



ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ
ΛΕΡΟΥ» «THE PSYCHIATRIC
REFORM THROUGH THE EXAMPLE
OF LEROS»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΠΑΡΑΣΚΕΥΑ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΥΛΙΔΗ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΗΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΚΟΝΤΟΓΙΩΡΓΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ



ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ»**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΠΑΡΑΣΚΕΥΑ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΥΛΙΔΗ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΚΟΝΤΟΓΕΩΡΓΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ



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

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Α μέρος – Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	
1. Κεφάλαιο πρώτο	
1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Πρόβλημα.....	9
1.3 Σκοπός ερευνητικής μελέτης.....	10
1.4 Ορισμοί εννοιών.....	10
2. Κεφάλαιο δεύτερο: Ψυχιατρική μεταρρύθμιση	
2.1 Ψυχιατρικά Άσυλα.....	13
2.2 Συνθήκες διαβίωσης στα άσυλα.....	17
2.3 Ίδρυματισμός και Αποιδρυματισμός.....	24
2.4 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	27
2.5 Αποκατάσταση.....	46
3. Κεφάλαιο τρίτο	
3.1 Η στάση της κοινότητας απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.....	49
3.2 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.....	53
3.3 Η στάση της οικογένειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.....	58

4. Κεφάλαιο τέταρτο: Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου	
4.1 Ιστορική Αναδρομή.....	60
4.2 Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου.....	63
4.3 Οι συνθήκες στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.....	66
4.4 Οι πρώτες καταγγελίες για το Ψυχιατρείο της Λέρο.....	69
4.5 Η δημιουργία ξενώνων.....	78
4.6 Παρέμβαση στο 11 ^ο και 16 ^ο περίπτερο.....	79
4.7 Το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου σήμερα.....	87
B μέρος – Ερευνητική μελέτη	
5. Κεφάλαιο πέμπτο: Μεθοδολογία Έρευνας	
5.1 Είδος της έρευνας.....	96
5.2 Ερευνητικές υποθέσεις	97
5.3 Πληθυσμός-Δείγμα.....	97
5.4 Εργαλείο της έρευνας.....	99
5.5 Η διαδικασία της έρευνας.....	102
5.6 Ηθικοί προβληματισμοί και Δεοντολογία.....	103
5.7 Πρόσβαση.....	103
6. Κεφάλαιο έκτο: Παρουσίαση ευρήματος.....	104
Συμπεράσματα.....	126
Προτάσεις.....	127
Βιβλιογραφία.....	128
Παράρτημα.....	132

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε όλους όσους, με τις γνώσεις, τις συμβουλές και τη βοήθειά τους, συνέβαλλαν στη συλλογή του υλικού της πτυχιακής μας εργασίας, καθώς και στη διεξαγωγή της. Ειδικότερα ευχαριστούμε:

- 1. την εισηγήτρια της εργασίας μας, κα Κοντογεώργη Χρυσούλα,*
- 2. τους κατοίκους της Λέρου,*
- 3. την κα Καλανδράνη Ζαφειρούλα (εργαζόμενη του ΚΘΛ),*
- 4. την κα Κωττάκη Αικατερίνη (κοινωνική λειτουργό του ΚΘΛ),*
- 5. την κα Κουφογιάννη Καλλιόπη (κοινωνική λειτουργό του ΚΘΛ),*
- 6. την κα Εμμανουήλ Καλλιόπη (κοινωνική λειτουργό του ΚΘΛ),*
- 7. τον κο Φελούκα Ιωάννη (πρώην υποδιοικητή του ΚΘΛ),*
- 8. τον κο Γεωργίου Ανδρέα (εργοθεραπευτή του ΚΘΛ, πρόεδρο ΚοιΣΠε),*
- 9. τον κο Κουντίδη Χρήστο (υπάλληλο του ΚΘΛ).*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση μέσα από το παράδειγμα της Λέρου, τόσο βιβλιογραφικά όσο και μέσω έρευνας, η οποία έχει σαν στόχο να διερευνήσει τις απόψεις των κατοίκων της Λέρου για τη λειτουργία του Κρατικού Θεραπευτηρίου-Κέντρου Υγείας. Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η εισαγωγή της πτυχιακής μελέτης, ο σκοπός της, το πρόβλημα καθώς και οι εννοιολογικοί ορισμοί. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται μια παρουσίαση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, της ιστορικής αναδρομής των ψυχιατρικών ασύλων και των συνθηκών διαβίωσης τους, του ιδρυματισμού καθώς και των εναλλακτικών δομών για την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Το επόμενο κεφάλαιο περιλαμβάνει μια εκτενή παρουσίαση του Κ.Θ.Λ. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στον στιγματισμό, στη σχέση του με την ψυχική διαταραχή και στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού. Τα δύο τελευταία κεφάλαια αποτελούνται από την ερευνητική μελέτη και τα αποτελέσματά της. Η πτυχιακή μας εργασία ολοκληρώνεται με την εξαγωγή των συμπερασμάτων και με προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

SUMMARY

This study investigates the psychiatric reform through the example of Leros both through literature and research, which aims to explore the views of residents of Leros in the functioning of the State Hospital-Health Center. In the first chapter we introduce the objective of the problem and the conceptual definitions. The second chapter is a presentation of the psychiatric reform, the historic account of psychiatric asylums and their living conditions, the institutionalization and alternative structures for the rehabilitation of the mentally ill. The next chapter contains an extensive presentation of S.H.L. The fourth chapter refers to the stigma, the relationship between mental disorder and the role of social worker. The last two chapters consist of the research study and its results. The thesis concludes with our work on conclusions and suggestions for further research.

A ΜΕΡΟΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Thio (2008), όλοι κάποια στιγμή στη ζωή μας θα νοσήσουμε ψυχικά. Πιθανόν η ασθένεια να είναι τόσο ήπιας μορφής που δεν θα το καταλάβουμε καν. Τι συμβαίνει, όμως, με αυτούς που έρχονται αντιμέτωποι με μία σοβαρή ψυχική διαταραχή;

Το Ψυχιατρείο της Λέρου, που για περισσότερο από τριάντα χρόνια παρέμεινε χωρίς ουσιαστική επιστημονική υποστήριξη, αποτελούσε μια πολύ δυσάρεστη και απάνθρωπη κατάσταση τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους εργαζόμενους σ' αυτό. Η κατάσταση αυτή επικρατούσε μέχρι το 1989, όταν στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 χρηματοδοτούνταν προγράμματα για την αποασυλοποίηση των εγκλείστων του θεραπευτηρίου. Οι πρώτες ομάδες παρέμβασης βρεθήκαν κοντά σε ανθρώπους της Λέρου, πολλοί από αυτούς συνταξιούχοι κρατικοί υπάλληλοι και άλλοι εν ενεργεία. Στο πλαίσιο της ειδικότερης προσέγγισης του προγράμματος, στόχος ήταν η στήριξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με την προώθηση της αποασυλοποίησης και τη δημιουργία κοινοτικών δομών και την παροχή ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών. Πρόκειται για τη μεγαλύτερη προσπάθεια αποασυλοποίησης χρόνιων ψυχικά ασθενών, όπου λαμβάνει χώρα μια δυναμική διαδικασία μετάβασης από το άσυλο στην αυτόνομη ζωή μέσα στην κοινότητα. Η εξασφάλιση υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής στις εξωνοσοκομειακές δομές και η εξάλειψη των συμπτωμάτων της ιδρυματοποίησης ήταν το ζητούμενο. Η Λέρος, βέβαια, είχε υποστεί πολλά πλήγματα λόγω του Κρατικού Θεραπευτηρίου μέσα από την αρνητική διαφήμιση. Μέχρι να φανούν τα πρώτα θετικά αποτελέσματα υπήρχαν ισχυρές αντιδράσεις της τοπικής κοινωνίας για την συνύπαρξη με τους

ψυχασθενείς. Με την πάροδο του χρόνου, όμως, και ύστερα από συνεχή ενημέρωση του πληθυσμού, έγιναν αποδεκτοί. Έτσι, στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τώρα πια έχουν γίνει εντάξεις ασθενών στην τοπική κοινωνία μέσα από μόνιμη διαμονή σε προστατευόμενα διαμερίσματα. Το Ψυχιατρείο της Λέρου έχει πλέον μία άλλη μορφή από το ίδρυμα του χθες. Οι ασθενείς έχουν ενσωματωθεί με τους κατοίκους. Κατάλαβαν, πλέον, ότι η ντροπή του νησιού είναι οι κακοί χειρισμοί του συστήματος που αφορούσε την ψυχική υγεία. Τα προγράμματα, λοιπόν, για τη Λέρο δεν πέτυχαν μόνο το στόχο τους για μεταρρύθμιση του ιδρύματος αλλά κατάφεραν το «ξήλωμα» όλων των θεσμών που το διατηρούσαν, καθώς και τη σταδιακή ανατροπή της ιδρυματικής πραγματικότητας σε όλη την Ελλάδα.

1.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η ψυχική νόσος είναι φαινόμενο, το οποίο παίρνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις. Οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται με προκατάληψη και οδηγούνται στο περιθώριο. Χαρακτηρίζονται ως «άνθρωποι ενός κατώτερου θεού». Στην περιθωριοποίηση των ψυχικά ασθενών συμβάλλουν και τα ψυχιατρικά ιδρύματα αφού θεωρείται ότι η κλειστή ιδρυματική περίθαλψη είναι κάτι απαρχαιωμένο που ενθαρρύνει την ανάπτυξη ρατσιστικών αντιλήψεων. Οι ενδιάμεσες δομές αποκατάστασης εμφανίστηκαν ως μια ελπίδα για τους ψυχικά ασθενείς ώστε να αντιμετωπιστεί ο κοινωνικός στιγματισμός. Το μεγάλο ζητούμενο είναι κατά πόσο η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών συμβάλλουν τελικά στην βελτίωση της ζωής των ψυχικά ασθενών. Όσοι πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή έχουν δικαιώματα, τους αξίζει να ζουν ανεξάρτητοι στην κοινωνία και να ξεφύγουν από το «κελί» του ιδρύματος.

