βοήθειας σε συνάρτηση με τους γενεσιουργούς παράγοντες του πόνου ή τη αναπηρίας. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν: τα Νοσοκομεία Ημέρας, τα Νοσοκομεία Νύχτας, τα θεραπευτικά διαμερίσματα για ενήλικους, οι ξενώνες ανάρρωσης, οι θεραπευτικές λέσχες, τα κέντρα επαναπροσαρμογής μέσω της εργασίας. Προστατευόμενα Εργαστήρια, Κέντρα Βοήθειας μέσω της Εργασίας.

iii. Οι «τόποι ζωής», οι οποίοι είναι τόποι οι οποίοι επιτρέπουν στους αρρώστους που έχουν υποστεί έντονο σιγματισμό μια όσο το δυνατόν περισσότερο αυτόνομη διαβίωση, έξω από τους συνηθισμένους τόπους εγκλεισμού. Οι «τόποι ζωής» για παιδιά είναι δομές προορισμένες για παιδιά ή εφήβους που παρουσιάζουν σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας και επιβάλλεται ένας χωρισμός με το οικογενειακό περιβάλλον (Καπρίνης και συν., 1994)

Η επιτυχία των «ενδιάμεσων δομών» βρίσκεται στο γεγονός ότι μπορεί να ορισθούν σε ένα ή πολλά επίπεδα ταυτόχρονα, π.χ.:

- i. Γεωγραφικό: ενδιάμεσος σταθμός μεταξύ του ψυχιατρικού νοσοκομείου και της κοινωνίας
- ii. Χρονικό: οι «ενδιάμεσες δομές» είναι ένας προσωρινός τύπος διαμονής έξω από τα ψυχιατρικά ιδρύματα
- iii. Νομικό: ένας συμβιβασμός μεταξύ του «ιδιωτικού» και του «δημοσίου» δικαίου με το νόμο του 1901 για τις Εταιρείες.
- iv. Πολιτικό: οι «ενδιάμεσες δομές» θα μπορούσαν να θεωρηθούν από μερικούς σαν ένας τρίτος δρόμος, μεταξύ της συντήρησης και της ουτοπίας στο πεδίο της ψυχιατρικής (όπως το κίνημα αντιψυχιατρικής στην Αγγλία και στην Ιταλία στα χρόνια '60-'70) (Στυλιανίδης και συν., 1984)

Η αισιοδοξία για την εξάπλωση του κινήματος των «ενδιάμεσων δομών», στηρίζεται από τους ιδρυτές της στο ότι οι «ενδιάμεσες δομές» έχουν αναμφισβήτητα πολύ μικρότερο κόστος από την περίθαλψη στις παραδοσιακές δομές. Για αυτό τονίζουν ότι όλο το κίνημα των «ενδιάμεσων δομών» μπορεί να ενταχθεί στο πλαίσιο της αναδιοργάνωσης όλου του συστήματος περίθαλψης, με μικρότερο κόστος. (Στυλιανίδης και συν., 1984).

Υπάρχουν δύο μοντέλα με τα οποία επιτυγχάνεται η συρρίκνωση ή το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων και η παροχή εναλλακτικών τύπων φροντίδας: το μοντέλο της «διασποράς» και το μοντέλο του «κέντρου» (Κονταξάκης, 2002)

Σύμφωνα με τα μοντέλα διασποράς, η παροχή φροντίδας στους χρόνιους ασθενείς γίνεται με την τοποθέτηση τους σε μικρές ομάδες-

κατοικίες διασπαρμένες στην κοινότητα, οι οποίες παράλληλα βρίσκονται σε στενή σχέση με άλλες κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες ή νοσοκομεία. Το μοντέλο του κέντρου βασίζεται στη σμίκρυνση και μετατροπή πτέρυγας του ψυχιατρικού νοσοκομείου σε μονάδα με τη μορφή «κατοικίας», με παράλληλη ανάπτυξη κοινωνικής - εργασιακής αποκατάστασης, βιβλιοθήκες κ.α.(Κονταξάκης, 2002)

Η αποϊδρυματοποίηση θα πρέπει να αναφέρεται σε μία νέα αντίληψη για τον ψυχικά πάσχοντα έτσι ώστε ο ασθενής να ξαναβρίσκει την ιδιότητα του ατόμου- υποκειμένου και να μην αποτελεί αντικείμενο της ίδιας της μεταρρύθμισης. Γι' αυτό και θεωρείται σημαντική εμπέδωση των παρακάτω:

i. Η αποϊδρυματοποίηση δεν αποσκοπεί μόνο στην αλλαγή του τρόπου φροντίδας, αλλά και σε κοινωνική αλλαγή. Συνιστά μια συνεχή σειρά μεταβαλλόμενων ορίων σε πολιτικό, πολιτισμικό, θεσμικό, κοινωνικό επίπεδο που δημιουργεί μια ανισορροπία στο σύστημα φροντίδας. Η κοινωνική παρέμβαση πρέπει να είναι διαρκής και παραδείγματα όπως αυτό των Η.Π.Α. όπου με τη μείωση του πληθυσμού των νοσοκομείων τα άτομα με ψυχικές παθήσεις κατέληξαν στους δρόμους ή σε σωφρονιστικά ιδρύματα, πρέπει να μας πειστούν την προσοχή.

ii. Είναι ουσιώδης να διευκολύνεται η πρόσβαση στη νοσοκομειακή φροντίδα για ασθενείς που θα την έχουν ανάγκη για όσο καιρό χρειαστεί. Το ποιοι χρειάζονται νοσοκομειακή φροντίδα και κάτω από ποιες συνθήκες εξαρτάται από τις εναλλακτικές υπηρεσίες που διατίθενται στην κοινότητα.

iii. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών πρέπει να εξατομικεύεται και να αρμόζει σε ανάγκες συγκεκριμένων ατόμων. Υπάρχουν ετερογενείς ομάδες ανθρώπων, κάποιοι χρειάζονται φαρμακολογική θεραπεία, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική και παρέμβαση αποκατάστασης. Τα προγράμματα διαφέρουν ανάλογα με τις ανάγκες τους. Παράλληλα, οι υπηρεσίες πρέπει να είναι πολιτισμικά σχετικές. Στις ΗΠΑ για παράδειγμα υπάρχουν διάφορες στις αγροτικές και αστικές περιοχές, διαφορές στην ποιότητα των υπηρεσιών και στην αποτελεσματικότητα των δικτύων υποστήριξης.

iv. Οι ασθενείς πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο σχεδιασμό των υπηρεσιών στο μεγαλύτερο βαθμό που είναι δυνατόν. Οι εμπειρίες οι αξίες και οι προσωπικοί στόχοι πρέπει να αναγνωρίζονται στη διαδικασία του σχεδιασμού, να ενημερώνεται το άτομο για τη φύση της ασθένειάς του, για τα συμπτώματα και την πιθανή εξέλιξη.

v. Τα συστήματα υπηρεσιών πρέπει να είναι ευέλικτα και ανοιχτά στην αλλαγή. Πρέπει να γίνονται προσαρμογές και αλλαγές στο σχέδιο των υπηρεσιών. Στις μέρες μας υπάρχει πλήθος υπηρεσιών όπως βραχύχρονες, μακρόχρονες, μεταβατικές κ.α. ενώ παλαιότερα ο αριθμός τους ήταν προορισμένος (Χατζηϊωαννίδης 2001, Φαφαλιού 1995)

Οι πολιτικές ψυχικής υγείας και τα προγράμματα που θα αναπτυχθούν σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας θα πρέπει να προάγουν τα ακόλουθα δικαιώματα:

- i. Την ισότητα και την εξάλειψη των διακρίσεων
- ii. Το απαραβίαστο της προσωπικής ζωής
- iii. Την αυτονομία

- iv. Τη σωματική ακεραιότητα
- v. Το δικαίωμα πληροφόρησης και συμμετοχής
- vi. Την ανεξιθρησκία το δικαίωμα του συνέρχεσαι
- vii. Το δικαίωμα της ελεύθερης κίνησης (<http://www.tritopesy.gr>)

Επίσης, οι δράσεις που θα πρέπει να αναληφθούν σε κάθε χώρα για τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εξαρτώνται από τους διαθέσιμους πόρους για την τρέχουσα κατάσταση της ψυχιατρικής φροντίδας. Σε γενικές γραμμές, η έκθεση συστήνει:

- i. Η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών να γίνεται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- ii. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα να είναι διαθέσιμα σε όλους.
- iii. Τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα να αντικατασταθούν από κατάλληλα αναπτυγμένες κοινοτικές δομές με διαθέσιμες κλίνες σε ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων , καθώς και υποστήριξη των ασθενών κατ' οίκον.
- iv. Έναρξη ενημερωτικών εκστρατειών ενάντια στο στίγμα και στον αποκλεισμό.
- v. Οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες υπηρεσιών να εμπλακούν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τις ακολουθητέες πολιτικές και τις υπηρεσίες.
- vi. Να υπάρξουν σε εθνικό επίπεδο πολιτικές, προγράμματα και νομοθεσία

- vii. Να εκπαιδεύονται κατάλληλα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- viii. Να συνδεθεί η ψυχική υγεία με άλλους κοινωνικούς τομείς.
- ix. Έλεγχος και καταγραφή της ψυχικής υγείας.
- x. Υποστήριξη της έρευνας (<http://www.tritopesy.gr>)

Η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι προσανατολισμένη στην προαγωγή της υγείας, στην αναγνώριση των αναγκών των ανθρώπων και στην εξεύρεση της σχέσης ανάμεσα στις ανάγκες και την οργάνωση και λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών, περικλείει την επανεξέταση της στάσης απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα, την ψυχική ασθένεια και τον κοινωνικό τους εξοστρακισμό και αναδιαρθρώνει και ανασυντάσσει διαρκώς την πολιτική της, επισημαίνοντας την ανάγκη επίλυσης του προβλήματος της αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών στο χώρο όπου ανήκουν και δικαιωματικά τους ανήκει, στην κοινότητα. (Μαδιανός, 1994)

Έτσι υποβλήθηκε ένα ολοκληρωμένο και κεντρικά σχεδιασμένο πρόγραμμα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση από την επιτροπή ψυχικής υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση της χρηματοδότησης του Κανονισμού 815/1984 από την Ε.Ε. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να επιτευχθεί σημαντική επιτάχυνση του ρυθμού υλοποίησης και την εφαρμογή προγραμματισμού με στόχους και χρονοδιάγραμμα. Επιπλέον θεσπίστηκε ένα σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης με την υποστήριξη ανεξαρτήτων εξωτερικών εμπειρογνομόνων που αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες για το ρυθμό προόδου που επιτεύχθηκε. (Μαδιανός, 1994)

Ανακοινώθηκαν τρεις κατηγορίες δράσεων που περιλαμβάνουν έργα υποδομής κοινοτικών δομών και βελτίωση συνθηκών διαβίωσης στα δημόσια ψυχιατρεία. Οι τρεις αυτοί άξονες δράσης συνοδεύτηκαν από την εφαρμογή πιλοτικών σχεδίων για την ανάπτυξη καινοτόμων προγραμμάτων παρέμβασης και θεραπείας με την παράλληλη διερεύνηση των παροχών των κλινικών υπηρεσιών σε όλη τη χώρα. Ο τρίτος τομέας μέτρων συμπεριλάμβανε εκτεταμένο πρόγραμμα εσωτερικής κατάρτισης του προσωπικού και προγράμματα συνεχούς βελτίωσης των υπαρχουσών και απόκτησης νέων επαγγελματικών δεξιοτήτων. (Μαδιανός, 1994)

2.2. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελεί συνδυασμό της θεωρίας της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, της πρόληψης της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής και των πρακτικών εφαρμογών στην Κοινότητα. Ο ορισμός που δόθηκε το 1956 από το τμήμα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής της σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Κολούμπια της Νέας Υόρκης και αναφέρεται στο συσχετισμό που υπήρχε μεταξύ Κοινωνικής ψυχιατρικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής εκείνη την περίοδο, έχει ως εξής : « ο όρος κοινοτική ψυχιατρική αναφέρετε σε μία υποειδικότητα της ψυχιατρικής ειδικότητας ως υποειδικότητα βασίζεται στη κλινική ψυχιατρική αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρώστιας. Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων, μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού του κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Η κοινοτική ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στη θεωρία και την έρευνα

των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών»(Μαδιανός, 2000)

Σύμφωνα με το ψυχιατρικό γλωσσάριο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας του 1954 η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρετε στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που πετυχαίνουν στην οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχικά αρρώστου στην κοινότητα του.(Μάνος, 1985)

Η κοινοτική ψυχιατρική στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών στις ομάδες πληθυσμών, όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα, με την κινητοποίηση των αναγκαίων πόρων, παρά όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο. Ειδική έμφαση αποδίδεται στους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής αρρώστιας, ενώ στοχεύει στην αλλαγή στάσεων και τη μείωση του στίγματος. Ο ασθενής δεν παραμένει ως ένα ατομικό πρόβλημα, αλλά ως η έκφραση μιας περισσότερο γενικής ψυχιατρικής ανάγκης μιας ομάδας πληθυσμού(Μαδιανός, 2000).

Η κοινοτική ψυχιατρική υλοποιείται με την δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών περίθαλψης των ασθενών μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής. Ο Caplan το 1964 διατύπωσε τις ακόλουθες τρεις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την οργάνωση και λειτουργία των κοινωνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών:

- i. **Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής:** με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Έτσι μπορεί να αποδοθεί ο όρος «comprehensiveness». Στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια

της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικό πλαίσιο εναρμονιζόμενο με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.(Μαδιανός, 2000)

- ii. **Αλληλοσυμπλήρωση για την κάλυψη των αναγκών:** Με την εκμετάλλευση της ίδιας της κοινότητας και των πόρων της και την παροχή υπηρεσιών από γειτονικούς παραπλήσιους φορείς.

- iii. **Η αρχή της τομεοποίησης (catchmentantion – sectorization):** δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο που, χωρίς αυτή, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη. Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το ΚΚΨΥ πρέπει να κυμαίνεται από 1 έως 15 λεπτά. Ο τομέας, κατά την ΠΟΥ, περιλαμβάνει συνήθως 70.000 έως 150.000 κατοίκους.(Μαδιανός, 2000)Η τομεοποίηση έχει μελετηθεί επισταμένα ως προς τα τυχόν πλεονεκτήματα της έναντι της παραδοσιακής άσκησης της ψυχιατρικής χωρίς τομέα.Τα κυριότερα πλεονεκτήματα είναι τα εξής:
 - i. Καθορισμένη υπευθυνότητα για κάθε άτομο που ζητά βοήθεια.
 - ii. Δίκτυο τοπικών διασυνδέσεων μεταξύ των φορέων και ανάπτυξη διασυνδετικής μεταξύ των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

- iii. Ξεκαθάρισμα των λειτουργιών τοπικών ομάδων.-
Δυνατότητα εκτίμησης των τοπικών αναγκών.
- iv. Ελαχιστοποίηση των « απωλειών» των ασθενών κατά
την παρακολούθηση τους.
- v. Δυνατότητα σύγκρισης της αξιολόγησης υπηρεσιών
με διαφορετικά πρότυπα παροχής υπηρεσιών σε
διαφορετικούς τομείς.
- vi. Ενίσχυση της ταυτοποίησης των μελών της ομάδας
με την κοινότητα.
- vii. Δυνατότητα θεραπείας και φροντίδας σε
διαφορετικούς φορείς στον ίδιο τομέα.
- viii. Δυνατότητα ενσωμάτωσης των υγειονομικών,
κοινωνικών και εθελοντικών υπηρεσιών.

- iv. **Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς (continuity of care):**
από τον ίδιο θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας, η
οποία, για ορισμένες παθήσεις, είναι ο καλύτερος τρόπος
αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο. Η
διάσπαση της θεραπευτικής σχέσης συμμαχίας έχει αρνητικά
αποτελέσματα στην εξέλιξη του θεραπευτικού
αποτελέσματος (outcome). Τα θεραπευτικά αποτελέσματα
της παροχής αξιολογούνται συνεχώς. Το 1983 διατυπώθηκε
και μια τέταρτη αρχή, εκείνη της ανταποκριτικότητας.
(Μαδιανός, 2000)
- v. **Η αρχή της ανταποκριτικότητας.:** Η προσέλευση του
κοινού στο ΚΚΨΥ είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του

δικτύου παραπομπών, που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. Όσο αναπτύσσεται το δίκτυο, διεισδυτικά στην κοινότητα, τόσο περισσότερο μικραίνει η απόσταση του ψυχικά πάσχοντος μέλους προς την αναζήτηση βοήθειας από της υπηρεσίες ΚΚΨΥ.(Μαδιανός, 2000)

Αναθεώρηση και συμπλήρωση των αρχών τις κοινοτικής ψυχιατρικής

Δύο μεγάλες ομάδες αρχών διατυπώνονται : Με **παρεμβατικό χαρακτήρα** (τέσσερις) και **διοικητικής υφής** (έξι).

Βασικές αρχές παρεμβατικού χαρακτήρα :

- i. **Η αρχή της διαλεκτικής αλληλεπίδρασης**, πού έχει παρόμοια υφή με εκείνη της ανταποκριτικότητας. Ο κοινωνικός θεραπευτής αφομοιώνεται στην κοινότητα και η κοινότητα μαζί του. Αλλάζουν μαζί. Αυτό που βγαίνει προς τα έξω ως περίγραμμα των κοινωνικών σχέσεων είναι ένα μέρος της πραγματικότητας των σχέσεων ή ένα μέρος της παρέκκλισης τους όπως είναι η βία, το έγκλημα, η κατάχρηση εξουσίας, η τρέλα κ.τ.λ. Το προς τα έξω «προϊόν» είναι αποτέλεσμα εσωτερικών πολύπλοκων ψυχικών διεργασιών. Το εσωτερικό όμως «προϊόν» είναι συνάμα και εξωτερικό προϊόν. Κάθε άσκηση μιας δραστηριότητας ή

παρέμβασης στην κοινότητα προκαλεί αντίστοιχη αντίδραση (αποτέλεσμα) μέσα σε αυτή. (το ίδιο ισχύει για κάθε μορφής συστήματος: π.χ., οικογένεια, σχολείο, ή άλλη μεγάλη ομάδα.). Επίσης κάθε κοινωνική, οικονομική αλλαγή στην ίδια την κοινότητα επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τη δομή της ίδιας της κοινοτικής υπηρεσίας.(Μαδιανός, 2000)

ii. **Η αρχή της πολιτιστικής συμβατότητας** της κάθε κλινικής θεραπευτικής πρακτικής, που είναι προϊόν της προηγούμενης αρχής. Κάθε δραστηριότητα ή παρέμβαση (θεραπευτικού ή προληπτικού χαρακτήρα) που ασκείται σε μια συγκεκριμένη κοινότητα πρέπει να είναι συμβατή με τον πολιτισμό (milieu) αυτής της κοινότητας. Η προσέγγιση αυτή παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον. Έχει παρατηρηθεί ότι η κλινική εξέταση ενός ψυχωσικού ατόμου σε γλώσσα ξένη προς αυτό αποκρύπτει τη λεκτική ψυχωσική σημειολογία στη δομή της σκέψης.(Μαδιανός, 2000)

iii. **Η αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης**, που έχει ταυτίσιμη προσέγγιση με εκείνη του Bierer για την κοινοτική ψυχιατρική. Στην κοινοτική θεραπευτική είναι αποδεκτές οι έγκυρες, αξιόπιστες και δοκιμασμένες κλινικές θεραπευτικές πρακτικές με κριτήριο το αποτελεσματικότερο ή αποδοτικότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη δυνατότητα να καλύπτουν τις ανάγκες της πλειονότητας των πελατών. Ως γνωστών, υπάρχουν εξειδικευμένα κέντρα ή ινστιτούτα για ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.(Μαδιανός, 2000)

iv. **Η αρχή της θεραπευτικής αυτοπεριοριστικότητας**, που προκύπτει μέσα από την αντίληψη της πραγματικότητας ότι η κοινότητα έχει δικούς της αυτοθεραπευτικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Έτσι υπάρχουν περιπτώσεις «αρρώστων» που δε χρειάζεται να ψυχιατριοποιηθούν. Πρέπει ο κοινοτικός ψυχίατρος και γενικά κάθε θεραπευτής να γνωρίζει τα θεραπευτικά κλινικά όρια, να τα οριοθετεί και τις δυνατότητες των τυπικών πόρων (resources) να θεραπευόσουν το πρόβλημα.

Βασικές αρχές διοικητικής υφής :

- i. **Η αρχή της διαρκούς αναπροσαρμογής ή και «αμφισβήτησης» της οργανωτικής δομής :** Η οργανωτική φύση της κοινοτικής ψυχιατρικής υπηρεσίας εμπεριέχει τη διαρκή αναπροσαρμογή της ως προς τους στόχους και τη διάρθρωση των τεχνικών παροχής υπηρεσιών. Η αρχή αυτή πηγάζει από την εφαρμογή της αρχής της δημιουργικής επιστημονικής αξιολόγησης του έργου που ασκείται, ανεξάρτητα αν αυτό είναι κλινικό, διαγνωστικό, ψυχοθεραπευτικό ή άλλου τύπου, π.χ. , αγωγή ψυχικής υγείας.
- ii. **Η αρχή της σταδιακής ανάπτυξης μέσα στο χρόνο και τον τόπο (κοινότητα):** μια κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία αναπτύσσεται σταδιακά με βάση τον πυρήνα στελεχών. Κάθε νέο τμήμα ή υπηρεσία αναπτύσσετε με βάση διαπιστωμένες ανάγκες και την προοδευτική ανταπόκριση

στην καλυψη τους, όχι με την a priori θέση ότι, π.χ., ένα ΚΚΨΥ πρέπει να έχει μια σειρά τύπων υπηρεσιών.

- iii. **Η αρχή της δημιουργικής αξιολόγησης:** Κάθε θεραπευτική πράξη ή άλλη δραστηριότητα που δεν αξιολογείται με επιστημονική μεθοδολογία, π.χ., κριτήρια αξιοπιστίας και εγκυρότητας, δεν αποκτά την ιδιότητα της τεκμηρίωσης και ουσιαστικά δεν «φαίνεται». Με άλλα λόγια, κάθε δραστηριότητα που δεν αξιολογείτε είναι σαν να μην «γίνεται». (Μαδιανός, 2000)
- iv. **Η αρχή της αλληλοσυμπλήρωσης:** Μια κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία είναι αδύνατον να καλύπτει όλες τις ανάγκες, γι' αυτό εκμεταλλεύεται κάθε δυνατότητα που παρέχεται από την ίδια την κοινότητα και τους πόρους της (resources) και από την παροχή υπηρεσιών από γειτονικούς παραπλήσιους φορείς, οπότε όλες οι υπηρεσίες αλληλοσυμπληρώνονται ως προς την κάλυψη των αναγκών τους. Η άποψη της αυτάρκειας είναι συνώνυμη με τον αυταρχισμό. (Μαδιανός, 2000)
- v. **Η αρχή της κυκλικότητας** η ομάδα συμμετέχει στις αποφάσεις οργάνωσης, στόχων, έρευνας και θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- vi. **Η αρχή της συλλογικότητας** το έργο της κοινοτικής ψυχιατρικής πραγματοποιείται μέσα από ομαδικές διεργασίες που συντελούνται στην ομάδα ψυχικής υγείας (φάση προσανατολισμού), φάση σύγκρουσης, φάση σύνδεσης,

φάση απόδοσης, στατική φάση) (caple, 1978) και οι οποίες οδηγούν σε ένα τελικό πνεύμα ομαδικότητας και κοινής ιδεολογίας. (Μαδιανός, 2000)

Οι παραπάνω βασικές αρχές εφαρμόζονται στην Κοινωνική Ψυχιατρική συμβάλλοντας στην ανάπτυξη και αποτελεσματική οργάνωση των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, που έχουν ως βασικούς στόχους τα παρακάτω:

- i. Αύξηση του εύρους του αριθμού και της εξειδίκευσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
- ii. Ύπαρξη υπηρεσιών ισότιμα διαθέσιμων και προσεγγίσιμων από κάθε άτομο, ανεξάρτητα από τη γεωγραφική θέση, την οικονομική κατάσταση και τη φυλή του.
- iii. Ανάλογη των αναγκών της κοινότητας παροχή υπηρεσιών
- iv. Μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία
- v. Μεγιστοποίηση της συμμετοχής των πολιτών στα προγράμματα ψυχικής υγιεινής
- vi. Πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
- vii. Συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής μέσα στον τομέα
- viii. Αυξημένη αποδοτικότητα των υπηρεσιών από πλευράς κόστους- οφέλους(Μαδιανός, 2000)

Η κοινωνική ψυχιατρική και η ανάπτυξή της προσδιορίζει το ρυθμό της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, από τη σταδιακή συρρίκνωση των ψυχιατρείων και τη βαθμιαία αντικατάστασή τους από τις κοινοτικές

ψυχιατρικές υπηρεσίες ως την πλήρη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων εγκλείστων. (Μαδιανός, 2000)

2.3 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ (ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ Leros I και Leros II)

Το 1990 ξεκίνησε η παρέμβαση στη Λέρο με την συμμετοχή όλων σχεδόν των φορέων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα στα πλαίσια της αποασυλοποίησης και της βελτίωσης των άθλιων συνθηκών που επικρατούσαν στο Ψυχιατρείο της Λέρου και στόχος της ήταν το "άνοιγμα" του ψυχιατρείου της και η επιστροφή μέρους των ασθενών στους τόπους καταγωγής τους, σε ενδιάμεσες δομές, ξενώνες, που δημιουργήθηκαν γι' αυτό το σκοπό. (Μανιαδάκης, 2003)

Οι ασθενείς όμως θα επέστρεφαν σε τόπους, στους οποίους θα συναντούσαν αντιδράσεις, τόσο θετικές, όσο και αρνητικές, κατά κανόνα πάντως αμήχανες και με κάποια στοιχεία ξενισμού, τόσο από τους συγγενείς τους, όσο και από την ίδια την κοινότητα στην οποία θα επέστρεφαν. (Μανιαδάκης, 2003)

Οι οικογένειες των ασθενών αυτών, συχνά είχαν ως πρώτη αντίδραση κάποιο πανικό, αφού θεωρούσαν τον συγγενή τους, τόσα χρόνια "χαμένο" και ξαφνικά έπρεπε να αντιμετωπίσουν την επανεμφάνιση του. Το

προσωπικό λοιπόν των ξενώνων ανέλαβε σ' αυτήν την περίπτωση τον ρόλο του διερμηνέα για το τι σημαίνει η επιστροφή των ασθενών κοντά στους συγγενείς τους. (Μανιαδάκης, 2003)

Αυτό είναι ένα φαινόμενο που φανερώνει τα όσα σήμαινε για την ελληνική κοινωνία η αποασυλοποίηση της Λέρου. Η υπόθεση γνώρισε τεράστια, αρνητική αρχικά, διθυραμβική στην συνέχεια δημοσιότητα που ήταν δυσανάλογη με τα όσα πραγματικά συνέβαιναν στο ψυχιατρείο της Λέρου, αφού τα παραδείγματα μας από το εξωτερικό ήταν πολύ χειρότερα, και έτσι είχαμε την έξοδο 120 ασθενών από το συγκεκριμένο ψυχιατρείο. (Μανιαδάκης, 2003)

Έτσι θα λέγαμε ότι η αποασυλοποίηση κατόρθωσε να πειράξει τα άγχη και τις ενοχές μιας ολόκληρης κοινωνίας σχετικά με ένα κομμάτι της που κυριολεκτικά θεωρούσε χαμένο. Επεξεργάστηκε λοιπόν συγκεκριμένους τρόπους με τους οποίους έγινε δυνατή η συνάντηση με αυτό το κομμάτι. (Μανιαδάκης, 2003)

Οι χρόνια ιδρυματικοί ασθενείς τώρα από την πλευρά τους, με την προστασία του προσωπικού των δομών που ανέλαβαν να τους υποστηρίξουν, τελικά μπόρεσαν και επιβίωσαν έξω από το άσυλο. Το προσωπικό από την άλλη μεριά ανέλαβε το έργο της κινητοποίησης, των επί δεκαετιών ακινητοποιημένων από την ψύχωση και την ασυλική ζωή ασθενών. Έκαναν δηλαδή τρομερή προσπάθεια προκειμένου να αντιμετωπίσουν την απόσυρση από την πραγματικότητα και την ακραία παθητικότητα που είχε εδραιωθεί μέσα από πολύ σκληρές αμυντικές στρατηγικές των ασθενών αυτών. (Μανιαδάκης, 2003)

Κύριος άξονας στην προσπάθεια αυτή ήταν η παρεμβατική στάση του προσωπικού στα πλαίσια της καλλιέργειας μιας σχέσης με τους ασθενείς που αποσκοπούσε στον προσανατολισμό των ασθενών προς την

πραγματικότητα. Σε μια τέτοια σχέση δηλαδή ο φροντιστής γίνεται πρέσβης της πραγματικότητας για τον ασθενή. Όμως μέσα από αυτή την συναλλαγή και κατά την πορεία της τέθηκαν ζητήματα πιο σύνθετα και πιο δύσκολα, όπως αυτό της κοινωνικής ζωής των χρόνιων ασθενών στο εξωνοσοκομειακό πλέον πλαίσιο. (Μανιαδάκης, 2003)

Όταν λέμε κοινωνική ζωή σ' αυτή την περίπτωση εννοούμε το θέμα της σχέσης τους με τις οικογένειες τους, αλλά και κάθε είδους κοινωνικές επαφές, το θέμα της απασχόλησης τους και το θέμα της κατοικίας τους. (Μανιαδάκης, 2003)

Σ' όλους αυτούς τους τομείς έγιναν φανεροί οι περιορισμοί των ασθενών που διαβίωναν στους ξενώνες εξαιτίας του χαρακτηριστικού της χρόνιας ψύχωσης που σημαίνει παράδοση συνύπαρξη μιας μεγάλης κλινικής βελτίωσης με μια περιορισμένη δυνατότητα κοινωνικής ένταξης. (Μανιαδάκης, 2003)

Αυτό είναι όμως και ένα από τα αίτια της εμφάνισης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο έχει ασφαλώς σχέση με τις ματαιώσεις που προκαλεί η στασιμότητα ή οι παλινδρομικές κινήσεις στην κοινωνικοποίηση των ασθενών. Αν το αναλύσουμε όμως πιο βαθιά θα δούμε ότι προέρχεται από την ανάγκη του ασθενούς για μια συμβιωτική σχέση με το προσωπικό, ως απάντηση στην τεράστια δυσχέρεια του στην αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων μιας πιο αυτόνομης ζωής. Το αίτημα αυτό εκφράζεται ως συνεχής και εξαντλητική πίεση για παραβίαση ορίων, όπως του χώρου, του χρόνου, των αρμοδιοτήτων και της στοχοθεσίας. (Μανιαδάκης, 2003)

Έτσι λοιπόν από τα προαναφερόμενα καταλαβαίνουμε ότι τίθεται ζήτημα εξασφάλισης η προσδιορισμού του ενδιαμέσου χαρακτήρα των δομών αυτών. Δόθηκαν όμως πολλές απαντήσεις, ανάλογα με τις

ιδιαιτερότητες του πληθυσμού της κάθε μίας, αλλά και της κοινότητας στην οποία ανήκει. Ο κοινός παρονομαστής σ' όλα αυτά ήταν η προσπάθεια της επεξεργασίας μη αμιγώς ψυχιατρικών λύσεων στα ζητήματα αυτά. Μια τέτοια κατεύθυνση συνδέθηκε με την εμπλοκή προσώπων και φορέων της κοινότητας στην καθημερινή ζωή των ξενώνων (νομαρχιακές επιτροπές λαϊκής επιμόρφωσης, εκκλησία, εθελοντές κ. α) και επιδιώχθηκε η σύνδεση των ασθενών με την κοινότητα και η λειτουργία ενός μοντέλου εξοικείωσης και αποδοχής στην πράξη, των ασθενών, από αυτή. Σ' όλη αυτή την διαδικασία ο ενδιάμεσος μεταξύ ασθενών και κοινότητας ήταν το προσωπικό των ξενώνων. (Μανιαδάκης, 2003)

Λύσεις που αναζητήθηκαν πάνω στο θέμα της εργασίας των ασθενών καθώς και της πιο αυτόνομης στέγασης είχαν ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο που ήταν ο μη αμιγώς ψυχιατρικός χαρακτήρας τους. Ο εμπλουτισμός δηλαδή της ούτως ή άλλως προστατευόμενης κοινωνικής ζωής των ασθενών με σχέσεις και δυσχέρειες μιας καθημερινής πραγματικότητας φάνηκε να προφυλάσσει από το επαναληπτικό στοιχείο, να θέτει δηλαδή ο ασθενής συνεχώς τα ίδια ζητήματα με λόγια, συμπεριφορές ή συμπτώματα και ο φροντιστής να δίνει τις ίδιες απαντήσεις, το οποίο στοιχείο μπορεί να επικρατήσει στην σχέση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τους χρόνιους ασθενείς. Αυτή η κατεύθυνση στην λειτουργία των ξενώνων ανέδειξε και τον ενδιάμεσο ρόλο τους μεταξύ κοινωνικής φροντίδας και περίθαλψης. (Μανιαδάκης, 2003)

Όμως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν πρέπει να περιορισθεί στην Λέρο, αλλά να καλύψει ολόκληρη την επικράτεια. Οι πρωτοβουλίες ανάπτυξης δομών κοινοτικής ψυχιατρικής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, στο σύνολο τους καλύπτουν σήμερα ένα μικρό μέρος του πληθυσμού. Έτσι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και οι Κινητές Μονάδες που λειτουργούν

παρέχουν ικανοποιητική δημόσια περίθαλψη, τομεοποιημένης περιοχής, στο 8% περίπου του πληθυσμού της χώρας και οι αιτίες γι' αυτή την κατάσταση είναι η μη ολοκλήρωση της τομεοποίησης, η ουσιαστική ανυπαρξία ενός κεντρικού προγράμματος ανάπτυξης υπηρεσιών στην περιφέρεια, η έλλειψη αρκετών δομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και η έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας, μεταξύ διαφόρων ψυχιατρικών μονάδων. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Μάλιστα μία έκθεση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας αναφέρει (1984) πως η έμφαση στο παρελθόν στην Ελλάδα, όπως και αλλού δινόταν στην περίθαλψη των ασθενών στα ψυχιατρεία, ενώ οι υπηρεσίες στα πλαίσια της κοινότητας έχουν παραμείνει σχετικά υπανάπτυκτες. Αυτή η έμφαση στην νοσοκομειακή περίθαλψη συνέβαλε στην υπερσυγκέντρωση κτιρίων, που είναι σχεδόν στο σύνολο τους απαρχαιωμένα, κακοδιατηρημένα, με ανεπαρκείς υπηρεσίες, θεραπευτική απραξία, με μία ατμόσφαιρα διαποτισμένη από παθητικότητα και απελπισία ανάμεσα στους ασθενείς, ένα χαμηλό ηθικό και δυσβάσταχτες συνθήκες εργασίας για το προσωπικό και μια γενική κατάσταση που καθιστά την ανάρρωση, ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτές οι συνθήκες ενισχύουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και το απάνθρωπο, πολυέξοδο, άχρηστο και απαράδεκτο επίπεδο περίθαλψης. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

2.4. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2000-2010)

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση του εγχειρήματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μετά την διακοπή της χρηματοδοτικής στήριξης

από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995 αναπτύχθηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα για την περίοδο 2001-2010. Το πρόγραμμα αυτό ονομάστηκε «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»(Κονταξάκης και συν., 2000)

Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην επιστροφή των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Στόχος του προγράμματος ήταν η συνέχιση της δυναμικής και του ρυθμού της μεταρρύθμισης με έμφαση στην κοινωνική επανένταξη και την είσοδο στον εργασιακό χώρο για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας.(Κονταξάκης και συν., 2000)

Το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» είναι ένα δεκαετές πρόγραμμα (1^η αναθεώρηση 2001-2010) χωρισμένα σε δυο περιόδους την περίοδο 2001-2006 και την περίοδο 2007-2010. Το πρόγραμμα ως συνεχιστής της πολιτικής του δομημένου μεταρρυθμιστικού προγράμματος αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για αποασυλοποίηση των εγκλειστών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία στους τόπους από τους οποίους προέρχονται (τόπος κατοικίας πριν τον εγκλεισμό στο ψυχιατρείο). Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στις δομές για την κάλυψη στην κοινότητα που αφορούν στην ψυχική υγεία και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νόμου και τομέα. Το πρόγραμμα χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στην κοινωνικό-οικονομική ένταξη των εν λόγω ατόμων στην κοινωνία συνέχισε την δημιουργία νέων δρόμων σε όλη την περιφέρεια της Ελλάδας για όλο το εύρος των ηλικιών.(Κονταξάκης και συν., 2000)

Συγκεκριμένα οι στόχοι του προγράμματος κινούνται επάνω στους εξής άξονες δράσης:

i. Ανάπτυξη υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που αποσκοπούν στην πρόληψη τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την επαγγελματική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

ii. Εξασφάλιση πλήρους επάρκειας όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας την νοσοκομειακή περίθαλψη στα πλαίσια των Γενικών Νοσοκομείων και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

iii. Δημιουργία δομών και υποδομών με κατανομή βασισμένη στις αρχές της προκαθορισμένης Τομεοποίησης και της Κοινοτικής Ψυχιατρικής ώστε να διασφαλίζεται η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών ανάλογα με τον αριθμό των κατοίκων τον αριθμό των χρηστών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε κάθε Τομέα και τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε περιοχής προκειμένου να δημιουργηθούν τα κατάλληλα υποπρογράμματα που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των κατοίκων.(Κονταξάκης και συν., 2000)

2.4.1. Η ΠΡΩΤΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε το 1997 για την περίοδο 1997-2006 ενώ η Α΄ φάση τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001. Η θέσπιση νέου νόμου περί ψυχικής υγείας τον Μάιο του 1999 με τίτλο: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, συνέβαλε σημαντικά στην εφαρμογή και υλοποίηση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Επιπλέον διευκόλυνε την συμμετοχή κυβερνητικών ιδιωτικών και δημοσίων φορέων στην κατεύθυνση αλλαγής

της νοοτροπίας και της στάσης της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες ενθαρρύνοντας την κατανόηση και την ευνοϊκότερη αντιμετώπιση των αναγκών τους.(Κονταξάκης και συν., 2000)

Το πρόγραμμα τέθηκε ουσιαστικά σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001 στα πλαίσια συγχρηματοδοτούμενου προγράμματος από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στόχος ήταν η καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, ενώ αργότερα επικεντρώθηκε στην διαδικασία αποϊδρυματισμού των εγκλείστων σε μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της χώρας. Κατά την υλοποίηση της φάσης αυτής συνεργάστηκαν τόσο σε επίπεδο προετοιμασίας των ασθενών για κοινωνική επανένταξη όσο και για επαγγελματική κατάρτιση, στα ψυχιατρεία αλλά και τα γενικά περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας. Στα επιτεύγματα στο τέλος του 2001 συγκαταλέγονται τα εξής:

- i. 94 πλήρως εξοπλισμένα εργαστήρια από 11 φορές για κατάρτιση σε ποικίλους τομείς επαγγελμάτων –δεξιοτήτων.
- ii. Εφαρμογή του προγράμματος σε 31 διαφορετικές πόλεις και κωμοπόλεις της ελληνικής επικράτειας εκ των οποίων οι 8 δεν είχαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο (2000-2001) αλλά υπήρχε πρόβλεψη για δημιουργία κατάλληλα αρθρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (Κονταξάκης και συν., 2000).