1.3. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της ερευνητικής μας μελέτης είναι η παροχή χρήσιμων πληροφοριών σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η παρουσίαση σημαντικών στοιχείων για ένα από τα πιο γνωστά ψυχιατρεία, το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, το οποίο έχει δεχθεί τη διεθνή κατακραυγή, η καταγραφή της κατάστασης του πριν τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση αλλά και μετά από αυτήν. Επιπλέον σκοποί μας είναι να γίνει μελέτη σχετικά με τον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών και με την άποψη των κατοίκων του νησιού για τη λειτουργία του Κ.Θ.Λ. Τελικός σκοπός της εργασίας μας είναι, μέσα από το παράδειγμα της Λέρου, να κατανοήσουμε τη συμβολή των εναλλακτικών ψυχιατρικών δομών στην ψυχική ασθένεια.

1.4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

- «Ψυχικά ασθενής: το άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή στη σκέψη, το συναίσθημα, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά». (Μάνος, 1997, σελ.17)
- «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: η αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο». (Κονταξάκης, 2005, σελ.51)
- «Ποιότητα ζωής: ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος, σε διαφορετικές συνθήκες ζωής, σχετίζεται και επικοινωνεί με τον εαυτό του, με τους άλλους και με το περιβάλλον». (Dufaker, 1994)
- «Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: μια συνεχής δυναμική διαδικασία που αρχίζει με τη διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την

τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής». (Μαδιανός, 2000, σελ.190)

- «Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ): η μονάδα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής». (Κονταξάκης, 2005, σελ.55)
- «Ίδρυματισμός: η ψυχοπαθολογική κατάσταση που εμφανίζεται μετά από μακρόχρονη νοσηλεία ενός ασθενούς σε άσυλο». (Μαδιανός, 2000, σελ.187)
- «Αποιδρυματοποίηση: η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα». (Κονταξάκης, 2005, σελ.51)
- «Κοινωνική Ψυχιατρική: ο κλάδος της ψυχιατρικής που ασχολείται με τις κοινωνικές παραμέτρους που υπεισέρχονται στην αιτιοπαθογένεια, την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, συμπληρώνοντας τις κλασικές αρχές της κλινικής ψυχοπαθολογίας και τις νεότερες γνώσεις της βιολογικής ψυχιατρικής». (Κονταξάκης, 2005, σελ.49)
- «Κοινοτική Ψυχιατρική: η πρακτική πλευρά της κοινωνικής ψυχιατρικής. Απαραίτητη προϋπόθεση εφαρμογής της είναι η ανάπτυξη πλέγματος υπηρεσιών για την πρόληψη, την αντιμετώπιση και την αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε κοινοτικό πλαίσιο». (Κονταξάκης, 2005, σελ.49)
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε): πρόκειται για μια νέα μορφή επιχειρηματικότητας, η οποία περιλαμβάνει δημιουργικά εργαστήρια και φιλοδοξεί να δώσει καινοτόμες και δυναμικές λύσεις στο πρόβλημα της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

- «Στάση: σύμφωνα με τον G. W. Allport (1935), είναι μια νοητική νευρική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσω των εμπειριών, που ασκεί κατευθυντήρια ή δυναμική επίδραση στις αποκρίσεις του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τα οποία αυτή σχετίζεται». (Νασιάκου, Χαντζή, Φατούρου-Χαρίτου, 2004, σελ. 40)
- «Διάκριση: οποιαδήποτε συμπεριφορά άνισης αντιμετώπισης ατόμων ή ομάδων που έχει σαν κριτήριο την κατηγορία στην οποία ανήκει το άτομο ή η ομάδα». (Stroebe & Insko, 1989)
- «Προκατάληψη: υποδηλώνει μια αρνητική έννοια που προκαλεί αντιδράσεις, οι οποίες συνδέονται με ένα αίσθημα ανασφάλειας. Μέσα από αυτές τις αντιδράσεις διαφαίνονται φανατισμός, στενοκεφαλιά, φυλετισμός, φόβος και μίσος. Η λέξη αυτή κάνει τους ανθρώπους να λένε: «Όχι εγώ! Εγώ δεν έχω προκαταλήψεις». Κι όμως, είναι αδύνατον να υπάρξει άνθρωπος απόλυτα απαλλαγμένος από προκαταλήψεις». (Ιωαννίδου-Johnson, 1998, σελ.13)
- «Στερεότυπα: σύμφωνα με τους Stroebe και Insko (1989), είναι ένα σύνολο πεποιθήσεων που αφορούν τα προσωπικά χαρακτηριστικά μιας ομάδας ανθρώπων» (Νασιάκου, Χαντζή, Φατούρου-Χαρίτου, 2004, σελ.104)
- Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης Ψυχαργός: σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου ο παρεχόμενος ασυλιακός τύπος περίθαλψης μετατρέπεται σε κοινοτική φροντίδα. Το Ψυχαργός περιλαμβάνει ξενώνες φιλοξενίας και εργαστήρια, προκειμένου ο ασθενής να ζει και να εργάζεται στον τόπο του.

2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

2.1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΑΣΥΛΑ

Ήδη από τα προϊστορικά χρόνια διατυπώθηκαν θεωρίες και απόψεις που αφορούν στην ψυχή. Πολλές θρησκείες, λαοί, ιστορικά πρόσωπα και φιλόσοφοι ασχολήθηκαν με την προέλευσή της, τις λειτουργίες της, τη σύστασή της. Αυτό, όμως, που προβλημάτισε και απασχολεί μέχρι σήμερα είναι η νόσος της ψυχής και η αντιμετώπισή της.

Τον 4^ο π.χ. αιώνα αναπτύσσεται η Ιπποκρατική άποψη για την ψυχική ασθένεια, η οποία είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών (αίματος, μαύρης και κίτρινης χολής και φλέγματος). Οι Ιπποκρατικοί εφάρμοσαν στη θεραπευτική πράξη τις κλινικές τους παρατηρήσεις όπως την ερμηνεία των ονείρων, την παραμονή σε ιερά όπως του Απόλλωνα στους Δελφούς κλπ. Η έννοια του εγκλεισμού των ψυχοπαθών αναπτύσσεται για πρώτη φορά στους νόμους από των Πλάτωνα. Ο ψυχικά ασθενής καταδικαζόταν από τον δικαστή σε φυλάκιση πέντε χρονών με την απαγόρευση να μην έχει καμία επαφή με την κοινότητα. Η απελευθέρωση του θα γινόταν μόνο αν είχε βελτιώσει τη συμπεριφορά του, αλλιώς θα θανατωνόταν. (Μαδιανός, 1994)

Πολύ αργότερα, περί τον 3^ο μ.χ. αιώνα, ο Σωράνος και ο Αρεταίος αναπτύσσουν ανθρωπιστικές απόψεις περί θεραπείας των ψυχοπαθών. Οι ψυχικά ασθενείς διέμεναν σε δωμάτια όπου επικρατούσε ησυχία και δεν γινόντουσαν επισκέψεις των συγγενών τους και έπαιζαν τραγωδίες ή κωμωδίες. Ο Σωράνος απαγόρευε τη χρήση αλυσίδων και τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών σε σκοτεινούς χώρους, διότι έτσι χειροτερεύει η κατάσταση τους. Οι ψυχοασθενείς πρέπει να διαμένουν σύμφωνα με την άποψη του σε μέτρια φωτισμένα δωμάτια, με μέση θερμοκρασία και ασφάλεια. Για μην αναστατωθούν οι ψυχικά άρρωστοι απαγορευόταν οι επισκέψεις και οι έξοδοι τους.

Τον 6^ο μ.Χ αιώνα, οι Άραβες εγκλείουν τους ψυχοασθενείς σε ειδικούς χώρους όπου επικρατούν ανθρώπινες συνθήκες. Στα Βαλκάνια παρατηρείται μια διαφορετική στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, που

είναι ενδεικτική της διαφορετικής κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης και των διαφορετικών θρησκευτικών αντιλήψεων της περιοχής σε σχέση με αυτές της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης. Τον κύριο ρόλο στην αντιμετώπιση και την περίθαλψη των πασχόντων και των οικογενειών τους έπαιξε η ορθόδοξη χριστιανική εκκλησία. Στους βυζαντινούς χρόνους οι ψυχοπαθείς που δεν παρουσίαζαν δαιμονοκρατία, γίνονταν πολύ συχνά αντικείμενο σεβασμού και φροντίδας ως φορείς θείου μηνύματος και γι' αυτόν τον λόγο ζούσαν ελεύθεροι με τη φροντίδα συχνά ολοκληρωμένων μονών. Σε περιπτώσεις εκδηλώσεως ψυχικών διαταραχών οι οικογένειες των ψυχοπαθών απευθύνονταν σε ειδικούς θρησκευτικούς χώρους όπως εκκλησιές και μοναστήρια που είχαν τη φήμη της θαυματικότητας για εξορκισμούς. (Πλουμπίδης, 1989)

Τα ψυχιατρικά άσυλα δημιουργήθηκαν στην Ευρώπη τη χρονική περίοδο μεταξύ των τελών του 18^{ου} και των αρχών του 19^{ου} αιώνα. Πρόκειται για τη χρονική στιγμή κατά την οποία για πρώτη φορά, ψυχιατρικοί ασθενείς συγκεντρώθηκαν μαζί με άλλες κοινωνικές ομάδες που περιθωρίου και εγκλείστηκαν σε ολοκληρωτικά ιδρύματα αποτελώντας τον μοναδικό τρόπο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας.

Παρόλα αυτά, από το 1409 υπήρχαν ήδη κάποια στη Βαλένθια, στην Ισπανική χερσόνησο. Τον 8^ο αιώνα στη Γαλλία, Γερμανία, Αγγλία μετατρέπονταν πύργοι σε φρενοκομεία. Στο Λονδίνο το 1247, στο μοναστήρι της Αγίας Μαρίας της Βηθλεέμ εισάχθηκε ο πρώτος ψυχικά ασθενής και το 1330 το μοναστήρι λειτουργούσε ως νοσοκομείο. Στην Ρωσία το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο ιδρύθηκε στο Νοβγκόροντ το 1762 και το 1776 στη Μόσχα και στην Αγία Πετρούπολη. Τον 14^ο αιώνα υπήρχαν άσυλα στο Metz, στην Ουψάλα, στο Bergamo, στη Φλωρεντία.

(Μαδιανός, 1994)

«Τριάντα χρόνια μετά την ανάκτηση της ανεξαρτησίας του, το ελληνικό κράτος δεν έχει στην ιδιοκτησία του κανένα ειδικό ίδρυμα για την περίθαλψη των ψυχασθενών του, καθώς τα μόνα ψυχιατρεία που υπήρχαν βρίσκονταν υπό οθωμανική κυριαρχία στην Κωνσταντινούπολη». (Blue, 1999, σελ 60). Στις αρχές του 1860 η έλλειψη εγκαταστάσεων ανάγκασε την ελληνική κυβέρνηση να πληρώνει 320 δραχμές μηνιαία σε μοναστήρια

για τη φροντίδα είκοσι ενός από τους 422 ψυχικά ασθενείς που υπήρχαν στο κράτος. τα μοναστήρια αυτά δεν πρόσφεραν τακτικά ιατρικές υπηρεσίες και λειτουργούσαν σαν μικρής κλίμακας άσυλα. Τα έξοδα κινητοποίησαν τον υπουργό Εσωτερικών να θέσει στη Βουλή το ζήτημα της περίθαλψης. Το 1862, η Βουλή ψήφισε τους νόμους που επρόκειτο να διέπουν την ελληνική ψυχιατρική για περισσότερα από τα εκατό επόμενα χρόνια. Η εθνική ψυχιατρική νομοθεσία ανέφερε ότι το ψυχιατρείο έπρεπε να βρίσκεται υπό κρατική επίβλεψη έτσι να παρέχει εγγύηση προς τις οικογένειες για την ασφάλεια των ασθενών και να εξασφαλίζεται η συντήρηση του ψυχιατρείου με δημόσιες δαπάνες. (Blue, 1999)

Την πρώτη ή ιστορική περίοδο, που αρχίζει από τη δημιουργία του ελληνικού κράτους έως το 1914, την χαρακτηρίζει η απουσία πολιτειακής σταθερότητας και η έλλειψη οικονομικών πόρων. Το ελληνικό κράτος προσπαθεί να οργανώσει τους τομείς της άμυνας, της διοίκησης και της εξωτερικής πολιτικής και να δημιουργήσει απαραίτητη υποδομή ώστε να οργανώσει αποτελεσματικά την υγειονομική του περίθαλψη. Οι παρεμβάσεις του ελληνικού κράτους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ελληνικού πληθυσμού αφορούν την εξασφάλιση των ανύπαρκτων νομοθετικών προϋποθέσεων, την οργάνωση και λειτουργία υγειονομικών υπηρεσιών. Έτσι το κράτος είναι αδύναμο να υλοποιήσει πολιτικές υγείας που αφορά όλους τους ασθενείς. Η περίθαλψη που προσφέρεται στους ψυχικά ασθενείς αποτελείται από δίκτυο ιδρυμάτων που υποστηρίζονται από την εκκλησία, τους δήμους και τις κοινότητες που ανθούν οικονομικά και από πλούσιους φιλόανθρωπους. Εκείνη την εποχή ιδρύονται νοσοκομεία, των οποίων τμήματα αποτελούν και οι ψυχιατρικές πτέρυγες, σε ανθούσες οικονομικά πόλεις όπως τη Σύρο, τον Πειραιά κλπ, όπου η διοίκηση τους ασκείται από ιδιώτες. (Μπιλανάκης, 2004)

«Το 1934 ψηφίστηκε ο νόμος 6077, ο οποίος επέβαλε δύο μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Η πρώτη μεταρρύθμιση ήταν η μετατροπή των δημόσιων ψυχιατρείων (Αθήνας, Κέρκυρας, Θεσσαλονίκης και Σούδας) σε αγροτικές αποικίες ψυχοπαθών. Η δεύτερη μεταρρύθμιση αναφερόταν στη διοικητική οργάνωση των δημόσιων ψυχιατρείων, η οποία περιλάμβανε μεταξύ άλλων

τις κατηγορίες του προσωπικού καθώς και τη σύνθεση του διοικητικού συμβουλίου». (Blue, 1999, σελ.71-72)

Αρκετά χρόνια αργότερα από την δημιουργία του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους, οι ψυχιατρικά ασθενείς τριγυρούσαν ελεύθεροι στους δρόμους ή προσέφευγαν στις εκκλησίες και τα μοναστήρια αναζητώντας τη θεραπεία τους. Ήταν διαδεδομένη η αναζήτηση <<γιατρείας της ψυχής>> στα εκκλησιαστικά ιδρύματα. Εκείνο τον καιρό πίστευαν πως οι εκκλησίες και τα μοναστήρια θα επαναφέρουν την υγεία τους. Τα εκκλησιαστικά ιδρύματα λειτουργούσαν ως χώροι θεραπείας και λόγω έλλειψης δομών ως άσυλα. Αυτό συνεχίστηκε έως την δεκαετία του 1920. Οι θεραπευτικές πρακτικές που χρησιμοποιούνταν στα εκκλησιαστικά ιδρύματα ήταν η απομόνωση του ψυχοπαθούς από την οικογένεια του, η διανομή του σε ξενώνες ή μέσα στην εκκλησία, η αυστηρή νηστεία, η υποχρεωτική παρουσία του στις λειτουργίες, το διάβασμα προσευχών, οι εξορκισμοί, η επαφή του σώματος με το σταυρό, το δέσιμο του ψυχοπαθούς από κρίκους σε ειδικό χώρο, η χρήση ζουρλομανδύα και το αλυσόδενα. Ο αριθμός των ασθενών στα μοναστήρια δεν ήταν σταθερός αλλά εναλλασσόμενος και δεν μπορεί παρά να ήταν ελάχιστος διότι ο συνολικός αριθμός των ψυχοπαθών το 1860, ήταν 420, σύμφωνα με απογραφή που έγινε από επαρχιακούς γιατρούς μετά από διαταγή του προσωπικού γιατρού του Άθωνα και διευθυντή του τμήματος υγιεινής του Υπουργείου Εσωτερικών και λάμβαναν μέτρα σε βάρος του ασθενή μόνο αν είχε ενοχλήσει υπερβολικά το περιβάλλον του. (Πλουμπίδης, 1989)

2.2. ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΣΤΑ ΑΣΥΛΑ

Ο Goffman (στους Pilgrim, Rogers, 2004) αποκαλεί το ψυχιατρικό νοσοκομείο έναν <<ολοκληρωτικό θεσμό-ίδρυμα>>, ο οποίος είναι ένας χώρος διαμονής με μεγάλο αριθμό ατόμων απομονωμένων από την ευρύτερη κοινωνία. Μ' αυτόν τον όρο εστιάζεται η προσοχή στην εσωτερική δομή και καθημερινή ρουτίνα των ασύλων και όλων των παρόμοιων ιδρυμάτων. Επίσης, η απομάκρυνση των τρόπων και προτύπων της καθημερινής δραστηριότητας και των μέσων που καθορίζουν την ταυτότητα του ατόμου, καθορίζει την κοινωνική ζωή του ατόμου. Υπάρχουν τέσσερις τύποι ολοκληρωτικών ιδρυμάτων:

1. Ιδρύματα που φροντίζουν τους ανήμπορους, τους ανίκανους και τους ακίνδυνους, όπως γηροκομεία, εστίες φτωχών και ορφανοτροφεία.
2. Ιδρύματα που φροντίζουν τα άτομα που θεωρούνται ανίκανα να φροντίσουν τον εαυτό τους και εκλαμβάνονται ως απειλή για την κοινότητα, όπως ψυχιατρεία και σανατόρια για άτομα που πάσχουν από φυματίωση.
3. Ιδρύματα που προστατεύουν την κοινότητα από τον κίνδυνο που η ίδια θεωρεί ότι στρέφεται εναντίον της και όπου σ' αυτά τα ιδρύματα η καλή διαβίωση των τροφίμων δεν είναι κύριο μέλημα, όπως φυλακές και στρατόπεδα αιχμαλώτων.
4. Ιδρύματα που χρησιμοποιούνται από άτομα τα οποία αποφασίζουν να αποξενωθούν από τον κόσμο για κάποια εργασία, όπως σχολές με οικοτροφεία και στρατόπεδα εργασίας.