Στην παρούσα φάση του προγράμματος αξιοσημείωτη είναι η αναφορά στην Μονάδα Υποστήριξης Παρακολούθησης και Εμπύχωσης (Μ.Υ.Π.Ε.Π.) Η Μονάδα αυτή δημιουργήθηκε τον Ιανουάριο του 2000 και έχει αναλάβει εντυπωσιακό όγκο εργασίας που σχετίζεται με τους σκοπούς

και τους στόχους της μεταρρύθμισης. Επίσης η πρόσληψη Περιφερειακών Εμπνευστικών από τη Μ.Υ.Π.Ε.Π. του εθνικού σχεδίου δράσης «έχει παράσχει ένα μοναδικό και καινοτόμο μέσο για την υλοποίηση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», καθώς και σημαντική συμβολή στο έργο του συντονισμού του προγράμματος. (Κονταξάκης και συν., 2000).

Επιπλέον έχει ενισχύσει σημαντικά την τεχνική διοικητική και επιστημονική υποστήριξη ανάμεσα σε πολλούς επιστημονικούς κλάδους που σχετίζονται με τον σχεδιασμό και την διεκπεραίωση της μεταρρύθμισης. (Κονταξάκης και συν., 2000).

2.4.2. Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ

Η ομάδα συμβούλων αξιολόγησης του προγράμματος στα πλαίσια επιτόπιων επισκέψεων συζήτησε με το ανώτατο προσωπικό και με εκπροσώπους της διοίκησης των ψυχιατρείων των Περιφερειών με σκοπό την αξιολόγηση κατά την Α΄ φάση στην κατεύθυνση της μείωσης των κλινών ή του κλεισίματος των παρακάτω ψυχιατρείων. (Πλουμπίδης, 2000)

Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί) βραχυπρόθεσμος στόχος ήταν μετά το τέλος των επισκευών να διαθέτει 950 κλίνες και 100 νέες θέσεις εκτός νοσοκομείου ανά έτος ενώ μακροπρόθεσμος στόχος του νοσοκομείου είναι να έχει 450-500 εσωτερικούς ασθενείς μέχρι το 2006. (Πλουμπίδης, 2000)

Επίσης έγινε επίσκεψη σε ένα από τα ξενοδοχεία της πόλης όπου παρέχεται προσωρινή διαμονή σε έγκλειστους των πτερύγων οι οποίες

καταστράφηκαν από το σεισμό του 1999. Οι εγκαταστάσεις αυτές ήταν κατάλληλες μόνο ως προσωρινή λύση καθώς είχαν σημαντικές ελλείψεις και η κτηριακή δομή δημιουργούσε δυσκολίες στους ασθενείς. (Πλουμπίδης, 2000)

Στο Δρομοκαΐτειο οι σύμβουλοι ενημερώθηκαν για τον αντίκτυπο των επιβεβλημένων διαδικασιών έκτακτης ανάγκης μετά από ζημιές στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Οι εισαγωγές ανήλθαν στις 30-40 την ημέρα με αποτέλεσμα να προσβληθεί επιπλέον προσωπικά ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών. Από την άλλη ο αριθμός των ασθενών μειώνεται συνεχώς με την δημιουργία ξενώνων και οικοτροφείων. (Πλουμπίδης, 2000)

Σύμφωνα με το πρόγραμμα οι κλίνες από 600 θα μειωθούν στις 250 μέχρι το 2006. Η μείωση αυτή συνεπάγεται την δημιουργία 90 θέσεων σε εξωνοσοκομειακές δομές κάθε χρόνο κυρίως στην Αθήνα. (Παπαδάτος, Στογιαννίδου 2001)

Στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής έχει σημειωθεί σημαντική βελτίωση στις εγκαταστάσεις σε σύγκριση με τις επικρατούσες συνθήκες διαβίωσης στα μέσα της περιόδου της δεκαετίας του 90 όταν είχε γίνει η προηγούμενη επίσκεψη από την ομάδα αξιολόγησης. Οι εξελίξεις δείχνουν ότι το νοσοκομείο βρίσκεται στο δρόμο της μετεξέλιξης του, σε δομή ψυχιατρικής αξιολόγησης και θεραπείας νέων και εφήβων. Η προοπτική αυτή στο παρόν συναντά εμπόδια εξαιτίας της έλλειψης ομοιογένειας των ασθενών όσον αφορά στην ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν και στο είδος πάθησής τους. (Παπαδάτος, Στογιαννίδου 2001)

Από τη μια υπάρχουν ηλικιωμένοι ασθενείς με μακροχρόνια παραμονή που χαρακτηρίζονται από μεγάλη μεταξύ τους απόκλιση ως προς το βαθμό νοητικής υστέρησης και από μεγάλη μεταξύ τους απόκλιση ως

προς το βαθμό νοητικής υστέρησης και από την άλλη νεώτεροι ασθενείς με λιγότερο σοβαρές ψυχιατρικές παθήσεις.(Παπαδάτος, Στογιαννίδου 2001)

Σε συνάντηση των συμβούλων αξιολόγησης με το ανώτατο προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου, έγινε μνεία των δομών εκτός ψυχιατρείου που δημιουργήθηκαν με βάση τον κανονισμό ΕΕ 815/84. Αυτές περιλαμβάνουν το χώρο το Κέντρο Ψυχικής Υγείας της Κατερίνης το οποίο έχει Κοινωνική Υπηρεσία, οδοντιατρείο και παρέχει συμβουλευτική σε βάση εξωτερικά ιατρεία για παροχή συμβουλευτικής σε παιδιά και ενήλικες. Το νοσοκομείο έχει πετύχει μείωση κλινών σε ποσοστό 50% τα τελευταία έτη, αν και σύμφωνα με το πρόγραμμα αναμενόταν να κλείσει το 2003 με την συμβολή των δομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που αναπτύσσονται στην Κατερίνη, Βόλο, Λάρισα και Τρίκαλα. (Παπαδάτος, Στογιαννίδου 2001)

Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τριπόλεως έχει δημιουργηθεί μια μονάδα γεωργικής κατάρτισης, ένα εργαστήριο αποκατάστασης δύο ξενώνες και μια μονάδα βραχύχρονης νοσηλείας για την κάλυψη των αναγκών των οξέων περιστατικών. Κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης στην Τρίπολη δημιουργήθηκε ένα κέντρο ψυχικής υγείας και δύο προστατευμένα διαμερίσματα. Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ στην συγκεκριμένη φάση έχει διασφαλίσει την συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού καθώς 130 ασθενείς έχουν ενταχθεί σε δέκα εργαστήρια και έντεκα ξενώνες σε κοινότητες της περιφέρειας. Για τους ασθενείς που παρέμειναν στο ψυχιατρείο έχουν αλλάξει λίγα πράγματα ως προς τις συνθήκες διαβίωσης σχετικά με την αναφορά των εμπειρογνομόνων με την αναφορά του 1995 των εμπειρογνομόνων. Τα ψυχιατρείο πρόκειται να κλείσει το 2006. (Μάτσα, 2003)

Στο Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων έχει σημειωθεί μείωση άνω του 50% του αριθμού των κλινών κατά την χρονική περίοδο 1996-2003 (περίπου 100 κλίνες λιγότερες), Σύμφωνα με τον προγραμματισμό θα παραμείνει σε λειτουργία μια μονάδα 50-60 κλινών και θα δημιουργηθεί ψυχιατρικός τομέας για εσωτερικούς ασθενείς στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. Αξιοσημείωτη είναι η πρόβλεψη για δημιουργία ενός σταθμού πλυντηρίου αυτοκινήτων στον χώρο του νοσοκομείου, ενώ ήδη υπάρχουν εργαστήρια που βρίσκονται κοντά στην πόλη, επιτυγχάνοντας την εύκολη πρόσβαση στους εξυπηρετούμενους. Επιπλέον αναμένεται να αλλάξει ο χαρακτήρας εργοθεραπείας που ισχύει τώρα ενώ τόσο ο χώρος όσο και η εργασία θα ήταν κατάλληλα για την ανάπτυξη ενός κοινωνικού συνεταιρισμού. Η αλήθεια είναι ότι υπήρχε σημαντική καθυστέρηση ως προς το ρυθμό προώθησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης λόγω εσωτερικών διαμαχών της ομάδας διαχείρισης και των εμποδίων στην απόκτηση δομών και στην πρόσληψη και κατάρτιση προσωπικού. Έχουν ήδη τεθεί εκτός λειτουργίας οι δύο όροφοι του θεραπευτηρίου ενώ αναμένεται να κλείσει έως το 2006 στο τέλος της Β΄ φάσης. (Μάτσα, 2003)

Ενώ στα προαναφερθέντα μεγάλα Δημόσια Νοσοκομεία τα σημάδια της μεταρρύθμισης εμφανίζονται με την έναρξη του προγράμματος «Ψυχαργός», στο νοσοκομείο της Λέρου η εμφάνισή τους προηγείται χρονικά με το «Πρόγραμμα Λέρος». Το πρόγραμμα ξεκίνησε το 1990 και αποτέλεσε όχι μόνο ένα βήμα βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης αλλά και ένα σημαντικό βήμα προς την πραγματοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. (Μάτσα, 2003)

Έτσι για πρώτη φορά στην χώρα μας οργανώθηκε και επιχειρήθηκε σε τόσο ευρεία κλίμακα η μαζική μεταφορά 130 ασθενών Ψυχιατρικού Νοσοκομείου σε Ξενώνες κοντά στους τόπους καταγωγής τους και έγινε

συστηματική προσπάθεια για την επαγγελματική και κοινωνική τους επανένταξη. (Μάτσα, 2003)

Το γεγονός ότι η διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης ξεκινά νωρίτερα στην Λέρο από τα άλλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δεν είναι τυχαίο. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Λέρου (ή «αποικία Ψυχασθενών Λέρου» όπως ονομάστηκε με την έκδοση του Βασιλικού Διατάγματος του 65) αποτέλεσε την πιο ακραία περίπτωση συστήματος περίθαλψης σηματοδευμένου από την ασυλική λογική και την εφαρμογή της στη πράξη. Μετά από επανειλημμένες καταγγελίες των κατοίκων, ξέσπασε «σκάνδαλο» και στον διεθνή τύπο ξεκινώντας από το πρωτοσέλιδο του «Observer» Το Κ.Θ.Λ. πολλές φορές χαρακτηρίστηκε ως «αποθήκη ψυχών», «ένοχο μυστικό της Ευρώπης», «ντροπή της Ελλάδας» από τον ελληνικό και τον ξένο τύπο. Έτσι κινητοποιήθηκε η ΕΕ (1989) και σε συνεργασία με την κυβέρνηση, έθεσε ένα σχέδιο δράσης το οποίο περιλάμβανε:

- i. Προετοιμασία, έξοδο και μεταφορά 110 ασθενών σε 11 ξενώνες ανάλογα με τον τόπο καταγωγής τους.
- ii. Συμμετοχή εθελοντών (Ελλήνων και ξένων) στην λειτουργία δύο περιπτέρων εντός του Νοσοκομείου.
- iii. Σφαιρική αξιολόγηση και της πορείας μέσα από σύστημα καταγραφής και ελέγχου.
- iv. (Μπαϊρακτάρης, 1994)

Κατά την διάρκεια της Α΄ Φάσης αξιοσημείωτη είναι η αναφορά στον σεισμό του Σεπτεμβρίου του 1999 ως αιτία αναγκαστικής επίσπευσης των διαδικασιών από διάφορους φορείς. Συγκεκριμένα ο σεισμός συνέβαλλε:

i. Στην άμεση χρηματοδότηση της δράσης από την Ευρωπαϊκή Ένωση χωρίς καθυστερήσεις και χρονοβόρες αναλύσεις.

ii. Σε μια άνευ προηγουμένου εγρήγορση δράσης από το επιστημονικό νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό για την προώθηση των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίηση και ψυχοκοινωνικής επανένταξης.

(Μάτσα, 2003)

Αντίθετα λοιπόν με την έλλειψη ευελιξίας που χαρακτηρίζει την πλειοψηφία των υπηρεσιών που αποτελούν το κρατικό μηχανισμό, συμπεριλαμβανομένου και του αρμόδιου Υπουργείου για την αποασυλοποίηση των ψυχικά πασχόντων, ο κρατικός μηχανισμός λειτούργησε έγκαιρα με αξιέπαινη αποφασιστικότητα στο πλήγμα που υπέστη από τον εγκέλαδο ένα από τα πέντε μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας. (Κονταξάκης και συν., 2000)

Σε αυτό το σημείο καθίσταται απαραίτητο να δοθούν ορισμένα στοιχεία σχετικά με τη λειτουργία του εν λόγω νοσοκομείου προκειμένου να γίνει αντιληπτή η δυσχερής θέση στην οποία περιήλθε το Εθνικό Σύστημα Ψυχικής Υγείας στο σύνολό του. (Κονταξάκης και συν., 2000)

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», φέρει από παλιά έως και σήμερα το μεγαλύτερο βάρος της Δημόσιας ενδονοσοκομειακής φροντίδας (μαζί με το Δρομοκαΐτειο) των ασθενών προερχομένων από τις κατώτερες εισοδηματικές τάξεις όχι μόνο του λεκανοπεδίου Αττικής αλλά ολόκληρης της Ελληνικής Επικράτειας. Απόδειξη του γεγονότος αυτού είναι ο αριθμός εγκλείστων για κοινωνικούς λόγους αν και δεν χρίζουν μακροχρόνιας νοσηλείας για θεραπευτικούς λόγους. Επιπρόσθετα, το Νοσοκομείο του οποίου ο χαρακτήρας είναι διττός (Νοσοκομείο - Άσυλο)

αποτελεί χώρο συσσώρευσης όλων των άλυτων και δισεπίλυτων ψυχιατρικών περιστατικών με επιπλέον προνομιακά προβλήματα που οι άλλες δομές αδυνατούσαν να περιθάλψουν. Το 50%-60% των ασθενών είναι χρόνιοι ασθενείς με διάρκεια παραμονής που κυμαίνεται από 3-30 χρόνια, που παρά τις δυσκολίες αποτελούν κύριο μέλημα της αποϊδρυματικής πολιτικής του Νοσοκομείου. Το νοσοκομείο δέχεται και νοσηλεύει κάθε χρόνο 3.000-3.500 περιστατικά και είναι το μόνο στη χώρα που διαθέτει Ψυχιατρικά Τμήματα και Τμήματα Εξαρτήσεων (Αλκοολικών και Τοξικομανών). (Κονταξάκης και συν., 2000)

Από όλα τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος που προέκυψε από την διακοπή της εφημερίας και της εισαγωγής νέων περιστατικών. Άλλες μονάδες αναγκάστηκαν να επωμισθούν το βάρος αντιμετωπίζοντας πληθώρα προβλημάτων εξαιτίας μη ετοιμότητας για την αντιμετώπιση μιας τέτοιας κατάστασης και ποικιλόμορφων ελλείψεων. Γιατί δεν μπορούμε να επαινούμε μόνο την άμεση βοήθεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο επίπεδο χρηματοδότησης και την εγρήγορση του ελληνικού κρατικού μηχανισμού, παραβλέποντας τις σημαντικές ελλείψεις που υπάρχουν στο Σύστημα Υγείας. (Κονταξάκης και συν., 2000)

Επιπλέον δεν δικαιολογείται η λήθη των σωρειών από ράντζα στους διαδρόμους των Γενικών Νοσοκομείων προκειμένου να καλυφθούν οι στεγαστικές ανάγκες των ασθενών του Ψ.Ν.Α που μετά το σεισμό δεν μπορούσαν να φιλοξενηθούν έστω προσωρινά με ανθρώπινες συνθήκες διαβίωσης. (Κονταξάκης και συν., 2000)

Από τους 1700 εγκλείστους στο Ψ.Ν.Α. την ημέρα του σεισμού 250 εξήλθαν του νοσοκομείου τις επόμενες εβδομάδες 50 μεταφέρθηκαν εσπευσμένα στην Τράπεζα και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας

Ολύμπου.1400 εναπομείναντες ασθενείς εγκαταστάθηκαν προσωρινά. Οι αριθμοί αυτοί είναι σημαντικοί μόνο αν ληφθεί υπόψη η έλλειψη στεγαστικών δομών και οι ελλείψεις σε χώρους και κλίνες των ήδη υπάρχουσών δομών παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα. (Μαδιανός, 1994)

Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 90 φαίνονται οι πρώτες προσπάθειες προς την κατεύθυνση της απονοσοκομειοποίησης (ο όρος υποδηλώνει την απλή κατάργηση των κλινών των ψυχιατρείων, χωρίς την ταυτόχρονη υποκατάστασή τους από ένα ολοκληρωμένο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών) (πίνακας 1) (Μαδιανός, 1994)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Μ.Δ.Ν.* ΣΕ ΜΗΝΕΣ	ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ
ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΟΡΥΔΑΛΟΥ	21	21		13.1	52.6
ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΟΛΩΝΟΥ	15	7	6	52.5	43.6
ΣΥΝΟΛΟ	36	28	6		

*Μέση διάρκεια νοσηλείας

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Μ.Δ.Ν.* ΣΕ ΜΗΝΕΣ	ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΔΙΑΔΡΟΜΗΣ	16	9	7	106.5	51.5
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΚΟΛΩΝΟΥ	21	12	8	61.7	47.1
ΣΥΝΟΛΟ	37	21	16		

Πηγή: (Μαδιανος, 1994)

Στον πίνακα αυτό απεικονίζονται οι δύο ξενώνες που λειτουργούσαν προ του σεισμού από το ψυχιατρείο. Ο ξενώνας Κορυδαλλού και Κολωνού παρείχαν φιλοξενία στους διαμένοντες στους δύο ξενώνες. Η δημιουργία του ξενώνα του Κορυδαλλού έπεται χρονικά του ξενώνα του Κολωνού. Η

μικρότερη ηλικία και χρονιότητα των ασθενών εξηγείται από το γεγονός ότι δόθηκε προτεραιότητα στους νεώτερους λειτουργικότερους ασθενείς με βάση το σκεπτικό ότι είναι λιγότερο ιδρυματοποιημένοι άρα και ευκολότερα αποϊδρυματοποιήσιμοι. (Μαδιανός, 1994)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΠΙΚΕΡΜΙ	56	39	16
CRYSTAL	105	45	60
ΠΑΛΜΥΡΑ	37	26	11
ΣΥΝΟΛΟ	254	110	144

Πηγή: (Μαδιανός, 1994)

Αμέσως μετά το σεισμό όπως φαίνεται στον πίνακα 2, έλαβε χώρα μια ταχεία διαδικασία μεταστέγασης ασθενών σε μεγάλα ξενοδοχεία στο κέντρο της πόλης των Αθηνών στις υποβαθμισμένες περιοχές του Μεταξουργείου και στο Πικέρμι. (Μαδιανός, 1994)

Θα ήταν όμως μεγάλη έλλειψη η μη αναφορά κάποιων χαρακτηριστικών της άμεσης προσπάθειας για αποϊδρυματοποίηση που έγινε αμέσως μετά τον σεισμό. Η όποια πράξη έγινε προς αυτή την κατεύθυνση έγινε βεβιασμένα κάτω από την πίεση των περιστάσεων. Σε αυτή την περίπτωση όμως δεν μπορούμε να μιλάμε για αποασυλοποίηση που γίνεται με βάση κάποιο σχέδιο δράσης και έπεται χρονικά της προετοιμασίας και του σχεδιασμού αλλά για μια μορφή «αναγκαστικής αποασυλοποίησης» Η έννοια της αποϊδρυματοποίηση έχει αξία μόνο αν συνυπάρχει ουσιαστικά με την έννοια της ενσωμάτωσης στον κοινωνικό ιστό. Διαφορετικά η αποϊδρυματοποίηση γίνεται έννοια ταυτόσημη με την «απονοσοκομειοποίηση» και την παράλληλη δημιουργία μικρών «ασύλων» μέσα στην κοινότητα που δεν διαφέρουν σε τίποτα από τα μεγάλα διττού χαρακτήρα, Νοσοκομεία – Άσυλα. (Μαδιανός, 1994)

Ως παράδειγμα έλλειψης τόσο σχεδίου δράσης όσο και παροχής ευκαιριών για κοινωνική ένταξη στους ενοίκους πρώην εγκλείστους «Δαφνί» αναφέρεται ο ξενώνας που δημιουργήθηκε στο Πικέρμι. Ο ξενώνας αυτός απέχει 20 χιλιόμετρα από το κέντρο της πόλης και οι ασθενείς βρίσκονται μακριά από την κοινότητα. Η δομή αυτή παροχής ψυχικής υγείας στεγάζεται σε ένα ακατάλληλο κτίριο που δεν πλήρη τις απαιτήσεις του νόμου για κατάλληλες συνθήκες διαβίωσης και δεν εξασφαλίζει τον σεβασμό προς τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων. Το επίπεδο λειτουργικότητας είναι χαμηλό σε αντίθεση με το χρηματικό κόστος και το

κόστος σε ανθρώπινο δυναμικό. Υποσημειώνεται η μεγάλη ηλικία των ασθενών που διαμένουν εκεί και η μακροχρόνια νοσηλεία που κυμαίνεται από τα 11.5 έως τα 15 χρόνια. Το γεγονός αυτό προκαλεί μια επιπρόσθετη δυσχέρεια στην ομαλή διαβίωση καθώς οι ασθενείς είναι ιδρυματοποιημένοι σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της μακροχρόνιας νοσηλείας καθώς καθίσταται αδύνατη η κοινωνική τους ενσωμάτωση χωρίς προετοιμασία των ίδιων και της κοινότητας στην οποία πρόκειται θεωρητικά να ενταχθούν. Μια τέτοιου είδους ταχεία αποκόλληση από το περιβάλλον, «το φυσικό περιβάλλον» μόνο αρνητικές επιπτώσεις μπορεί να επιφέρει. Αυτό που υποβοήθησε είναι η μετακίνηση στους ξενώνες του ίδιου προσωπικού προκειμένου να μην υποστούν οι ένοικοι τις αρνητικές συνέπειες μιας ακόμα αποχώρησης και αλλαγής εκτός αυτής του χώρου. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι σε γενικές γραμμές η συχνή εναλλαγή των προσώπων που παρέχουν θεραπευτική φροντίδα ενοχλεί τους εξυπηρετούμενους και αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην θεραπευτική διαδικασία. (Μαδιανός, 1994)

Όλες οι παραπάνω ελλείψεις θα μπορούσαν να ιδωθούν με κάποιο βαθμό επιείκειας εξαιτίας της απρόσμενης κατάστασης που προήλθε από τον σεισμό και της επιτακτικής ανάγκης να αποσυμφόρηση του Ψ.Ν.Α. Η κατανόηση όμως αυτή δίνεται με την προϋπόθεση ότι εξωνοσοκομειακές δομές ανάλογης ποιότητας έχουν προσωρινό χαρακτήρα ή στοχεύουν στην σταδιακή βελτίωση των συνθηκών στα διάφορα επίπεδα. (Μαδιανός, 2000)

Οι δομές αυτές δεν γνώρισαν καμία βελτίωση και μονιμοποιήθηκαν παρά τις διαβεβαιώσεις του Διοικητικού Συμβουλίου Δ.Σ. του Ψ.Ν.Α. σχετικά με τον προσωρινό τους χαρακτήρα. (Μαδιανός, 1994)

2.4.3. Η Β΄ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Η περίοδος 2002-2006 αποτελεί την Β΄ Φάση του προγράμματος κατά την οποία προβλέπεται η αποασυλοποίηση για 3000 χρόνιους αυλικούς ασθενείς με την παράλληλη πρόσληψη 5500 νέων επιστημόνων ψυχικής υγείας.

(Μάτσα, 2003)

Έτσι προβλέπεται να κλείσουν 5 μεγάλα ψυχιατρεία της χώρας. Τα νοσοκομεία αυτά είναι τα εξής:

- i. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
- ii. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
- iii. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης
- iv. Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
- v. Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

Το προσωπικό που απασχολείται στα παραπάνω Ψυχιατρικά Νοσοκομεία θα απορροφηθεί σταδιακά προκειμένου να καλυφθούν ανάγκες για έμπυχο δυναμικό στις εξωνοσοκομειακές μονάδες που πρόκειται να δημιουργηθούν. Επίσης οι κτιριακές τους εγκαταστάσεις θα αξιοποιηθούν ως χώροι δημιουργικής εργασίας επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά νοσούντων ατόμων καθώς και ως χώροι Πανεπιστημιακών Τμημάτων, (Τρίπολη, Κέρκυρα, Χανιά). (Μάτσα, 2003)

Παράλληλα προβλέπεται μείωση των κλινών για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο» το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί» και Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Συγκεκριμένα υπάρχει πρόβλεψη για μείωση στις 350, 500 και 250 αντίστοιχα. (Μάτσα, 2003)

Αναλυτικότερα οι δομές που θα δημιουργηθούν σύμφωνα με το πρόγραμμα μέχρι το τέλος της Β΄ φάσης για την κάλυψη των στεγαστικών και άλλων αναγκών που απαιτεί η αποασυλοποίηση και η εξυπηρέτηση των εγκλείστων είναι οι εξής:

- i. 211 ξενώνες οικοτροφεία και προστατευόμενα Διαμερίσματα για την στεγαστική αποκατάσταση 3000 ατόμων μακροχρόνιας διαμονής σε ασυλιακού τύπου ψυχιατρεία.
- ii. 48 μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης
- iii. 21 κινητές μονάδες Ψυχικής Υγείας για νησιά, ορεινές και ακριτικές περιοχές, οι οποίες αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας.
- iv. 8 ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου. Οι μονάδες αυτές περιλαμβάνουν Ξενώνα, Κέντρο Ημέρας, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας. Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση.
- v. 11 Μονάδες Άμεσης Παρέμβασης στην Κρήτη για χρήστες τοξικών ουσιών σε Γενικά Νοσοκομεία
- vi. 16 Ξενώνες βραχείας ή μέσης νοσηλείας υψηλού ή μέτριου βαθμού υποστήριξης σε άμεση με Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- vii. 15 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ)

viii. 31 Ολοκληρωτικά και Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία

ix. 32 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους

x. 12 Κέντρα Ημέρας για όλο το φάσμα των ηλικιών

xi. 34 Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες

xii. 10 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς

xiii. 5 Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (κάθε ολοκληρωμένο τμήμα περιλαμβάνει Τμήμα Νοσηλείας. Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας. Μονάδα Οξέων Περιστατικών και Κέντρο Παρέμβασης σε Καταστάσεις Κρίσης

xiv. 15 Ξενώνες. Προστατευόμενα Διαμερίσματα, οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου. (Μάτσα, 2003)

Η ολοκλήρωση των δομών κατά το διάστημα 2012-2016 θα επιτρέψει την οριστική κατάργηση των τεσσάρων ψυχιατρικών νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης των δύο Δημοσίων ψυχιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας το «Δαφνί» και το «Δρομοκαΐτειο» καθώς και της Λέρου μέσω της ανάπτυξης του εξειδικευμένου προγράμματος «Ειδική Δράση για τη Λέρο»

(Μάτσα, 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στην απελευθερωτική παράδοση της ψυχιατρικής από την εποχή των πρώτων μεταρρυθμιστών στην περίοδο της Γαλλικής επανάστασης, για πρώτη φορά διαπιστώθηκε ότι η αρρώστια δεν καταστρέφει πλήρως και δεν «απανθρωποιεί» τον άνθρωπο, ο οποίος διατηρεί «υγιείς πλευρές», πάνω στις οποίες μπορεί να στηριχτεί η σχέση και η θεραπευτική δουλειά για την ανάρρωσή του. Επιστρέφοντας στις δεκαετίες του 1970 και 1980, περίοδος όπου μετά από την πάροδο 150 ετών της άνθησης της ψυχιατρικής του εγκλεισμού, αναπτύσσεται και εδραιώνεται ως θεωρία αλλά και πρακτική εφαρμογή, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, μία στρατηγική τριτοβάθμιας πρόληψης της αναπηρίας που προέρχεται από την ψυχική νόσο. (Μεγαλοοικονόμου, 2001)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1981), η Αποκατάσταση ορίζεται ως «μια δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φτάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία». (Μαδιανός, 1994)

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά και σωματικά ανάπηρα

άτομα να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή τις συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας. (Συμβούλιο της Ευρώπης, 1985)

Η Ψυχιατρική Αποκατάσταση έχει στόχο να αυξήσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου σε στεγαστικό, επαγγελματικό η εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

- i. Την αποκαταστασιακή διάγνωση
- ii. Τον προγραμματισμό
- iii. Την παρέμβαση.

(Anthony, 1988)

Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο όρος «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση» που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων. Συγγενής όρος είναι η «κοινωνική θεραπεία» ή «κοινωνιοθεραπεία». (Μαδιανός, 2005)

3.2. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Όπως η Κοινωνική Ψυχιατρική έτσι και η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση διέπεται από οκτώ βασικές αρχές:

i. Η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε έναν τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς.

ii. Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις. Το μόνο πρόβλημα είναι ο χρόνος που απαιτείται για να αποκτηθούν αυτές οι νέες ικανότητες.

iii. Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και την κοινότητα. Είναι εμφανές ότι η αρχή αυτή βασίζεται στις έννοιες των θετικών ή αρνητικών ενισχύσεων όπως αυτές θεμελιώθηκαν από τον B.F Skinner.

iv. Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό. Η επιδίωξη των ψυχοθεραπευτών και εργοθεραπευτών να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να δρα «φυσιολογικά» αντανακλά τα κοινωνικά στοιχεία που οριοθετούν τη συμπεριφορά.

v. Η επιδίωξη της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης ως διαδικασίας για την επανένταξη, είναι να προσφέρει συνθήκες για το άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές. Εδώ καταγράφεται και το μειονέκτημα του ψυχιατρείου να δημιουργήσει ατμόσφαιρα παρόμοια με τις κοινωνικές συνθήκες που θα ζήσει ο ασθενής έξω στην κοινότητα.

vi. Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδρασή του με άλλα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μια θετική

συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που το άτομο είναι δεμένο με την ομάδα και του βαθμού στα οποία εκείνη τον επηρεάζει.

vii. Η σύσταση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει την συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρέπει να αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών, γι' αυτό στην ομάδα της ψυχιατρικής Αποκατάστασης συμμετέχουν και άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο, η συμπεριφορά των οποίων μπορεί να αποτελέσει σημείο ενίσχυσης της φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωσικών μελών.

viii. Η πρακτική της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης πάντοτε ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία στους τρεις βασικούς τομείς, δηλαδή στην εργασία, στην στέγαση και τις κοινωνικές δραστηριότητες.

(Κονταξάκης, 2000)

3.3 ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση αφορούν στο άτομο που συμμετέχει στην αποκατάσταση, στην οικογένεια και στον εργοδότη του. Οι βασικές αρχές της δεοντολογίας της αποκατάστασης είναι:

i. **Αρχή της Αυτονομίας:** Η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται με ειλικρίνεια για την πρόοδο ή τα προβλήματα του μέλους της στο τομέα της αποκατάστασης, που εκείνο συμμετέχει. Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει υπεύθυνα στο αποκαταστασιακό

έργο, κατά το μέγεθος του δυνατού αλλά ουσιαστικού. Ωστόσο, αν εξαιρέσουμε αυτές τις παραμέτρους, πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη πως το άτομο που συμμετέχει στη διαδικασία της αποκατάστασης, θα πρέπει να δρα αυτόνομα, αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες και δράσεις, με υπευθυνότητα και προσωπική βούληση. (Μαδιανός, 2005)

ii. **Αρχή της Ωφέλειας:** Βασικός σκοπός του προγράμματος αποκατάστασης είναι η ωφέλεια του ατόμου. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, το πρόγραμμα θα πρέπει να τηρεί τις εξής προϋποθέσεις:

i. Να Καλύπτει το σύνολο των λειτουργικών αναγκών του ασθενούς (κοινωνική αποκατάσταση, επαγγελματική αποκατάσταση, φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία) στα πλαίσια ρεαλιστικών δυνατοτήτων του.

ii. Πρέπει να ταιριάζει στην κοινωνικοπολιτισμική κατάσταση του ασθενούς.-Οφείλει να είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες και δυνατότητες της κοινότητας.

iii. Το προσωπικό του προγράμματος πρέπει να είναι εξειδικευμένο (εκμάθηση δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συμπεριφορικές τεχνικές, κ.ά.)

iv. Πρέπει να υπάρχει διασύνδεση του προγράμματος με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό πλαίσιο (συμβουλευτική υπηρεσία, κέντρα ημέρας, μονάδα παρέμβασης στην κρίση κ.ά.)

v. Το πρόγραμμα πρέπει να συνδέεται με ψυχιατρικό τομέα νοσοκομείου, για τη δυνατότητα κάλυψης επανεισαγωγής σε περίπτωση «κρίσης» ή υποτροπής του ασθενούς. (Μαδιανός, 2005)

iii. **Αρχή της Μη Βλάβης:** Ο ασθενής θα πρέπει μέσα από το εκάστοτε πρόγραμμα αποκατάστασης να εξελίσσεται, να προοδεύει να γίνεται όσο το δυνατόν περισσότερο δημιουργικός - παραγωγικός. Οι εργασιακές συνθήκες πρέπει να είναι άρτιες ώστε να παρέχουν κίνητρα στον ασθενή να παρακολουθεί πιο ενεργητικά το πρόγραμμα, χωρίς παλινδρομήσεις σε παλιές παθολογικές συμπεριφορές. (Μαδιανός, 2005)

iv. **Αρχή της Δικαιοσύνης:** Η περίπτωση του εργοδότη (ατόμου ή επιχείρησης) έχει αρκετές ιδιαιτερότητες. Με βάση τη νομοθεσία, ο εργοδότης γνωρίζει ότι προσλαμβάνει ένα άτομο με ειδικές ανάγκες, αφού ο μισθός της θέσης επιδοτείται. Στην πληροφόρηση αυτή, πρέπει να τεθούν όρια και να ενημερώνεται μόνο ως το σημείο που θα διασφαλίζεται η ασφαλής και απρόσκοπτη εργασία του ατόμου, π.χ. να πληροφορηθεί το γεγονός ότι παίρνει κάποια ψυχοφάρμακα. (όχι ποια ψυχοφάρμακα παίρνει). Τέλος ο εργοδότης υποχρεούται να αντιμετωπίζει με τον ίδιο τρόπο όλους τους υπαλλήλους χωρίς διακρίσεις, δόλο και ρατσιστικά σχόλια. (Μαδιανός, 2005)

Οι κατευθύνσεις αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης προς τον ασθενή επικεντρώνονται στα παρακάτω:

- i. Να μάθει να «ξαναζεί» με την οικογένεια και το περιβάλλον.
- ii. Να μην επικαλείται το ρόλο του εύθραυστου.
- iii. Να συνεργάζεται στο επίπεδο της θεραπείας (θεραπευτική συμμόρφωση).
- iv. Να αποδέχεται και να συνεργάζεται με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες (θεραπευτική συμμαχία).

v. Να παροτρύνεται στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων.