Τα χαρακτηριστικά του ολικού ιδρύματος είναι τα εξής:

- Ø Όλες οι πλευρές της ζωής διεξάγονται στο ίδιο μέρος, κάτω από την ίδια μοναδική εξουσία.
- Ø Κάθε φάση της ημερήσιας δραστηριότητας διεξάγεται με την παρουσία των άλλων οι οποίοι αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο και απαιτείται από αυτούς να εκτελούν μαζικά όλες τις ενέργειες.

Ø Οι διάφορες επιβεβλημένες δραστηριότητες συγκεντρώνονται μαζί σ' ένα μοναδικό, ορθολογικό σχέδιο, το οποίο έχει σχεδιαστεί αποσκοπώντας στην εκπλήρωση των στόχων του ιδρύματος.

Ø Οι τρόφιμοι τυπικά ζουν μέσα στο ίδρυμα και έχουν περιορισμένη επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον.

Τα ολοκληρωτικά ιδρύματα προκαλούν μέσω συγκεκριμένων μηχανισμών σοβαρές δευτερογενείς βλάβες και αναπηρίες που οδηγούν στην κοινωνική εξαθλίωση των τροφίμων. Οι βλάβες αυτές είναι τέτοιας βαρύτητας, όπου συνθέτουν ένα ιδιαίτερο σύνδρομο, αυτό του ιδρυματισμού και αναδεικνύει μια διαφορετική εικόνα για τον τρόφιμο, αυτή του χρόνιου έγκλειστου, η οποία περιλαμβάνει την απώλεια ενδιαφέροντος, το αργό και μονότονο βάδισμα με σκυφτό το κεφάλι και βλέμμα χαμένο.(Goffman, 1994)

Τον 19^ο αιώνα οι συνθήκες στα άσυλα δεν ήταν ικανοποιητικές. Οι ψυχασθενείς βρισκόντουσαν σε χώρους όπου υπήρχαν άχυρα στο δάπεδο, ήταν δεμένοι με αλυσίδες, γεμάτοι ακαθαρσίες, με ελάχιστη τροφή και όσοι ήταν ανήσυχoi παρέμεναν σε κλουβιά. (Μαδιανός,1994)

Το προσωπικό του ψυχιατρείου αντιμετωπίζει τους τροφίμους χωρίς σεβασμό και ως αντικείμενα που δεν αισθάνονται. Το προσωπικό μπορεί να μπαίνει στα δωμάτια τους και να ψάχνει τα πράγματα τους, να παρακολουθούν την αφόδευση τους. Η ατμόσφαιρα στα ψυχιατρεία πολλές φορές είναι άσχημη και επικρατεί μια έντονη μυρωδιά από τσιγάρα και ούρα. Οι τρόφιμοι κάνουν μπάνιο εναλλάξ ή όλοι μαζί, δέχονται κακοποίηση και ιατρική αμέλεια.

Η ανικανότητα του προσωπικού και η απάνθρωπη μεταχείριση που έχουν προς τους έγκλειστους δημιουργεί συγκεκριμένες απροσδόκητες συνέπειες. Πρώτον, οι ασθενείς εκδηλώνουν συμπτώματα που το προσωπικό τα θεωρεί ως αίτια της ψυχικής ασθένειας, αλλά στην πραγματικότητα οφείλονται στις δικές του ενέργειες. Όπως όταν το προσωπικό γδύνει τους ασθενείς και τους κλείνει στην απομόνωση, μπορεί να ξεσκίσουν τα στρώματα. Δεύτερο, μερικοί ασθενείς εμφανίζουν την κατάσταση της ιδρυματοποίησης λόγω του εγκλεισμού τους στο ίδρυμα και χαρακτηρίζεται από απελπισία, απώλεια πρωτοβουλίας και ανικανότητα λειτουργίας. Τρίτο, όσον αφορά την ψυχική ασθένεια οι επαγγελματίες του

ιδρύματος είναι λιγότερο ικανοί από τους ψυχικά ασθενείς. Το προσωπικό δεν περνάει πολύ χρόνο κοντά στους ψυχικά πάσχοντες, με συνέπεια να μην μπορεί να τους δει ως ολοκληρωμένους ανθρώπους. Αντίθετα οι τρόφιμοι ζώντας ο ένας κοντά στον άλλον, σε καθημερινή βάση, μπορούν να κατανοούσουν τη συμπεριφορά ο ένας του άλλου και τη ψυχική νόσο. (Thio, 2008)

«Οι πρώτες σοβαρές εκδηλώσεις μέριμνας για την ψυχιατρική περίθαλψη από μέρους της Ελληνικής Πολιτείας εμφανίσθηκαν τριανταπέντε χρόνια μετά τη δημιουργία του ελληνικού κράτους και αφορούσαν την κατάθεση του πρώτου νόμου σχετικά με την ψυχιατρική περίθαλψη, καθώς και την ανάληψη πρωτοβουλιών με στόχο την ίδρυση φρενοκομείου». (Μπιλανάκης, 2004, σελ.24) Στις 19 Μαΐου του 1862 δημοσιεύτηκε το πρώτο ψυχιατρικό υγειονομικό νομοθέτημα, ο νόμος ΨΜΒ «Περί συστάσεως φρενοκομείων».

Η Ελλάδα απέκτησε την πρώτη της ψυχιατρική μονάδα στην Κέρκυρα το 1838, <<εν Κέρκυρα φρενοκομείο>>, όπου ιδρύθηκε με διάταγμα του Βρετανού διοικητή των Ιονίων νήσων E.Douglas. το 1836 είχαν αρχίσει να καταφθάνουν οι πρώτοι άρρωστοι από την περιοχή του νησιού όπου γρήγορα αυξήθηκαν. Το ίδρυμα της Κέρκυρας ήταν το πιο προχωρημένο κοινωνικά και ενσωματωμένο στο Δυτικό Ευρωπαϊκό χώρο κομμάτι της Ελληνικής Επικράτειας. Οι πρώτοι γιατροί ήταν Βρετανοί.

Την 1 Οκτωβρίου του 1887 πραγματοποιούνται τα εγκαίνια του Δρομοκαϊτίου θεραπευτηρίου, το οποίο ήταν το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στο ελληνικό κράτος. Το ίδρυμα αποτελούταν από τέσσερα κτίρια (ανωτέρων θέσεων ανδρών, ανωτέρων θέσεων γυναικών, ανήσυχων ανδρών και ανήσυχων γυναικών), με 110 κλίνες. Δύο ψυχιατρικά άσυλα το 1750-60 στη Χίο και το 1908 το άσυλο φρενοπαθών Κυκλάδων στην Ερμούπολη της Σύρου έπαψαν να λειτουργούν με την ίδρυση της αποικίας ψυχοπαθών της Λέρου το 1958. (Μπιλανάκης, 2004)

Αργότερα άρχισαν να ιδρύονται οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Η πρώτη ελληνική ιδιωτική κλινική δημιουργήθηκε το 1904 στην Αθήνα από τον Σιμωνίδη Βλαβιανό και ονομάζονταν «Νοσοκομείων νευρικών νοσημάτων, Maison de Sante». Το 1918 ο Βλαβιανός νοίκιασε την κλινική σε άλλους ψυχιάτρους. Το 1941 στην Αθήνα λειτουργούσαν 11 ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές και 1 νευρολογική όπου είχαν δυναμικότητα 293

κρεβάτια. Νομοθετικά αντιμετωπίστηκαν 20 χρόνια μετά την ίδρυση τους με το νόμο που ψηφίστηκε το 1923. Η ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών ευνοήθηκε από την κακή φήμη που είχαν τα δημόσια ψυχιατρεία και την αύξηση των ασθενών που χρειαζόντουσαν νοσηλεία. (Μπιλανάκης, 2004)

Η Μικρασιατική καταστροφή και τα ακόλουθα της, οι πρόσφυγες, η ανεργία και η κοινωνική εξαθλίωση αύξησαν σοβαρά τον αριθμό των ατόμων που υπήρχαν στο άσυλο της Αγίας Ελεούσας. Όταν οι ασθενείς της Αγίας Ελεούσας έφτασαν τους 400, τότε στήθηκαν τα πρώτα ξύλινα παραπήγματα στο Δαφνί. Η επιλογή του Δαφνίου σαν χώρος για την εγκατάσταση ψυχιατρείου έγινε διότι εκεί κοντά υπήρχε η μονή Δαφνίου που το 1833-1835 λειτουργούσε ως χώρος θεραπείας ψυχοπαθών. Το 1936 σταματά να λειτουργεί το άσυλο της Αγίας Ελεούσας και μεταφέρονται στο Δαφνί άλλοι 200-250 ασθενείς. (Μπιλανάκης, 2004)

Κατά τη διάρκεια του πολέμου το 1940 οι Γερμανοί απειλούσαν να ανατινάξουν τα ψυχιατρεία μέσα στα οποία θα ήταν και οι ασθενείς. Επικρατούσε ένα χάος και η ιατρική βοήθεια ήταν αδύναμη. Μερικά μέλη του προσωπικού έκρυβαν αγωνιστές της Αντίστασης από τους Γερμανούς και τους παρουσίαζαν σαν ψυχασθενείς. Άλλοι δήλωναν με δική τους πρωτοβουλία πως ήταν ασθενείς ώστε να αποφύγουν τη φυλάκιση. (Blue, 1999)

Τη δεκαετία του 50' υπάρχει πρόβλημα υπερπληρότητας στα δημόσια ψυχιατρεία και η προσθήκη κρεβατιών είναι αδύνατη. Η αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελείται από την απόφαση της κυβέρνησης να δημιουργηθεί η Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου το 1958. (Μπιλανάκης, 2004)