Η επιτυχία των προγραμμάτων αποκατάστασης εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη λειτουργία εναλλακτικών (προς το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα) δομών στην κοινότητα. Οι δομές αυτές μπορεί να χωριστούν:

i. Σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, όπως Συμβουλευτικές Υπηρεσίες Ενηλίκων, Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες, Κέντρα Ημέρας ή Νύχτας, Κοινωνικές Λέσχες, Υπηρεσίες Επείγουσας Φροντίδας, Ανοιχτές Μονάδες για ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ, Ψυχογηριατρικές Κοινοτικές Μονάδες.

ii. Σε Μονάδες Στεγαστικής κάλυψης, όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, ανάδοχες οικογένειες. (Κονταξάκης, 2000)

3.4. ΟΙ ΕΝΔΙΑΜΕΣΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ

Η φροντίδα για τους περισσότερους χρόνιους ψυχιατρικούς αρρώστους παρεχόταν στα μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, όταν η οικογένεια καθενός από αυτούς δεν ήθελε ή δεν μπορούσε να την προσφέρει. Ωστόσο, αναγνωρίστηκε ότι πολλοί από τους αρρώστους αυτούς θα μπορούσαν να ζήσουν περισσότερο ποιοτικά σε μικρότερους χώρους διαμονής μη αποκλεισμένους από την ευρύτερη Κοινότητα. Τα πρώτα βήματα προς αυτή την κατεύθυνση σημειώθηκαν στις δεκαετίες του 1960

και του 1970, στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στις Η.Π.Α., με σταδιακή μείωση του αριθμού των ασθενών που δέχονταν τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. (Μαδιανός, 2005)

Οι παράγοντες που συντέλεσαν σε αυτή την αλλαγή είναι πολυποίκιλοι. Ανάμεσά τους η εφαρμογή καλύτερων μεθόδων θεραπείας και αποκατάστασης, η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης, η λειτουργία Νοσοκομείων Ημέρας, καθώς και η παροχή φροντίδας στο σπίτι του ασθενή. (Μαδιανός, 2005)

Η εγκατάσταση χρόνιων ψυχιατρικών αρρώστων σε εναλλακτικούς χώρους διαμονής, στην Κοινότητα είναι πρωταρχικής σημασίας για την Ψυχιατρική Αποκατάσταση. Η δεκαετία του 1980 θεωρήθηκε ως η δεκαετία της «μεταβατικής φροντίδας», με την έννοια πως οι χώροι διαμονής στην Κοινότητα και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα θεωρούνται μετάβαση από την αρρώστια στην πλήρη υγεία, με τελικό ζητούμενο τη μετακίνηση του ατόμου σε ανεξάρτητο σπίτι στην κοινότητα. Μέσα από ένα ευρύ δίκτυο υπηρεσιών υποστήριξης, φροντίδας και διαμονής επιτρέπεται στον άρρωστο να επιτύχει το ανώτερο επίπεδο ανεξαρτησίας του. (Μαδιανός, 2005)

Αν θέλουμε να δώσουμε έναν συγκεκριμένο ορισμό για τις «Ενδιάμεσες Δομές», θα μπορούσαμε να πούμε ότι πρόκειται «για τη δημιουργία ενός κοινοτικού χώρου σε μικρή κλίμακα, ενσωματωμένου στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό στην κοινωνική ζωή, ο οποίος μπορεί να χρησιμεύσει σαν ενδιάμεσος σε όλες τις καταστάσεις αποκοπής απ' αυτήν, δηλαδή σαν διέξοδος σε παραμονή σ' ένα ίδρυμα, σε πρώιμο οικογενειακό «ξερίζωμα», σε κοινωνική ή ψυχιατρική αναπηρία ή σε οποιαδήποτε κατάσταση κρίσης». (Μαδιανός, 2005)

Οι ενδιάμεσες δομές χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- i. Κέντρο Ψυχικής Υγείας.
- ii. «Νέες Νοσοκομειακές» Δομές. (Κέντρα Αντιμετώπισης Κρίσης, Ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο, Νοσοκομείο Ημέρας και Νοσοκομείο Νύχτας)
- iii. Μετανοσοκομειακές Δομές (Προστατευμένα διαμερίσματα, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Κοινωνικές Λέσχες, Ανάδοχη οικογένεια, Ψυχιατρική Περίθαλψη στο Σπίτι του Ασθενή, Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης, Διασυνδεδετική – Συμβουλευτική Ψυχιατρική). (Αλεξανδρή, 1992)

Εναλλακτικές Στεγαστικές Δομές:

- i. Ξενώνας 24ωρης Φύλαξης
 - ii. Ξενώνας 12ωρης Φύλαξης
 - iii. Διαμερίσματα ομαδικής διαβίωσης με εποπτεία
 - iv. Διαμερίσματα ατομικής φύλαξης με εποπτεία
 - v. Οικοτροφείο μακράς παραμονής
 - vi. Ξενοδοχείο (ειδικά οργανωμένο) με παροχή φαγητού
 - vii. Διαμονή σε ατομικό διαμέρισμα
 - viii. Καταφύγιο για άστεγους
- (Αλεξανδρή, 1992)

3.4.1. ΤΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, αποτελεί «μια προσπάθεια μετάγγισης του πνεύματος του Ψυχιατρικού Διαφωτισμού». Ιδρύθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1950, ως ο πρώτος εξωνοσοκομειακός φορέας παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Αποτελεί μια αντιπροσωπευτική δομή λειτουργίας της ανοιχτής ψυχιατρικής περίθαλψης και τον πυρήνα της. Προσφέρει εξωνοσοκομειακές ψυχιατρικές υπηρεσίες σε επίπεδο κοινότητας, με έμφαση τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπεία. Όπως και η ονομασία του δηλώνει, το κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας εξυπηρετεί μια συγκεκριμένη περιοχή, που μπορεί να είναι αυτοτελής κοινότητα, με δημοτικές αρχές και καθορισμένα όρια ή μια οριοθετημένη περιοχή σε ένα μεγαλύτερο Δήμο. (Μαδιανός, 1994)

Σύμφωνα με προδιαγραφές της Π.Ο.Υ. από πλευράς πληθυσμού, το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας μπορεί να εξυπηρετήσει περίπου 120.000 κατοίκους. (Μαδιανός, 1994)

Για την πρόληψη ειδικότερα το Κ.Κ.Ψ.Υ. καλύπτει και τις τρεις μορφές πρόληψης του πρώτου, του δεύτερου και του τρίτου βαθμού. Σκοπός του είναι επίσης και η διερεύνηση των μεταβλητών που υπεισέρχονται στην ψυχική υγεία ή ασθένεια και η ευαισθητοποίηση των κατοίκων της, συνιστώντας την αναγνώριση και την αντιμετώπιση των ιατροκοινωνικών τους προβλημάτων, περιορίζοντας έτσι την απόσταση μεταξύ του πολίτη και των Υπηρεσιών. (Μαδιανός, 1994)

Για την επίτευξη αυτών των σκοπών, το Κ.Κ.Ψ.Υ. δικτυώνεται με τις διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας, συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές, τα σχολεία, τους συλλόγους, την εκκλησία, πολιτιστικούς φορείς, σωματεία εργαζομένων, αλλά και κυρίως με τους κατοίκους της κοινότητας, για την ενημέρωση και εκπαίδευσή τους πάνω σε θέματα

κοινωνικής ψυχιατρικής και σε προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και για την ενεργό συμμετοχή τους στη λειτουργία του κέντρου. (Μαδιανός, 1994)

Οι βασικές αρχές που καθορίζουν τη λειτουργία του Κ.Κ.Ψ.Υ., είναι εκείνες της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Για την αποτελεσματική λειτουργία περιλαμβάνει:

- i. Υπηρεσία εξωτερικών ασθενών
- ii. Ενδοκλινική θεραπεία
- iii. Υπηρεσίες μερικής φροντίδας
- iv. Επείγουσα φροντίδα
- v. Παιδοψυχιατρική υπηρεσία
- vi. Ψυχογηριατρική υπηρεσία
- vii. Υπηρεσία για χρήστες ουσιών
- viii. Υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, Συμβουλευτική Υπηρεσία και Εκπαίδευση
- ix. Υπηρεσίες Στέγασης
- x. Προληπτικές Υπηρεσίες

(Μαδιανός, 1994)

3.4.2.ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης λειτουργούν μέσα από τμήματα των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και έχουν σκοπό την προετοιμασία του ψυχικά ασθενή να βγει στο χώρο εργασίας. (Μαδιανός, 1990)

Ωστόσο είναι απαραίτητο οι χώροι να είναι με τέτοιο τρόπο διαμορφωμένοι, ώστε να θυμίζουν επαγγελματικό χώρο, ο εξοπλισμός να μην διαφέρει σημαντικά από εκείνα στους εργαστηριακούς χώρους, και το ωράριο εργασίας να μην απέχει πολύ από το κανονικό. Επίσης είναι αναγκαίο να διατίθενται τα προϊόντα τους στην αγορά εργασίας, έναντι οικονομικής απολαβής, την οποία εισπράττουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Τέλος κρίνεται σκόπιμη η συνεργασία του ασθενή με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα (κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους και ψυχιάτρους) για να επιλύσει τυχόν προβλήματα και δυσκολίες που μπορεί να παρουσιαστούν. (Μαδιανός, 1990)

Στόχοι αυτών των μονάδων είναι:

- i. **Επαγγελματική κατάρτιση:** Πρόκειται για την εκμάθηση βασικών τεχνικών δεξιοτήτων, που χάθηκαν κατά την παραμονή τους στο ίδρυμα.
- ii. **Εκπαίδευση σε βασικές εργασιακές γνώσεις:** όπως η ικανότητα τήρησης του ωραρίου, η υπευθυνότητα, ο χειρισμός χρημάτων, χρήση τραπεζικού λογαριασμού, κ.ά.
- iii. **Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων:** Είναι απαραίτητες όχι μόνο για την απόκτηση σχέσεων των ψυχικά ασθενών με συναδέλφους και εργοδότες, αλλά και για να μπορούν να σταθούν γενικά μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

iv. **Δεξιότητες για την εξεύρεση εργασίας:** Αυτές οι πληροφορίες σχετικά με τους τομείς εργασίας όπου θα μπορέσουν να απορροφηθούν, ο τρόπος συμπλήρωσης αιτήσεων και ο τρόπος συμπεριφοράς κατά την πρώτη επαφή με τον εργοδότη. (Μαδιανός, 1990)

Η εκπαίδευση επικεντρώνεται σε ένα επαγγελματικό αντικείμενο, και μεταδίδεται από τους ειδικούς εκπαιδευτές - τεχνίτες. Η διάρκεια της εκπαίδευσης κυμαίνεται από 12- 18 μήνες και διαιρείται σε δύο φάσεις:

i. **Το προκαταρκτικό στάδιο:** κατά το οποίο το άτομο εξοικειώνεται με το αντικείμενο της εκπαίδευσής του (μαθαίνει τη χρήση των ειδικών εργαλείων)

ii. **Το κύριο στάδιο:** κατά το οποίο το άτομο εξειδικεύεται στην παραγωγική εργασία μέσα στα πλαίσια του αντικειμένου της εκπαίδευσής του. Η όλη εκπαιδευτική διαδικασία αξιολογείται διαρκώς για τυχόν τροποποιήσεις ή βελτιώσεις. (Μαδιανός, 1990)

3.4.3 ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΥΧΤΑΣ

I. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ

Το Νοσοκομείο Ημέρας αποτελεί μια πολυδύναμη θεραπευτική δομή του συνόλου των ενδιάμεσων δομών του ψυχιατρικού τομέα. Λειτουργικά είναι ανάμεσα στο παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο και την κατ' οίκον νοσηλεία. Έχει ως κύρια αποστολή να προσφέρει το μέγιστο του φάσματος των σύγχρονων ψυχιατρικών μεθόδων θεραπείας στον ψυχικά ασθενή, στο ελάχιστο του χρόνου, προκειμένου να αποφευχθεί η

χρονιοποίηση του και η αποκοπή του από τον κοινωνικό περίγυρο.(Κονταξάκης, 2000)

Η ατομική προσέγγιση των ψυχικά ασθενών, η δυναμική της θεραπευτικής ομάδας, ο ρυθμός και η ποιότητα της εκπαιδευτικής ζωής ευνοούν την έκφραση των επιθυμιών, ικανοποιούν τις ανάγκες τους, προάγουν το σεβασμό των κανόνων της ζωής, βελτιώνουν την αυτοεκτίμηση και συντείνουν στην επαναδόμηση της προσωπικότητάς τους. Η όλη θεραπευτική προσπάθεια εστιάζεται στη διατήρηση της προοπτικής μιας επανακοινωνικοποίησης, που αρχίζει μέσα στο ίδιο το Νοσοκομείο Ημέρας, για να συνεχισθεί με την πάροδο του χρόνου στον καθημερινό κοινωνικό ιστό. (Στεφανής, 1984)

Τα ψυχιατρικά Νοσοκομεία Ημέρας είναι θεσμός παροχής ψυχιατρικής φροντίδας με τη μορφή της μερικής νοσηλείας, που αναπτύχθηκε παλαιότερα στην Ευρώπη και την Β. Αμερική. Ανάμεσα στους εμπνευστές αυτού του θεσμού αναφέρονται ο Dzhagarov στη Μόσχα, ο Bierer στο Λονδίνο και ο Cameron στον Καναδά.(Κονταξάκης, 2000)

Στην Ελλάδα το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας δημιουργήθηκε από τον καθηγητή Κώστα Στεφανή το 1977, ακολούθησαν κάποιες σποραδικές προσπάθειες ανάπτυξης τέτοιων δομών έως τον Ιούλιο του 1992, που με το Νόμο 2071 νομοθετήθηκε η ψυχιατρική τομεοποίηση της χώρας και καθιερώθηκε ο θεσμός του Νοσοκομείο Ημέρας. ως Μονάδας Ψυχικής Υγείας. (Στεφανής, 1984)

Έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί στην προσπάθεια να περιγραφεί η Μονάδα αυτή. Οι επικρατέστεροι από αυτούς είναι:

- i. Η Αμερικάνικη Ένωση Μερικής νοσηλείας ορίζει το Νοσοκομείο Ημέρας, ως «ένα πρόγραμμα θεραπείας που περιλαμβάνει τις κύριες διαγνωστικές, ιατρικές, ψυχιατρικές,

ψυχοκοινωνικές και προεπαγγελματικές μεθόδους περίθαλψης, σχεδιασμένο για ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές που απαιτούν καθολική και διεπιστημονική μέριμνα, η οποία δεν μπορεί να παρασχεθεί από μονάδες εξωτερικών ιατρείων ή Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Langsley, 1985)».

ii. Ο Bennett, (1990) υποστηρίζει ότι ο όρος Νοσοκομείο Ημέρας αποτελεί μονάδα ψυχικής υγείας ανεξάρτητα του ψυχιατρικού νοσοκομείου και στην οποία προσφέρονται όλες οι μορφές θεραπείας που μπορούν να προσφερθούν σε ένα σύγχρονο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει στο διαχωρισμό του από το Κέντρο Ημέρας, που το ορίζει ως δομή μεν ανεξάρτητη από το Ψυχιατρικό νοσοκομείο, που προσφέρει όμως μόνο κοινωνικές δραστηριότητες και δραστηριότητες απασχόλησης, σε σχετικά σταθεροποιημένους ασθενείς με λίγη ή ανύπαρκτη ιατρική επίβλεψη.

Κάθε Νοσοκομείο Ημέρας, απευθύνεται σε διαφορετικό πληθυσμό ασθενών (παιδιά, εφήβους, ενήλικες, γέροντες, άνδρες και γυναίκες). Όσον αφορά το είδος της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν αυτοί οι άνθρωποι, οι Lisin και Bertrand, (1992) καταγράφουν:

- i. Νευρώσεις ή διαταραχές της προσωπικότητας μη Ψυχωσικές 55%
- ii. Ψυχωσικοί, συμπεριλαμβανομένων και των οριακών περιπτώσεων 20%
- iii. Ψυχοσωματικοί άρρωστοι 6%
- iv. Έφηβοι σε κρίση 12%
- v. Τοξικομανείς 7%.

(Μανιαδάκης, 2003)

Συνήθως το Νοσοκομείο Ημέρας είναι ανοιχτό τις πέντε εργάσιμες μέρες της εβδομάδας, από τις 9 το πρωί ως τις 5 το απόγευμα. Σε ορισμένες

περιπτώσεις, κάποια Νοσοκομείο Ημέρας λειτουργούν και το Σάββατο το πρωί, διαφοροποιώντας κάπως τη λειτουργία τους, αφού παρέχουν μόνο συμβουλευτικές υπηρεσίες σε παλιούς ασθενείς και στις οικογένειές τους. Συνήθως όμως παραμένει κλειστό τις αργίες και τα Σαββατοκύριακα, προκειμένου να ζουν οι ασθενείς όσο γίνεται πληρέστερα στις πραγματικές συνθήκες της κοινωνικής ζωής και να αποφεύγεται ως ένα βαθμό ο κίνδυνος ταύτισης των ασθενών με αυτό. Αν και ορισμένα Νοσοκομεία Ημέρας απαιτούν από τους ασθενείς καθημερινή παρουσία, τα περισσότερα προτείνουν συγκεκριμένες ώρες και ημέρες, προσαρμοσμένα στις ανάγκες και τις δυνατότητες κάθε ασθενή. Ο συνολικός χρόνος παραμονής ενός ασθενή σε Νοσοκομείο Ημέρας διαφέρει κατά περίπτωση, αλλά κατά κανόνα δεν πρέπει να ξεπερνά τους δύο- τρεις μήνες. (Μανιαδάκης, 2003)

Ο αριθμός των ασθενών που δέχονται τις υπηρεσίες του Κέντρου, για λόγους θεραπευτικούς και οικονομικούς δεν πρέπει να ξεπερνά τους 30, ούτε να είναι μικρότερος των 20. Η ομάδα των ασθενών είναι ανοιχτή. Ένας ασθενής μπορεί να εγκαταλείψει το Νοσοκομείο Ημέρας για προσωπικούς λόγους, οπότε αντικαθίσταται από έναν άλλο ή ένας νέος ασθενής μπορεί να προστεθεί στην ήδη υπάρχουσα ομάδα. (Μανιαδάκης, 2003)

Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η παραμονή στο Νοσοκομείο Ημέρας στον ασθενή:

- i. Ωθηση του ασθενή να αναζητήσει ενεργητικά τις φροντίδες του, καθώς οφείλει να μετακινείται καθημερινά σε αυτό και να παραμένει εκεί για καθορισμένο χρόνο, όπως θα συνέβαινε και αν εργαζόταν κάπου.

ii. Αποτροπή της αποκοπής του ασθενή από το οικογενειακό περιβάλλον.

iii. Αποφυγή ή έλεγχος των παλινδρομήσεων λόγω της απουσίας κρεβατιών, της παρουσίας επιθυμητών και κατάλληλων δραστηριοτήτων, της εκπαίδευσης και της διαρκούς εποπτείας για την πιστή εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής. Της εκπαίδευσης και της συνεργασίας με την οικογένεια, για την αποφυγή των συναισθηματικών συγκρούσεων και τη στήριξη του ασθενούς. Τέλος με την έγκαιρη παρέμβαση κατά το χρόνο των προδρόμων φαινομένων μιας κρίσης.

iv. Μείωση του κινδύνου χρονιοποίησης του ασθενούς, αλλά όχι και εξάλειψή του.

v. Παροχή δυνατότητας στους έφηβους, (σε ορισμένες περιπτώσεις), να πραγματοποιούν μια απομάκρυνση από το παθογόνο οικογενειακό περιβάλλον και δυνατότητα επιλογής νέων γονεϊκών ταυτίσεων.

vi. Βοήθεια στο οικογενειακό περιβάλλον ώστε να αντέχει τον ασθενή περισσότερες ώρες, καθημερινά και όλο το Σαββατοκύριακο.(Μπασδάκης, 1996)

Κριτήρια για την Εισαγωγή του Ασθενή στο Νοσοκομείο Ημέρας

i. Ο ασθενής πρέπει να έχει ως ένα βαθμό ευαισθησία και διάθεση για θεραπεία.

ii. Ο ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να περάσει τα βράδια και τα Σαββατοκύριακα στο σπίτι του.

iii. Η οικογένεια του αρρώστου να είναι σύμφωνη για την παραμονή του στο σπίτι του, αλλά και το περιβάλλον του δεν πρέπει

να είναι τόσο παθογόνο, ώστε να γίνει επιζήμιο κατά την παραμονή του.

iv. Ο άρρωστος δεν πρέπει να έχει βασικό πρόβλημα αλκοολισμού ή ουσιοεξάρτησης, ούτε να έχει εκτιμηθεί ως ψυχοπαθητική προσωπικότητα. Πρέπει να είναι σε θέση να ταξιδεύει καθημερινά από το σπίτι στο Νοσοκομείο, μόνος του.

v. Τέλος, η απόσταση της κατοικίας του ασθενή από το Νοσοκομείο Ημέρας να είναι σχετικά μικρή (προτιμούνται οι άρρωστοι που δεν χρειάζονται περισσότερο από μισή ώρα για να φτάσουν σ' αυτό).

(Παπαγεωργίου, 2002)

Οι δραστηριότητες ενός Νοσοκομείου Ημέρας είναι ταξινομημένες σε τρεις κατηγορίες:

i. **Εργασιοθεραπεία- Χειροτεχνία:** Ξυλουργική, μεταλλοτεχνία, κηπουρική, κεραμική, σχέδιο, ζωγραφική, υπαίθριες απασχολήσεις, ραπτική κ.ά.

ii. **Κοινωνικές δραστηριότητες αναψυχής:** παιχνίδια, χαρτιά, τάβλι, παρακολούθηση τηλεόρασης- ραδιοφώνου, ομαδικές συζητήσεις, προβολή ταινιών.

iii. **Διάφορες θεραπείες:** Ομαδική και ατομική θεραπεία.

(Παπαγεωργίου, 2002)

II. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΥΧΤΑΣ

Στο Νοσοκομείο Νύχτας παρέχεται νοσηλεία κατά τη διάρκεια της νύχτας, προορίζεται για ασθενείς που δεν έχουν οικογένεια και δεν έχουν τη δυνατότητα να μείνουν μόνοι τους. Στο Νοσοκομείο Νύχτας εκτός από τη στέγη, παρέχεται και ψυχολογική στήριξη. Οι ασθενείς που απολαμβάνουν τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου Νύχτας είναι σχετικά αυτόνομοι, επαγγελματικά ενταγμένοι ή στο στάδιο της αποκατάστασης. Οι περισσότεροι από αυτούς δουλεύουν είτε σε Νοσοκομείο Ημέρας, είτε εκπαιδεύονται σε κέντρα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, είτε απασχολούνται σε κάποια εργασία στην κοινότητα. (Σίσσουρας, 1990)

Τα κριτήρια εισαγωγής ή οι περιορισμοί είναι ανάλογα με αυτά του Νοσοκομείου Ημέρας. Με το θεσμό του Νοσοκομείου Νύχτας εξοικονομείται ένας σημαντικός αριθμός κρεβατιών, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις, όπου οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου Νύχτας λειτουργούν αρμονικά με εκείνες που προσφέρονται στο Νοσοκομείο Ημέρας (Σίσσουρας, 1990)

3.4.4. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ-ΞΕΝΩΝΕΣ

I. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

Τα προστατευμένα διαμερίσματα είναι νοικιασμένα διαμερίσματα τα οποία πληρώνονται από την πολιτεία και στα οποία διαμένουν ασθενείς οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να λειτουργήσουν στην κοινότητα. Η εποπτεία

στα προστατευμένα διαμερίσματα είναι περιορισμένη(Σακελλάροπουλος, 1992)

Ταυτόχρονα συνδέονται με το δίκτυο των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και έτσι οι ανάγκες των ασθενών εξυπηρετούνται από τα εξωτερικά ιατρεία της κοινότητας, τις υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. (Παπαδάτος και συν., 1992)

Σε ένα Θεραπευτικό Διαμέρισμα σε ασθενείς ξεφεύγουν από τον παθητικό ρόλο που είχαν κατά τη διαμονή τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα, καθώς πλέον λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες τους, οι προτιμήσεις και επιθυμίες τους, βελτιώνεται η ικανότητά τους για κοινωνικές σχέσεις και αξιοποιείται δημιουργικά ο ελεύθερος τους χρόνος. Ο ανωτέρω στόχος επιτυγχάνεται, με την συμβολή της ειδικής θεραπευτικής ομάδας, η οποία λειτουργεί καταλυτικά, ώστε να:

- i. Μειωθούν τα συμπτώματα της ψυχικής αρρώστιας, της μειονεξίας και της ανημποριάς.
- ii. Ενισχυθεί η εκτίμηση και η εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον εαυτό του.
- iii. Αναπτύξει κοινωνικές, επαγγελματικές δραστηριότητες, καθώς και δεξιότητες αυτοφροντίδας.

(Χατζηϊωανίδης, 2003)

Κριτήρια για την εισαγωγή ενός ψυχικά ασθενή σε ένα Προστατευμένο Διαμέρισμα:

- i. Η κατάσταση της υγείας του ασθενή να είναι σταθερή.

- ii. Ο ασθενής να μην έχει επιθετική συμπεριφορά, τόσο προς τον εαυτό του, όσο και προς τους άλλους. Αποκλείονται δηλαδή, οι ψυχοπαθητικές προσωπικότητες.
- iii. Ο ασθενής να αποδέχεται τον όρο της συμφωνίας με τους θεραπευτές, που αφορά στην αναζήτηση εργασίας.
- iv. Επίσης να αποδέχεται τον όρο, ότι η παραμονή στο προστατευμένο διαμέρισμα θα διαρκέσει από μερικές εβδομάδες ως μερικούς μήνες. Αυτό συμφωνείται τόσο με τους θεραπευτές, όσο και με τους παλιούς ασθενείς της προστατευμένης κατοικίας. (Χατζηϊωαννίδης, 2003)

Η θεραπευτική δράση σε μια τέτοια δομή καθορίζεται από δύο άξονες:

- i. Τη συνοδεία των αρρώστων από μια νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή ομάδα
- ii. Τη συλλογική ζωή της ομάδας των ασθενών.

(Χατζηϊωαννίδης, 2003)

Ο κάθε θεραπευόμενος έχει έναν ή δύο θεραπευτές, που αποτελούν για εκείνον πρόσωπο αναφοράς. Παράλληλα, του παρέχεται υποστήριξη από την θεραπευτική ομάδα που τον συνοδεύει και ασκεί έναν εκπαιδευτικό, υποστηρικτικό ρόλο, καθώς τα προβλήματα που προκύπτουν είναι πολλά. Για παράδειγμα κοινωνική απομόνωση ασθενών ή αποδοχή του ρόλου του αρρώστου, μειωμένες επαφές με συγγενείς και φίλους, έλλειψη πρωτοβουλιών και συμμετοχικότητας, μειωμένη διεκδικητικότητα, εξάρτηση, προβλήματα συγκατοίκησης, προβληματική συμβίωση με τους γείτονες, μη παρακολούθηση δραστηριοτήτων Κέντρων Ημέρας, αδυναμία ικανοποιητικής διανομής καθηκόντων στην ομαδική ζωή. (Χατζηϊωαννίδης, 2003)

Σημαντική είναι η βοήθεια των θεραπειών σε καθημερινά πρακτικά ζητήματα, όπως αυτοεξυπηρέτηση, διαχείριση θεμάτων που αφορούν το σπίτι (καθαριότητα, πλύσιμο πιάτων και ρούχων, μαγείρεμα, ψώνια, διαχείριση οικονομικών), παροχή εκπαίδευσης σε θέματα προσωπικής ασφάλειας, όπως τη χρησιμοποίηση οικιακών συσκευών, χρήση μεταφορικών μέσων.(Saraceno and De Luca, 1997)

Από κοινού με τους θεραπευτές αποφασίζονται ορισμένοι περιορισμοί. Για παράδειγμα οι θεραπευόμενοι είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν τη τυχόν φαρμακευτική αγωγή, που τους έχει δοθεί, ή να ενημερώνουν το προσωπικό, όταν πρόκειται να απουσιάσουν. Οι θεραπευτές έχουν κλειδιά για να μπαίνουν στο διαμέρισμα. Με τον τρόπο αυτό η ομάδα του προσωπικού λειτουργεί, έτσι που να αυξομειώνει την παρουσία της και να προσφέρει ανάλογα με τις ανάγκες, χωρίς να θεωρηθεί ότι μοιράζεται το χώρο με τους ενοίκους. Στο «σπίτι» τους. (Saraceno and De Luca, 1997)

Το προσωπικό επισκέπτεται τους ενοίκους τακτικά, με βάση ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα, δυο ή τρεις φορές την εβδομάδα. Ωστόσο, σε περιόδους κρίσης ή άφιξης ενός νέου μέλους, οι επισκέψεις γίνονται συχνότερα. Για ορισμένα άτομα που εργάζονται, υπάρχει πρόγραμμα συνάντησης στους χώρους της εργασίας, τις πρωινές ώρες. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα της συζήτησης με τους εργοδότες- επιβλέποντες. Εκτιμώνται οι απόψεις τους για τη λειτουργικότητα του ατόμου στη διάρκεια της εργασίας του και τυχόν προβλήματα στη συμπεριφορά του. (Μεγαλοοικονόμου, 2001)

Στις συναντήσεις των ενοίκων εκτιμάται ο βαθμός της κοινωνικής και ψυχιατρικής έκπτωσης του καθενός. Σκοπός είναι η δημιουργία ενός εύκαμπτου, εξατομικευμένου προγράμματος προσέγγισης. Η παροχή

υπηρεσιών από την ομάδα θεωρείται ως μια δυναμική διεργασία. Τα κριτήρια λειτουργίας της είναι εύκαμπτα. Σχέδια χειρισμού αρρώστων αναθεωρούνται ανάλογα με την επιτυχία ή την αποτυχία τους. Στόχοι επανεξετάζονται και τίθενται νέοι, καθώς οι καταστάσεις μεταβάλλονται. (Μεγαλοοικονόμου, 2001)

Η προσφερόμενη από την Θεραπευτική Ομάδα βοήθεια, κινητοποιεί το άτομο και το μαθαίνει να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της ζωής της κοινότητας, είτε παροδικά είτε για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Σταδιακά η υποστήριξη αυτή μπορεί και πρέπει να μειώνεται, όσο το άτομο «μαθαίνει», αυξάνει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και τα καταφέρνει πιο καλά, χωρίς να χρειάζεται τη βοήθεια του ειδικού σε κάθε του βήμα. (Μεγαλοοικονόμου, 2001)

II. ΞΕΝΩΝΑΣ

Ο Ξενώνας είναι μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα , για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σε έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. (Στυλιανίδης και συν., 2004)

Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοιχτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται η παρουσία τους σε περιοχές κατοικίας. Οι κυριότεροι λόγοι παραμονής στον ξενώνα είναι οι εξής:

- i. Έλλειψη στέγης
- ii. Η αναγκαία απομάκρυνση από την οικογένεια για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- iii. Η κατάλληλη υποστήριξη και εκπαίδευση για ανεύρεση εργασία
- iv. Προετοιμασία για την επανένταξη και την αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα.
- v. Παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος (συνήθως Νοσοκομείο Ημέρας). (Γκιωνάκης, 1999)

Η αποτελεσματική λειτουργία του ξενώνα προϋποθέτει:

- i. Ένα προστατευμένο χώρο, που προσφέρεται με την έννοια της προσωπικής οικίας, της καθημερινής ζωής και συμμετοχής των ατόμων σε όσα συμβαίνουν σε αυτό.
- ii. Ένα προσωπικό χώρο και τα προσωπικά αντικείμενα που προσδίδουν στο άτομο αίσθημα ατομικότητας, σεβασμό στην μοναδικότητά του.
- iii. Ένα κοινόχρηστο χώρο και κοινούς κανόνες συνύπαρξης που συμβάλλει στην ανάπτυξη του συναισθήματος ότι το άτομο ανήκει σε μια ομάδα με κοινούς αλλά και διαφοροποιημένους στόχους. Σύμφωνα με αυτούς τους κανόνες και το όρια πρέπει να συμμετέχει και να συμπορεύεται το κάθε μέλος.

iv. Έναν κοινωνικό χώρο, στον οποίο ανήκει ο ξενώνας και η συνεχής επικοινωνία κα συναλλαγή μ' αυτόν. Έτσι το άτομο αποτελεί ενεργό μέλος του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου και δεν αποκόπτεται από τον κοινωνικό ιστό. (Στυλιανίδης και συν., 2004)

Ο Ξενώνας έχει πολλαπλές μορφές σύνδεσης και συνεργασίας με το Κ.Κ.Ψ.Υ., το Ψ.Τ.Γ.Ν., το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, τα Προστατευμένα Εργαστήρια ή άλλες μονάδες αποκατάστασης, ανάλογα με τα γεωγραφικά, κοινωνικά ή άλλα χαρακτηριστικά που αφορούν την κάθε περίπτωση. (Κανδύλης και συν.,1995)

Βασική λειτουργία του ξενώνα είναι και η πρόληψη του τριτογενούς τομέα. Η πρόληψη δηλαδή των υποτροπών της μειωμένης λειτουργικότητας, της μόνιμης αναπηρίας και ανικανότητας, του καταστροφικού ιδρυματισμού, της μακρόχρονης ή αποκοπής από το οικογενειακό περιβάλλον που αποτελούν και τις σημαντικότερες δυσκολίες των χρόνια ψυχικά διαταραγμένων ατόμων. (Κανδύλης και συν.,1995)

3.4.5 ΜΟΝΑΔΕΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Πολλοί άρρωστοι που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε μονάδες «βραχείας Νοσηλείας» (day care units) στα πλαίσια κα του Γενικού Νοσοκομείου. Μπορούμε να διακρίνουμε τρεις μορφές μονάδων βραχείας νοσηλείας στα πλαίσια λειτουργίας του γενικού νοσοκομείου:

- i. Τις μονάδες βραχείας νοσηλείας για χρόνια περιστατικά (day ward- θάλαμος ημέρας),
- ii. Τις μονάδες βραχείας νοσηλείας για έκτακτα περιστατικά και

iii. Τις μονάδες βραχείας νοσηλείας για χρόνια χειρουργικά περιστατικά (surgical ambulatory care unit). Αντίστοιχες μονάδες μπορούν να λειτουργούν και σε ειδικά νοσοκομεία (παιδιατρικά, αντικαρκινικά, ορθοπεδικά). (Ζήση, 1995)

I. Μονάδα βραχείας νοσηλείας για χρόνια περιστατικά

Πρόκειται συνήθως για δυο ή περισσότερους κοινούς θαλάμους νοσηλείας, που βρίσκονται κοντά στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο, του οποίου αποτελούν λειτουργική προέκταση. Συνήθως λειτουργούν σε 24ωρη βάση, μπορεί όμως να έχουν και μικρότερη διάρκεια λειτουργίας. Για την εισαγωγή πρέπει να υπάρξει το ανάλογο ραντεβού. (Ζήση, 1995)

Στη μονάδα νοσηλεύονται άρρωστοι για συγκεκριμένους διαγνωστικούς λόγους, που απαιτούν ολιγόωρη (ή το πολύ 24ωρη) παραμονή στο νοσοκομείο, όπως ενδοσκοπήσεις, ακτινολογικές εξετάσεις, βιοψίες, μεταγγίσεις αίματος, μικροεπεμβάσεις. Η λειτουργία της μονάδας προϋποθέτει άρτια οργάνωση και λειτουργία του τακτικού εξωτερικού ιατρείου και ικανοποιητική του λειτουργική σύνδεση με τα εργαστήρια και τα χειρουργεία. (Ζήση, 1995)

II. Μονάδα βραχείας νοσηλείας έκτακτων περιστατικών

Αποτελεί λειτουργική προέκταση του τμήματος έκτακτων περιστατικών. Συνήθως πρόκειται για δύο κοινούς θαλάμους νοσηλείας, δυναμικότητας 6- 8 κρεβατιών ο καθένας και δύο ή περισσότερους μικρούς θαλάμους απομόνωσης, για την αντιμετώπιση ορισμένων ειδικών περιστατικών (π.χ. μέθη, λοιμώδη κ.τ.λ.) Λειτουργεί σε 24ωρη βάση. (Μαντωνάκης, 2000)

Στη μονάδα νοσηλεύονται ασθενείς που βρίσκονται υπό παρακολούθηση μέχρι να ολοκληρωθεί ο διαγνωστικός έλεγχος ή η θεραπευτική παρέμβαση και ανάλογα με την βαρύτητα και την ιδιομορφία της κάθε περίπτωσης μπορεί να παραμείνουν στο νοσοκομείο ή να μεταφερθούν σπίτι τους.(Μαντωνάκης, 2000)

III. Μονάδα βραχείας νοσηλείας για χρόνια χειρουργικά περιστατικά

Έχει υπολογισθεί πως σημαντικό ποσοστό (20- 40%) των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σαν «περιπτώσεις μιας ημέρας». Η διαπίστωση αυτή, οδήγησε την δεκαετία του 1980, αρχικά στον Καναδά και έπειτα στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη, στη δημιουργία μονάδων με σκοπό τη χειρουργική θεραπεία στην βάση της ολιγώρης νοσηλείας.(Ζήση, 1995)

Ελάχιστο ποσοστό (1%) ασθενών που χειρουργήθηκαν σε μονάδες βραχείας νοσηλείας χρειάστηκε να εισαχθούν στο νοσοκομείο, για να αντιμετωπιστεί κάποια εμπλοκή. Οι περιπτώσεις αυτές συνήθως αφορούσαν ασθενείς στους οποίους η χειρουργική επέμβαση έγινε αργά το βράδυ.(Ζήση, 1995)

Απαραίτητα βέβαια προϋπόθεση για να μην υπάρξουν επιπλοκές είναι να έχει δοθεί η διάγνωση και να έχει προηγηθεί ο απαραίτητος κλινοεργαστηριακός έλεγχος, ώστε να αποκλεισθούν οι ασθενείς που έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν κάποιο μετεγχειρητικό πρόβλημα, που απαιτεί νοσηλεία στο νοσοκομείο (π.χ. διαβητικοί, αιμορροφιλικοί). (Ζήση, 1995)

3.4.6 ΚΙΝΗΤΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

Η κινητή Ψυχιατρική Μονάδα είναι ένας θεσμός της σύγχρονης ψυχιατρικής πρόληψης και περίθαλψης που μπορεί να σταθεί ισότιμα πλάι στα πλέον αποδοτικά ευρωπαϊκά συστήματα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών. Αποτελεί αναγκαιότητα λόγω της ανισότητας που επικρατεί στην κατανομή των ψυχιατρικών δομών στην επαρχία. (Σακελλαρόπουλος, 1981)

Σκοπός της Κ.Ψ.Μ. είναι να καλύψει με ικανοποιητικό τρόπο τις ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη ενός συγκεκριμένου νομού ή μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιφέρειας, στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, με βάση την ανάγκη για περιφεριοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Με την απομάκρυνση αυτή επιτυγχάνεται η αντιμετώπιση του αρρώστου στο περιβάλλον του (φυσικό και ανθρώπινο) και η πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών(Σακελλαρόπουλος, 1981)

Μια πρότυπη Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα πρέπει να περιλαμβάνει:

- i. Συμβουλευτικό Σταθμό: Με κύριο στόχο να φέρει την ψυχιατρική μέριμνα όσο το δυνατόν πιο κοντά στον πληθυσμό που την έχει ανάγκη. Παρέχει έτσι έγκυρες και αποτελεσματικές συμβουλές, καθοδήγηση και κατάλληλη βοήθεια σε άτομα που την έχουν άμεση ανάγκη.
- ii. Κέντρο Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης: Στο Κέντρο αυτό παραπέμπονται οι ασθενείς από τους συμβουλευτικούς σταθμούς, από τις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων, από τα ψυχιατρεία. Το Κέντρο Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης έχει την πλήρη

ψυχοφαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική ευθύνη των ασθενών του.(Γουρνάς, 1995)

Οι Κινητές Ψυχιατρικές Μονάδες, από την έναρξη της λειτουργίας τους, στηρίζονται στη μετακίνηση στελεχών υψηλής εκπαίδευσης, από το κέντρο προς την περιφέρεια, προς τις αγροτικές υποβαθμισμένες υγειονομικά περιοχές της χώρας. Αποφεύγεται έτσι η μετακίνηση των ψυχικά αρρώστων και των οικογενειών τους, ενώ συγχρόνως παρέχονται:

- i. Ψυχιατρικές και Παιδοψυχιατρικές Υπηρεσίες, τόσο σε σοβαρά ψυχιατρικά περιστατικά (π.χ. σχιζοφρένεια), όσο και στα λιγότερο σοβαρά (διαταραχές λόγου).
- ii. Αντιμετωπίζονται ψυχιατρικοί ασθενείς σε κρίση, που απαιτούν ταχεία παρέμβαση. Το εξειδικευμένο προσωπικό παρέχει τις υπηρεσίες του στο σπίτι του αρρώστου, επιτρέποντας τη συμμετοχή του ασθενή, και εξασφαλίζοντας συγχρόνως την συμμετοχή της οικογένειας. Επίσης συμβάλλει στην αποφυγή της σύγκρουσης του αρρώστου με την κοινωνική ομάδα (οικογένεια, πρόσωπα κύρους, νομοθεσία).
- iii. Προωθούνται προγράμματα αποσυλοποίησης, που απαιτούν χρόνο, υπομονή, επιμονή και μεθοδικότητα για να αποδώσουν.
- iv. Εφαρμόζονται προγράμματα ενημέρωσης, εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας (αγωγή της κοινότητας), που αποσκοπούν στη μεταβολή της στάσης για την ψυχική νόσο.
- v. Πραγματοποιείται έρευνα πληθυσμού.
- vi. Εξασφαλίζεται η διαρκής φροντίδα των ψυχικά ασθενών, της περιοχής ευθύνης της κάθε Κ.Ψ.Μ., ανεξάρτητα από τη φάση της παθολογίας και παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες, σύμφωνα με τις αρχές της Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής.

- vii. Εξασφαλίζεται η συνέχιση της φαρμακοθεραπείας.
- viii. Κινητοποιείται η οικογένεια και οι κοινωνικά προσφερόμενες ομάδες για επαναπροσδιορισμό των σχέσεων του αρρώστου με το περιβάλλον του, για την κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάστασή.(Μαδιανός, 2005)

3.4.7. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας, θα επιθυμούσε να νοσηλευτεί στο σπίτι του, και εκεί να του παρασχεθεί η απαραίτητη φροντίδα, καθώς είναι γνωστές οι επιπτώσεις (ψυχολογικές, οικονομικές, κοινωνικές), που δημιουργεί η παραμονή στο απρόσωπο περιβάλλον του νοσοκομείου. Η νοσηλεία όμως είναι απαραίτητη σε ορισμένες περιπτώσεις, όπου κρίνεται αναγκαία η παρακολούθηση από εξειδικευμένο προσωπικό, η εφαρμογή ειδικών διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων κ.λπ. και επιπλέον, όταν δεν υπάρχει οικογενειακό και συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον για να φροντίσει τον ασθενή το διάστημα που εκείνος δεν δύναται.(Νηματούδης και συν., 1996)

Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στο σπίτι του ασθενή αποτελεί μια προσπάθεια αντιμετώπισης της ψυχιατρικής κρίσης, και όπου αυτό είναι αναγκαίο, συνέχιση της περίθαλψης στο σπίτι του ασθενή, με συμμετοχή και των μελών της οικογένειάς του. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει παραμονή θεραπειών, επί 24ώρου βάσης στο σπίτι του ασθενή. Τα προτερήματα μιας τέτοιας αντιμετώπισης του ασθενή είναι προφανή. Είναι άλλωστε γνωστή η αντίληψη, ότι «ο ιδεωδέστερος χώρος νοσηλείας των ψυχωσικών αρρώστων

είναι το ίδιο τους το φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον». (Παπαγεωργίου, 2002)

Η μέθοδος πρωτοεμφανίστηκε στην Ελλάδα από τον ψυχίατρο κ. Π. Σακελλαρόπουλο, στην αρχή υπό την αιγίδα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και μετά αυτόνομα από την «Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας». Στο Αιγινήτειο νοσοκομείο μετά την τριετία 1964- 1967, γίνεται και η πρώτη απόπειρα χρησιμοποίησης μη ειδικών θεραπευτών (φοιτητών ιατρικής και κοινωνικών λειτουργών), στην προσπάθεια κινητοποίησης και κοινωνικοποίησης των ψυχικά ασθενών. Οι θεραπευτές συνόδευαν τους ασθενείς σε εξόδους (κινηματογράφο, θέατρο, εκδρομές) και είχαν στενή επαφή με τους θεραπευόμενους. Τους βοήθησαν στην κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση. (Παπαγεωργίου, 2002)

Αργότερα, αυτές οι ομάδες συγκροτούνται από τελειόφοιτους της ιατρικής, ειδικευόμενους ψυχιάτρους και κοινωνικούς λειτουργούς. Αποτελούνται από έξι μέλη με μεικτή σύνθεση, από άποψη ιδιότητας και φύλου. Κινητοποιούνται στην οξεία φάση του ψυχωσικού αρρώστου. Τα μέλη τους επισκέπτονται και καλύπτουν τον ασθενή, 13- 24 ώρες την ημέρα, σ' όλη τη διάρκεια της κρίσης που διαρκεί μια με δύο εβδομάδες. Κατόπιν οι ώρες μειώνονται σε 2- 5 την ημέρα και στη συνέχεια σε μερικές ώρες την εβδομάδα, για ένα χρονικό διάστημα 4- 6 μηνών. (Παπαγεωργίου, 2002)

«Η Κατ' Οίκον ψυχιατρική θεραπεία σημαίνει, εκτός των άλλων και την αμφισβήτηση της καταστροφικής δύναμης της επιθετικότητας του ψυχωσικού. Αυτό είναι ένα μήνυμα που περνάει στον άρρωστο, ο οποίος με τη σειρά του αμβλύνει το φόβο για την επιθετικότητά του και έτσι οργανώνει μια εικόνα του εαυτού του λιγότερο ενοχοποιητική και περισσότερο αισιόδοξη». (Παπαγεωργίου, 2002)

Τα χαρακτηριστικά της Ψυχιατρική Περίθαλψης στο Σπίτι του Ασθενή:

i. Απευθύνεται στον ίδιο τον άρρωστο σεβόμενη την ατομικότητα, την ελευθερία του και την διαφορετικότητα στους ρυθμούς λειτουργικότητάς του.

ii. Η θεραπεία γίνεται στον ειδικό χώρο με σκοπό να μειωθούν οι φόβοι του και να αποφευχθεί η απόρριψή του. Δίνεται έμφαση στην ενίσχυσή του, τονίζεται η αυτοπεποίθησή του και καταλαγιάζουν οι ενοχές του. Επιπλέον μειώνεται ο στιγματισμός.

iii. Η θεραπεία περιλαμβάνει και την οικογένεια, καθώς και η δυσκολία του αρρώστου αποτελεί και δικό της πρόβλημα. Ενισχύεται για την συμμετοχή της, μαθαίνει να μην ντρέπεται για το άρρωστο μέλος της και αυξάνεται η συνοχή της.

iv. Προσφέρεται στον ασθενή μια ανοδική εμπειρία διαπλοκής πολλών υγιών σχέσεων και ένα άριστο κλίμα κοινωνικοποίησης.

v. Δίνεται η ευκαιρία να βγουν στην επιφάνεια, προβλήματα των γονιών απέναντι στο παιδί τους ή στη μεταξύ τους σχέση. Οι γονείς έχουν την ευκαιρία να βιώσουν και ως δικούς τους θεραπευτές και έτσι αντιμετωπίζεται συνολικά το οικογενειακό πρόβλημα. Σε καμία άλλη μορφή της ψυχιατρικής περίθαλψης δεν δίνεται η ευκαιρία στους θεραπευτές να μπουν στην οικογένεια και να κάνουν οικογενειακή θεραπεία κατ' οίκον. (Νηματούδης και συν., 1996)

3.4.8. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΣΧΗ (SOCIAL CLUB)

Στην ελληνική βιβλιογραφία αναφέρεται με δύο διαφορετικούς όρους, I) κοινωνική λέσχη και II) θεραπευτικά (κλάμπς) clubs. Οι δύο αυτοί όροι χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τον τόπο συνάντησης, όπου συχνά βρίσκονται προς το τέλος κυρίως της ημέρας, πρώην άρρωστοι ή πρώην νοσηλευθέντες και μερικοί θεραπευτές. Στην πλειοψηφία τους τα μέλη των θεραπευτικών clubs είναι πρώην ασθενείς που έχουν μια ικανοποιητική κοινωνική επανένταξη. Αρκετοί από αυτούς παραμένουν κάτω από ψυχιατρική παρακολούθηση. Ορισμένοι άλλοι δεν έχουν κάποιο υποστηρικτικό περιβάλλον και η Λέσχη αποτελεί ένα πρώτο μεταβατικό στάδιο κοινωνικής επαφής πριν από το εξιτήριό τους. (Μαδιανός, 1994)

Σκοπός της είναι η αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης του ασθενή που αποτελεί το σημαντικότερο εμπόδιο κατά τη διάρκεια της επανένταξής του στην κοινότητα μετά από μακροχρόνια παραμονή του στο ψυχιατρείο. Αν αυτό το εμπόδιο δεν αντιμετωπιστεί, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να εμφανιστεί κρίση και ο ασθενής να επιστρέψει σε κάποια μονάδα περίθαλψης. Επίσης, μετά από μια σειρά δραστηριοτήτων (πολιτιστικών, μορφωτικών και γενικότερα δημιουργικών απασχολήσεων), τα μέλη μαθαίνουν να μην αποφεύγουν απλές καθημερινές δραστηριότητες, να αναπτύσσουν κοινωνικές σχέσεις και ρόλους. Ενισχύεται η αυτοεκτίμηση και ενδυναμώνεται η ικανότητά τους να παίρνουν αποφάσεις (Μαδιανός, 1994).

Τέλος, το «μη απειλητικό» περιβάλλον της κοινωνικής λέσχης δίνει την ευκαιρία στο προσωπικό και στα μέλη της οικογένειας των ασθενών για επικοινωνία και συνεργασία. (Μαδιανός, 1994).

3.4.9. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

Στον **ευρωπαϊκό χώρο**, κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, στα πλαίσια της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και ταυτόχρονα με την τάση για κατάργηση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων, παρατηρείται η τάση για μετατροπή των προστατευμένων εργαστηρίων για άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε παραγωγικές μονάδες οργανωμένες πάνω σε επιχειρηματική βάση και με πραγματικές συνθήκες εργασίας. Η τάση αυτή έχει φέρει στο προσκήνιο νέου τύπου οργανωτικές και νομικές μορφές, όπως ο «Κοινωνικός Συνεταιρισμός και «Κοινωνική Επιχείρηση», που αποτελούν τα τελευταία χρόνια τις πλέον διαδεδομένες μορφές για την ανάληψη τέτοιων δραστηριοτήτων (<http://www.keeps.go> 2004).

Η γενικότερη αυτή τάση αντανακλάται και στην Ελλάδα με τη θέσπιση του νέου νομικού πλαισίου που αποτελεί πρωτοβουλία του Υπ. Υγείας- Πρόνοιας για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό της ψυχικής υγείας», Ν. 2791/99 και ειδικότερα με τη **θεσμοθέτηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης**, που θεσμοθετεί μία νέα μορφή επιχείρησης με πολλά ευεργετήματα για τους ψυχικά πάσχοντες, ειδικά σε ότι αφορά το καθεστώς απασχόλησης και αμοιβής τους. (<http://www.keeps.go> 2004)

Ο Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με περιορισμένης ευθύνη των μελών του. Αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή συνεταιρισμού, αφού παράλληλα είναι παραγωγική και εμπορική μονάδα αλλά και Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Η ανάπτυξη και η εποπτεία του ΚοιΣΠΕ ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και ασκείται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. (<http://www.keeps.go> 2004)

Βασικός του στόχος είναι η κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας στη θεραπεία τους κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Στο πλαίσιο αυτού του στόχου για επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ο ΚοιΣΠΕ έχει εμπορική ιδιότητα και μπορεί να αναπτύξει οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης). (<http://www.keeps.go> 2004)

3.5. ΑΝΑΔΟΧΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

Ένα μέτρο που αποτελεί «επανάσταση» στην ψυχιατρική περίθαλψη είναι ο θεσμός της αναδοχής. Ο θεσμός αυτός χρονολογείται από την εποχή του 6^{ου} αιώνα, τότε που στη Φινλανδική (γκίλ) πόλη Geel, οι ασθενείς διέμεναν σε οικογένειες χωρικών της περιοχής. Στην Ελλάδα, πρωτοεφαρμόστηκε από τον Ρασσιδάκη και τους συνεργάτες του στη δεκαετία του 1960, σε μια προσπάθεια τοποθέτησης σε οικογένειες 9 χρόνιων ψυχωσικών γυναικών, νοσηλευόμενων στο τότε Κρατικό Θεραπευτήριο Αθηνών. Οι γυναίκες αυτές τοποθετήθηκαν ως οικιακοί βοηθοί. (Μαδιανός, 1994)

Η αναδοχή είναι ένας θεσμός που υλοποιεί το όραμα της αποσυλοποίησης και του αποϊδρυματισμού όλων των ατόμων με ειδικές ανάγκες, αλλά και των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων. Η οικογένεια που δέχεται να φιλοξενήσει το ψυχικά διαταραγμένο άτομο, επιδοτείται γι' αυτή της την προσφορά. «Ο θεσμός και η καθιέρωση των ανάδοχων οικογενειών συμβάλλει στην ενσωμάτωση του ψυχικά αρρώστου στο κοινωνικό

περιβάλλον δημιουργώντας ανθρώπινες συνθήκες ζωής, μέσα σε ευαισθητοποιημένες οικογένειες για άτομα που έχουν ζήσει πολλά χρόνια στο Νοσοκομείο και δεν έχουν άλλα περιθώρια αποκατάστασης». (Κυριακάκης, 1993)

Ο δρόμος όμως για την αναδοχή συναντά πολλά εμπόδια στην πράξη, κυρίως νομικά και λιγότερο κοινωνικά, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, καθώς δεν έχει γίνει σωστή ενημέρωση για το σκοπό που εξυπηρετεί. Η τάση της κοινωνίας καθοδηγεί στην απομάκρυνση των «υγιών» πολιτών από τα άτομα αυτά, που θεωρούνται πολίτες δεύτερης κατηγορίας. Έτσι, η ιδέα της αναδοχής φαντάζει και ακούγεται εξωπραγματική και στερεί από τα άτομα αυτά την ευκαιρία να αποδείξουν ότι μπορούν να ενσωματωθούν αρμονικά στο κοινωνικό σύνολο, χωρίς να είναι στιγματισμένα. (Κυριακάκης, 1993)

Για να συνυπάρξουν οι υπόλοιποι «υγιείς» με τους ψυχικά ασθενείς είναι αναγκαίο οι πρώτοι να μπουν στον κόσμο τους, «να φορέσουν για λίγο τα δικά τους παπούτσια» και να δουν ότι αυτός ο κόσμος δεν είναι ιδιαίτερα απαιτητικός, ότι έχουν ανάγκη από έμπρακτη αγάπη, κατανόηση, αποδοχή, ώστε τα άτομα αυτά να δείξουν το μεγαλείο των ψυχικών τους δυνατοτήτων και με σχετική ενημέρωση των «υγιών» από αρμόδιους φορείς μπορούν οι τελευταίοι να απαλλαγούν από τις προλήψεις και να αποδεχτούν τους ψυχικά διαταραγμένους ανθρώπους στο δικό τους μικροπεριβάλλον, κάνοντάς τους μέλη του. (Κυριακάκης, 1993)

Σήμερα εφαρμόζονται προγράμματα ανάδοχων οικογενειών, αλλά σε πολύ περιορισμένη έκταση. Τα περισσότερα προγράμματα αφορούν κυρίως την αναδοχή παιδιών, που οι οικογένειές τους έχουν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα. Οι οικογένειες που αποφασίζουν τελικά να δεχτούν στους κόλπους τους και να περιθάλψουν άλλα άτομα, «απαιτούν» από την

πολιτεία να τους αποζημιώσει εκτός από την οικονομική ενίσχυση και με την ευθύνη υγιών παιδιών. (Μαδιανός, 2005)

Ένας ακόμη σημαντικός λόγος, που φανερώνει την αναγκαιότητα των αναδόχων οικογενειών, είναι ο οικονομικός. Κάθε χώρα προσπαθεί να υιοθετήσει κατάλληλους τρόπους, ώστε να περιορίσει όσο δύναται τα έξοδά της σε διάφορους τομείς. Αν λάβουμε υπό όψιν μας την έρευνα του Κυριακάκη το 1993, όπου συμπεραίνει ότι «τα μεγάλα ψυχιατρεία της χώρας επιβαρύνουν τον Έλληνα φορολογούμενο με αρκετά μεγάλο χρηματικό ποσό, για να εξασφαλίσει συνθήκες διαβίωσης που δεν προσβάλλουν τον άνθρωπο», γίνεται αμέσως κατανοητή η συμβολή της αναδοχής προς αυτή την κατεύθυνση.

Οι Σκοποί του θεσμού Αναδοχής

- i. Κατάλληλη στέγαση, όταν δεν υπάρχει οικογένεια, ή όταν η οικογένεια δεν είναι κατάλληλη.
 - ii. Πιο «φυσιολογική» ζωή από ότι σε ένα θάλαμο νοσοκομείου και με λιγότερο κόστος.
 - iii. Δυνατότητα πιο εύκολης προσαρμογής στην κοινότητα.
- (Κυριακάκης, 1993)

Οι προϋποθέσεις ένταξης των ψυχικά ασθενών σε ανάδοχη οικογένεια, περιλαμβάνουν:

- i. Η οικογένεια να είναι άλλη από τη δική του.

ii. Η οικογένεια παίρνει επίδομα. Για το λόγο αυτό η επιλογή της οικογένειας θα πρέπει να γίνεται με αυστηρά κριτήρια, καθώς ενδέχεται η προσφορά τους αυτή να υποκινείται από το όφελος που προσφέρει το επίδομα.

iii. Ένας ασθενής σε κάθε οικογένεια.

iv. Η οικογένεια πρέπει να είναι κοντά στο φυσικό χώρο του ασθενή.

v. Διερεύνηση καταλληλότητας της οικογένειας (σύνθεση, χαρακτηριστικά, κίνητρο). Αποτελεί μια σημαντική παράμετρο. Προτιμούνται οι ολιγομελείς οικογένειες, διότι μειώνονται οι υποτροπές. Επίσης, το κίνητρο αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιτυχίας της αναδοχής και πρέπει να τοποθετείται στο ειλικρινές ενδιαφέρον στον ασθενή και στην υποδοχή του ως ισότιμου μέλους της οικογένειας.

vi. Διερεύνηση καταλληλότητας του ασθενούς (έλλειψη επικινδυνότητας και κοινωνικολειτουργικές δυνατότητες).

vii. Διερεύνηση της δυνατότητας σύνδεσης ασθενούς και οικογένειας.

viii. Προδιαγραφές στεγαστικής κάλυψης του ασθενούς π.χ. άνεση διαμονής, ύπαρξη πυρασφάλειας.

ix. Δυνατότητα απασχόλησης του ασθενούς.

x. Ύπαρξη δικτύου Κοινωνικών Υπηρεσιών στην κοινότητα της οικογένειας.

(Κυριακάκης, 1993)

Η επιτυχία του θεσμού της αναδοχής θα εξαρτηθεί σε σημαντικό βαθμό από:

- i. Την σωστή επιλογή των ασθενών.
- ii. Των σωστή επιλογή και εκπαίδευση των ανάδοχων οικογενειών.
- iii. Τη σωστή επιλογή κινήτρων για τις ανάδοχες οικογένειες.
- iv. Την αποτελεσματική συγκρότηση Κοινωνικής Υπηρεσίας, που θα στηρίζει το θεσμό. (Κυριακάκης, 1993)

3.6. ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Από το 1983, που θεσμοθετήθηκε η μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας, η εικόνα στο χώρο της ψυχικής υγείας έχει αλλάξει αισθητά. Ακολουθώντας την τάση της Ευρώπης υιοθετήθηκε μια νέα φιλοσοφία που στόχευε στην κατάργηση των ασύλων, στην ένταξη των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε ένα δίκτυο παροχής υπηρεσιών σε τομεοποιημένη περιοχή και στην ελεύθερη κίνηση των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα. (Μπασδάκης, 1996)

Η αποσυλοποίηση όμως δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί και να έχει αποτέλεσμα, αν δεν λειτουργούσε ταυτόχρονα η αλλαγή της στάσης του πληθυσμού, η καταπολέμηση του στίγματος για την ψυχική νόσο, η εξοικείωση του πληθυσμού με τις νέες μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης. Ο ψυχικά άρρωστος μπορεί πλέον να συμβιώνει με την οικογένειά του ή να ζει σε δομές στην κοινότητα, όπως οικοτροφεία ή ξενώνες και να συμμετέχει, παράλληλα, στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή σε ένα σύστημα προστατευμένων εργαστηρίων. (Goffman, 1973)

Στόχος λοιπόν είναι να δημιουργηθούν οι συνθήκες εκείνες που είναι απαραίτητες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών και

την υποδοχή- αποδοχή τους από το σύνολο του πληθυσμού. (Μπασδάκης, 1996)

Για να προχωρήσει η αλλαγή στην ψυχική υγεία και να ολοκληρωθεί το έργο της αποσυλοποίησης, βασικός συντελεστής υπήρξε η αγωγή ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Με τον όρο αυτό εννοείται η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, μέσω μιας διαδικασίας γνωριμίας με τους συντελεστές της κοινότητας και εκπαίδευσής τους μέσω ομιλιών, σεμιναρίων ειδικών πληθυσμιακών ομάδων (εκπαιδευτικοί, αστυνομικοί). (Σουμάκη, 2004)

Οι τρόποι που διευκολύνουν το έργο αυτό είναι:

- i. Η δημιουργία σχέσης
 - ii. Η γνωριμία με τις υπηρεσίες- δομές
 - iii. Η συνέπεια και η σταθερότητα στην προσέγγιση
 - iv. Το αίσθημα ευθύνης απέναντι στον άρρωστο και τις ιδιαιτερότητές του
 - v. Ο σεβασμός στα ήθη και στις συνήθειες της περιοχής.
- (Σουμάκη, 2004)

Αυτό λοιπόν που κυρίως απαιτείται, είναι η καλλιέργεια των σχέσεων μέσω μιας συνεχούς και δραστήριας αλληλεπίδρασης με την κοινωνική ομάδα.

Η συνεργασία με την κοινότητα αφορά πολλά επίπεδα. Οι ασθενείς συμμετέχουν στις κοινωνικές εκδηλώσεις καθώς και στις εκδηλώσεις της καθημερινότητας, αλλά και οι «γείτονες» θα πρέπει να καλούνται συχνά σε γιορτές που οργανώνονται μέσα στις δομές. Πραγματοποιούνται συστηματικές επαφές με το Δήμο ή όμορους Δήμους, με στόχο την ενημέρωση και την συνεργασία. (Σουμάκη, 2004)

Ωστόσο η αγωγή ψυχικής υγείας με στόχο την αλλαγή στη νοοτροπία πραγματοποιείται κυρίως μέσω του σχολείου, καθώς είναι τεκμηριωμένο πως οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης έχουν νόημα, μόνο όταν γίνονται εγκαίρως και σε ηλικίες που η καλλιέργεια και η γνώση φαίνεται να αποδίδει καρπούς. Το σχολείο λοιπόν με τον «παιδευτικό» του χαρακτήρα αποτελεί έναν ιδανικό χώρο για τη διαμόρφωση καθοριστικής στάσης για τον εαυτό και τους άλλους. (Σουμάκη, 2004)

Η αγωγή ψυχικής υγείας αποτελεί επομένως ένα από τα απαραίτητα βήματα για το μετασχηματισμό και την αλλαγή μιας κοινωνίας.

3.7. Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ

Ένας από τους στόχους της εθελοντικής δράσης στον χώρο της Ψυχικής Υγείας είναι η προώθηση της ανάπτυξης ενός κοινωνικού δικτύου υποστήριξης στην κοινότητα, για την άρση της προκατάληψης και του «κοινωνικού αποκλεισμού».(Οικονόμου, 2004)

Με τον όρο «εθελοντές» εννοούμε άτομα, κατοίκους της κοινότητας που πλαισιώνουν το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και που προσφέρουν τις υπηρεσίες και την βοήθειά τους στα προγράμματα του Κέντρου χωρίς αμοιβή. Το μορφωτικό τους επίπεδο μπορεί να ποικίλλει. Επίσης με τις ειδικές γνώσεις τους πάνω σε διάφορους τομείς μπορούν να προσφέρουν ακόμα μεγαλύτερο έργο στην αποκατάσταση των ασθενών, όπως για παράδειγμα συμμετοχή σε προγράμματα κηπουρικής, ξυλουργικής κ.τ.λ. που εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία. (Μαδιανός, 1998)

Εθελοντής μπορεί να είναι κάθε άτομο μη επαγγελματίας της Ψυχικής Υγείας, που είναι ευαισθητοποιημένος στα θέματα ψυχικής υγείας

και προσφέρει, χωρίς αμοιβή, εργασία σχετική με την προαγωγή της ψυχικής υγείας ατόμων (π.χ. αρρώστων υψηλού κινδύνου) οικογενειών ή ομάδων πληθυσμού (π.χ. πρόσφυγες, εφήβους) ή σε προγράμματα κοινοτικών εκδηλώσεων. (Μαδιανός, 1998)

Η εκπαίδευση που πρέπει να έχει ο εθελοντής ξεκινά με την αποδοχή της ιδεολογίας της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, δηλαδή:

- i. Να πιστεύει ότι οι ψυχικές αρρώστιες είναι σαν όλες τις άλλες αρρώστιες.
- ii. Να θεωρεί ότι όλοι υποκείμεθα σε ψυχική διαταραχή και ότι δεν υπάρχει ένα διαχωριστικό υγεία- αρρώστια, αλλά ένα δίπολο Υγείας - Αρρώστιας. (έτσι αποφεύγεται η ετικετοποίηση (labeling) του ψυχικά αρρώστου).
- iii. Να πιστεύει ότι η προσέγγιση προς τον άρρωστο δεν γίνεται με υπερπροστατευτικό τρόπο αλλά στο επίπεδο της ανοικτής ισότιμης επικοινωνίας. (Μαδιανός, 1998)

Ο εθελοντής δεν είναι φιλάνθρωπος αλλά συνεργάτης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίησή του πρέπει να κινηθεί γύρω από τον άξονα:

- i. Του σεβασμού των δικαιωμάτων του άλλου, π.χ. της άρνησης του ασθενούς να δεχθεί τις φροντίδες του εθελοντή.
- ii. Της δεοντολογίας – εχεμύθειας (confidentiality).
- iii. Των περιορισμένων δυνατοτήτων του ασθενούς.
- iv. Των ορίων του εθελοντισμού και του επαγγελματισμού.

(Μαδιανός, 1998)

Η δραστηριότητα του εθελοντή προσφέρεται σε δύο επίπεδα:

Ατομικό επίπεδο

- i. Υλική υποστήριξη ατόμων και οικογενειών, π.χ. παροχή ρούχων, χρημάτων, τροφίμων κ.λπ.
- ii. Συναισθηματική υποστήριξη, π.χ. πρόσκληση σε οικογενειακή γιορτή με άλλους φίλους, συμμετοχή σε εκδηλώσεις.
- iii. Προσφορά οικογένειας (θετή οικογένεια) για μικρό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- iv. Χρησιμεύει σαν πρότυπο στον άρρωστο και στην κοινότητα.
- v. Εργασία για την Αποκατάσταση των ατόμων (ανεύρεση εργασίας, στέγασης).
- vi. Οργάνωση, σε συνεργασία με την Ομάδα Ψυχικής Υγείας, δραστηριοτήτων διαφόρων κατηγοριών ή άλλων προσφορών, π.χ. (φροντιστήριο σε παιδιά με ψυχολογικά προβλήματα). (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001)

Ομαδικό επίπεδο

- i. Στα πλαίσια οργανωμένης συλλογικής προσπάθειας, ως μέλη Επιτροπής Ψυχικής Υγείας ή Συλλόγου, π.χ. επιτροπή υγείας-παιδείας, επιτροπή γονέων- δασκάλων.
- ii. Συμμετοχή σε εκστρατείες ευαισθητοποίησης της κοινότητας πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας (διανομή διαφωτιστικού υλικού, οργάνωση διαλέξεων, σεμιναρίων).
- iii. Χρησιμεύει σαν ομάδα πίεσης (pressure group) σε κρατικό ή άλλου είδους επίπεδο.

iv. Ως ομάδα, με τη στάση της, ευαισθητοποιεί άλλες ομάδες και ιδιαίτερα ομάδες οικογενειών που έχουν στα μέλη τους άτομα με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες- ή ευρύτερα την κοινότητα. (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001)

Το «κέρδος» του εθελοντή:

- i. Καλύπτει δικές του συναισθηματικές ανάγκες, να προσφέρει και να δεχθεί.
- ii. Αποκτά ο ίδιος ψυχολογική ευαισθησία για τις δικές του ανάγκες, ώστε να είναι σε θέση να τα αντιμετωπίσει έγκαιρα και σωστά.
- iii. Αποκτά το συναίσθημα του «ανήκειν» σε μία ομάδα.
- iv. Αποκτά πραγματικούς φίλους.

Τέλος, ο εθελοντισμός είναι μια ανώτερη μορφή ανθρωπισμού. Ενισχύει το έργο της ομαδικής ψυχικής υγείας και της προαγωγής της ψυχικής υγείας της κοινότητας. (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001)

3.8. ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Πρόκειται για ένα είδος Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, που όμως λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως και έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει κλινικά ψυχιατρικές κρίσεις. Το Κ.Α.Ψ.Κ. λειτουργεί σε κοινοτικό επίπεδο και συνδυάζει τις λειτουργίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής του Συμβουλευτικού Σταθμού και του Εξωτερικού Ιατρείου εμπλουτισμένες όμως από μια χρονικά περιορισμένη αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, οπωσδήποτε πιο εύκολα από ότι στο σπίτι του ασθενή. Η χρονική περίοδος της κλινικής αντιμετώπισης είναι επιτακτική ανάγκη να μην ξεπερνάει τις

10- 12 ημέρες, προς αποφυγή μετατροπής του κέντρου σε μικρό νοσοκομείο.(Μαδιανός, 2006)

Επιγραμματικά στα σημαντικότερα πλεονεκτήματα αυτού του θεσμού, περιλαμβάνονται:

- i. Ευχερής και σωστή περίθαλψη ενός μεγάλου αριθμού ασθενών που σε διαφορετική περίπτωση δε θα μπορούσαν να αποφύγουν την εισαγωγή τους σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- ii. Απελευθέρωση και ανακούφιση των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων από μεγάλο αριθμό εισαγωγής μη αναγκαίων περιστατικών.
- iii. Σημαντική μείωση του κοινωνικοοικονομικού κόστους από την μακροχρόνια- και όχι πάντα προς όφελος του ασθενή- περίθαλψη σε μεγάλο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- iv. Περίθαλψη του ασθενή στο περιβάλλον του και συμμετοχή του περιβάλλοντός του στη θεραπεία.
- v. Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο, με επίδωξη την καλύτερη πρόληψη.
- vi. Αποτελεσματική οριοθέτηση μεταξύ κοινωνικών και ψυχιατρικών προβλημάτων.
- vii. Τέτοιες μονάδες βραχείας θεραπείας εμποδίζουν τη μετατροπή σε μικρά ψυχιατρικά άσυλα των σχεδιαζόμενων μικρών ψυχιατρείων ή ψυχιατρικών μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία.(Μαδιανός, 2006)

3.9. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, με διαφορετική έννοια από ότι συναντιούνται σήμερα, υπήρχαν από το Μεσαίωνα. Είναι γνωστά τα νοσοκομεία της Κωνσταντινούπολης και της Βαγδάτης, που διέθεταν τέτοια τμήματα ήδη από τον 11^ο αιώνα. Στην Ευρώπη συναντούνται από τον 18^ο αιώνα ψυχιατρικά τμήματα σε νοσοκομεία, αλλά τα περισσότερα από αυτά δεν κατάφεραν να επιβιώσουν παρά μόνο λίγες δεκαετίες, με αποτέλεσμα στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η παρουσία τέτοιων μονάδων να ανευρίσκονται μόνο σε ορισμένες εκλεκτές ιατρικές σχολές. (Μπιλανάκης, 1992)

Για πρώτη φορά το 1949, σε νοσοκομείο του Manchester, άρχισε η λειτουργία μια ψυχιατρικής κλινικής με 12 κρεβάτια. Οι Ζαφείρης, Σχοινά, Σαλαμινίου, (1990) αναφέρουν πως σε παγκόσμιο επίπεδο η πρώτη Ψυχιατρική Μονάδα Γενικού Νοσοκομείου ιδρύθηκε από τον J. Garswell το 1987 σε μια απομακρυσμένη και οικονομικά καθυστερημένη περιοχή της Γλασκόβης. Στις Η.Π.Α. η πρώτη Ψυχιατρική Μονάδα Γενικού Νοσοκομείου ιδρύθηκε στη Νέα Υόρκη το 1902 από τον J.M. Mosher για την περίθαλψη των ασθενών με νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές (Αγγελόπουλος, 1995)

Στην Ελλάδα υπήρχαν ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά στρατιωτικά νοσοκομεία από τη δεκαετία του 1950. Το ελληνικό νοσοκομείο του Καΐρου διέθετε επίσης νευρολογικό και ψυχιατρικό τμήμα. Σε πανεπιστημιακό επίπεδο, δυο ψυχιατρικές κλινικές λειτουργούσαν, αρχικά ως πανεπιστημιακά νοσοκομεία της Αλεξανδρούπολης το 1978 και των Ιωαννίνων το 1983. Μέχρι το 1991 λειτουργούσαν 34 ψυχιατρικά τμήματα σε Γενικά πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και μη, ενώ 15 από αυτά διέθεταν και μονάδες νοσηλείας Η Ψυχιατρική Μονάδα Γενικού Νοσοκομείου. είναι μία κλινική ενσωματωμένη στην κτιριακή, διοικητική και λειτουργική δομή του νοσοκομείου. (Αγγελόπουλος, 1995).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών εισάγονται ακούσια, χωρίς βέβαια να αποκλείονται εκείνες οι περιπτώσεις εκούσιας εισαγωγής του ασθενή. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια εισαγωγής, παρόλα αυτά ορισμένοι θεώρησαν ότι βασικό κριτήριο εισαγωγής είναι η έλλειψη ψυχοκινητικής διέγερσης ή έκδηλων παραληρημάτων και ψευδαισθήσεων του ασθενή (Ιεροδιακόνου και συν., 1982).