Στην μεταπολεμική περίοδο (1950-1980), το δίκτυο των ψυχιατρείων της χώρας εξαπλώθηκε. Οι ιδιωτικές κλινικές πλήθαιναν. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που υπήρχε εκείνη την εποχή ήταν ελάχιστη. Η ελληνική ψυχιατρική ακολουθούσε άλλες ψυχιατρικές της εποχής για τη χρήση ψυχότροπων ουσιών για την θεραπεία. Δραστήρια άτομα από το προσωπικό πήραν την πρωτοβουλία να βελτιώσουν τις συνθήκες του ψυχιατρείου. (Blue, 1999)

Σύμφωνα με τον Μπιλανάκη (2004), τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα είχαν ως στόχο τον εγκλεισμό των <περιθωριακών, των αλητών,

των τοξικομανών, των επικίνδυνων δια την δημόσια ασφάλεια και τάξιν>. Ο αριθμός των εγκλείστων λόγω κοινωνικοπολιτικών συνθηκών όπως πόλεμος και προσφυγιά, αυξάνεται και οι συνθήκες φτώχειας και ανεργίας κορυφώνονται. Την επόμενη χρονική περίοδο τα άσυλα αποκτούν ιατρικό χαρακτήρα και στόχο έχουν την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των ψυχοπαθών και από άσυλα γίνονται ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Η πορεία του ψυχικά ασθενή στο ψυχιατρείο όπως αυτό διαμορφώνεται στη σημερινή του μορφή αποτελείται από τρεις φάσεις: η νοσοκομειακή φάση, η οποία είναι η περίοδο πριν την είσοδο του στο ίδρυμα, η ενδονοσοκομειακή φάση, η οποία είναι η περίοδος μέσα στο νοσοκομείο και η μετανοσοκομειακή φάση, η οποία είναι η περίοδος του ασθενή μετά την απόλυση από το νοσοκομείο. Συνήθως επικρατούν οι δυο πρώτες φάσεις. Στο ψυχιατρικό νοσοκομείο καθώς εισάγονται οι ασθενείς περνούν από την φάση της <<νέκρωσης του εαυτού>>. Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στερείται την προηγούμενη ταυτότητα του, τα ρούχα του αντικαθίστανται από πυτζάμες και προσωπικά του είδη αφαιρούνται. Αυτός ο τρόπος εισαγωγής στο ψυχιατρικό νοσοκομείο αναφέρεται από τον Goffman «ως τελετή καθαίρεσης». Κατά την εισαγωγή των ψυχασθενών στα ψυχιατρικά άσυλα στοιχεία που αφορούν την κοινωνική θέση συλλέγονται σ' έναν φάκελο που είναι διαθέσιμος στο προσωπικό. Μερικοί τρόφιμοι δεν γνωρίζουν καν την ταυτότητα τους και έτσι δυσκολεύονται να παρουσιάσουν την εικόνα τους στους υπόλοιπους. Πολλές φορές οι τρόφιμοι έρχονται σε στιγμές όπου εκλιπαρούν για ασήμαντα πράγματα όπως ένα τσιγάρο ή ένα ποτήρι νερό, σε εξευτελιστική μεταχείριση από το προσωπικό με βρισιές και βία. Αρκετές φορές αντικρίζουν ακάθαρτες τροφές, βρώμικα καταλύματα, λερωμένα ρούχα, πετσέτες και ρυπαρές τουαλέτες. Ο τρόφιμος έρχεται σε μια κατώτερη θέση από αυτήν που είχε κοινωνικά έξω από το ίδρυμα. Ο ψυχικά ασθενής φτιάχνει συχνά μια ιστορία για την μοίρα του που επαναλαμβάνει, δίνοντας λόγο για την παρούσα κατάσταση του (Goffman, 1994)

Πίνακας 1. Χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων

ΙΔΡΥΜΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΧΡΟΝΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Μέσα στην πόλη	1838
Άσυλο Κεφαλονιάς	Αργοστόλι	1840
Σκυλίτσειο Νοσοκομείο	Μέσα στην πόλη	1886
Δρομοκαίτειο	Χαϊδάρι	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη	1906
Η πρώτη ιδιωτική κλινική	Αθήνα(Πατήσια)	1904
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χίρς	Στην πόλη της Θεσ\νίκης	1908
Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγειο Κεφαλληνίας	Ληξούρι	1910
Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο	1914
Άσυλο Αγίας Ελεούσης	Καλλιθέα	1919
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί	Δαφνί	1934
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ\νίκης	Σταυρούπολη	1946
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσ\νίκης	Σταυρούπολη	1950
Παιδοψυχιατρικό	Πεντέλη	1958

Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης		
Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου	Λέρος	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	Τρίπολη	1967
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	Πέτρα Ολύμπου	1971
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	Σούδα	1971

Πηγή : Μ. Μαδιανός, (1994). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, σελ.181

2.3. ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ

Το πρόβλημα της ιδρυματικής ψυχιατρικής περίθαλψης αποτελεί μείζον θέμα. Ο ιδρυματισμός εκφράζει μια ψυχοπαθολογική κατάσταση που εμφανίζεται μετά από μακρόχρονη νοσηλεία του έγκλειστου σε άσυλο. Ο ασθενείς χαρακτηρίζεται από παθητική συμπεριφορά και αδιαφορία για τον εαυτό του. Η συμπεριφορά του ιδρυματισμού περιλαμβάνει την απομόνωση, την επιθετικότητα, την άρνηση εργασίας και τη τάση αυτοκαταστροφής. Με την είσοδο στο ψυχιατρείο ο χρόνιος ψυχωτικός ασθενείς εμφανίζει ένα σύνδρομο το οποίο έχει ως βασικά στοιχεία την μειωμένη εκτίμηση του Εγώ, την αδυναμία διάκρισης τους, την κοινωνική ετικετοποίηση του ασθενούς ως επικίνδυνο άτομο, την μάθηση του ρόλου του χρόνιου ασθενούς, την αδυναμία εργασίας και την ταύτιση με το περιθώριο. (Μαδιανός, 2000)

Οι χρόνιοι ψυχωτικοί άρρωστοι που παραμένουν στο άσυλο για μεγάλο χρονικό διάστημα χάνουν βαθμιαία τη λειτουργικότητα τους, γίνονται απρόσωποι, αδιάφοροι, παθητικοί για ότι γίνεται γύρω τους. Παράλληλα ενισχύεται η τάση τους για απόσυρση και για εκδήλωση νοσηρής συμπεριφοράς, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την περαιτέρω έκπτωση της λειτουργικότητας τους. Οι ασθενείς του ιδρύματος σε καθημερινή βάση βιώνουν την ιδρυματική ρουτίνα, η οποία μεταφράζεται στο πρωινό ξύπνημα, τη βόλτα στο προαύλιο, την αναζήτηση τσιγάρου, το φαγητό, τα φάρμακα και τέλος τον ύπνο για να ακολουθήσει ξανά ο αιώνια επαναλαμβανόμενος νοσηρός κύκλος. Επίσης, ο ιδρυματικός χώρος δεν αφήνει πολλά περιθώρια για να μείνει κανείς μόνος και να εκφράσει τις προσωπικές πλευρές της ζωής, οι οποίες γίνονται δημόσιες και ελεγχόμενες, ενώ παράλληλα κανένα αντικείμενο ή χώρος δεν θεωρούνται προσωπικά. (Μαδιανός, 2000)

Η ιδρυματική συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα της παραμονής των έγκλειστων στο άσυλο, συμπεριφορά που έχει θεωρηθεί ως συμπτωματολογία της ψυχικής ασθένειας. Αυτή η θεωρία εφιστά την

προσοχή στο γεγονός ότι οι σχέσεις τροφίμων-προσωπικού δεν πρέπει να αγνοούνται και ότι η εκφοβιστική συμπεριφορά του προσωπικού έναντι των αρρώστων είναι έμφυτη σε τέτοια καθεστάτα. (Barton, 1959)

Τα αίτια που προκαλούν τον ιδρυματισμό σύμφωνα με τον Barton (1959), είναι:

- Έλλειψη επαφής με τον έξω κόσμο
- Επιβεβλημένη παθητικότητα
- Βίαιη συμπεριφορά
- Εξουσιαστική στάση του προσωπικού
- Έλλειψη προσωπικών φίλων, αντικειμένων, προσωπικών γεγονότων
- Φαρμακευτική αγωγή
- Ατμόσφαιρα τμήματος
- Έλλειψη προοπτικής

Η αποϊδρυματοποίηση θεωρείται η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα, εφόσον οι ασθενείς έχουν ετοιμαστεί κατάλληλα, και η τοποθέτηση τους στην κοινότητα. Για την επιτυχία των προγραμμάτων της αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης των χρόνιων ασθενών απαιτούνται κάποιες απαραίτητες προϋποθέσεις, οι οποίες είναι η σωστή επιλογή των ασθενών, η λειτουργία πλέγματος υπηρεσιών κοινωνικής και ψυχιατρικής μέριμνας στην κοινότητα.(Κονταξάκης,2005) Έχει ανθρωπιστικούς στόχους και ξεκίνησε με αισιοδοξία. Βασίζεται σε υποθέσεις παρά σε ευρήματα ερευνών.(Ekdawi, Conning, Campling, 1998)

Τα τελευταία δέκα χρόνια στην Ελλάδα πραγματοποιούνται μεγάλες προσπάθειες για την αποϊδρυματοποίηση και την αποκατάσταση. «Σε μια καλά μεθοδευμένη προσπάθεια αποϊδρυματοποίησης ασθενών του ψυχιατρείου της Λέρου καταγράφηκαν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε σχέση με τις δυνατότητες αποκατάστασης δύσκολων ιδρυματικών ασθενών με μέσο χρόνο ασυλιακής νοσηλείας τριάντα περίπου χρόνια». (Κονταξάκης, 2005, σελ.51)

Οι λόγοι που είναι υπεύθυνοι για την αποϊδρυματοποίηση είναι πολλαπλοί και εμπλέκουν ένα σύνθετο σύνολο αλληλεπιδράσεων μεταξύ

του ιατρικού επαγγέλματος, της δημόσιας ηθικής, του κράτους και της πολιτικής οικονομίας. (Pilgrim-Rogers, 2004)

Σύμφωνα με τον Bachrach (1988), υπάρχουν τρεις αντιλήψεις για την αποϊδρυματοποίηση. Η πρώτη είναι σαν γεγονός. Η απομάκρυνση από το ψυχιατρείο είναι ένα γεγονός. Η δεύτερη είναι σαν διαδικασία. Διαδικασία αλλαγής από τη μέριμνα που βασίζεται σε ψυχιατρικά ιδρύματα στη μέριμνα εντός της κοινότητας. Η Τρίτη είναι σαν φιλοσοφία. Η αποϊδρυματοποίηση είναι μια φιλοσοφία που έχει ρίζες στην αντιψυχιατρική κίνηση του 1950 και 1960. Ο ασθενής θεωρείται θύμα που θα λάβει ανθρώπινη μέριμνα εάν τα ιδρύματα δεν υπάρχουν πλέον. (Ekdawi, Conning, Campling, 1998)

Η έννοια της αποασυλοποίησης διευρύνεται από το πλαίσιο της εξόδου των χρόνιων ασθενών από τα ιδρύματα και την εγκατάστασή τους σε ξενώνες. Υπάρχει μια παράλληλη διαδικασία που κινείται σε έξι άξονες, οι οποίοι είναι οι εξής:

- ⇒ Την αλλαγή στάσης του πληθυσμού και την εξοικείωση του με νέες μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης.
- ⇒ Την ίδρυση και οργάνωση νοσοκομείων μέσα στην κοινότητα.
- ⇒ Την εναρμόνιση της λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών μεταξύ τους ώστε να εξουδετερώνουν την ασυλοποίηση περιορίζοντας αποφασιστικά τις εισαγωγές στο ίδρυμα.
- ⇒ Την ριζική βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων και του τρόπου διαβίωσης των ασθενών στα ψυχιατρεία.
- ⇒ Τον επαναπροσδιορισμό του κοινωνικού ρόλου των αρρώστων με την ένταξη τους σε προγράμματα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης και τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.
- ⇒ Την οριστική έξοδο των χρόνιων ασθενών από το ψυχιατρείο και την εγκατάστασή τους σε ενδιάμεσες δομές. (Σακελαρόπουλος, 2003)

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι ψυχιατρικές δομές που στοχεύουν στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την αποσυλοποίηση.

2.4. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αρχίζει να αποκτά μία πιο ουσιαστική υπόσταση με την είσοδο της χώρας μας στην ΕΟΚ. Οι εναλλακτικές δομές είναι μία μορφή ψυχιατρικής αντιμετώπισης και οφείλουν την έναρξη λειτουργίας τους στον κανονισμό 815/84

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 815/84

Η Ελλάδα από το 1981 αποτελεί μέλος της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και το 1982 υποβάλλει υπόμνημα στην ΕΟΚ όπου ζητά οικονομική βοήθεια όσο αφορά τον κοινωνικό τομέα. Ομάδα εμπειρογνομόνων, την οποία αποτελούσαν ψυχίατροι, ψυχολόγοι και οικονομολόγοι της υγείας από διάφορες χώρες της Ευρώπης μελετούν τις συνθήκες του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα και διαμορφώνουν πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Οι επισκέψεις της ομάδας διήρκησαν από τις 23/1/1984 έως τις 3/2/1984 και τον Μάρτιο του 1984 δημοσιεύεται το πόρισμα της ομάδας με τίτλο: Μεταρρύθμιση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης περιλαμβάνει την ανάπτυξη 11 περιφερειών ψυχικής υγείας με 33 τομείς ψυχικής υγείας, κάθε Κέντρο Ψυχικής Υγείας θα παρέχει 24ωρη κάλυψη, ψυχιατρική μονάδα σε γενικό νοσοκομείο, ξενώνα βραχεία παραμονή και δημιουργία κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης και διάφορα άλλα μέτρα όπως εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. (Μπιλανάκης, 2004)

Στις 25/3/1984 η δεύτερη επιτροπή ψυχικής υγείας του Κ.Ε.Σ.Υ σχεδίασε ένα πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας με δύο φάσεις, η πρώτη από το 1984 έως το 1988 και η δεύτερη από το 1989 έως το 1993, στα πλαίσια της Ε.Ο.Κ (κανονισμός 815/84). Το ποσό που χρησιμοποιήθηκε για την πρώτη φάση στην οποία ιδρύθηκαν 135 διαφορετικές μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης σε ολόκληρη τη χώρα, ήταν 840 εκ. δραχμές. Από τα χρήματα αυτά θα απονέμονταν υποτροφίες για εκπαίδευση του προσωπικού στον

τομέα της ψυχικής υγείας. Αυτός ο κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου προσφέρει οικονομική ενίσχυση στην Ελλάδα, για τον τομέα της εγκατάστασης κέντρων αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, για το 1984 έως το 1988, με ποσό των 60 εκατομμυρίων μονάδων ECU(9δισ. 840 εκατομμύρια δραχμές). (Μαδιανός, 1994 & Blue, 1999)

Το 1988 η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποιεί τον κανονισμό 815/84 με ένα νέο κανονισμό, τον 4130/88, με τον οποίο δίνεται παράταση υλοποίησης του παλαιότερου κανονισμού έως τις 31/12/1994. Πραγματοποιείται παρακολούθηση και αξιολόγηση των προγραμμάτων του έργου από εμπειρογνώμονες της κοινότητας. Το 1984-1995 δημιουργούνται 260 νέες δομές, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Νοσοκομεία Ημέρας, Εργαστήρια Αποκατάστασης, Ξενώνες και οικοτροφεία.(Μπιλανάκης, 2004)

Νέα προγράμματα του Κανονισμού 815/84 (1991-1995)

1.ΚΨΥ Ψυχ. Νοσ. Αττικής*
2.Μονάδα Αποκατάστασης Ψ.Ν.Α
3.ΚΨΥ Δρομοκαΐτειου (αγοράστηκε κτίριο)
4.ΚΨΥ Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών(ολοκληρώθηκε το πρόγραμμα)
5.ΚΨΥ «Σισμανόγλειου» Γ.Ν.Αθηνών*
6.Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν.Αθηνών (υπογράφηκε η σύμβαση)
7.Ψυχιατρικός Τομέας Κοργιαλένειου Νοσοκομείου ΕΕΣ*
8.Μονάδα Αποκατάστασης Δικαστικών Φυλακών Κορυδαλού*
9.Μονάδα Κοινωνικής Επαγγελματικής Επανάταξης Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ολοκληρώθηκε η κατασκευή)
10.Ξενώνας Νοσοκομείου Παιδών Αγία Σοφία*
11.Ξενώνας 16 ατόμων Δρομοκαΐτειου (βρίσκεται στο στάδιο των οικοδομικών κατασκευών)
12.Ξενώνας 10-15 ατόμων ΚΨΥ(Ν.Π.Ι.Δ)*
13.Ξενώνας 15 ατόμων Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής*

14.Κέντρο Ημέρας Νοσοκομείου Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού»*
15.Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής*
16.Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης ΚΨΥ(Ν.Π.Ι.Δ)*
17. Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης Ψ.Ν.Α
18.Μονάδα Συνεργατική Βιοτεχνική Δρομοκατείου(ολοκληρώθηκε το πρόγραμμα)
19.Πρόγραμμα ανάδοχων οικογενειών ΚΨΥ(Ν.Π.Ι.Δ)*
20.Πρόγραμμα Λέρου: Οικοτροφείο για Μονάδα Αποκατάστασης ΚΨΥ(Ν.Π.Ι.Δ)*
21.Προστατευμένες κατοικίες ΚΨΥ(Ν.Π.Ι.Δ)*
22.Πειραματικό πρόγραμμα Δραματοθεραπείας-Μουσικοθεραπείας Ψ.Ν.Α*
23.Ξενώνας ΔΕΠΑΝΟΜ*
24.Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης ΔΕΠΑΝΟΜ*
25. Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης ΔΕΠΑΝΟΜ*
26.ΚΨΥ Γ.Ν Καρπενησίου(ολοκληρώθηκε σχεδόν)
27.ΚΨΥ Γ.Ν Χαλκίδας(ολοκληρώθηκε σχεδόν)
28.Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν Λαμίας*
29.Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία ΚΨΥ Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων Χατζηκώστα (παραλήφθηκε το κτήριο)
30.Μονάδα Αποκατάστασης Ψ.Ν Κέρκυρας (δημοπρατήθηκε)
31.Οικοτροφείο Ψ.Ν Κέρκυρας*
32.Κέντρο Κοινωνικοποίησης Αξιολόγησης αρρώστων Ψ.Ν Κέρκυρας*
33.Ανοικτό Αυτοδιαχειριζόμενο Νοσηλευτικό Κέντρο Ψ.Ν Κέρκυρας*
34.Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης Ψ.Ν Κέρκυρας(ολοκληρώθηκε)
35.Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν Λάρισας(αγοράστηκε κτίριο)
36.Ξενώνας Γ.Ν Βόλου*
37.Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης Γ.Ν Βόλου*
38.Κ.Ψ.Υ. Γ.Ν. Θεσσαλονίκης*
39.Κ.Ψ.Υ. Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης*