Κάποιοι άλλοι πρότειναν ότι αν ο ασθενής χρειάζεται νοσηλεία, ανεξαρτήτως διαγνώσεως και συμπεριφοράς εισάγεται στην κλινική εφόσον θέλει και ο ίδιος. Δηλαδή ως μόνο περιοριστικό στοιχείο τίθεται η σύμφωνη γνώμη του ασθενή για εισαγωγή (Αγγελόπουλος, 1995).

Όσον αφορά τον χρόνο νοσηλείας, στην Ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου, είναι βραχείς διάρκειας, δεν υπερβαίνει τις 6 εβδομάδες, αν και αυτό δεν είναι απόλυτο. (Anthony, 1998).

Τα αποτελέσματα του Ψυχιατρικού Τομέα αξιολογούνται ομαδικά από την επιστημονική ομάδα του τομέα. Εκεί προσδιορίζονται οι ευθύνες και οι αρμοδιότητες των επαγγελματιών που ασχολούνται με τον ψυχικά ασθενή. Η κύρια ευθύνη για αυτόν τον καταμερισμό, όπως επίσης και για τη θεραπευτική ομάδα απέναντι στην οικογένεια, φέρει ο υπεύθυνος ψυχίατρος. Η επιστημονική ομάδα δίνει έμφαση στις κατ' οίκον επισκέψεις του Ψυχιατρικού Κοινωνικού Λειτουργού, για τη διερεύνηση του οικογενειακού περιβάλλοντος και τη θεραπευτική στάση απέναντι στην οικογένεια. Καθορίζονται συναντήσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και του Κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος μεταφέρει στην ομάδα τα στοιχεία από την οικογένεια. Η στενή καθημερινή παρακολούθηση δημιουργεί συνθήκες ασφάλειας πολύ ικανοποιητικές για τους ασθενείς, αφού σ' αυτήν την διαδικασία συμμετέχουν και μέλη της οικογένειάς του, τα οποία

ενδέχεται να ενταχθούν και σε γενικότερα προγράμματα θεραπείας οικογένειας (Σακκάς, 1997).

Κύριοι στόχοι μιας Ψ.Κ.Γ.Ν. είναι:

- i. Η εξέταση και παρακολούθηση ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία.
- ii. Παροχή βοήθειας σε ψυχολογικά προβλήματα, που προέρχονται από σωματικές ασθένειες.
- iii. Η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.
- iv. Η βραχεία νοσηλεία εσωτερικών ασθενών.
- v. Η ανάπτυξη της συμβουλευτικής ψυχιατρικής.
- vi. Η εκπαίδευση σε όλα τα επίπεδα, η έρευνα.
- vii. Όπου είναι δυνατό οργανώνει προγράμματα αποτοξίνωσης από αλκοόλ και άλλες εθιστικές ουσίες.
- viii. Όπου είναι δυνατό διαθέτει Κέντρα Ημέρας για ασθενείς, που χρειάζονται περισσότερη θεραπεία από ότι στο εξωτερικό ιατρείο, αλλά και για ποικίλους λόγους, δεν είναι δυνατή η εισαγωγή τους στην κλινική ή που χρειάζονται ολιγοήμερη παρακολούθηση και έλεγχο της φαρμακευτικής τους αγωγής ή για ασθενείς που επιστρέφουν στην κοινότητα, μετά από μια περίοδο ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.
- ix. Η παρέμβαση στην κρίση (crisis intervention).
- x. Η παροχή υπηρεσιών στο σπίτι του ασθενή.
- xi. Πολλαπλή υποστήριξη του ασθενούς σε ατομική βάση, αλλά και σε επίπεδο οικογένειας. (Σακκάς, 1997).

Τρόπος λειτουργίας μιας Ψυχιατρικής Κλινικής σε Γενικό Νοσοκομείο

i. **Εξωτερικά ιατρεία:** Καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα των λειτουργιών της κλινικής. Εδώ γίνεται η πρώτη επαφή με τον ασθενή και λαμβάνεται το κοινωνικό ιστορικό. Μετά από πολλές συνεντεύξεις χωρίζονται τα περιστατικά, σε κοινωνικά και ψυχιατρικά. Η θεραπευτική ομάδα συνεργάζεται κυρίως με την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενή, για να πάρει περισσότερες αξιόπιστες πληροφορίες και να παρέμβει σε οικογενειακό επίπεδο.

ii. Στα Ε.Ι. αντιμετωπίζονται τα επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά, κυρίως εκείνα που δεν είχαν προηγούμενη επαφή με κάποια ψυχιατρική υπηρεσία και έπειτα παραπέμπονται στην κλινική για νοσηλεία ή σε κάποια πιο αρμόδια υπηρεσία. Στα Ε.Ι. αντιμετωπίζονται όλα τα είδη ψυχιατρικών διαταραχών εκτός από παιδοψυχιατρικά και σοβαρές νοητικές καθυστερήσεις.

iii. **Διασυνδεδετική:** Εδώ συντελείται η κάλυψη των ψυχιατρικών περιστατικών, που νοσηλεύονται σε κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου, εξαιτίας της παρουσίας κάποιου άλλου προβλήματος. Απασχολεί Κοινωνικούς Λειτουργούς κυρίως σε περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας, γηριατρικά περιστατικά, άτομα ηλικιωμένα, πολλές φορές εγκαταλελειμμένα από ένα απρόσφορο οικογενειακό περιβάλλον. Ταυτόχρονα γίνεται και η διερεύνηση των δυνατοτήτων της κοινωνικής αποκατάστασης του ασθενή.

iv. **Εφημερία:** Γίνεται συνεργασία και υποστηρικτική δουλειά με τους συνοδούς των ασθενών, διερεύνηση των δυνατοτήτων επαφής με το περιβάλλον ασυνόδευτων ασθενών και άμεση λύση στο ζήτημα της

αποκατάστασης. Η κλινική συνήθως διαθέτει 25 κλίνες για εσωτερική νοσηλεία. Οι περισσότερες κλινικές διαθέτουν ένα θάλαμο απομόνωσης για την καλύτερη φροντίδα ενός διεγερτικού ασθενούς, αλλά και για τον εγκλεισμό κάποιου ασθενή κατόπιν εισαγγελικής διαταγής. (Μεγαλοοικονόμου, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.

4.1.Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η διεπιστημονική θεραπευτική ομάδα στελεχώνεται από επαγγελματίες διαφορετικών ρόλων και αρμοδιοτήτων, που διαθέτουν εμπειρία, διαρκή εκπαίδευση, και πίστη στη φιλοσοφία και τις αρχές του κάθε προγράμματος. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι ισότιμα μεταξύ τους και λειτουργούν στη βάση της αρχής της συμπληρωματικότητας των διαφορετικών ρόλων τους. (Μαδιανός, 2005)

Η διεπιστημονική ομάδα δεν είναι ένα σταθερό δεδομένο. Η έννοια της συνεχώς εξελίσσεται, προχωράει, ωριμάζει και απαιτεί από τα μέλη της ωριμότητα, ευαισθησία, εσωτερική κουλτούρα, υπευθυνότητα, σεβασμό προς τη γνώμη και τη γνώση των επαγγελματιών, θέληση για διάλογο και συνεργασία. (Μαδιανός, 2005)

Η σχέση θεραπευτή -πελάτη αποτελεί μια διεργασία η οποία καθορίζεται από παράγοντες που αφορούν:

- i. Τον πελάτη
- ii. Τον θεραπευτή
- iii. Την μεταξύ τους σχέση –συνεργασία» (Γουρνάς, 1995)

Σε αυτή τη διεργασία βασικοί παράγοντες είναι :

- i. Η προσωπικότητα- συμπεριφορά του πελάτη
- ii. Η γνωστική και συγκινησιακή απαρτίωση του θεραπευτή, που αποτελεί το “όχημα” των επιδεξιοτήτων, των εμπειριών, της εναισθησίας, το κύριο θεραπευτικό του εργαλείο.
- iii. Η ποιότητα της μεταξύ τους θεραπευτικής σχέσης που αποτελεί και τον πυρήνα, όπου η εκάστοτε θεραπευτική σχέση επιτυγχάνει ή αποτυγχάνει. (Γουρνάς, 1995)

Στη θεραπευτική σχέση ο θεραπευτής φέρνει:

- i. Τα συναισθήματα του
- ii. Την αυτοεκτίμηση
- iii. Τη στάση και την φιλοσοφία του απέναντι στη ζωή
- iv. Την εκτίμηση του για τους άλλους ανθρώπους
- v. Την αντοχή στις διαγνωστικές δυσκολίες
- vi. Τις τεχνικές και τις εμπειρίες του

vii. Τη στάση του για την «ψυχική αρρώστια»

viii. Την ικανότητα του να αναγνωρίζει και να ελέγχει έντονα συναισθήματα άγχους, θυμού, την ικανότητα να ξεπερνά τις προσωπικές του συγκρίσεις κι ανάγκες, να τις αξιοποιεί και να μπορεί να γίνεται ενήμερος αυτών του πελάτη, την επιθυμία του να βοηθήσει.

ix. Τη φιλοσοφία του και τις αξίες του για τον «άνθρωπο» και το «ζην»(Γουρνάς, 1995)

Η διεπιστημονική ομάδα με τη μορφή της θεραπευτικής ομάδας, βασίζεται στην αρχή του Bateson, ότι η “διαφορά κάνει τη διαφορά” η οποία αναφέρεται στην αξιοποίηση της διαφοράς των μελών της ομάδας.(Μαδιανός, 2005).

Απαιτείται λοιπόν δημιουργία συνεργατικών σχέσεων που να επιτρέπουν:

i. Στο κάθε μέλος της ομάδας να είναι ο εαυτός του

ii. Η ομάδα να αποτελεί χώρο για «καθρέφτισμα» (ανατροφοδότηση), για αξιοποίηση και για «μεγάλωμα» του κάθε μέλους της.

iii. Η ομάδα αποτελεί πεδίο καλλιέργειας κλίματος εμπιστοσύνης, που να επιτρέπει την έκφραση όλων των συναισθημάτων και απόψεων των μελών της. (Γουρνάς, 1995)

Βάση των ανωτέρω είναι σαφές, ότι η ομάδα ψυχικής υγείας αξιοποιώντας τα μέλη της έχει και περισσότερες δυνατότητες να κατανοήσει τα προβλήματα – αιτήματα του πελάτη και της κοινότητας πιο σφαιρικά. Να

αντιδράσει με πληρέστερους τρόπους και χειρισμούς κι επομένως να πετύχει μια πιο δημιουργική και αποτελεσματική συνεργατική σχέση και παρέμβαση. Μια θεραπευτική ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

- i. Ψυχίατρο
- ii. κλινικό ψυχολόγο
- iii. ψυχιατρικό νοσοκόμο
- iv. επισκέπτη υγείας
- v. Εργοθεραπευτή
- vi. Λογοθεραπευτή
- vii. κοινωνικού λειτουργού. (Γουρνάς, 1995)

4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ

Στη δραστηριότητα του ψυχιάτρου δεσπόζουν οι έννοιες της ταχύτητας και της αποδοτικότητας. Σε πρώτο στάδιο, αναλαμβάνει την ευθηνή για την εξέταση του ατόμου, για την εκτίμηση της ψυχοδιανοητικής και σωματοκινητικής του κατάστασης. Οι πρώτες συνεδρίες έχουν αποφασιστικό ρόλο για το διαγνωστικό και θεραπευτικό διάβημα του και στοχεύουν στον προσδιορισμό της βαρύτητας των συμπτωμάτων, στη σκιαγράφηση του ψυχισμού του ατόμου, ενώ επιδιώκεται έμμεσα η έναρξη της κινητοποίησης για την εμπλοκή στο πρόβλημα. Γι' αυτό τον λόγο η πρακτική του έχει ανάγκη ενός σχεδίου δράσης. (Μαδιανός, 2005)

Ο στόχος του είναι διττός :

- i. Να φροντίζει τους ασθενείς

ii. Να ευαισθητοποιεί το θεραπευτικό προσωπικό στην ψυχολογική διάσταση της ιατρικής πρακτικής.(Μαδιανός, 2000)

Ο ψυχίατρος έχει επιπλέον εξωνοσοκομειακές δραστηριότητες όπως θεραπεύει στο σπίτι, νοσοκομείο ημέρας, προστατευμένα εργαστήρια. Όμως, ο ψυχίατρος δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπεία της κοινότητας, δίνει και ιδιαίτερη βαρύτητα στην ενημέρωση με απώτερο σκοπό την πρόληψη. (Μαδιανός, 2005)

Τέλος ο ψυχίατρος συμβάλλει στην εμπύχωση της ομάδας, κατά τις συγκεντρώσεις της, στη σύνθεση των στοιχείων που προσκομίζουν οι άλλοι ειδικοί συνεργάτες και στο συντονισμό των κλινικών συναντήσεων της διεπιστημονικής ομάδας, ιδιαίτερα στα ιατροκεντρικά μοντέλα άσκησης της ψυχιατρικής. (Μαδιανός, 2005)

4.3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ

Η ψυχολογία κερδίζει συνεχώς έδαφος στις μέρες μας τονίζοντας, μεταξύ άλλων, την αναγκαιότητα του κλινικού ψυχολόγου στην κοινοτική ψυχιατρική και στις σχετικές υπηρεσίες. Ο κλινικός ψυχολόγος επεμβαίνει σε πολλά διαφορετικά επίπεδα στην πρακτική της ομάδας και ο ρόλος του είναι πολύπλευρος:

i. Συνεισφέρει στη διάγνωση και στην πρόγνωση με τις μεθόδους των ψυχολογικών δοκιμασιών, που συμπληρώνουν την εξέταση και την κλινική παρατήρηση.

ii. Η θεραπεία προσφέρεται από τη στιγμή που η ψυχική διαταραχή εξετάζεται σε συνάρτηση με τους κοινωνικούς παράγοντες που την προκαλούν και όχι σαν αποκομμένο γεγονός.

- iii. Συμμετέχει ενεργά στο ψυχοθεραπευτικό έργο της ομάδας (υποστηρικτικές θεραπείες, ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες, ψυχόγραμμα)
 - iv. Μπορεί να μεταφέρει γνώσεις ψυχολογίας σε ειδικότητες που δεν τις έχουν, αλλά θα μπορούσαν να τους είναι χρήσιμες.
 - v. Είναι δυνατών να χρησιμοποιηθεί στην οργάνωση υπηρεσιών που ασχολούνται συνήθως με το παιδί.
 - vi. Οργανώνει διάφορες ομάδες δραστηριοτήτων σε συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες (ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχοκινησιοθεραπευτές).
- (Γουρνάς, 1995)

Η εργασία με την κοινότητα είναι ένα από τα νέα πεδία δράσης τού ψυχολόγου. Αποσκοπεί στην κινητοποίηση της ευθύνης και της αυτενέργειας της κοινότητας σε σχέση με την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής υγείας. Επίσης, στα πλαίσια μιας δομημένης συνεργασίας και όχι στην καθημερινότητα του, έχει επαφές με το στενότερο περιβάλλον του ατόμου όπως, ο χώρος εργασίας του, οι προνοιακοί χώροι κ.τ.λ. (Μηλιώνη, Κοντοπούλου 2004)

4.4 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η «ψυχιατρική νοσηλευτική» αναπτύχθηκε σαν ένας ξεχωριστός κλάδος της νοσηλευτικής, μια ειδικότητα η οποία απαιτεί επιπλέον γνώση και εμπειρία. (Μαδιανός, 2000)

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με εκπαίδευση στην ειδικότητα, μπορεί να αναλάβει διάφορους ρόλους και αρμοδιότητες. Οι βασικές διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου περιλαμβάνουν:

Εφαρμογή πρωτοβάθμιας κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, με σκοπό τη πρωτογενή αλλά και κάθε είδους πρόληψη, καθώς και την παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά πασχόντων στη κοινότητα.

Οργάνωση, προγραμματισμό και συντονισμό όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας, προς κάλυψη βιο-ψυχο- κοινωνικών αναγκών των ψυχικά πασχόντων. (Μαδιανός, 2005)

4.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Στο σχεδιασμό των νέων μεθόδων της «ψυχιατρικής στην κοινότητα», με όλες τις δυνατές μορφές τις, αυτή του εξωτερικού ιατρείου, της μερικής κλινικής παρακολούθησης (κλινικές ημέρας-νύχτας, ξενώνες, οικοτροφεία) ή και της πλήρους κλινικής αντιμετώπισης, η παρουσία μόνο του ψυχιάτρου, του ψυχολόγου ή και του πρακτικού ιατρού δεν είναι αρκετή. Στις πολύ-επαγγελματικές αυτές θεραπευτικές ομάδες, η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού είναι απαραίτητη. Απαραίτητος είναι όμως και ο προσδιορισμός του ρόλου του μέσα σε αυτές.(Παπαγεωργίου, 2002).

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού διαφοροποιείται ανάλογα με τις διαφορές που μπορεί να δημιουργηθούν στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.(Παπαγεωργίου, 2002)

Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα περιλαμβάνει:

i. Ενίσχυση της κατανόησης της θεραπευτικής ομάδας για την καλύτερη παραδοχή του ασθενή και της οικογένειάς του, με στόχο την προσφορά ολοκληρωμένης εξυπηρέτησης.

ii. Παροχή πληροφοριών για της συναισθηματικές, κοινωνικές και πολιτιστικές ανάγκες των ασθενών και ενημέρωση για τις ψυχοκοινωνικές απόψεις της ασθένειας.

iii. Συμβολή στο σχεδιασμό άμεσων και μακροπρόθεσμων στόχων θεραπείας.

iv. Παροχή βοήθειας στις οικογένειες των ασθενών για την τροποποίηση των συνθηκών του περιβάλλοντος, όπου αυτό είναι απαραίτητο και για την εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών.

v. Αξιολόγηση της χρησιμότητας και της αποτελεσματικότητας, των υπηρεσιών που προσφέρονται. (Παπαγεωργίου, 2002)

Για την επίτευξη των ανωτέρω, ο κοινωνικός λειτουργός, χρησιμοποιεί όλες τις γνωστές μεθόδους κοινωνικής εργασίας, ώστε η παρέμβαση του να είναι θετική και αποτελεσματική. Συγκεκριμένα:

i. **Κοινωνική εργασία με άτομο (social work case):** Ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τις αρχές της συμβουλευτικής καθοδήγησης της ενεργητικής ακρόασης της εμπύχωσης και της υποστήριξης, με προοπτική την ομαλή κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή. (Παπαϊωάννου, 2004)

ii. **Κοινωνική εργασία με κοινότητα (community work social):** Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας, η πρόληψη σε όλες τις βαθμίδες της εκδήλωσης παθολογικών ή παραπτωματικών καταστάσεων και η αποκατάστασή τους, αποφυγή

περιθωριοποίησης και απομόνωσης μειονεκτούντων ατόμων, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων σε κοινωνικό επίπεδο, η αύξηση των προβληματικών καταστάσεων που αντιμετωπίζει η κοινότητα, εμπίπτουν στην εργασία του κοινωνικού λειτουργού. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 2001)

iii. Κοινωνική εργασία με ομάδες (social groupwork with): Οι σκοποί της δημιουργίας ομάδας μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την εκπαίδευση και την ιδεολογία του κοινωνικού λειτουργού, που τη δημιουργεί. Ο ομαδική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση συμβάλλει στην αλλαγή της προσωπικότητας μέσα από μια δέσμη εμπειριών, που είναι λιγότερο τραυματική για τον ασθενή, σε σχέση με την ατομική θεραπεία. Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός μέσα από την λειτουργία της ομάδας συμβάλλει στην υποστήριξη του ασθενεί ώστε να νιώσει καλύτερα. Μέσω των αμοιβαίων υποστηρικτικών προσπαθειών της ομάδας, να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά και να αναπτύξει αυτονομία, δοκιμάζοντας τις δυνατότητες του. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες για τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχουν τα μέλη της ομάδας, αν θα είναι όμοια αλληλοσυμπληρούμενα ή διαφορετικά, αν θα πρέπει οι ομάδες να δημιουργούνται σύμφωνα με την κλινική συμπτωματολογία των ασθενών, με την ηλικία τους, με τις γνωριμίες τους, ή ακόμα με βάση τους φυλετικούς ή ταξικούς παράγοντες. Συνήθως η σύνθεση της ομάδας εξαρτάται από τον σκοπό για τον οποίο έχει δημιουργηθεί. Η δημιουργία μιας ομάδας από τον κοινωνικό λειτουργό προϋποθέτει ειδική εκπαίδευση, τόσο για την ομαδική θεραπεία όσο και για την εξειδικευμένη. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 2001)

iv. Κοινωνική εργασία με οικογένεια (social work with families): Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με την οικογένεια του ψυχικά ασθενή χρησιμοποιώντας τις αρχές της ενδυνάμωσης των ενδοοικογενειακών σχέσεων, των μοντέλων επικοινωνίας, του χειρισμού των αλληλοσυγκρουόμενων ρόλων, της ερμηνείας των διεκδικήσεων και συμμαχιών, του επαναπροσδιορισμού των σχημάτων εξουσίας και γενικότερα των προωθητικών ενεργειών για την εύρυθμη λειτουργία του οικογενειακού σχηματισμού. Οι κοινωνικοί λειτουργοί βλέπουν τη συμπεριφορά, τις στάσεις και τα αισθήματα των πελατών τους σαν αποτέλεσμα της πίεσης ή της στήριξης των οικογενειακών τους σχέσεων. Η εργασία με την οικογένεια είναι βασική προτεραιότητα, για να μειωθεί η ένταση που υπάρχει στο μικροπεριβάλλον του ασθενή. Μπορεί να περιλαμβάνει απλή συλλογή πληροφοριών γύρω από τον ασθενή, απευθείας παρεμβατική υποστήριξη των μελών της οικογένειας, συνεργασία με τον ίδιο τον ασθενή και συγκεκριμένα μέλη της οικογένειας, ακόμη και οικογενειακή ψυχοθεραπείας (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 2001)

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού αφορά τα εξής:

I. Την κοινωνική μελέτη

v. Αναφέρεται στη συλλογή γεγονότων και πληροφοριών σχετικών με την κατάσταση ή το πρόβλημα που πρόκειται να εξομαλυνθεί. Περιλαμβάνει ακόμη, συναισθήματα, διαθέσεις και συμπεριφορά του ατόμου που αντιμετωπίζει δυσχέρειες. Όταν το άτομο βιώνει κάποιο πρόβλημα είναι επόμενο ότι πρέπει να έχουμε τόσες πληροφορίες όσες θα μας επιτρέψουν να γνωρίσουμε το άτομο,

ορισμένα στοιχεία για το πρόβλημα, το δυναμικό του ατόμου, τα συναισθήματα του σχετικά με την κατάσταση που αντιμετωπίζει, και τις προσπάθειες που έχουν καταβληθεί για την αντιμετώπιση του. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 2001)

Με αυτά τα στοιχεία ο κοινωνικός λειτουργός αποφασίζει:

- i. Αν η οργάνωση που εκπροσωπεί είναι η κατάλληλη (αν όχι θα πρέπει να τον παραπέμψει σε άλλη)
- ii. Ποιος θα είναι ο καλύτερος, γι' αυτό το συγκεκριμένο άτομο, τρόπος παροχής εξυπηρέτησης.
- iii. Ο ασθενής από την αρχή της συνεργασίας του συμμετέχει ενεργά και γνωρίζει την πορεία που ακολουθείται, αναλαμβάνει ευθύνες, αντί να παρακολουθεί απαθείς και αδιάφορος. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 2001)

Τα στοιχεία που συλλέγονται από τον κοινωνικό λειτουργό διακρίνονται σε:

- i. Εσωτερικά ή ψυχικά, στοιχεία που θα βοηθήσουν τον κοινωνικό λειτουργό να κατανοήσει τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ατόμου πελάτη, καθώς και τα μέσα που διαθέτει για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του.
- ii. Εξωτερικά ή κοινωνικά στοιχεία, γύρω από το άτομο (η οικογένεια, οι φίλοι, το σχολείο, η εργασία, η γειτονία), πηγές στο περιβάλλον, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση του προβλήματος. (Παπαϊωάννου, 2004)

Σειρά συνεντεύξεων είναι απαραίτητη, ώστε να υπάρχουν αρκετά στοιχεία που επηρεάζουν και οδηγούν στο πρόβλημα αλλά και στοιχεία που αναφέρονται στον ίδιο τον ασθενή, το μοναδικό και ανεπανάληπτο, που ζει το πρόβλημα του. Το χρονικό αυτό διάστημα είναι γνωστό ως αρχική φάση. (Παπαϊωάννου, 2004)

II. Την κοινωνική διάγνωση

Η διάγνωση είναι μια σειρά συλλογισμών που οδηγεί σε ένα συμπέρασμα. Το περιεχόμενο της διάγνωσης καθορίζεται:

- i. Από τη φύση του προβλήματος και τον τρόπο που το άτομο αντιδρά στην κατάσταση του.
- ii. Από την προσωπικότητα του ατόμου, τον χαρακτηριστικό και μοναδικό τρόπο που χρησιμοποιεί για να εκφράσει τον εαυτό του και
- iii. Από την οργάνωση, τη λειτουργία και τους στόχους της, που υπαγορεύουν το είδος της βοήθειας που προσφέρει. (Παπαϊωάννου, 2004)

Η διάγνωση είναι μια πνευματική επεξεργασία του κοινωνικού λειτουργού, η οποία δεν είναι απαραίτητο να συμφωνεί με το παρουσιαζόμενο πρόβλημα, όπως το διατυπώνει ο ασθενής, ούτε είναι δυνατόν να τη συμμερίζεται πάντα ο κοινωνικός λειτουργός με τον εξυπηρετούμενο. Δεν είναι στατική, αλλά υπόκειται σε τροποποιήσεις ανάλογα με το νέο υλικό που έρχεται στην επιφάνεια κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. (Εξάρχου, 1969)

Σύμφωνα με την H. Perlman “ για την διατύπωση της διάγνωσης, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να περάσει μέσα από την δική του επαγγελματική εργασία λύσης προβλημάτων, παραθέτοντας τα γεγονότα

που αφορούν πρόσωπο, πρόβλημα και τόπο, αναλύοντας και οργανώνοντας τα γεγονότα αυτά μέσα στο ιδιαίτερο πλαίσιο της συνθήκης της κοινωνικής εργασίας με άτομα συλλογιζόμενος πάνω σε αυτά και καταλήγοντας σε κάποιο συμπέρασμα σχετικά με την σημασία τους. Αυτή η πνευματική εργασία της εξέτασης των μερών ενός προβλήματος αναφορικά με τη σπουδαιότητα της ιδιαίτερης φύσης και οργάνωσης τους, με την διαπλοκή μεταξύ τους, με τη σχέση τους, με τη σχέση ανάμεσα σε αυτά και τα μέσα για τη λύση τους- αυτό είναι η διαγνωστική διεργασία. Τα συμπεράσματα στα οποία η διεργασία αυτή οδηγεί, διαπιστώνοντας που φαίνεται να είναι η δυσκολία, πως αυτή συνδέεται με τους σκοπούς της οργάνωσης, με ποια μέσα η οργάνωση, ο κοινωνικός λειτουργός και ο ίδιος ο ασθενής μπορούν να επιδράσουν στη δυσκολία- αυτά τα συμπεράσματα αποτελούν το διαγνωστικό προϊόν’’

III. Τον προγραμματισμό – την θεραπεία

Ο κοινωνικός λειτουργός συστηματοποιεί τη διαγνωστική του σκέψη και προχωρεί στην κατάστρωση του σχεδίου δράσης. Στη φάση λοιπόν, του προγραμματισμού, γίνεται επεξεργασία όλου του προηγούμενου υλικού και προγραμματίζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση με στόχο την αποκατάσταση του ασθενούς. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 2001)

Όταν ο εξυπηρετούμενος, ψυχικά ασθενής, επιτρέπει τόσο στον κοινωνικό λειτουργό να εξετάσει, τουλάχιστον σε ένα συνειδητό επίπεδο, τις αιτίες δημιουργίας της προβληματικής του κατάστασης και να αρχίσει την αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων, εκεί που έβλεπε μόνο αδιέξοδα, τότε έχει ξεκινήσει η θεραπευτική διεργασία. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 2001)

Η θεραπευτική παρέμβαση περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία δραστηριοτήτων από τον κοινωνικό λειτουργό, που κυμαίνονται από την παροχή πληροφοριών και υλικών παροχών στο άτομο μέχρι την υποστηρικτική τύπου βοήθεια και την εργασία αυτοεπίγνωσης. (Παπαϊωάννου, 2004)

Ειδικότερα η θεραπεία εντοπίζεται σε τρεις επιδιώξεις:

- i. Αλλαγή ή βελτίωση της κατάστασης του ατόμου με τη χρήση πηγών της κοινότητας και των κοινωνικών δυνατοτήτων, όπως άμεση οικονομική βοήθεια, αλλαγές στο περιβάλλον.
- ii. Βοήθεια- στήριξη στο άτομο να αναδιαρθρώσει διαθέσεις και συμπεριφορά με συνεντεύξεις και χειρισμούς του περιβάλλοντος.
- iii. Συνδυασμός των δύο προηγούμενων, για να προληφθεί μεγαλύτερη κατάρρευση, να συγκρατηθεί η ισορροπία με ψυχολογική ή πρακτική υποστήριξη και ενίσχυση. (Παπαϊωάννου, 2004)

Στην έννοια της θεραπείας υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ:

1. **Θεραπευτικών στόχων:** περιχαρακώνονται από το είδος και την φύση του προβλήματος, από τους περιορισμούς και τα δυνατά σημεία της προσωπικότητας του ατόμου, από το στενό και ευρύτερο περιβάλλον του και από τις δυνατότητες και τους σκοπούς τις οργάνωσης.
2. **Θεραπευτικής μεθόδου:** είναι η συνειδητή και οργανωμένη δραστηριότητα του κοινωνικού λειτουργού ο οποίος, με βάση τις ιδιαίτερες γνώσεις του και την επαγγελματική σχέση που δημιουργεί, επιλέγει τις κατάλληλες τεχνικές και δεξιότητες για την επίτευξη των σκοπών της παρέμβασης

3. **Θεραπευτικών τεχνικών** : είναι τα μέσα, οι τρόποι που επιλέγονται από τον κοινωνικό λειτουργό ως οι καταλληλότεροι, για την επίτευξη των θεραπειών. (Μάνος, 1984)

IV. Την αποκατάσταση

Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην αποσυλοποίηση και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών περιλαμβάνει:

i. Ευαισθητοποίηση, ενημέρωση της κοινότητας, για την ψυχική νόσο, τον ψυχικά ασθενή και την κοινωνική ψυχιατρική. Η αγωγή της κοινότητας είναι απαραίτητη, γιατί όσα προγράμματα αποσυλοποίησης- επανένταξης και να γίνουν δεν θα είναι αποτελεσματικά, αν η κοινότητα δεν αποδέχεται τους ψυχικά ασθενείς χωρίς προκαταλήψεις και αδικαιολόγητους φόβους. Η κοινότητα δεν πρέπει μόνο να αποδέχεται τους ψυχικά ασθενείς, αλλά και να μετέχει ενεργά για την παραμονή τους σε αυτήν και για την γενικότερη αποκατάσταση τους.

ii. Ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση του επιστημονικού και πολιτικού κόσμου για τη δημιουργία ενδιάμεσων δομών, για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και προγραμμάτων αποκατάστασης και επανένταξης ψυχικά ασθενών.

iii. Ευαισθητοποίηση –ενημέρωση όλου του προσωπικού, που εργάζεται σε υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης ψυχικά ασθενών.

iv. Θεραπευτική εργασία με άτομα, τις οικογένειες τους και με διάφορες κοινοτικές ομάδες . Ο κοινωνικός λειτουργός για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας αυτής χρειάζεται ειδικά εκπαίδευση για την αποκατάσταση και κοινωνικοποίηση των ψυχικά ασθενών.

v. Σχεδιασμένη παρέμβαση για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στα ψυχιατρεία και για την έξοδο των ασθενών από αυτά, που η παραμονή τους δεν είναι αναγκαία. (Μανιαδάκης, 2003)

Η εργασία για την αποκατάσταση είναι ένα δύσκολο έργο, στο οποίο συμμετέχει ολόκληρη η θεραπευτική ομάδα, προσφέροντας ο κάθε επιστήμονας τις υπηρεσίες και της γνώσεις του τομέα του. Όλα τα μέλη θα συναντήσουν πολλές δυσχέρειες και εμπόδια στο δύσκολο αυτό έργο που ξεπερνιούνται όταν τα μέλη είναι βαθιά ευαισθητοποιημένα, χωρίς προκαταλήψεις και γνώστες τεχνικών και μεθόδων κοινωνικής αποκατάστασης. (Μαδιανός, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.

5.1.Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Μια βασική έννοια της ψυχαναλυτικής θεωρίας είναι η ψυχαναλυτική διαδικασία, η οποία αφ' ενός μεν αναφέρεται στις φάσεις και στην πορεία της θεραπείας και αφ' ετέρου στη στάση του φροντιστή. Αφορά δε, τόσο τη συνεχή διαπλοκή στην συναισθηματική σχέση με τον άρρωστο, όσο και στην εξελικτική πορεία και αλληλεπίδραση αυτής της σχέσης που θα οδηγήσει στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στην έννοια «διαδικασία» εμπεριέχεται ο βασικός κανόνας της θεραπείας, η τεχνική και το «πλαίσιο» λειτουργίας της καθώς και η εξελικτική της πορεία. (Σακελλαρόπουλος, 1992)

Η έννοια ψυχαναλυτική διαδικασία αναφέρεται επίσης στη συνεχή εναρμόνιση θεωρίας και πράξης, στην δυνατότητα θεωρητικοποίηση όχι μονάχα του κλινικού υλικού αλλά και της σχέσης του αναλυτή με τον άρρωστο. (Σακελλαρόπουλος, 1992)

Η ψυχαναλυτική διαδικασία συνήθως λειτουργεί μέσα σε αρκετά αυστηρά πλαίσια μιας συγκεκριμένης τεχνικής. Το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα είναι η κλασσική ψυχανάλυση των ψυχωσικών ατόμων. Στον αντίποδα αυτής της τεχνικής βρίσκονται οι ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί που εφαρμόζονται σ' έναν Ψυχωτικό άρρωστο. (Σακελλαρόπουλος, 1992)

Αυτή η τελευταία θεραπευτική σχέση είναι πιο δύσκολη για τον φροντιστή, διότι αν και λειτουργεί συνεχώς μένα *ψυχαναλυτικό πρίσμα*, ο φροντιστής είναι υποχρεωμένος να προσαρμόζει διαρκώς την διαδικασία στον συγκεκριμένο άρρωστο του και στην συγκεκριμένη φάση της ψύχωσης του, πολύ περισσότερο απ' ό τι θα το έκανε στην θεραπεία μιας νεύρωσης. Σ' αυτά τα προβλήματα διαδικασίας και τεχνικής οφείλεται η μεγάλη καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ψυχανάλυσης των ψυχωσικών. (Σακελλαρόπουλος, 1992)

Ευρύτατα διαδεδομένη επίσης είναι και η άποψη του Freud, ότι η ψυχανάλυση δεν εφαρμόζεται στις ψυχώσεις. Ο Freud βασίζεται σ' έναν συλλογισμό του αρκετά απόλυτο, για να τεκμηριώσει αυτή του την άποψη και αναφέρει ότι δεν υπάρχει ψυχαναλυτική θεραπεία χωρίς συναισθηματική μεταβίβαση, γεγονός το οποίο είναι αληθές εφόσον πράγματι στις ψυχώσεις δεν εγκαθίσταται η συνήθης συναισθηματική μεταβίβαση. (Σακελλαρόπουλος, 1992)

Ο Freud στο τελευταίο έργο του αναφέρει «διαπιστώνω ότι θα πρέπει να παραιτηθούμε από την ιδέα να εφαρμόσουμε στους ψυχωτικούς την θεραπευτική μας μέθοδο». Παίρνοντας λοιπόν την παραπάνω θέση υποστήριξε ότι η μεταβίβαση σαν αναγκαίος μοχλός για την θεραπεία, δεν μπορούσε να λειτουργήσει μ' εκείνον τον τρόπο που είχε μάθει να την χρησιμοποιεί στις θεραπείες των νευρώσεων. (Σακελλαρόπουλος, 1992)

Αυτή η διαδικασία της θεραπευτικής σχέσης που πρέπει ο φροντιστής να την εγκαταστήσει και να την αντέξει, έχοντας απέναντι του έναν ανήσυχο, παλινδρομημένο, αν όχι διεγερτικό άρρωστο, μένει πάντα ένα σοβαρό πρόβλημα. (Σακελλαρόπουλος, 1992)

Με το πέρασμα του χρόνου έγινε γνωστό ότι προσφέρονταν στον άρρωστο η αίσθηση της αφοσίωσης και της σταθερότητας και με την

ταυτόχρονη λειτουργία της κατάλληλης τεχνικής τροποποιείται τουλάχιστον η επιθετική, η καχύποπτη, η παραληρηματικά διωκτική στάση του ψυχωτικού, απέναντι στον φροντιστή. Το συναίσθημα το πλέον επικίνδυνο και το πλέον γενικό στην αντιμεταβιβαστική σχέση με τον Ψυχωτικό, είναι ο φόβος ή ακριβέστερα η αγωνία. Είναι ένα γεγονός που αναγνωρίζεται και επισημαίνεται από τους αναλυτές ψυχωτικών αρρώστων, τους εμπειρότερους. Στην αγωνία αυτή και σε μια κάποια ίσως αμηχανία, αποδίδεται από πολλούς η στάση του Freud απέναντι στην ψυχοθεραπεία των ψυχώσεων. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Σήμερα όμως με την διερεύνηση των θεραπευτικών σχημάτων έχει φανεί ότι η αρνητική αναμεταβίβαση δεν οφείλεται μόνο στο φόβο. Οφείλεται εξίσου και στην δυσκολία, εξαιτίας του αποπνικτικού συναισθήματος που γεννιέται στον φροντιστή, από ενός σημείο κι ύστερα εάν και εφόσον η θεραπεία προχωρά ικανοποιητικά, της ανάγκης του αρρώστου να εγκαταστήσει και να βρει μαζί του μια στενή συμβιωτική σχέση, την πρωτογενή δηλαδή εκείνη σχέση με το αρχικό του αντικείμενο. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Έτσι συμπεραίνουμε ότι η ψυχαναλυτική θεραπεία αφενός και η ψύχωση αφετέρου είναι δυο ασυμβίβαστες έννοιες σύμφωνα με τον Freud. Με τα σημερινά δεδομένα όμως θα λέγαμε ότι η συμπεριφορά του ψυχωτικού δημιουργεί στον φροντιστή πρόβλημα ελέγχου της αντιμεταβίβασης και λιγότερο της ύπαρξης ή μη συναισθηματικής μεταβίβασης από μέρους του ψυχωτικού ασθενούς. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

5.2. Ατομικές ψυχοθεραπείες

i. Εναισθητική Ψυχοθεραπεία (ΕΨ) (Stewart, 1975)

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η λύση των συγκρούσεων και ο περιορισμός των παθολογικών μηχανισμών άμυνας. Η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου περιλαμβάνει λιγότερη έμφαση στους ελεύθερους συνειρμούς και μεγαλύτερη στη συζήτηση με έμφαση στην ερμηνεία της μεταβίβασης στις σχέσεις με άλλα πρόσωπα. Αποφεύγεται η νεύρωση της μεταβίβασης και ενισχύεται η θεραπευτική συμμαχία. Η παλινδρόμηση δεν ενισχύεται, εκτός αν επιτρέπει την ανάκληση υλικού από το ασυνείδητο. Είναι δυνατή η χρήση ψυχοφαρμάκων και ο χρόνος των συνεδριών ποικίλλει από μία έως τρεις φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα που κυμαίνεται από ένα μήνα έως μερικά χρόνια. Τα κριτήρια επιλογής για την εναισθητική ψυχοθεραπεία είναι η σχετικά ώριμη προσωπικότητα, η ικανότητα για θεραπευτική συμμαχία και η ανοχή σε ματαιώσεις, καθώς και ένα ισχυρό κίνητρο για θεραπεία.

ii. Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία (ΥΨ) (Luborsky, 1984)

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία διαφέρει σε έναν αριθμό θεραπευτικών σημείων από την εναισθητική. Οι θεραπευτικοί στόχοι περιλαμβάνουν και την έννοια της αναδιοργάνωσης της ισορροπίας, της μείωσης του άγχους και της βοήθειας στην ανοχή καταστάσεων που δεν μπορούν να αλλάξουν. Ο θεραπευόμενος διαβεβαιώνεται για τους εξωπραγματικούς του φόβους.

Ο θεραπευτής παρεμβαίνει ενεργητικά, ελέγχει τη συζήτηση ή συμβουλεύει με καθαρικά αποτελέσματα. Η ερμηνεία των μεταβιβάσεων δεν είναι πάντα αναγκαία. Η επικέντρωση ανάγεται στα εξωτερικά γεγονότα.

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία δέχεται την προσφορά άλλων θεραπευτικών μεθόδων, όπως τα ψυχοφάρμακα, η εργο-θεραπεία, η οικογενειακή συμβουλευτική. Υπάρχει συνήθως συμμετοχή και άλλων θεραπευτικών φορέων. Ο χρόνος που απαιτείται κυμαίνεται από μία συνεδρία την εβδομάδα, το δεκαπενθήμερο ή το μήνα, διάρκειας από λίγα λεπτά ή και μία ώρα. Τα άτομα που μπορεί να θεωρηθούν κατάλληλα για την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία εμφανίζουν μια ώριμη έως χαοτική δομή προσωπικότητας. Το μόνο που απαιτείται είναι η δυνατότητα σύναψης θεραπευτικής συμμαχίας. Ύστερα από κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν και άλλα επαγγέλματα της ψυχικής υγείας να ασκήσουν αυτού του τύπου την ψυχοθεραπεία.

iii. Βραχεία Ψυχοθεραπεία (Flegenheimer, 1982)

Η βραχεία ψυχοθεραπεία είναι προσανατολισμένη σε συγκεκριμένο στόχο, διαρκεί δύο έως δώδεκα μήνες ή περιλαμβάνει είκοσι έως σαράντα συνεδρίες. Οι βασικές της αρχές, όπως αυτές έχουν αναπτυχθεί από τον Sifneos, περιλαμβάνουν την πρακτική αντιμετώπιση μεγαλύτερου εύρους ατόμων στην κοινότητα, την επικέντρωση στο Εγώ με έμφαση στην πρόληψη και την άμεση παρέμβαση, και τον περιορισμό των στόχων στους αναγκαίους.

Το κατάλληλο άτομο για βραχεία ψυχοθεραπεία πρέπει να αναφέρει ένα πρωταρχικό ενόχλημα, να μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματα του, να συναλλάσσεται με το θεραπευτή, να έχει κίνητρο για να θεραπευτεί, να αλλάξει, και την ικανότητα να αναγνωρίζει τα συμπτώματα του.

Η τεχνική της πρόσωπο με πρόσωπο συνεδρίας περιλαμβάνει:

- i. Την αρχική αξιολόγηση του υλικού που παρουσιάζει ο θεραπευόμενος.
- ii. Την εστίαση στις συναισθηματικές συγκρούσεις που υποκρύπτονται από το σύμπτωμα ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (εξάρτηση, σαδομαζοχισμός, παθητικότητα).
- iii. Το υλικό αποτελεί τη βάση για τη διαμόρφωση των στόχων, την ανάδυση των προσαρμοστικών ικανοτήτων, ώστε να δοθεί μια κατεύθυνση προς την επίλυση του προβλήματος.
- iv. Τη συνεχή πρόκληση άγχους από το θεραπευτή (με τη μορφή επίμονων ερωτήσεων), που έχει βασικό στόχο την κινητοποίηση των συναισθημάτων του ατόμου, ώστε αυτό να τα εκφράζει.
- v. Τη μάθηση του ελέγχου των συγκρούσεων. Σιγά σιγά ο θεραπευόμενος μαθαίνει να ελέγχει τις συγκρούσεις -με αποτέλεσμα την αύξηση της αυτοπεποίθησης- και έτσι να αποκτά αυτοδυναμία.
- vi. Την αύξηση της ταύτισης με το θεραπευτή. (Flegenheimer, 1982)

Η θεραπευτική παρέμβαση τελειώνει με τη δυνατότητα του θεραπευόμενου να ελέγξει το αρχικό πρόβλημα του. Η τεχνική της βραχείας ψυχοθεραπείας είναι αναμφισβήτητα θεραπεία εκλογής στην Κοινωνική Ψυχιατρική, αφού είναι comprehensive και αποδοτική, όπως αυτό έχει αποδειχτεί από ερευνητικά προγράμματα για την αξιολόγηση της. (Flegenheimer, 1982)

- iv. Προσωποκεντρική Ψυχοθεραπεία (Rogers, 1951)

Η ψυχοθεραπεία αυτή έχει ως επίκεντρο τον (θεραπευόμενο) πελάτη, με την έννοια ότι ο θεραπευτής δεν είναι ουδέτερος αλλά θετικά τοποθετημένος απέναντι του, ότι είναι παρών και συμμετέχει άμεσα (εδώ και τώρα) στις εμπειρίες του μέσα από μια θετική σχέση με τον θεραπευόμενο, ότι εστιάζει στο φαινομενικό κόσμο του πελάτη, ενώ επιθυμητή αλλαγή θεωρείται η αλλαγή και η συνέπεια στον τρόπο που βιώνει εδώ και τώρα την πραγματικότητα, χωρίς αμυντικούς μηχανισμούς - ενώ το στρες μπορεί να θεωρηθεί ως το κίνητρο για τη θεραπεία- και, τέλος, ότι δε διαφέρει αν είναι «νευρωσικός ή ψυχωσικός» ο ασθενής. Ο θεραπευτής, σύμφωνα με τον Rogers, πρέπει να είναι συνεπής, αυθεντικός, ευαίσθητος, αλλά και ακριβής, θετικά τοποθετημένος απέναντι στον πελάτη.

Η ψυχοθεραπεία αυτού του τύπου έχει ευρεία εφαρμογή σε ποικίλου τύπου κοινοτικούς φορείς, όπου εργάζονται σχολικοί ή εργασιακοί σύμβουλοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινοτικοί εργάτες.

Η ιδεολογία του Rogers διαμόρφωσε τη δημιουργία των ομάδων T ή αντιπαράθεσης (encounter) στη δεκαετία του '60, που δεν περιλαμβάνουν ως μέλη τους ψυχικά άρρωστα άτομα.

v. Θεραπείες συμπεριφοράς (Lazarus, 1976)

Στην ομάδα θεραπειών αυτού του τύπου ανήκουν η συστηματική απευαισθητοποίηση από συγκεκριμένο φοβογόνο ερέθισμα, η κατακλυσμική (Hooding), η αρνητική πρακτική, η μίμηση προτύπου (modeling) και η συντελεστική μάθηση.

Από αυτές τις πέντε θεραπείες οι τέσσερις εφαρμόζονται στην κοινότητα, ενώ η συντελεστική μάθηση με τη θετική ενίσχυση με μορφή

κουπονιών (token economy) εφαρμόζεται σε άτομα που ζουν σε κλειστά ιδρύματα και εμφανίζουν μειωμένη λειτουργικότητα.

Οι θεραπείες συμπεριφοράς στοχεύουν στην εξάλειψη του προβλήματος-συμπτώματος, όπως είναι ο φόβος απέναντι σε ένα αντικείμενο συγκεκριμένο, π.χ., έντομο, ερπετό, ύψος, κλειστός ή ανοιχτός χώρος, ή μια ιδεοληπτική ψυχαναγκαστική κατάσταση. Οι θεραπείες συμπεριφοράς είναι σε σύντομο χρόνο αποτελεσματικές, στοιχίζουν λιγότερο από άλλου είδους θεραπείες, συνδυάζονται με ψυχοφάρμακα, ενώ οι θεραπευτές δεν είναι απαραίτητο να είναι ψυχίατροι.

vi. Ομαδική Ψυχοθεραπεία (οψ) (Foulkes, 1948 Slavson, 1970)

Μαζί με την οικογενειακή θεραπεία αποτελεί την ταχύτερα αναπτυσσόμενη μορφή θεραπείας στο δυτικό κόσμο. Η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί εκείνο τον τύπο ψυχοθεραπείας όπου, ύστερα από επιλογή, άτομα με σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα διαμορφώνουν μια ομάδα καθοδηγούμενη από ένα θεραπευτή με σκοπό την αλληλοβοήθεια μέσα από ποικίλους χειρισμούς, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή αλλαγή στο άτομο.

Η προέλευση της ομαδικής ψυχοθεραπείας ανήκει στον Joseph Pratt, παθολόγο, που συγκέντρωνε φυματικούς αρρώστους νοσηλευόμενους σε σανατόριο της Νέας Υόρκης, με θεραπευτικό στόχο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αλληλοβοήθειας. Στη θεραπευτική προσέγγιση του Pratt βασίστηκε η ομαδικότητα των Ανώνυμων Αλκοολικών. Το 1910 ο Moreno, στη Βιέννη, θηράπευε ομαδικά με την τεχνική που αργότερα αναπτύχθηκε ως ψυχόδραμα και ο Slavson, στη δεκαετία του '30, σχημάτισε ομάδες με δυναμικό προσανατολισμό και με στόχο την ομαδική θεραπευτική δραστηριότητα (ο ρόλος του θεραπευτή ως υποκατάστατου του

πατέρα). Με βάση την ίδια προσέγγιση και την ίδια εποχή ο Schilder, ο Wender και ο Burrow εφάρμοσαν την ομαδική ψυχοθεραπεία ως μέθοδο επαναμορφοποίησης της οικογένειας μέσα από τα μέλη και το θεραπευτή της ομάδας.

Στην Ευρώπη, και ειδικότερα στη Μεγάλη Βρετανία, οι Bion, Foulkes και Eziel, ψυχοδυναμικοί, και επηρεασμένοι από τη θεωρία του πεδίου (field) του Lewin (η ομάδα ως μια ενότητα με δικά της μοναδικά ποιοτικά χαρακτηριστικά που είναι διαφορετικά από κείνα των ατόμων που την απαρτίζουν), δημιούργησαν γόνιμο έδαφος για μια εκτεταμένη εφαρμογή της ομαδικής θεραπείας. Η κεντρική τους θέση είναι ότι το άτομο δεν μπορεί να αλλάξει χωρίς να επηρεαστεί το περιβάλλον που επιδρά έτσι κι αλλιώς στην αρρώστια του. Η ομάδα έτσι καθίσταται το πεδίο όπου μπορεί να ελεγχθούν οι ψυχοπαθολογικές διαδικασίες μέσα από τις αλληλεπιδράσεις των μελών. Τα στάδια της ανάπτυξης μιας ομάδας είναι τρία: 1) το στάδιο της αποδοχής των μελών που προσπαθούν να γίνουν αρεστά στο θεραπευτή, 2) το στάδιο της απόκτησης αυτονομίας από το θεραπευτή, και 3) το στάδιο όπου τα μέλη δίνουν και δέχονται βοήθεια. Έχουν περιγραφεί περισσότερες από διακόσιες ομαδικές διαδικασίες των οποίων έχουν προσδιοριστεί οι παράγοντες:

- iv. Διανοητικοί (γενίκευση, ταύτιση, διανοητικοποίηση, μίμηση),
- v. Συναισθηματικοί (αποδοχή, αλτρουισμός, μεταβίβαση),
- vi. Παράγοντες δράσης (έλεγχος πραγματικότητας, αλληλεπίδρασης και κάθαρση).

5.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ- ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θεωρείται εξαιρετικά σημαντικός, μιας και η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο και τη βασική, και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας γι' αυτόν.

Σε μελέτες των δεκαετιών του 1970 και 1980, διατυπώθηκε η άποψη ότι η οικογένεια επωμίζεται κυρίως το φορτίο της παροχής φροντίδας και υποστήριξης των ψυχικά ασθενών και ότι ο ρόλος παραγόντων της οικογενειακής ζωής και του οικογενειακού περιβάλλοντος φάνηκε να είναι σημαντικός στην πορεία της ψυχικής νόσου. Η αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα έχει ενοχοποιηθεί για την αυξημένη συχνότητα υποτροπών και επανεισαγωγής σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά και γενικότερα έχει συνδεθεί με την επιδείνωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και της λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχικά ασθενών. Έτσι, η οικογένεια και η ατμόσφαιρα μέσα σε αυτή, παίζουν σημαντικό ρόλο στην γενικότερα ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου. (Κονταξάκης, 2000)

Έχουν μελετηθεί πολλοί παράγοντες της οικογενειακής ζωής, που φαίνεται να διαδραματίζουν ρόλο στην εξέλιξη της χρόνιας ψυχικής διαταραχής. Από αυτούς οι κυριότεροι είναι:

i. Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας. Αντικατοπτρίζει την πραγματική συμπεριφορά των μελών της οικογένειας και ειδικά των γονέων προς τον άρρωστο. Έτσι φαίνεται ότι το αρνητικό συναισθηματικό κλίμα χαρακτηρίζεται από επικριτική διάθεση, τάση για ενοχοποίηση και παρεμβατικότητα.

ii. Η οικογενειακή επιβάρυνση ή βάρος ή φορτίο της οικογένειας. Αντιμετωπίζει τις δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μια οικογένεια και που οφείλονται στην ψυχική αρρώστια ή

προκύπτουν από τη συμβίωση με τον ψυχικά άρρωστο και από την φροντίδα του. (Κονταξιάκης, 2000)

Οι κύριες κατηγορίες οικογενειακής επιβάρυνσης είναι:

- i. Επίδραση στην οικογενειακή κατάσταση της οικογένειας.
- ii. Επιβάρυνση στις καθημερινές δραστηριότητες της οικογένειας.
- iii. Επίδραση στον ελεύθερο χρόνο της οικογένειας.
- iv. Επίδραση στην υγεία και την συμπεριφορά των μελών της οικογένειας (Κονταξιάκης, 2000)

Η επιβάρυνση εκφράζεται ως η αντίδραση των μελών της οικογένειας στη διαταραγμένη συμπεριφορά του αρρώστου. Η αντίδραση αυτή μπορεί να πάρει πολλές μορφές, όπως τη μορφή του άγχους, της έντασης, της ενοχής, της κατάθλιψης ή της επικριτικής διάθεσης και της επιθετικής συμπεριφοράς. Η ανακούφιση της οικογένειας από το βάρος της φροντίδας αλλά και από το συναισθηματικό βάρος βοηθάει στη διαφοροποίηση της αντίδραση των μελών της οικογένειας προς τον άρρωστο και στη βελτίωση της στάσης τους και της συμπεριφοράς τους. (Οικονόμου, 2000)

Το εκφραζόμενο συναίσθημα, αντικατοπτρίζει την συναισθηματική έκφραση των μελών της οικογένειας, απέναντι στον άρρωστο και γενικότερα την συναισθηματική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα. (Οικονόμου, 2000)

Το εκφραζόμενο συναίσθημα έχει πέντε διαστάσεις- παραμέτρους:

- i. Την επικριτική στάση έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τα κριτικά σχόλια συγγενών προς τον άρρωστο.
- ii. Την συναισθηματική υπερεμπλοκή ή υπερπροστασία.
- iii. Την εχθρότητα ή επιθετικότητα.
- iv. Την εγκαρδιότητα ή ζεστασιά.
- v. Τη θετική στάση που εκφράζεται από τα θετικά σχόλια του συγγενή για τον άρρωστο.(Οικονόμου, 2000)

Το εκφραζόμενο συναίσθημα χαρακτηρίζεται ως υψηλό όταν κατά την συνέντευξη παρατηρούνται επτά ή περισσότερα κριτική σχόλια, σημαντική συναισθηματική υπερεμπλοκή και παρουσία επιθετικότητας. Η παρουσία αυτών των στοιχείων και η παρουσία θετικών σχολίων και ζεστασιάς προς τον άρρωστο χαρακτηρίζουν το χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα. Η ύπαρξη έστω και ενός συγγενούς με υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα θεωρείται ότι έχει αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της ασθένειας. (Οικονόμου, 2000)

Σε πλήθος ερευνών βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη συχνότητα υποτροπών σε ασθενείς που ζούσαν σε οικογένειες με υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα, σε σύγκριση με ασθενείς που ζούσαν σε οικογένειες με χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα. Το εκφραζόμενο συναίσθημα θεωρείται ένας εξαιρετικά αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης της υποτροπής. Έτσι, κάθε παράγοντας και παρέμβαση που θα μπορούσε να μειώσει το εκφραζόμενο συναίσθημα, θα μπορούσε να μειώσει και την πιθανότητα υποτροπής.(Μαδιανός, 1999)

Παράλληλα στις οικογένειες που ένα μέλος τους πάσχει από μια σοβαρή ψυχική νόσο έχουν παρατηρηθεί προβλήματα, όπως παρουσία

έντασης, διαταραγμένη επικοινωνία, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, έλλειψη κατανόησης της φύσης της ασθένειας και των συνεπειών της στη ζωή και την λειτουργικότητα του αρρώστου, τάση για αίσθημα στίγματος και περιορισμό των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο. (Μαδιανός, 1999)

Η διαπίστωση της σημασίας του συναισθηματικού κλίματος μέσα στην οικογένεια, του εκφραζόμενου συναισθήματος και της οικογενειακής επιβάρυνσης, οδήγησαν στο συμπέρασμα, ότι για τους ασθενείς που ζουν με την οικογένειά τους, η εμπλοκή και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία θα παίζει ρόλο στη θεραπεία και στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. (Μαδιανός, 1999)

Αναπτύχθηκαν διάφορες παρεμβάσεις, με στόχο να καλύψουν τις ανάγκες των οικογενειών και να συμβάλλουν στην καλύτερη πρόγνωση της ψυχικής νόσου και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου. Οι παρεμβάσεις αυτές, που ακολουθούν τις αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης και ονομάζονται ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, είναι:

- i. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, που έχουν σχεδιαστεί κυρίως για να παρέχουν ενημέρωση για την ψυχική νόσο και τις σύγχρονες θεραπείες.
- ii. Παρεμβάσεις εκπαίδευσης ανάπτυξης δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress, βελτίωση της επικοινωνίας και αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων της οικογένειας.
- iii. Υποστηρικτικές παρεμβάσεις, που έχουν σχεδιαστεί κυρίως για να ενδυναμώσουν την συναισθηματική ικανότητα της οικογένειας να αντιμετωπίσει το stress.

iv. Υποστήριξη για την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού που συνοδεύει των ψυχική νόσο. (Οικονόμου, 2000)

Ανάλογα με τη συμμετοχή του αρρώστου ή όχι και τον ομαδικό ή μη χαρακτήρα των προγραμμάτων, υπάρχουν πολλά μοντέλα ψυχοεκπαιδευτικής αποκατάστασης. Όλα τα οικογενειακά ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα, συγκρινόμενα με τη συνήθη ατομική υποστηρικτική παρέμβαση στον άρρωστο, αποδείχτηκαν εξαιρετική σημαντική στη μείωση των υποτροπών και τη βελτίωση της πορείας της νόσου. (Μαδιανός, 1999)

Σε σύγκριση όμως των ψυχοεκπαιδευτικών μοντέλων μεταξύ τους φάνηκε, ότι τα μοντέλα που παρέχουν μόνο ενημέρωση έχουν φτωχά αποτελέσματα, σε σχέση με τα ολοκληρωμένα, μακράς διάρκειας, ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα. Φαίνεται ότι οι οικογένειες χρειάζονται, αφενός μεν χρόνο για να επεξεργαστούν και να αφομοιώσουν την πληροφορία που τους δίνεται, αφετέρου δε και ειδική εκπαίδευση για να αναπτύξουν δεξιότητες κατάλληλες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ψυχική νόσο. (Μαδιανός, 1999)

Οι ολοκληρωμένες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, μέσα από ποικίλους μηχανισμούς, φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της έντασης και του άγχους μέσα στην οικογένεια, στη μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, στην ανακούφιση της οικογένειας από την αίσθηση της επιβάρυνσης από τη φροντίδα του αρρώστου, στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της οικογένειας προς τον άρρωστο και, τέλος, στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας.(Μπαϊρακτάρης, 1994)

Εκτός όμως από τις ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια, έχουν αναπτυχθεί και υποστηρικτικές παρεμβάσεις, που παίρνουν συνήθως τη μορφή των υποστηρικτικών ομάδων συγγενών. Μέσα από τις οποίες οι συγγενείς του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου βοηθούνται να νιώσουν ανακούφιση από το βάρος της αρρώστιας, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τα άγχη τους και να καταπολεμήσουν τα συναισθήματα της απομόνωσης και του στίγματος. Αυτές οι ομάδες υποστήριξης αποτελούν συνήθως τη βάση για τη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας. (Μπαϊρακτάρης, 1994)

Οι ομάδες αυτοβοήθειας συστάθηκαν από οικογένειες για οικογένειες που έχουν ανάγκη βοήθειας, αλλά και από ειδικούς που αναγνωρίζουν την ανάγκη αυτή. Στηρίζονται περισσότερο στη βοήθεια από τα μέλη που έχουν το ίδιο πρόβλημα και λιγότερο στη βοήθεια από τους ειδικούς. Οι ειδικοί πάντως είναι απαραίτητοι, κυρίως στις ψυχοεκπαιδευτικές και υποστηρικτικές ομάδες. (Κονταξάκης, 2000)

Από τις ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας ξεπήδησαν σιγά-σιγά Οργανώσεις και Σύλλογοι Οικογενειών και αναπτύχθηκε έτσι το κίνημα των συγγενών και των οικογενειών, που στις μέρες μας παίζει σημαντικό ρόλο στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της υπεράσπισης των δικαιωμάτων, τόσο των ψυχικά ασθενών όσο και των συγγενών τους. Στην Ελλάδα δημιουργήθηκε ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.), που έχει πανελλαδική εμβέλεια και αποτελεί, στην ουσία, την πρώτη συλλογική έκφραση των οικογενειών των ψυχικά ασθενών στη χώρα μας. (Κονταξάκης, 2000)

5.4. ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Εκτός από τις ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια, έχουν αναπτυχθεί και υποστηρικτικές παρεμβάσεις που παίρνουν συνήθως τη μορφή των υποστηρικτικών ομάδων συγγενών.

Οι υποστηρικτικές ομάδες συγγενών βοηθούν τους συγγενείς να νιώσουν ανακούφιση από το βάρος της αρρώστιας, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τα άγχη και τις αγωνίες τους, να συμφιλωθούν με την αρρώστια και να καταπολεμήσουν τα συναισθήματα απομόνωσης και του στίγματος. (Burbach, Stanberigde, 1998)

Αυτές οι ομάδες υποστήριξης αποτελούν συνήθως τη βάση για τη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας.

Οι ομάδες αυτοβοήθειας συστάθηκαν από οικογένειες που έχουν ανάγκη βοήθειας, αλλά και από ειδικούς που αναγνωρίζουν την ανάγκη αυτή. Στηρίζονται περισσότερο στη βοήθεια από τα μέλη που έχουν το ίδιο πρόβλημα και λιγότερο στη βοήθεια από τους ειδικούς. Οι ειδικοί, πάντως, είναι απαραίτητοι, κυρίως στις ψυχοεκπαιδευτικές και υποστηρικτικές ομάδες. (Burbach, Stanberigde, 1998)

Βέβαια όλες αυτές οι ομαδικές παρεμβάσεις δεν αποτελούν πανάκεια. Είναι όμως ένας σημαντικός κρίκος στην αλυσίδα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, που αναφέρονται στην οικογένεια. Ο εκπαιδευτικός, πάντως, και υποστηρικτικός τους ρόλος έχει ανεκτίμητη θεραπευτική αξία. (Burbach, Stanberigde, 1998)

Από τις ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας ξεπήδησαν σιγά-σιγά οργανώσεις και σύλλογοι οικογενειών και αναπτύχθηκε το κίνημα των συγγενών και των οικογενειών, που στις μέρες μας παίζει σημαντικό ρόλο στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της υπεράσπισης των δικαιωμάτων τόσο των ψυχικά ασθενών όσο και των συγγενών τους. (Burbach, Stanberigde, 1998)

Στα πλαίσια αυτά, δημιουργήθηκε στην Ελλάδα ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ), που έχει πανελλαδική εμβέλεια και αποτελεί, στην ουσία, την πρώτη συλλογική έκφραση των οικογενειών των ψυχικά ασθενών στη χώρα μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.

6.1.ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχιατρική στην χώρα μας έχει περάσει από τη φάση της παραδοσιακής ψυχιατρικής στη μεταβατική. Η φάση αυτή δυστυχώς κρατάει ακόμη, αν και στις άλλες δυτικές χώρες δεν υπερέβη τη δεκαετία. Η κατάσταση αυτή ερμηνεύει την ανεπάρκεια στην ανάπτυξη ικανού αριθμού εναλλακτικών κοινοτικών δομών καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης που να λειτουργούν στα πλαίσια ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υπηρεσιών που να καλύπτει τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

Σημαντικό ρόλο στην τωρινή και μετέπειτα πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης διαδραματίζει η έλλειψη πολιτικής βούλησης για κεντρικό σχεδιασμό στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Παρά τις μεγαλόστομες διακηρύξεις περί παροχής φροντίδας στον «τόπο κατοικίας» το σύστημα εξακολουθεί να λειτουργεί νοσοκομειοκεντρικά χωρίς να αναπτύσσεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής φροντίδας.

Το έτος 1984 η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε την παροχή έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης του Κοινωνικού Τομέα για την Ελλάδα με

στόχο την αποτελεσματική μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης και εξέδωσε για το σκοπό αυτό τον Κανονισμό 815/1984 που αποτέλεσε τον κύριο μοχλό για την πραγματοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Από το 1984 μέχρι σήμερα ο απολογισμός υλοποίησης των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων είναι αρνητικός. Η όλη προσπάθεια αποασυλοποίησης έγινε με τρόπο αποσπασματικό και ασυντόνιστο με ένα τεχνοκρατικό πνεύμα, έξω από τη λογική ενός κεντρικού σχεδιασμού και μιας στρατηγικής μεταρρύθμισης.

Σημαντική για την επιτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η ύπαρξη μιας σχεδιασμένης πολιτικής με συντονισμένες ενέργειες που δεν θα περιορίζεται στην υλοποίηση ξεχωριστών προγραμμάτων μεταξύ τους, αλλά θα στηρίζεται πραγματικά στην κοινή βάση του προστάγματος για ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Χωρίς την ύπαρξη πολιτικής βούλησης για προγραμματισμό και σχεδιασμό δεν μπορεί να διασφαλιστεί η αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παρόλα αυτά, η υλοποίηση προγραμμάτων αποασυλοποίησης (στα πλαίσια των προγραμμάτων «Ψυχαργός») γίνεται αποσπασματικά ασυντόνιστα μεταξύ τους και ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ως διοικητική τεχνοκρατική εφαρμογή κοινοτικών οδηγιών.

Τροχοπέδη στο συντονισμό των διαφόρων υπηρεσιών και στην δημιουργία ενιαίου συστήματος ψυχικής υγείας αποτελεί η εξειδίκευση που χαρακτηρίζει το ψυχιατρικό κύκλωμα αν και είναι ατροφικό και υποανάπτυκτο ως προς το εύρος των «εξειδικευμένων» απαντήσεων θεμελιώνει τη λογική του και την ιδεολογία του επάνω σε αυτές. Η ύπαρξη ξεχωριστών γραμμών παρέμβασης οδηγούν στον κατακερματισμό της απάντησης στις ανάγκες του υποκειμένου σε ποικίλες θεραπείες ή τεχνικές με την αντίστοιχη οργάνωση ξεχωριστών υπηρεσιών και μονάδων

βασισμένων στη μια ή στην άλλη τεχνική. Έχουμε λοιπόν την οργάνωση των νέων δομών στην βάση της λογικής μια υπηρεσία για κάθε πρόβλημα.

Πολλές φορές όμως η επιλογή εξαιρετικά εξειδικευμένων υπηρεσιών είναι δυσανάλογη με τις διαθέσιμες ευκαιρίες για χρήση τους. Όλα αυτά τα εξειδικευμένα μοντέλα, στη βάση μιας διαφοροποιημένης τεχνικής, κάνουν προεπιλογή του αντικειμένου παρέμβασής τους με αποτέλεσμα να αποκλείουν έναν αριθμό εξυπηρετούμενων, θεωρώντας το μη αντιμετωπίσιμο, λόγω κοινωνικής τάξης, είδους, έντασης ψυχοπαθολογίας κ.ά.

Ένα παράδειγμα είναι η απολυτοποίηση του διαχωρισμού ανάμεσα σε πρωτοβάθμια δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα και πρόβλεψη για κάθε βαθμίδα ξεχωριστών υπηρεσιών για τις οποίες αναζητείται η (αδύνατη) διασύνδεση.

Ο πρώτος ο δεύτερος και ο τρίτος βαθμός περίθαλψης και φροντίδας δεν είναι παρά στιγμές μιας ενιαίας διαδικασίας με θεραπευτική και θεσμική συνέχεια. Έτσι τόσο η φροντίδα όσο και η περίθαλψη πρέπει να ασκούνται σε τομεοποιημένη βάση από μια ενιαία ομάδα που να έχει την ικανότητα να οργανώνει διαφοροποιημένες απαντήσεις που θα ανταποκρίνονται στην πολυπλοκότητα και την διαφορετικότητα των προβλημάτων. Προκειμένου να σταματήσει η κλιμάκωση του πόνου σε κατάσταση κρίσης ή να μετριαστεί η εκδήλωσή της, η ομάδα πρέπει να είναι ικανή να υπερβαίνει την δυσκαμψία στην πρόσβαση και στις παραπομπές σε άλλες φάσεις του ψυχιατρικού κυκλώματος.

Είναι γεγονός ότι οι παραπομπές κουράζουν τον ψυχικά πάσχοντα λόγω της συνεχούς εναλλαγής υπηρεσιών και λειτουργιών ψυχικής υγείας οι οποίοι λειτουργούν ως πρόσωπα αναφοράς. Ο εξυπηρετούμενος έχει

αναπτύξει μια θεραπευτική σχέση την οποία καλείται να δημιουργήσει πάλι από την αρχή με άλλους επαγγελματίες κάθε φορά.

Η όλη φιλοσοφία για την πρόληψη δεν φαίνεται να θέτει σε προτεραιότητα το είδος της πρόληψης για το οποίο υπάρχει πλούσια εμπειρία που είναι η πρόληψη από το ψυχιατρικό ίδρυμα η πρόληψη από την εξουσία του να ετικετάρει και να στιγματίζει να απαλλοτριώνει την ταυτότητα να παράγει εξάρτηση και χρονιότητα (Franco Rotelli)

Η τραγική έλλειψη πρόληψης για την ψυχική υγεία υποδηλώνει την γύμνια του ψυχιατρικού συστήματος και κάνει την ανάγκη για δημιουργία ενός πυκνού και ισχυρού δικτύου υπηρεσιών, μέσα από το οποίο να αντιμετωπίζεται σωστά η κρίση, να εμποδίζεται η παγίωση των συμπληρωμάτων και της αρρώστιας, να αποτρέπεται ο αποκλεισμός, η κοινωνική και προσωπική απαξίωση του ψυχικά πάσχοντα η απομόνωση και εν τέλει η «καριέρα» του ψυχασθενή.

Επί πλέον παράδειγμα αποσπασματικής προσέγγισης της πολυπλοκότητας του αντικειμένου της ψυχιατρικής είναι τα σχεδιασμένα στην Ελλάδα «Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση», τα οποία μέσω ταχυτήτων μεθόδων θεραπείας έχουν ως διακηρυγμένο σκοπό ίδρυσής τους την όσο το δυνατόν γρηγορότερη αντιμετώπιση της κρίσης έξω από το ψυχιατρικό κύκλωμα και την μείωση των εισαγωγών σε ψυχιατρείο άσυλο. Οι παρεμβάσεις όμως αυτές είναι βραχυπρόθεσμες και δεν εξασφαλίζουν την συνέχεια στην θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο επιφέρουν την αποσύνδεση μεταξύ της φροντίδας στην κρίση και της μετέπειτα φροντίδας και αποκατάστασης έχοντας έναν καθαρά πυροσβεστικό ρόλο.

Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματική λειτουργία των «Κέντρων Κρίσης» είναι:

- i. Ο βαθμός που εξασφαλίζουν την θεραπευτική συνέχεια στον χρόνο και στο χώρο
- ii. Η σφαιρική αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή
- iii. Την ένταξή τους σε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών που να προσφέρει παροχές και φροντίδα εναλλακτικού κι όχι συμπληρωματικού τύπου στο ψυχιατρείο. (Μαδιανός, 2005)

Στο βαθμό που δεν εξασφαλίζονται οι παραπάνω οι παραπάνω προϋποθέσεις τα «Κέντρα Κρίσης» λόγω ανικανότητας να αντιμετωπίσουν την κακή έκβαση των περιστατικών (όπως έχει δείξει η διεθνής εμπειρία) θα καταφεύγουν αναγκαστικά σε πιο «σκληρούς θεσμούς», στο ψυχιατρείο και αντί για «φίλτρο» θα λειτουργούν συμπληρωματικά σε αυτό, αναπαράγοντας την κεντρικότητα του.