40.Ψυχιατρικός Τομέας Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*
41.Μονάδα Αποκατάστασης Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης*
42.Ξενώνας Ενηλίκων Ψ.Ν.Θ.(ολοκληρώθηκε ο εξοπλισμός)
43.Ξενώνας 15 εφήβων Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*
44.Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης Γαστρονομικής Ψ.Ν.Θ.*
45.Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης Εκθετήριο Ψ.Ν.Θ.*
46.Κ.Ψ.Υ Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου(δημοπρατήθηκε)
47.Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου(δημοπρατήθηκε)
48.Ξενώνας Ψυχ. Τομέα Γ.Ν. Χαλκιδικής(θεμελιώθηκε)
49.Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου(στο στάδιο της στελέχωσης)
50.Κ.Ψ.Υ. Γ.Ν. Δράμας*
51.Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν. Σερρών(δημοπρατήθηκε)
52.Κ.Ψ.Υ. Γ.Ν. Κομοτηνής*
53.Κ.Ψ.Υ. Γ.Ν. Ξάνθης*
54.Κ.Ψ.Υ. Γ.Ν. Διδυμότειχου*
55.Κ.Ψ.Υ Γ.Ν. Σάμου(θεμελιώθηκε)
56.Ξενώνας Ψ.Ν. Λέρου(ολοκληρώθηκε)
57.Κ.Ψ.Υ. Γ.Ν. Ρεθύμνου*
58.Κ.Ψ.Υ. Κέντρο Ημέρας Ψ.Ν. Χανίων*
59.Ξενώνας Γ.Ν. Ηρακλείου*
60.Κ.Ψ.Υ. Δήμος Καλαμάτας(αγοράστηκε το κτίριο)
61.Μονάδα Αποκατάστασης, Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης(αγοράστηκε κτίριο)
62.Κ.Ψ.Υ. Γ.Ν. Πάτρας(στο στάδιο των οικοδομικών εργασιών)

* Εγκρίθηκε το πρόγραμμα.

Πηγή: Μ.Μαδιανός, (1994). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της, σελ. 198

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ:

1. ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΨΥ) ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΑΣ

« Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας συνίστανται με Π.Δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων ή Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου, στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο όπου υπάγονται, καθώς και με το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας»(Μαδιανός,1994,σελ.191)

Το ΚΨΥ έχει ως σκοπό τη ψυχοκοινωνική μέριμνα, την συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση του ψυχικά ασθενούς. Το κέντρο ψυχικής υγείας αποτελεί βασική μονάδα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών της ψυχιατρικής που ασχολείται σε κοινωνικό επίπεδο και λειτουργεί με:

- Θεσμοθέτηση περιοχής ευθύνης. Εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ώστε να μην υπάρχουν πολλά αιτήματα τα οποία θα αδυνατούν την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων.
- Θεραπεία κοντά στον ασθενή.
- Παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών. Δέχεται όλες τις κατηγορίες πληθυσμού, εκτός τους χρήστες ουσιών αν δεν παρουσιάζουν κάποιο ψυχικό σύμπτωμα, και παρέχει όλες τις υπηρεσίες σύγχρονης ψυχιατρικής.
- Θεραπευτική συνέχεια.
- Συντονισμός και συνεργασία των διαφόρων ψυχιατρικών υπηρεσιών.
- Λειτουργία ομάδας ψυχικής υγείας.
- Συνεργασία με την κοινότητα.

- Αξιολόγηση.

Το ΚΨΥ λειτουργεί και με τα τρία στάδια πρόληψης, με ειδικά προγράμματα και με συμβουλευτική και θεραπευτική εργασία με τους ασθενείς. Η πρωτοβάθμια πρόληψη, εξάλειψη παραγόντων που συμβάλλουν στην παρουσία της ψυχική νόσου. Η πρόληψη εστιάζεται στην τροποποίηση παθογόνων συμπεριφορών και την εντόπιση ατόμων υψηλού κινδύνου. Η δευτεροβάθμια πρόληψη, με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μειώνεται η διάρκεια της διαταραχής. Αποτελεί τον κύριο τομέα προληπτικής δραστηριότητας ενός ΚΨΥ διότι συνδέεται με τη θεραπευτική δραστηριότητα της μονάδας. Η τριτοβάθμια πρόληψη, εξαλείφει τις επιπλοκές της νόσου, ασκείται δια της τρέχουσας εργασίας του ΚΨΥ με τους ασθενείς που παρουσιάζουν μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια και η συμπτωματολογία τους είναι χρόνια.(Κονταξάκης,2005)

«Το Κέντρο Ημέρας αποτελεί μονάδα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης, που παρέχει υπηρεσίες σε ενήλικες με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα (με έμφαση στις ηλικίες 18-45), οι οποίοι διαβιώνουν στην κοινότητα και στις οικογένειές τους. Λειτουργεί σε πλαίσιο συνεργασίας με το δίκτυο όλων των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής προστασίας». (www.guidance-europe.org) «Το Κέντρο Ημέρας είναι μια υπηρεσία που απευθύνεται σε άτομα τα οποία έχουν ανάγκη από συμμετοχή σε προγράμματα που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας. Λειτουργεί πρωί κι απόγευμα και βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει πολλές από τις δυσκολίες του. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δραστηριότητες που αφορούν στην αυτοφροντίδα, στην κοινωνικοποίηση, στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και στην προετοιμασία του ατόμου για συμμετοχή σε εργασιακού χαρακτήρα δραστηριότητες». (www.yyka.gov.gr)

Η λειτουργία του Κέντρου Ημέρας στοχεύει:

- Στην πρόληψη υποτροπής, στην αποφυγή και μείωση του χρόνου έκλειστης περίθαλψης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

- Στην ψυχοκοινωνική διερεύνηση των δυνατοτήτων και των αναγκών των ατόμων, προκειμένου να καταρτιστεί εξατομικευμένο αποκαταστασιακό πρόγραμμα για τον καθένα
- Στην ένταξη του ατόμου σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικο-θεραπευτικών δραστηριοτήτων, παράλληλα με την ψυχιατρική και ψυχολογική υποστήριξη, τόσο σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο οικογένειας
- Στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας, με κύριο στόχο την άρση του κοινωνικού στίγματος που συνήθως φέρουν οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες (www.yyka.gov.gr)

Οι υπηρεσίες που παρέχει το Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς είναι:

- Ψυχιατρική και ψυχολογική εκτίμηση και παρακολούθηση
- Δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όπως:
 - ο Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία
 - ο Εργοθεραπεία
 - ο Θεατρικό παιχνίδι
 - ο Γυμναστική
 - ο Επαγγελματικός προσανατολισμός
- Συμβουλευτική και υποστήριξη των οικογενειών των ασθενών
- Ευαισθητοποίηση της κοινότητας και των πολιτών σε θέματα ψυχικής υγείας

Η ομάδα του προσωπικού του Κέντρου Ημέρας, συνεργάζεται με οργανισμούς και επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στους τομείς της ψυχικής υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας και προστασίας, της τοπικής αυτοδιοίκησης και της απασχόλησης. Η ομάδα αποτελείται από τους εξής επαγγελματίες:

- ο Ψυχίατρο
- ο Ψυχολόγο
- ο Κοινωνικό λειτουργό

- ο Εργοθεραπευτή
- ο Επισκέπτη υγείας
- ο Νοσηλευτή
- ο Γυμναστή
- ο Διοικητικό υπάλληλο
- ο Βοηθητικό προσωπικό
- ο Σύμβουλο επαγγελματικού προσανατολισμού
(www.guidance-europe.org)

ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.Αλεξανδρούπολη
2.Αιγάλεω-Αττική
3.Βόλος
4.Βύρωνα-Κασσαριανή-Αττική
5.Ηράκλειο Κρήτης
6.Θεσσαλονίκη(δυτικού τομέα)
7.Θεσσαλονίκη(βορειοδυτικού τομέα)
8.Θεσσαλονίκη(κεντρικού τομέα)
9.Ιωάννινα
10.Καβάλα
11.Κατερίνη
12.Λάρισα
13.Παγκράτι-Αττική
14.Πάτρα
15.Περιστέρι-Αττική
16.Σάμος
17.Σέρρες

18.Τρίπολη
19.Χαλάνδρι-Αττική
20.Χαλκίδα
21.Χανιά-Κρήτη
22.Πειραιάς

Πηγή: www.medinfo.gr

2. ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Το πρώτο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1958 στην Αθήνα ως φιλανθρωπικός οργανισμός. Το κέντρο αυτό ίδρυσε μια αλυσίδα από άλλα κέντρα που λειτουργούν υπό τη διεύθυνση του σε διάφορα μέρη της χώρας. Προσφέρουν υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης για ψυχικά ασθενείς, υπηρεσίες οικογενειακής ψυχοθεραπείας, συμβουλευτικό ψυχιατρικό τμήμα ενηλίκων, ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, υπηρεσία θεραπείας συμπεριφοράς, νοσοκομείο ημέρας, κέντρο νεότητας και συμβουλευτική εφήβων και νοσοκομειακό ξενώνα. Το προσωπικό αποτελείται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και ψυχιάτρους. (Blue,1999)

ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

1.Αθήνα (κεντρικό)
2.Αιγάλεω(παράρτημα)
3.Εξάρχεια
4.Θεσσαλονίκη
5.Ηράκλειο Κρήτης
6.Πάτρα
7.Ζάκυνθος