Η ανεπάρκεια του συστήματος ψυχικής υγείας γίνεται ακόμα πιο δραματική στις μέρες μας με την διάγνωση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των μεταναστών ανέργων, προσφύγων κοινωνικών στρωμάτων που είτε γιατί απορρίπτονται από τον παραγωγικό και οργανωμένο κοινωνικό ιστό, είτε γιατί στρεσάρονται επικίνδυνα προσπαθώντας να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της ανταγωνιστικότητας και της εντατικοποίησης ωθούνται στην ανάπτυξη ψυχικής δυσφορίας και ποικίλων διαταραχών. Ως μια επιπλέον απόδειξη της ανεπάρκειας και της αδυναμίας του συστήματος ψυχικής υγείας να ανταποκριθεί στις σημερινές αυξημένες απαιτήσεις αναφέρεται το γεγονός ότι στο λεκανοπέδιο της Αττικής υπάρχει μόνο ένας ξενώνας (χωρητικότητας 15 ατόμων) που δέχεται πρόσφυγες με ψυχιατρικά προβλήματα.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να είναι το σύστημα ψυχικής υγείας ολοκληρωμένο και αποτελεσματικό είναι:

- i. Οι πόροι και οι μέθοδοι των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που απαρτίζουν το σύστημα ψυχικής υγείας πρέπει να χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα (ποιοτικά και ποσοτικά) ώστε να είναι ικανές να δίνουν απαντήσεις στην πολυπλοκότητα των αναγκών που επιφέρει η ψυχική ασθένεια.
- ii. Ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσίας
- iii. Εξασφάλιση θεραπευτικής συνέχειας
- iv. Υπευθυνότητα για συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή η οποία ορίζεται ως τομεοποίηση
- v. Κεντρικότητα του πάσχοντος υποκειμένου
- vi. Διερεύνηση κι όχι συρρίκνωση της κοινωνικής πολιτικής και των κοινωνικών δικαιωμάτων

Ένα δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να είναι κοινοτικό και ολοκληρωμένο έτσι ώστε:

- i. Να μην αποκόβεται η στιγμή της κρίσης από την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση
- ii. Να μην αποκόβεται ο ψυχικά πάσχων από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον με την παροχή θεραπείας φροντίδας και στήριξης από τόπο κατοικίας όπως αναφέρει ο νόμος 2716/99 και
- iii. Να δημιουργηθούν και να λειτουργήσουν όλες εκείνες οι δομές που σκοπό έχουν να στηρίζουν και να προωθήσουν την εργασία μέσω ιδιαίτερα της δημιουργίας κοινωνικών συνεταιρισμών.

Πέρα από τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις για ολοκληρωμένο σύστημα παροχής φροντίδας, βασική προϋπόθεση είναι η πολιτεία να

ασχοληθεί ουσιαστικά με το θέμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης περιβάλλοντος πολιτική βούληση ενιαία πολιτική για την ψυχική υγεία νομοθεσία και το δικό της σχεδιασμό με βάση του πόρους τις ανάγκες του πληθυσμού και τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής πραγματικότητας.

Η στείρα αντιγραφή των μοντέλων αποασυλοποίησης ξένων χώρων που ήδη έχουν αποδειχθεί ανεπιτυχή δεν μπορεί παρά να οδηγήσει σε μια ανάλογη κατάσταση και μια διάλυση του δημόσιου ψυχιατρικού συστήματος.

Συγκεκριμένα στις ΗΠΑ όπου η αποασυλοποίηση ξεκίνησε με ενθουσιώδη κυβερνητική υποστήριξη στις αρχές του 60 και μέσα σε 20 χρόνια δημιουργήθηκαν 600 ΚΨΥ και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα ψυχικής υγείας αυξήθηκε κατά 1200% προέκυψαν άλλα μεγάλα προβλήματα μεταξύ των οποίων ένα κύμα από άστεγους ψυχιατρικούς ασθενείς που περιφέρονται ρακένδυτοι και παραληρούντες στους δρόμους και στα πάρκα των μεγάλων πόλεων εν ονόματι των δικαιωμάτων του ατόμου.

Δυστυχώς η κατάσταση στις ΗΠΑ δεν αποτελεί εξαίρεση αλλά κανόνα. Η συνεχής συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους στα πλαίσια του αυξανόμενου φαινομένου της λεγόμενης Παγκοσμιοποίησης σε Δύση και Ανατολή με τη συνεχή μείωση των διατιθεμένων οικονομικών πόρων για την κοινωνική πρόνοια και προστασία ευπαθών κοινωνικών ομάδων, στις οποίες περιλαμβάνονται και οι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι οδηγεί στη συρρίκνωση ή το κλείσιμο υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την εγκατάλειψή τους, ώστε να αυξάνεται ο αριθμός των αστέγων, ένα φαινόμενο στις μητροπόλεις της Δύσης όπου φιλότιμο δήμαρχοι αγωνίζονται για να διατηρούν τις πόλεις καθαρές.

Στην Ελλάδα χωρίς ίχνος προγραμματισμού και χάραξης ενιαίας πολιτικής σχετικά με την ψυχική υγεία με την κατά γράμμα αντιγραφή των ξενόφερτων αποτυχημένων μοντέλων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και με βάση τις λογικές των νέων δημοσιονομικών πολιτικών και της λογικής της απορροφησιμότητας κοινοτικών κονδυλίων υπάρχει ο κίνδυνος κατάληξης σε μια απονοσοκομειοποίηση ανάλογη με αυτήν που επιχειρήθηκε από τον Ρήγκαν στην δεκαετία του 70 στις ΗΠΑ κάπου οι ασθενείς εξακολουθούν να ψευδοσυντηρούνται προνοιακά χωρίς δουλειά χωρίς κοινωνικά και ανθρώπινα δικαιώματα χωρίς προοπτικές ζωής.

6.2. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΝΟΜΩΝ

Με αφορμή τις δημοσιεύσεις στον ξένο τύπο για την κατάσταση ντροπής στο ψυχιατρείο της Λέρου άρχισαν να δρομολογούνται διάφορες αλλαγές τις οποίες επέβαλε η Ευρωπαϊκή Ένωση αρχικά με τον κανονισμό 815/1984

Αυτά τα χρόνια ψηφίστηκαν διάφορα νομοσχέδια για την ψυχική υγεία. Τότε με την ονομασία ψυχιατρική μεταρρύθμιση κι άλλοτε σαν εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Δυστυχώς όμως λόγω της δύναμης της συνήθειας παρέμειναν στα συρτάρια των γραφείων των εκάστοτε υπουργών Υγείας. Έτσι οι πολιτικές για την ψυχική υγεία μπήκαν στο χρονοντούλαπο της ιστορίας.

Ο νόμος με αριθμό 1648/86, ο οποίος έχει δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης την 2/10/86. Τεύχος 1 Αριθμ. Φύλλου 147 αναφέρεται στην παροχή εργασίας στα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Σύμφωνα με τον προαναφερόμενο νόμο Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. έχουν την υποχρέωση να προσλαμβάνουν 5% άτομα με ειδικές ανάγκες και ψυχασθενείς. Ο νόμος ορίζει ότι οι επιχειρήσεις ελληνικής ή ξένης ωφέλειας

με προσωπικό πάνω από 50 άτομα υποχρεούνται να προσλαμβάνουν κατά 3% άτομα με ειδικές ανάγκες.

Μπορεί το δικαίωμα των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των ψυχασθενών για εργασία να είναι θεσμοθετημένο και νομικά κατοχυρωμένο αλλά αυτό δεν συνεπάγεται και την εφαρμογή του στην πράξη.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τους νόμους δεν τους εφαρμόζει ούτε καν ο δημόσιος τομέας. Για την αντιμετώπιση της μη εφαρμογής τους υπάρχει φυσικά πάντα η δυνατότητα προσφυγής στα δικαστήρια. Πόσο ρεαλιστικό είναι όμως να περιμένουμε την διεκδίκηση των νομικών δικαιωμάτων από άτομα που είναι ψυχικά πάσχοντες και δεν έχουν τις αντίστοιχες κοινωνικές και οικονομικές προϋποθέσεις. Η απάντηση που δίνεται στο ερώτημα είναι ότι μόνο 2 περιπτώσεις τόλμησαν να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους στο Συμβούλιο Επικρατείας.

Οι Ψυχασθενείς βρίσκονται αποκλεισμένοι από την αγορά εργασίας είτε γιατί αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες απαιτήσεις της και στην ανταγωνιστικότητα που την χαρακτηρίζει είτε γιατί είναι θύματα προκαταλήψεων που απορρέουν από τους ποικίλους διαδεδομένους μύθους που περικλείουν την ψυχική ασθένεια.

Οι εκάστοτε κυβερνήσεις εκτός από την ψήφιση νομοσχεδίων που παραμένουν στα ντουλάπια, δεν χαρακτηρίζονται από ίχνοσ πολιτικής βούλησης και πίεσης για την πρακτική τους εφαρμογή. Όλα αυτά δείχνουν μια διγλωσσία στην ασκούμενη πολιτική. Από τη μια η ψήφιση νομοσχεδίων «τα μεγάλα σχέδια βάθους δεκαετίας» τα σχέδια δραστηκής συρρίκνωσης ή και κατάργησης των ψυχιατρείων. Από την άλλη οι καθημερινές πολιτικές πιέσεις για μια συγκυριακή αντιμετώπιση των προβλημάτων. Έτσι τα κοινωνικά δικαιώματα των ασθενών μένουν σε πρωτόγονο επίπεδο, όχι μόνο χωρίς προοπτικές εργασίας ή κάποιας

δημιουργικής απασχόλησης αλλά και χωρίς εξασφαλισμένο αξιοπρεπές εισόδημα.

Η επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών υλοποιείται στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης των προγραμμάτων ως ασυντόνιστων μεταξύ τους ενεργειών που χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια και έλλειψη ενιαίου πολιτικού σχεδιασμού.

Η πολιτική που ασκείται όχι μόνο δεν είναι ικανή να άρει τον επαγγελματικό αποκλεισμό αλλά ενισχύει το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας»

Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι σημαντικός αριθμός ατόμων επανεισάγεται στο ψυχιατρείο όχι λόγω ψυχοπαθολογίας, αλλά εξαιτίας της επαγγελματικής και κοινωνικής ανεπάρκειας.

Ενώ ο προαναφερθείς νόμος (1648/86) έχει ψηφιστεί εδώ και δεκαοχτώ χρόνια και δεν έχει γνωρίσει ακόμα εφαρμογή και νόμοι που εκτός του γεγονότος ότι είναι αμφίβολο αν εφαρμόζονται ή όχι επιπρόσθετα παρουσιάζουν κενά όσον αφορά τη διατύπωσή τους και καθίστανται προβληματικοί εξαρχής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το άρθρο 2 του νόμου 2716/1999 όπου αναφέρεται η σημασία της ενημέρωσης. Πουθενά όμως στο πλαίσιο της προϋπόθεσης για την ενημέρωση δεν αναφέρεται ρητά ότι αυτή πρέπει να πραγματοποιείται πριν τις διαδικασίες εγκατάστασης.

Το γεγονός ότι δεν προσδιορίζεται χρονικά το πότε πρέπει να γίνει η ενημέρωση αφήσει ένα σημαντικό κενό στο νόμο αυτό. Σύμφωνα με τον νόμο δεν δύναται να έχει νομική συνέπεια καθώς δεν αναγράφεται σε κανένα άρθρο και καμία διάταξη αν η ενημέρωση πρέπει να γίνει πριν την έναρξη της ενδιάμεσης δομής το πρώτο χρόνο λειτουργίας ή μετά από δέκα χρόνια.

Από την άλλη αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι όταν δημοσιεύτηκε ο Ν 2716 του 1999 οι ειδικοί που είχαν διαπιστώσει όλα τα προηγούμενα χρόνια την λάθος πορεία αισιοδοξούν.

Ιδιαίτερα σημαντική σ' αυτήν την αλλαγή του συναισθήματος ήταν η 2^η παράγραφος του άρθρου 1 που αναφέρεται στην κοινοτική φροντίδα στην προτεραιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπλέον στα επιμέρους άρθρα του νόμου είναι εμφανής η προσπάθεια για εναρμόνιση της λειτουργίας των διαφόρων ομάδων και παράλληλη ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης με την Αποσυλοποίηση.

Το άρθρο 3 του ίδιου νόμου αποτελεί μια εμπειριστατωμένη μελέτη σχετικά με την ίδρυση και την λειτουργία της Τομεοποίησης συμπεριλαμβανομένου των αρμοδιοτήτων των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας και του ρόλου των υπεύθυνων προσώπων και των φορέων.

Αν και η Τομεοποίηση είχε προγραμματιστεί με ανάλογες λεπτομέρειες και από τον Κανονισμό 815/84 ακόμα και σήμερα υπάρχουν περιοχές όπου δεν έχουν ιδρυθεί Τομεακές Επιτροπές και άλλες όπου έχει αρχίσει η λειτουργία τους μόνο στα χαρτιά είτε γιατί δεν έχουν λειτουργήσει είτε γιατί δεν έχουν παράγει έργο. Χαρακτηριστική είναι η φράση της παραγράφου 4 του άρθρου 3 του Ν2716/1999 «Με κοινή απόφαση η οποία εκδίδεται εντός 9 μηνών από την δημοσίευση του παρόντος». Βέβαια είναι απορίας άξιο γιατί δεν υλοποιήθηκε η Τομεοποίηση και παρουσιάζει τόσο μεγάλη καθυστέρηση δεδομένου ότι δεν υπήρχε ουσιαστικό κόστος από την λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Το άρθρο 2 του Ν. 2716/99 αναφέρεται στα κοινωνικά δικαιώματα όταν οι ψυχικά ασθενείς μεταφέρονται στα ψυχιατρεία με κλούβες της αστυνομίας. Πως μπορούμε να μιλάμε για προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ελλάδα όταν ο ακούσιος εγκλεισμός κινείται μεταξύ του

40%-50% των εισαγωγών σε ορισμένους νόμους ο ακούσιος εγκλεισμός σε κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς φορείς.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οδηγούνται στο αυτόφωρο οι ψυχίατροι αν τολμήσουν να μην εφαρμόσουν κάποια εισαγγελική παραγγελία αναγκαστικής νοσηλείας.

6.3.ΟΙ ΒΑΘΜΙΔΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων στην οποία εμπλέκονται φορείς υγείας, ψυχικής υγείας και διάφορες επαγγελματικές ομάδες. Καλύπτει όλη την πορεία ζωής του ανθρώπου από την προγεννητική μέχρι και την γεροντική ηλικία και αφορά άτομα και οικογένειες υψηλού κινδύνου νόησης ή άτομα που βρίσκονται σε κρίση λόγω καταστάσεων πένθους, διαζυγίου, οικονομικών δυσχερειών και άλλα.(Μαδιανός, 1998)

Κατά την προγεννητική περίοδο της ζωής, η πρωτογενής πρόληψη στρέφει την προσοχή της σε άγαμες ανήλικες μητέρες, αλλά και σε εγκύους, υψηλού κινδύνου ψυχικές διαταραχές και άλλα προσφέροντας τη βοήθεια που χρειάζονται. Αυτή έχει να κάνει με την επισήμανση προβλημάτων, με μια πιο ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα, με έλεγχο του περιβάλλοντος και της διατροφής. Σε μητέρες πολύτεκνες και σε ανήλικους γονείς γίνεται οικογενειακός προγραμματισμός, συμβουλευτική κ.τ.λ. (Μαδιανός 1998)

Η πρόληψη αυτή έχει ως στόχο την βελτίωση των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών της ζωής του ανθρώπου. Βασικός όμως στόχος των

προληπτικών της προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας, ο οποίος εκπαιδεύεται σε θέματα ψυχικής υγείας στοχεύοντας στην προαγωγή της. Η πρωτογενής ψυχιατρική εργασία απαιτεί τον συντονισμό και την συνεργασία πολλών υπηρεσιών, οργανώσεων και φορέων- τόσο κρατικών όσο και εθελοντικών- 'ώστε να γίνει αποτελεσματική και αποδοτική. (Μαδιανός, 1998)

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η δευτερογενής πρόληψη στρέφει την προσοχή της στα άτομα εκείνα που είδη νοσούν, με σκοπό την έγκαιρη θεραπευτική τους αποκατάσταση. Επικεντρώνεται σε άτομα που βρίσκονται σε οξεία ψυχωσική κατάσταση, σε άτομα που νοσηλεύονται για ορισμένα σωματικά νοσήματα αλλά και σε παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, νοητική υστέρηση, αυτισμό, ψυχικές διαταραχές και άλλα. Όλος όμως, ο γενικός πληθυσμός αποτελεί στόχο της δευτεροβάθμιας πρόληψης, με κύριο αντικείμενο της τις Αποκεντρωμένες Υπηρεσίες Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας.(Μαδιανός, 1998)

Το κύριο έργο της περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά, τη συνεχή παρακολούθηση τους, 'ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές αλλά και τη λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ειδικά προγράμματα εφαρμόζονται με στόχο να εκλείψει ο φόβος για την ψυχική ασθένεια και να αλλάξει η στάση του πληθυσμού απέναντι σε αυτήν και τα άτομα που νοσούν.(Μαδιανός, 1998)

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Την πρόληψη αυτού του τύπου αναλαμβάνει ο φορέας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, του που είναι αυτόνομη επιστήμη και περιλαμβάνει όλες τις

Αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για την μείωση των επιπτώσεων από την διαδικασία της αρρώστιας –έκπτωσης- ανικανότητας- αναπηρίας, με παράλληλη την κοινωνική ενσωμάτωση του ατόμου.(Μαδιανός, 1998)

Η κοινωνική ενσωμάτωση και αποκατάσταση του ατόμου αποτελούν τους στόχους της τριτογενούς πρόληψης. Με τον όρο “Αποκατάσταση” εννοούμε την παρέμβαση στην Κοινότητα αλλά και στο άμεσο περιβάλλον του ατόμου με στόχο την προώθηση της κοινωνικής του επαναπροσαρμογής. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής, διαδικασία, η οποία ξεκινάει με τη διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου και τελειώνει με την τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη γι’ αυτόν εργασία ή στο πιο κατάλληλα διαμορφωμένο περιβάλλον διαμονής.(Μαδιανός, 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνέβαλε καθοριστικά στην θεραπεία και την προφύλαξη του ψυχικά του ασθενή που μεταφέρεται από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα με τις τοπικές κλινικές , τις υπηρεσίες αποκατάστασης, τα βραχείας νοσηλείας μικρά ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων, τα κέντρα ψυχικής υγιεινής και τους ξενώνες.

Η κοινοτική ψυχιατρική εξακολουθεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών στις πληθυσμιακές ομάδες αποδίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στους περιβαλλοντολογικούς - κοινωνικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής αρρώστιας.

Η ψυχιατρική στην χώρα μας αν και έχει περάσει από τη φάση της παραδοσιακής ψυχιατρικής στη μεταβατική, δυστυχώς αυτή κρατάει ακόμη, αν και στις άλλες δυτικές χώρες δεν υπερέβη τη δεκαετία. Η κατάσταση αυτή ερμηνεύει πιθανώς την ανεπάρκεια στην ανάπτυξη ικανού αριθμού εναλλακτικών κοινοτικών δομών καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης που να λειτουργούν στα πλαίσια ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υπηρεσιών που να καλύπτει τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού (Οικονόμου Μ.,2000).

Σημαντικό ρόλο στην τωρινή και μετέπειτα πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης διαδραματίζει η έλλειψη ολοκληρωμένης πολιτικής για κεντρικό σχεδιασμό στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σημαντική για την επιτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η ύπαρξη μιας

σχεδιασμένης πολιτικής με συντονισμένες ενέργειες που δεν θα περιορίζεται στην υλοποίηση ξεχωριστών προγραμμάτων μεταξύ τους, αλλά θα στηρίζεται πραγματικά στην κοινή βάση του προστάγματος για ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Βασική προϋπόθεση είναι να ασχοληθεί η πολιτεία ουσιαστικά με το θέμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης περιβάλλοντος πολιτική βούληση ενιαία πολιτική για την ψυχική υγεία νομοθεσία και το δικό της σχεδιασμό με βάση του πόρους τις ανάγκες του πληθυσμού και τις . ιδιαιτερότητες της ελληνικής πραγματικότητας.

Οι προωθούμενες αλλαγές στο απαρχαιωμένο ασυλιακό σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα δεν θα πρέπει να συνοψίζεται στην απλή συρρίκνωση των ψυχιατρείων, «το άδειασμα των ασύλων», με τη μεταφορά ασθενών σε εξωνοσοκομειακές δομές. Η ανάπτυξη ενός εναλλακτικού οργανωμένου συστήματος υπηρεσιών στην κοινότητα, που να είναι ικανό να αναβαθμίσει την προσφορά και την ποιότητα της φροντίδας, καθιστά δυνατή την υποκατάσταση του ψυχιατρείου.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, λοιπόν, δεν θα πρέπει να χάνει το πραγματικό της νόημα και να εξαντλείται στην απλή μεταστέγαση ασθενών

από το ψυχιατρείο στην κοινότητα αλλά να δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την εξασφάλιση μιας ολοκληρωμένης ανεξαρτησίας του ψυχικά ασθενή και στην πραγματική ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση.

Σύμφωνα με την Οικονόμου, (2000) « η συρρίκνωση των ψυχιατρείων δεν θα πρέπει να είναι αυτοσκοπός, αλλά αντίθετα στο κέντρο κάθε προσπάθεια θα πρέπει να είναι ο ασθενής».

Έτσι, με την αποασυλοποίηση θα αυξάνεται κι ο ρόλος της κοινωνικής φροντίδας των ασθενών που μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, όπως και στις άλλες χώρες έτσι και στην Ελλάδα η ασυλική ψυχιατρική εγκαταστάθηκε το 19^ο αιώνα κυρίως. Ενώ όμως σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και στην Αμερική ο 20^{ος} αιώνας έφερε την ανάπτυξη καινούργιων διαστάσεων της ψυχιατρικής όπως η ψυχανάλυση, κοινωνική-κοινοτική ψυχιατρική, το φαινόμενο των ψυχοθεραπειών, η δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία και κέντρα ψυχικής υγείας (ανοιχτή ψυχιατρική περίθαλψη), η Ελλάδα καθυστέρησε πολύ στην επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση των διαστάσεων αυτών. Το αποτέλεσμα ήταν η ψυχιατρική περίθαλψη ειδικά και η ψυχιατρική ειδικότερα πολύ πρόσφατα άρχισαν να κινούνται προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης άλλων χωρών.

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

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

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

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

Οι αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί μετά το 1980, (και κυρίως μετά το 1984 με το νόμο 815/84 της ΕΟΚ) όπως η λειτουργία των ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία, η ίδρυση και λειτουργία εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών καθώς και η θεσμοθέτηση νομοθετικών ρυθμίσεων, αποτελούν βέβαια κάποια βάση για την αναβάθμιση της ψυχικής υγείας και την επιθυμητή ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Δεν πρέπει όμως να ξεχάσουμε ότι η μεγάλη ευκαιρία που δόθηκε με το νόμο 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα (με τη χρηματοδότηση από την Ε.Ο.Κ. μεγάλου μέρους των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων κατά μεγάλο μέρος χάθηκε λόγω της γραφειοκρατικής κωλυσιεργίας, της δυσκολίας στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή αλλά και στη διαχείριση των κονδυλίων.

Το πρόγραμμα αυτό που κατατέθηκε υπερέβη σε κόστος το ποσό της κοινοτικής ενίσχυσης του νόμου 815/84. Ο σχεδιασμός δεν βασίστηκε στην ερώτηση «ποιες δομές μπορούν να χρηματοδοτηθούν;» αλλά « ποιες δομές και ποιες λειτουργίες είναι απαραίτητες για την ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση;». Στοχεύτηκε ο σχεδιασμός για τη λειτουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου ψυχιατρικών υπηρεσιών, χωρίς όμως να υπάρχει και το κατάλληλο οικονομικό υπόβαθρο για να πραγματοποιηθεί.

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

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

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

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

Έτσι, η επιτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στηρίζεται εκτός από τη δημιουργία των νέων δομών περίθαλψης και στην παράλληλη ύπαρξη του εξειδικευμένου προσωπικού για τη στελέχωση και λειτουργία

τους. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν άμεση προτεραιότητα ώστε να υπάρχει το απαραίτητο εξειδικευμένο προσωπικό, παράλληλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα σε συνεργασία με τα κατάλληλα στελέχη κάθε περιφέρειας να αναλάβουν και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας στο πολύπλοκο πρόβλημα της ψυχικής υγείας ώστε να μεταβληθεί η στάση απέναντι στον ψυχικά άρρωστο.

Μία από τις δυσκολίες που υπήρξε στην εφαρμογή του προγράμματος αυτού ήταν η ισχύουσα νομοθεσία για την ψυχική υγεία. Αναφερθήκαμε σε δομές όπως οι ξενώνες, οι συνεταιριστικές μονάδες κ.α οι οποίες όχι μόνο δεν προβλέπονταν από τη νομοθεσία αλλά αγνοούνταν πολλές φορές από τις διάφορες υπηρεσίες. Οι δυσκολίες αυτές έχουν αρχίσει να εκλείπουν καθώς όλες οι σύγχρονες δομές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης περιλαμβάνονται στο τμήμα του καινούργιου νόμου περί υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.

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

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

Για την επίτευξη της αναβάθμισης στο χώρο παροχής ψυχικής υγείας της είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί ουσιαστική τροποποίηση και μετασχηματισμός στο δεδομένο σύστημα ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Με

άλλα λόγια να επιχειρηθεί η επίτευξη της μεταρρύθμισης στις δομές του ψυχιατρικού συστήματος.

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

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

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

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

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

v. Στην χώρα μας θα πρέπει σε πρώτο επίπεδο να γίνει εκμετάλλευση των ήδη υπάρχοντων Κ.Ψ.Υ να διευρυνθούν" οι

υπηρεσίες τους και να δημιουργηθούν περισσότερα Κ.Ψ.Υ ανά τομέα ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες ολόκληρης της επικράτειας.

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

Ο σχεδιασμός και η λειτουργία των ψυχιατρικών τομέων στα Γ.Ν πρέπει να γίνεται με βάση τις αρχές της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, δηλαδή ύπαρξη περιορισμένου αριθμού κρεβατιών και κάποιου ορίου στις ημέρες νοσηλείας. Κυρίως όμως η λειτουργία του ψυχιατρικού τομέα θα πρέπει να είναι δομημένη κατά τρόπο που να ευνοεί την αποθεραπεία του ασθενούς και να προετοιμάζει από την αρχή της νοσηλείας του την έξοδο του στην κοινότητα. Η παραπάνω επιδίωξη μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο τρόπους:

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

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

Η βιβλιογραφία μάλιστα αναφέρει ότι είναι δυνατόν η λειτουργία του ψυχιατρικού τομέα σε Γ.Ν (με λίγα κρεβάτια) να γίνεται με την ευθύνη του προσωπικού του Κ.Ψ.Υ το οποίο θα αναλαμβάνει τόσο την περίθαλψη

όσο και την ευθύνη της προετοιμασίας για την έξοδο από το Νοσοκομείο (με τις υπηρεσίες που το Κ.Ψ.Υ διαθέτει)

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

Οι προϋποθέσεις αυτές είναι:

- i. Συντονισμός και συνεργασία με το Κ.Ψ.Υ.
- ii. Υπαρξη προγραμμάτων που θα προετοιμάζουν τον ασθενή για έξοδο στην Κοινότητα (νοσοκομείο ημέρας, νοσοκομείο νύχτας, προεπαγγελματικής και επαγγελματικά εργαστήρια).
- iii. Έχει αναφερθεί ήδη η αναγκαιότητα του συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης ως απαραίτητα προϋπόθεση για την ουσιαστική και αποτελεσματική βοήθεια προς τους ψυχικά ασθενείς.
- iv. Για την πραγματοποίηση του συντονισμού μεταξύ των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην χώρα μας θα πρέπει αρχικά να γίνει διοικητική ενοποίηση τους και στη συνέχεια να αναπτυχθεί ένα σύστημα που θα συντονίζει τις υπηρεσίες μεταξύ τους. Στο σύστημα αυτό το Κ.Ψ.Υ μπορεί να αποτελέσει το συντονιστικό φορέα των υπηρεσιών.

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

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

vii. Πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα για την εκπαίδευση -

viii. εξειδίκευση των επαγγελματιών που ασχολούνται με την ψυχική υγεία.

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

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

παρέχοντας οικονομικούς πόρους ή βρίσκοντας τις κατάλληλες οικονομικές λύσεις.

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

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αμπατζόγλου Γ.(1991)«Η ιδιαιτερότητα της ψυχιατρικής. Σχέσεις της ψυχιατρικής με την ιατρική και γειτονικά της πεδία», Διδακτορική διατριβή στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσ/νίκη,62-63.
- Καπρίνης Γ., Κανδύλη Δ., Μπάλλα Κ., Νηματούδη Γ.(1994) «κέντρο ψυχικής υγιεινής», Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: η λογική μιας πρότασης,Final Draft,Αθήνα,46.
- Κονταξάκης Β.(2000)«Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα», Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα,87-89,90-94.
- Κονταξάκης Β. ,Χριστοδούλου Γ.Ν.(2000)«Τριτοβάθμια ψυχιατρική πρόληψη», εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 53-54.

- Μαδιανός Μ.Γ.(1994)«Η ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, από το άσυλο στην κοινότητα». Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.13,25,62-65,77-79,84-89,84-87,
- Μαδιανός Μ.Γ.(1994)«Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της:Από την θεωρία στην πράξη», Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.4-10,25-28,79-90.
- Μαδιανός Μ.Γ.(1998)«Η μηλιά κάτω από το μήλο: άτομο και οικογένεια στην κοινοτική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης» .Ελληνικά γράμματα, Αθήνα,32-33,94-97,99.
- Μαδιανός Μ.Γ.(2000)«Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική», Καστανιώτης, Αθήνα,73-78,90.
- Μαδιανός Μ.Γ.(2000)«Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή», Καστανιώτης, Αθήνα,25-30,43-45.
- Μαδιανός Μ.Γ.(2005)«Ψυχιατρική και αποκατάσταση», Καστανιώτης, Αθήνα,7,67-72,74,82-84,103-110.
- Μαδιανός Μ.Γ.(2006)«Κλινική ψυχιατρική», Καστανιώτης, Αθήνα,39-40.
- Μάνος Ν.(1987)«Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων»,University studio press,Θες/νίκη,98,100.
- Μάνος Ν.(1997)«Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής,2^η έκδοση»,University studio press,Θες/νίκη.
- Μπαϊρακτάρης Κ.(1994)«ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση», εναλλακτικές εκδόσεις αντιπαραθέσεις, Αθήνα,43,56-59.
- Οικονόμου Μ.(2000)«Επαγγελματική αποκατάσταση. Μοντέλα εφαρμογής», στο :Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Β.Δ. Οικονόμου Μ.Π.(2000) «Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα. Το πρόγραμμα της

- ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ,Ιατρικές εκδόσεις Βήτα ΜΕΠΕ, Αθήνα,56-60.
- Παπαγεωργίου Ε.(1998)«Ψυχιατρική»,Γραφικές τέχνες, Αθήνα,14-17.
 - Παπαγεωργίου Ε.(2002)«Ο σχεδιασμός αντιμετώπισης ψυχιατρικών κρίσεων, κρίκος στην ψυχοθεραπευτική αλυσίδα», Επιστημονικές εκδόσεις Βήτα,44-45.
 - Παπαδάτος Γ., Στογιαννίδου Α.(1998)«Κοινωνική ψυχική υγιεινή εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική», Ιατρικές εκδόσεις Βήτα,23-27,57-65.
 - Πλουμπίδης Δ.Ν.(1981)«Η ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Θεσμοί, ιδρύματα, και κοινωνικό πλαίσιο 1850-1920»,Εκδοτική Α.Ε. ,Εξάντας/Τριοψίς, Λόγος Β΄,29-31.
 - Πλουμίδης Δ.Ν.(2000)«Ψυχιατρική σε άλλες δομές της κοινότητας», στο: Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Β.Δ., Οικονόμου,Αθήνα,76-78.
 - Σακελλαρόπουλος Π.(1991)«Κοινωνική ψυχιατρική: μία εναλλακτική πρόταση», στο «Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική», Παπαζήσης, Αθήνα.89-96
 - Σακελλαρόπουλος Π.,Lebonici S.(1995)«Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής», Καστανιώτης, Αθήνα,74-76.
 - Σακελλαρόπουλος Π.(2003)«Η Ψυχαναλυτική διαδικασία»,Καστανιώτης,Αθήνα,98-104.
 - Σακκάς Π.(1997)«Στοιχεία συμβουλευτικής-διασυνδετικής ψυχιατρικής», Επιστημονικές εκδόσεις, Αθήνα,92.
 - Σίσσουρας Β.(1990)«Ενδιάμεσες Δομές Αποκατάστασης,Μελέτη εφαρμογής,θεωρία και πράξη.Ωμέγα,Αθήνα,67.

- Σουμάκη Ε.(2004)«Πιλοτικές εφαρμογές προώθησης στην απασχόληση»,Κέδρο,Αθήνα,46-50.
- Στυλιανίδης Σ.,Δημητρίου Ε.,Γκιουζέπας Ι.,Λιάκος Α.(1984)«Προβλήματα σχετικά με την αποϊδρυματοποίηση και ψυχοκοινωνική-επαγγελματική αποκατάσταση στην Ευρώπη. Η κοινοτική πρωτοβουλία 'HORIZON' και η περίπτωση Λέρου, Άποψη, Αθήνα,59-63.
- Φαφαλιού Μ.Σ.(1995)«Ιερά οδός 43.Μαρτυρίες από το Δρομοκαίτειο» ,Κέδρο, Αθήνα,67.
- Φιλανδριανός Ν.(1977)«Η ιστορία και η εξέλιξη της ψυχιατρικής»,Λέων,Αθήνα,33-36.
- Χαρτοκόλλης Π.(1991)«Εισαγωγή στην ψυχιατρική,2^η αναθεωρημένη έκδοση», θεμέλιο, Αθήνα,35-50.
- Χαρτοκόλλης Π.(1998)«Ψυχιατρική»,θεμέλιο,Αθήνα,37-52.
- Χριστοδούλου Γ.Ν .και συνεργάτες(2000)«Ψυχιατρική κλινική Παν/μίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», Ιατρικές εκδόσεις Βήτα ΜΕΠΕ, Αθήνα,45-46.
- Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Β.Δ., Οικονόμου Μ.Π.(2000)«Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα.Το πρόγραμμα της ψυχιατρικής κλινικής του Παν/μίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», Ιατρικές εκδόσεις Βήτα ΜΕΠΕ, Αθήνα,17-20,32-33.

ΞΕΝΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Giddens A.(1993)«Εισαγωγή στην κοινωνιολογία», Οδυσέας, Αθήνα,123.
- Goffman (1973)«Άσυλα: δοκίμια για την κοινωνική κατάσταση των ασθενών του ψυχιατρείου και άλλων τροφίμων», Ευρύαλος, Αθήνα.187.
- Μάνος Σ.(1998) «Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών (DSMIII)» ,μετάφραση Ντόνιας Σ.,Αμερικανική ψυχιατρική εταιρεία ,σύντομος οδηγός διαγνωστικών κριτηρίων,University studio press,Θες/νίκη,78.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anthony(1998)«The social rehabilitation of people with mental disorders», Doubleday, New York.87.
- Burbach G.,Stanberigde A.(1998)«Neighborhood Health Center Model»,US Government Printing office,Washington,56-57.
- Flegenheimer W.(1982)«techniques of brief psychotherapy»,Aronson,New York,89-92.
- Foulkes S.H.(1984)«Introduction to group analytic psychotherapy»,Heinman,Med Books,London,23-25.
- Langsley G.(1985)«community Psychiatry»,Plenum Press,New York,43-44.

- Lazarus A.(1976)«multi- modal behavior therapy, Springer, New York, 90-93.
- Lyborsky L.(1884)«Principles of psychoanalytic psychotherapy», Basic Books, New York, 93
- Patterson C.H(1973)«Theories of counseling and psychotherapy, second edition,, New York, 86-90.
- Rogers C.(1951)«Client-centered therapy, Houghton, Boston, 45-48.
- Stewart R.(1975)«psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy»στο Freedman, Kaplan I., Sadock B., «Comprehensive textbook of psychiatry», Williams and Wilkins, Baltimore M.B. 89-91.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Αγγελόπουλος Ν.(1995)«Ψυχιατρική κλινική στο γενικό νοσοκομείο. Συγκρότηση και λειτουργία, δυσκολίες και προοπτικές», Τετράδια Ψυχιατρικής τ.48, 48.
- Αλεξανδρής Β.(1992)«Αποασυλοποίηση χρονίων ασθενών σε αγροτικές περιοχές», Εγκέφαλος, τ.25, Σύλλογος Εγκέφαλος, Αθήνα, 35-37.