3. ΨΥΧΑΡΓΩΣ ΞΕΝΩΝΕΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Το Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης Ψυχαργός, είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο παρεχόμενος ασυλικός τύπος περίθαλψη μετατρέπεται σε κοινοτική φροντίδα. Στόχος είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει αντιμετώπιση στα προβλήματά του, στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα και όχι στο ασυλικού τύπου, αναποτελεσματικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού. Με βάση αυτούς τους στόχους το Πρόγραμμα "Ψυχαργός" δημιουργεί δομές αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρονίων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ.α.) (www.noesi.gr)

«Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα (ΕΠ) «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας» (Ψυχαργός Α' Φάση) υλοποιήθηκε από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (ΨΚΠΑ)-Αιγινήτειο Νοσοκομείο 2000-2001, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 118773/1-12-1999 εγκριτική απόφαση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και με την υπ' αριθμ. 106809/15-2-2001 τροποποίηση της αρχικής εγκριτικής απόφασης, που έδινε η δυνατότητα παράτασης των ενεργειών μέχρι 31-8-2001». (Χριστοδούλου, Τομαράς, Οικονόμου, 2002, σελ.33) Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε στο Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής και στο Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας στην

περιοχή Παπάγου. Υπήρχαν πέντε προγράμματα στα αντικείμενα κατάρτισης μαμπού, ξυλογλυπτική, βιβλιοδεσίας, κοπτικής-ραπτικής και διακοσμητικών κατασκευών. (Χριστοδούλου, Τομαράς, Οικονόμου, 2002)

Η Α' φάση του Προγράμματος "Ψυχαργός" (2000-2001)

Μέρος της Α' Φάσης του προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας", ως "Ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα" και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων). Το μέρος της Α' φάσης εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ'όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Το χαρακτηριστικό της φάσης αυτής ήταν το γεγονός ότι για πρώτη φορά σε τέτοια έκταση της παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ανέλαβαν Γενικά Νοσοκομεία, σε μια εταιρικής μορφής σχέση με τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του προγράμματος "Ψυχαργός" είναι τα εξής:

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων αποασυλοποίησης
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών

· Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Στο τέλος του 2001, που συμπίπτει με το τέλος της Α΄ φάσης του Προγράμματος “Ψυχαργός” οι Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στη χώρα μας αποτυπώνονται στον επόμενο πίνακα:

Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001

Ξενώνες αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	92
Οικοτροφεία αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	13
Προστατευμένα Διαμερίσματα	94
Ενδονοσοκομειακοί Ξενώνας αποκατάστασης	3

Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας β) Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύκωσης & Παρακολούθησης “Ψυχαργός – Α΄ φάση” (www.yyka.gov.gr)

Η Β' φάση του Προγράμματος "Ψυχαργός" (2002-2009)

Η Β' Φάση του προγράμματος "Ψυχαργός" αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2009 και αφορά στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Η αρχική πρόβλεψη της φάσης ήταν μέχρι το 2007, η οποία παρατάθηκε και για λόγους παράτασης του Γ'ΚΠΣ και των συγχρηματοδοτήσεων για τις πυρόπληκτες περιοχές της 5ης, 6ης και 1ης ΥΠΕ. Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους. Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, για την εξασφάλιση της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην

πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου. (www.yyka.gov.gr)

4. ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

Με τις κινητές μονάδες οι ψυχιατρικές υπηρεσίες γίνονται διαθέσιμες στα κοινοτικά κέντρα υγείας και σε κατοικίες ασθενών που βρίσκονται σε διάφορες περιοχές της επαρχίας. Η πρώτη κινητή ψυχιατρική μονάδα στην Ελλάδα ξεκίνησε το 1981-82 στη Θράκη. Η μονάδα αυτή κάλυπτε δύο φορές την εβδομάδα 4 κέντρα υγείας που ήταν σε επαρχιακές πόλεις και δύο άλλες μέρες επισκέπτονταν σπίτια ασθενών και αγροτικά ιατρεία. Η διεύθυνση αυτής της κινητής μονάδας άλλαξε το Σεπτέμβριο του 1985 και η σημερινή βάση της είναι στην Αλεξανδρούπολη. Το προσωπικό της κινητής μονάδας αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλεύτριες και λογοθεραπεύτρια. Το 1981, δημιουργήθηκε η κινητή μονάδα της Φωκίδας ώστε να εξυπηρετεί αγροτικές περιοχές που δεν διαθέτουν ψυχιατρική περίθαλψη. Άλλες μονάδες είναι της Θεσσαλονίκης που καλύπτει τις ανάγκες των κατοίκων της Μακεδονίας, της Χαλκιδικής όπου αποτελείται από ένα ψυχίατρο ο οποίος επισκέπτεται διάφορα κέντρα υγείας της περιοχής και όταν χρειαστεί βλέπει ασθενείς κατοίκων και των Χανίων όπου συνεργάζεται με κέντρα υγείας της περιοχής, ένα γηροκομείο, ένα ίδρυμα κωφαλάλων και τις φυλακές Δυτικής Κρήτης. (Blue, 1999)

Βασικό χαρακτηριστικό της λειτουργίας μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ), σύμφωνα με το Νόμο 2716/99 είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, με τη χρήση ελάχιστης ίδιας υποδομής και τη μεγιστοποίηση της χρήσης υποδομής που ανήκει σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Η ΚΜΨΥ παρέχει υπηρεσίες α) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες

δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και β) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας όπου δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (www.epaspy.blogspot.com)

Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΜΚΟ) έχει την επιστημονική και διοικητική ευθύνη δυο Κινητών Μονάδων στις Κυκλάδες (συνολικός εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός τομέα ευθύνης 87.000). Η έναρξη λειτουργίας της ΚΜΨΥ ΒΑ Κυκλάδων έγινε τον Ιούνιο του 2003 και της ΚΜΨΥ Δ Κυκλάδων τον Ιανουάριο του 2004. Η χρηματοδότηση για τη λειτουργία των ΚΜΨΥ προήλθε για τους πρώτους 12 μήνες από την Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο κατά 75% και από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά 25%, ενώ μετά το πρώτο έτος η χρηματοδότηση προέρχεται αποκλειστικά από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (με τις γνωστές σοβαρές δυσκολίες στη ροή και συνέχεια της χρηματοδότησης). Ο τομέας ευθύνης για την Κινητή Μονάδα Βορειοανατολικών Κυκλάδων με έδρα τη Σύρο περιλαμβάνει τα νησιά Σύρο, Άνδρο, Μύκονο, Τήνο, Πάρο και Αντίπαρο (εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός 70.000-75.000). Ο τομέας ευθύνης της Κινητής Μονάδας Δυτικών Κυκλάδων με έδρα τη Μήλο περιλαμβάνει τα νησιά Μήλο, Κίμωλο, Σίφνο, Σέριφο, Κύθνο και Κέα (εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός 12.000). Όσον αφορά στον τρόπο λειτουργίας των Κινητών Μονάδων, σε καθένα από τα νησιά που προαναφέρθηκαν μεταβαίνει κάθε εβδομάδα ή ανά 15 ημέρες. (www.epaspy.blogspot.com)

Βασική υπόθεση εργασίας λειτουργίας των ΚΜΨΥ είναι: α) η παροχή υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχικής υγείας και/ή ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες σε συνεργασία με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (με εξαίρεση τα περιστατικά που σχετίζονται με χρήση ουσιών και παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες) β) η εκτίμηση και καταγραφή των ψυχιατρικών αναγκών στον τομέα ευθύνης γ) η αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας μέσα από προγράμματα ενημέρωσης, πρόληψης, εκπαίδευσης σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (π.χ. μαθητές, γονείς, ηλικιωμένοι, επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικοί, ιερείς κλπ) δ) η διασύνδεση τόσο με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όσο και με

κοινωνικούς φορείς στην κοινότητα ε) η κινητοποίηση των τοπικών αρχών για τη στήριξη των δράσεων της Κινητής Μονάδας και ευρύτερα δράσεων προαγωγής ψυχικής υγείας και η απαρτίωση τους στην κοινωνική πολιτική του δήμου και της κοινότητας κάθε νησιού. (www.epaspy.blogspot.com)

5. Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης - Δομές Διαμονής

Είναι υπηρεσίες που διασφαλίζουν το δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. Οι δομές διαμονής διακρίνονται, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές, σε Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα.

ΞΕΝΩΝΑΣ

Είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σ' 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. Η δυναμικότητα ενός ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα. Οι ξενώνες διαβαθμίζονται, ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ενοίκων σε αυτούς σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς σε υψηλού βαθμού (24ωρη παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού (κατώτερη του 24ωρου παρουσία προσωπικού) και χαμηλού βαθμού (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων). Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό

περιβάλλον. Για αυτό το λόγο επιβάλλεται η παρουσία τους σε περιοχές κατοικίας. (www.yyka.gov.gr)

ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ

Τα Οικοτροφεία είναι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στα οποία φιλοξενούνται για διαβίωση υποστήριξη και θεραπεία άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται σε ένα Οικοτροφείο δεν μπορεί να ξεπερνά τα 25 και μπορούν να είναι είτε άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα είτε άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές είτε, τέλος, άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας. (www.yyka.gov.gr)

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

Αν με τον όρο «ενδιάμεση δομή» εννοούμε τη δυνατότητα να είναι κανείς σ ένα χώρο ανάμεσα στο ολοκληρωτικό ίδρυμα και την αυτόνομη έκφραση του υποκειμένου, ωστόσο το γεγονός της απλής ύπαρξης μιας δομής μέσα στο πλαίσιο της κοινωνίας δεν αρκεί για να την χαρακτηρίσει σαν «ενδιάμεση». Ο όρος δεν αναφέρεται στο χώρο, αλλά στο είδος της