- Γκιωνάκης Ν.(1999)«Τα θεωρητικά μοντέλα αποκατάστασης .Βαρύτητα και σημασία την πρακτική. Τετράδια ψυχιατρικής.τ.58,79-80.
- Ζήση Α.(1995)Περιγραφικά στοιχεία για τους δώδεκα ξενώνες που φιλοξενούν στην πλειοψηφία τους πρώην εγκλείστους του ασύλου της Λέρου»,Τετράδια Ψυχιατρικής,τ.51.78-82.
- Ιεροδιακόνου,Βουτούνας Ι.,Ασημόπουλος Χ.,τσιάντης Ν.Ζαχαρίας Ε.(1982)«Τοποθέτηση του Γενικού Νοσοκομείου απέναντι στην ψυχιατρική κλινική», τ.19,Εγκέφαλος,123-130.
- ΚονταξιάκηςΒ.,Ποταμιανού Γ.,Κεραμάρης Γ.,Σουγιουτζίογλου Μ.(2002)«Αποκατάσταση Ψυχιατικών αρρώστων »,τ.26,Εγκέφαλος,Αθήνα,97-103.
- Κυριακάκης Β.(1993)«Νομοθετικές ρυθμίσεις για αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές»,Εγκέφαλος,τ.32,Αθήνα,49-50.
- Λειβαδίτης Μ.(1993)«Από το ίδρυμα στο οικοτροφείο: οι δυσκολίες της μετάβασης» ,Ψυχιατρική 4,89-90.
- Μαγριπλής Δ.(2000)«το στίγμα και ο στιγματισμός από την αρχαιότητα και το Βυζάντιο έως σήμερα»,Κοινωνική εργασία,τ.51
- Μανιαδάκης Ι.Κ.(2003)«Αρχές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης», Εγκέφαλος, Αθήνα,84-86,90.
- Μάνος Ν.(1987)«Η αναγκαιότητα Ψυχιατρικών Κοινωνικών Λειτουργιών»,Κοινωνική Εργασία,τ.6.
- Μαντωνάκης Ι,(2000)«Νέες Δομές.Νεωτερισμός ή επανάληψη της λήθης και του ασύλου»,Τετράδια ψυχιατρικής,τ.76,Αθήνα,15-21.

- Μάτσα Κ.(2001)«Η Κρίση της ψυχιατρικής και η κρίση των θεσμών. Ανάγκη κοινωνικού κινήματος χειραφέτησης», Τετράδια ψυχιατρικής τ.64,λέων,Αθήνα,78-80.
- Μάτσα Κ.(2003)«Το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πολιτικό πλαίσιο.»Τετράδια ψυχιατρικής,τ.83,Λέων,Αθήνα24,31-34.
- Μεγαλοοικονόμου Θ.(2001)«Κοινωνικές και θεσμικές παράμετροι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης», Τετράδια ψυχιατρική.τ.76,Λέων,Αθήνα27-28.
- Μεγαλοοικονόμου Θ.(2002),«Το σύνδρομο της κοπώσεως στις δομές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης», τετράδια ψυχιατρικής,τ.58,Λέων,Αθήνα.
- Μεγαλοοικονόμου Θ.(2004)«Κατοικία και αποϊδρυματοποίηση», τετράδια ψυχιατρικής,τ.51,68-75.
- Μηλιώνη Δ.Χ., Κοντοπούλου Ε.(2004)«Αξιολόγηση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του παραδοσιακού ψυχιατρείου και των ξενώνων από σχιζοφρενικούς ασθενείς», τετράδια ψυχιατρικής τ. 68.
- Μπασδάκης Γ.(1996)«Πρόγραμμα αποκατάστασης και επανένταξης χρόνιων αποασυλοποιημένων ασθενών» ,Κοινωνική Εργασία τ.40,34.
- Μπιλανάκης Ν.(1992)«Η πραγματικότητα του Ψ.Ν.Α όπως αυτή διαμορφώνεται μέσα από τη σχετική αρθρογραφία της τελευταίας πενταετίας» τετράδια ψυχιατρικής τ.38,89-90.
- Νηματούδης Ι., Μπασδάρης Γ., Καπρίνης Ι., Φασουλής Π.(1996)«Μελέτη κοινωνικών παραμέτρων και αντιλήψεων των οικογενειών των χρόνιων αποασυλοποιημένων ψυχικά ασθενών», Κοινωνική Εργασία,τ.44,Αθήνα.37-39.

- Οικονόμου Μ.(2004)«Εθελοντισμός στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας: Ιστορία και σύγχρονες προκλήσεις», Τετράδια Ψυχιατρικής,τ.58,Αθήνα,89-96.
- Παπαδάτος Γ.,Στογιαννίδου Α.(1992)«Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές»,τ.25,Εγκέφαλος,52.
- Παπαϊωάννου Χ.(2004)«Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχική Υγεία»Ψυχιατρική,τ.Β',Αθήνα,67.
- Σακελλαρόπουλος Π.(1981)«Κινητή ψυχιατρική μονάδα» *Materia medica*,τ.4.,Αθήνα,24,90-98.
- Σακελλαρόπουλος Π.(2003)«Ψυχιατρική μεταρρύθμιση.Εγχείρημα η αποασυλοποίηση.Τετράδια ψυχιατρικής,τ.76,67-68.
- Saraceno B., De Luca I.(1997)μετ. Γκιωνάκης Ν.«Τα θεωρητικά μοντέλα της αποκατάστασης: βαρύτητα και σημασίες για την πρακτική» Τετράδια ψυχιατρικής τ.57,49.
- Στεφανής Κ.(1984)«Το νοσοκομείο Ημέρας(βασικές αρχές λειτουργίας,ενδείξεις στο σύστημα της τομεοποιημένης ψυχιατρικής)», Τετράδια Ψυχιατρικής,τ.44,15-18.
- Στυλιανίδης Σ.,Ιακωβίδης Α.,Μπίκος Κ.,Κλήμης Ε.(2004)«τοπική ανάπτυξη και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: προϋποθέσεις για την συγκρότηση ενός νέου παραδείγματος συνεργασίας» τετράδια ψυχιατρικής τ.89,59-63.
- Χατζιωαννίδης Ι.(2003)«Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα»,Τετράδια Ψυχιατρικής,τ.85,90-91.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ-ΗΜΕΡΙΔΕΣ

- Απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας(2003)«Δεύτερη τροποποίηση της υπ' αριθμόν Υ5β/Γ.Π/οικ. 40055/06-12-2003,Αθήνα.
- Γουρνάς Γ.(1995)Ομάδα ψυχικής υγείας. Σκοποί-ρόλοι και προγράμματα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχικής φροντίδας του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα, πρακτικά συνεδρίου, Αθήνα,83.
- Δημοπούλου-Λαγωνίκα Μ.(2001)«Μεθοδολογία της κοινωνικής εργασίας με άτομα», τμήμα κοιν. εργασίας, Αθήνα,4-8.
- Εξάρχου Ο.(1969)Κοινωνική εργασία με άτομα, διδακτικές σημειώσεις , Ανώτερη σχολή κοινωνικής εργασίας, Ι.Α.Κ.Ε.,6.
- Ιεροδιακόνου(1982)«Κριτική και προβληματισμοί για τις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας υπαίθρου», Από το δωδέκατο πανεπιστημιακό συνέδριο ψυχιατρικής, Βόλος.
- Καπρίνης Γ., Σιγάλας Ι., Κανδύλης Δ., Φωκάς Κ.(1994)«Εκτίμηση των ποιοτικών και οικονομικών παραμέτρων στην λειτουργία εξωνοσοκομειακών μονάδων παροχής ψυχικής υγείας, Διεύθυνση επιθεώρησης εργασίας, Αθήνα.12.
- Κατζουράκης Γ.(1990)«Το πρόγραμμα της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στα πλαίσια του κανονισμού 815/84,εμπειρίες 1984-90»,Ανακοίνωση στο συνέδριο της ελληνικής επιτροπής ευρωπαϊκών κοινοτήτων με θέμα: «ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση», Αθήνα.
- Συμβούλιο της Ευρώπης(1985)«Πρακτικά Περί Αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών»,Γαλλία,11-12.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

- Μάτσα Κ.(2003)«Έκρηξη στον ψυχιατρικό χώρο: σε Ελλάδα και Γαλλία»,<http://www.eek.gr/nea-prooptiki/311/psixiatriko.html>
- Οικονόμου Μ.(2008)Τρίτο Διεθνές Συμπόσιο : «Άνθρωποι με ειδικές ανάγκες και Μ.Μ.Ε.»,<http://ameamedia.gr/en/conference-08/programme-08>
- Σκαπινάκης Π., Βενετσάνος Μ.(2002)«Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες»,<http://www.stress.gr/editorial/edool.html>
- <http://www.keeps.go2004>
- Σκουρής Β.(1998)«Γνώμη της Ο.Κ.Ε. επί του Σχεδίου νόμου για τη ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας»,<http://www.stress.gr/odigos/odigos19.html>
- Χατζηϊωανίδης Γ.,Φαφαλιού Μ.(2001)«Αποϊδρυματοποίηση :Εναλλακτικές Δομές περίθαλψης /Αποκατάστασης Α.Μ.Ε.Α.», Θεσσαλονίκη,<http://www.disability.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**(1^Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΩΝ
ΒΕΛΓΙΟ, 1990)**

1η Ευρωπαϊκή Συνάντηση Συγγενών και Ψυχικά Ασθενών

Βέλγιο, 1990

Σκοπός αυτής της Διακήρυξης είναι να καταγραφούν και να γνωστοποιηθούν τα δικαιώματα τόσο των ψυχικά ασθενών, όσο και των οικογενειών τους, ώστε να αποφεύγεται η διάκριση και ο κοινωνικός αποκλεισμός τους.

Μέρος 1ο: Δικαιώματα των ψυχικά ασθενών

Άρθρο 1

Κάθε ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στη βοήθεια και τη φροντίδα, ειδικά προσαρμοσμένες στην κατάστασή του και την ψυχική του διαταραχή. Η βοήθεια και η θεραπεία θα πρέπει να κατοχυρώνονται νομικά.

Άρθρο 2

Όλοι οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν τη μέγιστη δυνατή προσωπική υπευθυνότητα πάντοτε και σε όλες τις πλευρές της ζωής τους. Επιπλέον, θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται προς αυτό το σκοπό.

Άρθρο 3

Ο περιορισμός της ελευθερίας των ψυχικά ασθενών μπορεί να γίνει μόνο όταν η κατάστασή τους είναι τέτοια που επιβάλλει την υποχρεωτική νοσηλεία και θεραπεία τους, θεωρώντας τες απαραίτητες για την προσωπική

τους ασφάλεια, αλλά και για την ασφάλεια των ατόμων του περιβάλλοντός τους. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο όταν ακολουθηθούν οι νομικές διαδικασίες που διασφαλίζουν τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα.

Άρθρο 4

Η διαμονή σε προστατευμένους χώρους στέγασης (προστατευμένα διαμερίσματα, ξενώνες, οικοτροφεία), καθώς και η παροχή θεραπείας θα πρέπει να γίνεται όσο πιο κοντά είναι δυνατό στους τόπους καταγωγής και διαβίωσής τους.

Άρθρο 5

Να εγγυάται στους ψυχικά ασθενείς η ελευθερία στην επιλογή τους τόσο για ενδονοσοκομειακή, όσο και για έξω-νοσοκομειακή θεραπεία.

Άρθρο 6

Όλα τα έξοδα για θεραπεία, φροντίδα και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θα πρέπει να καλύπτονται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, σύμφωνα με το νόμο.

Άρθρο 7

Οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν τον πλήρη έλεγχο των οικονομικών και περιουσιακών τους στοιχείων για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα γίνεται. Το δικαίωμα αυτό μπορεί να τους αφαιρεθεί μόνο σύμφωνα με συγκεκριμένο νόμο.

Άρθρο 8

Όπως όλοι οι πολίτες, έτσι και οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα σε 'αρκετό εισόδημα', ώστε να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες και να χρησιμοποιούν αυτό το εισόδημα όπως οι ίδιοι επιθυμούν.

Άρθρο 9

Η νομική κατάσταση των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να ορίζεται από τη νομοθεσία. Θα πρέπει παράλληλα, να εφαρμόζεται και να διαφοροποιείται, ανάλογα με τις κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις.

Άρθρο 10

Θα πρέπει να ιδρυθεί μια μόνιμη Υπηρεσία 'στήριξης', ανάλογη της υπηρεσίας 'Συνήγορος του Πολίτη'. Η Υπηρεσία αυτή θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από νοσοκομεία, μονάδες ψυχικής υγείας, ή άλλα ιδρύματα και θα πρέπει να δρα ως μεσολαβητής εκ μέρους των ψυχικά ασθενών.

Άρθρο 11

Θα πρέπει να δίνεται εγγύηση για τη διατήρηση του ιατρικού απόρρητου.

Άρθρο 12

Οι κυβερνήσεις των διαφόρων χωρών θα πρέπει να παρέχουν αρκετές διευκολύνσεις και χρήματα για επιστημονικές έρευνες για τις αιτίες, την πρόληψη, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της ψυχικής αρρώστιας.

Μέρος 2ο : Δικαιώματα των συγγενών των ψυχικά αρρώστων

Δικαιώματα που αφορούν τους ίδιους

Άρθρο 13

Οι συγγενείς έχουν δικαίωμα στην πληροφόρηση, στο να επιζητούν απάντηση στα ερωτήματά τους και να εμπλέκονται στη θεραπεία του ψυχικά ασθενή ατόμου.

Άρθρο 14

Θα πρέπει να ιδρυθεί μια μόνιμη Υπηρεσία 'στήριξης', ανάλογη της υπηρεσίας του 'Συνηγόρου του Πολίτη'. Η Υπηρεσία αυτή θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από νοσοκομεία, μονάδες ψυχικής υγείας, ή άλλα ιδρύματα και θα πρέπει να δρα ως μεσολαβητής εκ μέρους των συγγενών των ψυχικά ασθενών.

Άρθρο 15

Οργανώσεις συγγενών των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να έχουν άμεση εκπροσώπηση σε όλες τις επίσημες αρχές που σχεδιάζουν τρόπους παρέμβασης, χαράζουν πολιτική και παίρνουν αποφάσεις για θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 16

Θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψη η ανάγκη για να προστατευθεί η οικογένεια. Παράλληλα, χρειάζεται να ενισχύεται η ικανότητά της να εξακολουθεί να φροντίζει ('να νοιάζεται') και να 'σηκώνει το βάρος' της

φροντίδας για το ψυχικά άρρωστο μέλος της.

Αφορούν τις απαραίτητες υπηρεσίες

Άρθρο 17

Η αυτό-βοήθεια θα πρέπει να ενθαρρύνεται, να υποστηρίζεται οικονομικά και να αναγνωρίζεται επίσημα.

Άρθρο 18

Η παροχή φροντίδας στο σπίτι και η υποβοήθηση και στήριξη της οικογένειας των ψυχικά αρρώστων θα πρέπει να αναγνωρίζονται επίσημα. Τα πρόσθετα έξοδα που απαιτούνται για τη φροντίδα στο σπίτι θα πρέπει να καλύπτονται από το Κράτος, τα Ασφαλιστικά Ταμεία, ή την κοινωνία μας γενικότερα. Θα πρέπει να δημιουργηθούν κατάλληλες Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Οι Υπηρεσίες αυτές βοηθούν την οικογένεια, καθώς και τους ψυχικά αρρώστους να επανενταχθούν στην Κοινότητα, παρέχοντας συμβουλές και πρακτική βοήθεια.

Άρθρο 19

Θα πρέπει να εξασφαλίζεται και να παρέχεται εγγύηση για σεβασμό του ιατρικού απόρρητου.

Άρθρο 20

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται, ώστε να μπορούν να παρέχουν συμβουλές και πληροφορίες στις οικογένειες που φροντίζουν το ψυχικά άρρωστο μέλος τους. Έτσι θα μπορούν να συμβάλλουν στην επίλυση εξειδικευμένων προβλημάτων που αφορούν τον

συγκεκριμένο άρρωστο.

Άρθρο 21

Θα πρέπει να ενθαρρυνθεί μια πιο θετική προσέγγιση και αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας από την Κοινωνία μας και ιδιαίτερα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
(Η ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ)**

Τα Μέλη του ΚοισΠΕ

Τα μέλη του ΚοισΠΕ χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- Ψυχικά ασθενείς τουλάχιστον 15 ετών, σε ποσοστό 35%.
- Εργαζόμενοι στον χώρο της ψυχικής υγείας, ψυχίατροι και ψυχολόγοι του Ε.Σ.Υ., σε ποσοστό το πολύ 45%.
- Δήμοι, κοινότητες, άλλα φυσικά πρόσωπα, ιδιώτες, Ν.Π.Δ.Δ, Ν.Π.Ι.Δ., εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό του ΚοισΠΕ, σε ποσοστό το πολύ 20%.

Απασχόληση των μελών ΚοισΠΕ

Οι ψυχικά ασθενείς και αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητά τους και τον χρόνο απασχόλησης τους. Η αμοιβή αυτή προστίθεται στα όποια επιδόματα ή συντάξεις παίρνουν. Αν είναι ανασφάλιστοι τους ασφαλίζει ο ΚοισΠΕ στον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα.

Πόροι του ΚοισΠΕ

Επιχορήγηση από τον Τακτικό Προϋπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, αποκλειστικά για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ε.Ε. ή Διεθνείς Οργανισμούς.

- Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, το Πρόγραμμα Επενδύσεων, Αναπτυξιακά Προγράμματα, την Ε.Ε. ή Διεθνείς Οργανισμούς.

- Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις περιουσιακών στοιχείων.
- Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων του ΚοισΠΕ.
- Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων του ΚοισΠΕ.

Οικονομικά, φορολογικά, επιχειρησιακά μέτρα διευκόλυνσης του ΚοισΠΕ

Η δημιουργία του ΚοισΠΕ διευκολύνεται και ενθαρρύνεται με μέτρα που προβλέπονται ήδη από τον νόμο και τα οποία είναι οικονομικά (διατήρηση των κοινωνικών παροχών για τα μέλη του συνεταιρισμού που εισπράττουν επιδόματα και συντάξεις παράλληλα και ανεξάρτητα από την αμοιβή τους, από το συνεταιρισμό), φορολογικά (απαλλαγή των συνεταιρισμών από το φόρο εισοδήματος και κρατήσεις υπέρ τρίτων) και επιχειρησιακά (παραχώρηση για χρήση κινητών και μη περιουσιακών στοιχείων και εγκαταστάσεων του Δημοσίου).

Παραδείγματα Κοινωνικών Επιχειρήσεων από την ελληνική πραγματικότητα

I. Συνεταιρισμός υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες»

Ο Συνεταιρισμός «Ορίζοντες» έχει έδρα στον Βόλο και δραστηριοποιείται στη παραγωγή του νοσοκομειακού παπουτσιού. Λειτουργεί ως αστικός συνεταιρισμός περιορισμένης ευθύνης των μελών του με την υποστήριξη του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου (Γ.Ν.Ν.Β.) και του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.)

II. Συνεταιρισμός «Πυξίδα»

Ο Συνεταιρισμός Δραστηριοτήτων «Πυξίδα» έχει έδρα την Καλλιθέα και είναι ένας αστικός συνεταιρισμός περιορισμένης ευθύνης των μελών του, που δημιουργήθηκε το 2000. Ουσιαστικά αποτελεί εξέλιξη του Συνεταιρισμού «Αυγερινός» που λειτουργεί από το 1993 και υποστηρίζεται από την Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Ψυχικής Υγείας.

Πρόκειται για ένα μεικτό συνεταιρισμό που αποτελείται από άτομα της κοινότητας επαγγελματίες διάφορων ειδικοτήτων και ΑΜΕΑψ, σε ποσοστά σύμφωνα με το νόμο των ΚοισΠΕ.

Δραστηριοποιείται σε δύο τομείς:

- στον τομέα λιανικής πώλησης, με καταστήματα ειδών δώρων
- στον τομέα της χονδρικής πώλησης όπου τα μέλη συμμετέχουν κατά 80% στην κατασκευή και παραγωγή μελισσοκεριών, φωτιστικών λαμπών, κοσμημάτων και διαφόρων εποχιακών μικροκατασκευών, αντικείμενα με τα οποία ο συνεταιρισμός συμμετέχει σε μεγάλες εμπορικές εκθέσεις.

III. Η διαδικασία του μετασχηματισμού των προστατευμένων εργαστηρίων του ψυχιατρικού νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου σε ΚοισΠΕ

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.) βρίσκεται στο χωριό Πέτρα, 25 χλμ μακριά από την πόλη της Κατερίνης, στους πρόποδες του Ολύμπου. Υπήρξε ένα από τα μεγαλύτερα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία στην Ελλάδα (με 350 κρεβάτια στα μέσα της δεκαετίας του 80), ενώ σήμερα νοσηλεύονται 104 άτομα.

Στο Ψ.Ν.Π.Ο. λειτουργούν τα παρακάτω προγράμματα Επαγγελματικής Αποκατάστασης και Επανένταξης σαν προστατευμένα εργαστήρια.

- Ταβέρνα-Εστιατόριο «Τρίστρατο»
- Εργαστήριο Ζαχαροπλαστικής
- Θερμοκήπιο

IV. Κοινωνική Συνεταιριστική Οργάνωση «ΕΔΡΑ», Αθήνα

Ιδρύθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1667/86 ως αστικός συνεταιρισμός ειδικού σκοπού με την επωνυμία «Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων» (Κ.Σ.Δ.Ε.Ο.), με διακριτικό τίτλο «Έδρα».

Σκοπός του συνεταιρισμού είναι η προώθηση της συνεργατικότητας και του κοινοτισμού ως εναλλακτική πρόταση ζωής και αποκατάστασης για ευπαθείς ομάδες και άτομα.

Η «ΕΔΡΑ» είναι μέλος του ΠΡΑΞΙΣ (Πανελλήνιο Δίκτυο Παραγωγικών Εργαστηρίων ΑΜΕΑ) καθώς και του ΚοισΠΕ Δυτικής Αττικής.

Στην προσπάθεια εκπλήρωσης των ανωτέρω, δραστηριοποιούνται υπό την εποπτεία της «ΕΔΡΑΣ».

- *Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης* Οικοτροφείο «Ιπποκράτης Ι»
- *Παραγωγικό εργαστήριο* κατασκευής χειροποίητων εικόνων σε κεραμίδι, ξύλινα παιχνίδια, εποχιακά είδη δώρων και διακόσμηση σε παραδοσιακά εδέσματα.
- *Θυγατρική Εταιρεία* Τροφοδοσίας και προώθησης ειδών Super Market «ΔΡΑΣΗ»
- *Διαχείριση Ξενοδοχειακής Μονάδας για ΑμΕΑ* στην περιοχή Λειβανάτες Φθιώτιδος με την ονομασία «Εντελβίαις»
- *Εκπαιδευτικά προγράμματα Πρακτικής Άσκησης* για λογαριασμό του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής)
- *Προγράμματα εθελοντισμού* και παροχή *Κοινωνικής Νοσηλευτικής* χωρίς οικονομική επιβάρυνση.
- *Προγράμματα Πρακτικής Άσκησης* σπουδαστών των Τ.Ε.Ι.
- *Στήριξη άλλων Ευαίσθητων Κοινωνικών Ομάδων* όπως Γυναίκων, Μουσουλμάνων κ.λπ.

**Υ. Δίκτυο Υπηρεσιών για την Απασχόληση «Φτιαχτό μαζί μας»,
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αιγάλεω**

Νομική Μορφή: Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία

Μη κερδοσκοπικός οργανισμός που επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας

Στόχος-Ιδιαίτερα Χαρακτηριστικά: Δημιουργία και λειτουργία εναλλακτικού μοντέλου κοινωνικής επιχειρηματικότητας για την κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική απασχόληση νέων με προβλήματα ψυχικής υγείας, μέσω παράλληλης και ισορροπημένης ανάπτυξης επιχειρηματικών δραστηριοτήτων και παροχής υπηρεσιών για την βελτίωση της ποιότητας ζωής χρηστών.

Έναρξη Λειτουργίας: Ιανουάριος 2000

Φορέας Υποστήριξης: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

Τομείς:

1. Τομέας Παραγωγής
2. Τομέας Παροχής Υπηρεσιών
3. Τομέας συνοδευτικών- υποστηρικτικών – επιστημονικών δραστηριοτήτων

VI. Αστικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης για την Ψυχοκοινωνική και Επαγγελματική Αποκατάσταση Νέων με Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα «Η ΕΙΚΟΝΑ»

Ο συνεταιρισμός δημιουργήθηκε το 2001 ύστερα από την επιτυχή ολοκλήρωση του Προγράμματος HORIZON που υλοποίησε το Τμήμα Ψυχιατρικής Εφήβων και Νέων του Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», όπου καταρτίστηκαν 15 νέοι και το οποίο προέβλεπε την προώθηση στην απασχόληση και τη δημιουργία Κοινωνικού Συνεταιρισμού με την επιδότηση του ΟΑΕΔ νέων ελευθέρων επαγγελματιών.

Η έναρξη των εργασιών πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2001, ενώ η παραγωγική διαδικασία ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο του 2001. Η έδρα του είναι στο χώρο του Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» Το καταστατικό ίδρυσης του στηρίχθηκε σε ρυθμίσεις του άρθρου 12 (κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης) του νόμου 2716 και στην ισχύουσα νομοθεσία περί συνεταιρισμών.

VII. Κέντρο Κοινωνικού Διαλόγου «Πρόσωπο με Πρόσωπο», Αθήνα.

Το Κέντρο Κοινωνικού Διαλόγου είναι μία επαγγελματική, εργασιακή δραστηριότητα της Π.Ε.Ψ.Α.Ε.Ε. (Πανελλήνια Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη) που δημιουργήθηκε στα πλαίσια Ευρωπαϊκού προγράμματος.

Το Κέντρο Κοινωνικού Διαλόγου αποτελεί μία εναλλακτική δομή Ψυχικής Υγείας, δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας και παρουσιάζει καλλιτεχνικές δραστηριότητες χρηστών και συνεργατών ψυχικής υγείας από όλη την Ελλάδα.

Το Κέντρο Κοινωνικού Διαλόγου μετά το τέλος του προγράμματος συνεχίζει τη λειτουργία στον τομέα της εναλλακτικής διασκέδασης, πολύπλευρες δραστηριότητες όπως: εκθέσεις, ποιητικές βραδιές, μουσικές βραδιές, μικρά σεμινάρια και άλλες πολιτιστικές δράσεις εντός ή εκτός του Κέντρου.

VIII. Κοινωνική Επιχείρηση Isole- Horizon

Στο πλαίσιο της κοινοτικής πρωτοβουλίας Horizon- Cosmos (άξονας Απασχόληση), το οποίο υλοποίησε το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. ως συντονιστής φορέας δημιουργήθηκε η Κοινωνική Επιχείρηση Kosmos- Horizon (1999). Πρόκειται για μία αστική εταιρεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα της οποίας ιδρυτικά μέλη είναι 23 ψυχικά ασθενείς. Η κοινωνική επιχείρηση είναι προσανατολισμένη και οργανωμένη σε τομείς που σχετίζονται με την προβολή και εμπορική προώθηση χειροποίητων έργων τέχνης και την εξαγωγή αυτών, προκειμένου να διασφαλιστεί η πολιτιστική μας ταυτότητα.

IX. Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας «Συνεργείο Γενικών Καθαρισμών «Ο Νοικοκύρης»

Η Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.), είναι σωματείο με σκοπούς κοινωφελείς και μη κερδοσκοπικούς που ιδρύθηκε το 1988 στην Αθήνα. Επίσης αποτελεί αναγνωρισμένο Μη κυβερνητικό Οργανισμό, εγγεγραμμένο στο Μητρώο ΥΔΑΣ του Υπουργείου Εξωτερικών.

Από το 1990 η ΕΠΑΨΥ έχει διαμορφώσει ένα δίκτυο μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Εύβοια. Σημαντικότερο ρόλο στο δίκτυο αυτό διαδραματίζει η μονάδα επαγγελματικής αποκατάστασης που ιδρύθηκε το 1994.

ΤΟ Συνεργείο Γενικών Καθαρισμών «Ο Νοικοκύρης» αποτελεί κοινωνική επιχείρηση με σκοπό το κέρδος, εποπτευόμενη από την ΕΠΑΨΥ. Ως σκοποί του Συνεργείου αναφέρονται: η επαγγελματική αποκατάσταση,

αυτοπραγμάτωση και ένταξη ατόμων που αντιμετωπίζουν χρόνιες ψυχικές στο κοινωνικό σύνολο και η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας σε ανταγωνιστικές τιμές, η οποία να εξασφαλίζεται από τη συνεχή ανανέωση του εξοπλισμού και τη χρήση των πιο σύγχρονων μηχανημάτων και μεθόδων καθαρισμού

ΠΑΡΑΤΗΜΑ ΙΙΙ

(ΑΡΘΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ)

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ Η έλλειψη πολιτικής βούλησης και σχεδιασμού και η υποχρηματοδότηση ορθώνουν και πάλι τα συρματοπλέγματα του ιδρυματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Ηλεκτροσόκ ... στη μεταρρύθμιση

Των ΜΑΡΙΑΣ ΔΕΔΕ, ΙΩΑΝΝΑΣ ΣΩΤΗΡΧΟΥ, ΝΤΑΝΙ ΒΕΡΓΟΥ

Το όραμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καταρρέει. Πέρασαν είκοσι χρόνια από τότε που έσπασε το απόστημα και ξεχύθηκαν στο φως οι εικόνες της φρίκης από το κολαστήριο της Λέρου. Εκτοτε έγιναν βήματα,

οι κλειστές πόρτες των ασύλων άνοιξαν και κάποιοι από τους ψυχικά πάσχοντες βρέθηκαν -σε οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα- σε πιο ανθρώπινες συνθήκες. Όμως, η αδιαφορία και η αναληψία που δείχνει γι' αυτούς τους ανθρώπους το κράτος, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, οδηγεί το όλο εγχείρημα στο σημείο μηδέν.

Η έλλειψη πολιτικής βούλησης και σχεδιασμού και η υποχρηματοδότηση ορθώνουν και πάλι τα συρματοπλέγματα του ιδρυματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού, τουλάχιστον στις περιπτώσεις που αυτά έπεσαν, ενώ ο κίνδυνος για επιστροφή σε ασυλικού τύπου περίθαλψη μοιάζει να είναι περισσότερο ορατός από ποτέ.

Δυσοίωνα τα μηνύματα από παντού: χρέη και τεράστιες ελλείψεις στα δημόσια ψυχιατρεία. Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα χρηματοδότησης. Θεραπευτικές δομές που βάζουν λουκέτο, εργαζόμενοι απλήρωτοι εδώ και μήνες, ασθενείς που προσλαμβάνουν το κλίμα της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την υγεία τους.

Ακόμη πιο άσχημα τα νέα από την Κομισιόν, παρά την προσπάθεια του υπουργείου Υγείας να διασκεδάσει τις εντυπώσεις: η Επιτροπή διέκοψε τη συγχρηματοδότηση του προγράμματος Ψυχαργός. Η δήλωση στην «Ε» εκ μέρους της Σαντάλ Χιουτζ, εκπροσώπου Τύπου της Κομισιόν για θέματα Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ισων Ευκαιριών, είναι κατηγορηματική: «Εξι χρόνια τώρα η Κομισιόν επισημαίνει στην Ελλάδα το σοβαρό έλλειμμα της χρηματοδότησης από τον δημόσιο προϋπολογισμό των δομών αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Το έλλειμμα θέτει σε κίνδυνο την αποτελεσματική λειτουργία των μονάδων αυτών. Η Κομισιόν αποφάσισε, για να προστατεύσει το πρόγραμμα, να διακόψει τη χρηματοδότηση μέχρι να ρυθμιστεί απόλυτα το θέμα».

Συστηματική καταπάτηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών» διαπιστώνει σε πρόσφατη έκθεσή του και ο Συνήγορος του Πολίτη.

Μια μεταρρύθμιση που ποτέ δεν προχώρησε όπως θα έπρεπε:

Η ιστορία της λεγόμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι ιστορία ψυχιατρικού εξωραϊσμού, διότι τον όρο μεταρρύθμιση δεν τον αποδέχομαι» σημειώνει ο Μιχάλης Μαδιανός, καθηγητής Ψυχιατρικής και πρόεδρος της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: «Αν λειτουργούσαν παντού κέντρα ψυχικής υγείας, τότε θα μπορούσαμε να πούμε ότι έχουμε πραγματική ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Σε κάθε δήμο 150 χιλιάδων κατοίκων θα έπρεπε να εφημερεύει ένα κέντρο ώστε κάθε κάτοικος που είναι σε κρίση, υποτροπή ή ανάγκη να ζητήσει βοήθεια ψυχιάτρου, να μπορεί να απευθυνθεί κάπου, να μην εγκλείεται και να μη χρησιμοποιείται τόσο συχνά η εισαγγελική εντολή, που είναι τραυματική εμπειρία για τον άρρωστο». Μία στις δύο εισαγωγές ψυχικά πασχόντων στη χώρα μας γίνεται ακουσίως με εισαγγελική παραγγελία και χωρίς να

τηρούνται οι εγγυήσεις του νόμου: μακράν το μεγαλύτερο ποσοστό στην Ε.Ε.

Μακρύς και ο κατάλογος με τα κενά που παραθέτει: μετράμε 34 κέντρα ψυχικής υγείας, ενώ χρειαζόμαστε 80-85. Πολλοί νομοί είναι ακάλυπτοι από ψυχιατρικά κρεβάτια. Έχουμε 1.500 θέσεις σε μονάδες εργασιακής αποκατάστασης, εργαστήρια και προστατευμένα κέντρα, ενώ για να καλυφθούν οι ανάγκες των υπάρχοντων ψυχικά αρρώστων χρειαζόμαστε 10.000. Αντίστοιχα έχουμε μόνο 1.500 θέσεις σε νοσοκομεία και κέντρα ημέρας αντί για 3.000 που απαιτούνται. Με τους ξενώνες και τα οικοτροφεία έχουμε καλύψει τις ανάγκες αυτών που βγήκαν από τα ψυχιατρεία αλλά δεν έχουμε διαθέσιμα κρεβάτια για κάποιον που, για παράδειγμα, πάσχει από σχιζοφρένεια, δεν έχει οικογένεια, δεν τον θέλει η οικογένειά του ή δεν έχει πόρους».

Μια ακόμη «τερατώδης» έλλειψη, σύμφωνα με τον αναπληρωτή καθηγητή Κοινωνικής Ψυχιατρικής Στυλιανό Στυλιανίδη, είναι ο χαμηλός αριθμός νοσηλευτών - ο χαμηλότερος στην Ε.Ε. των 27: αντιστοιχούν περίπου τρεις νοσηλευτές για κάθε 100.000 κατοίκους, όταν στην υπόλοιπη Ευρώπη ξεπερνούν τους 25.

Οι συνομιλητές μας συμφωνούν στο ότι και σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει μια νεοφιλελεύθερη επίθεση ενάντια στο κράτος πρόνοιας και σε κάθε δημόσιο σύστημα υγείας -και επομένως ψυχικής υγείας- προς όφελος των ιδιωτικών συμφερόντων. Κάτι που μοιραία οδηγεί στην εμπορευματοποίηση της υγείας. Μόνο που αυτό δεν δίνει συγχωροχάρτι στην ελληνική κυβέρνηση, αφού τουλάχιστον στο εξωτερικό έχουν κατακτήσει εδώ και χρόνια αυτό που στη χώρα μας κινδυνεύει να ματαιωθεί λόγω της υποχρηματοδότησης και της υποστελέχωσης. Βέβαια, οι

προσπάθειες για την εγκατάλειψη της ασυλικής περίθαλψης είχαν ξεκινήσει ήδη από τη δεκαετία του 1950, μισόν αιώνα πριν.

Υπάρχουν όμως μερικές θετικές εμπειρίες που ξεχωρίζουν και έχουν αποδείξει ότι τα ψυχιατρεία δεν χρειάζονται καθόλου, αρκεί να υπάρχει ένα πυκνό δίκτυο υπηρεσιών στην κοινότητα και ο ασθενής να έχει ευκαιρίες κοινωνικής ένταξης.

Στην Ιταλία, με το νόμο Μπασάλια του 1978, και στην Ισπανία, με τον αντίστοιχο του 1986, απαγορεύονται οι εισαγωγές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και ενισχύονται οι κοινοτικές δομές και η δευτεροβάθμια περίθαλψη στα γενικά νοσοκομεία. Στην Ανδαλουσία, με πληθυσμό περίπου όσο η Ελλάδα, 9.200.000 κατοίκους, έχουν κλείσει και τα 7 ψυχιατρικά νοσοκομεία και όλη η περίθαλψη γίνεται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας-κέντρα «κρίσης» στην κοινότητα, που λειτουργούν σε 24ωρη βάση, και ψυχιατρικών κλινών σε γενικά νοσοκομεία. Σε μερικές περιοχές της Ιταλίας πήγαν ακόμη πιο πέρα, αφού δεν χρειάζονται ούτε τις ψυχιατρικές κλίνες στα γενικά νοσοκομεία: λειτουργούν αποκλειστικά με 24ωρες υπηρεσίες διάγνωσης και φροντίδας σε κέντρα ψυχικής υγείας, που νοσηλεύουν και τα ελάχιστα εισαγγελικά περιστατικά. Αλλωστε, χωρίς εναλλακτικές υπηρεσίες το κλείσιμο των ψυχιατρείων αποτελεί βήμα στο κενό. Και είναι ακριβώς αυτό το δυσαναπλήρωτο κενό, του δικτύου ψυχικών υπηρεσιών, στο οποίο χάνονται οι προσπάθειες για ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας.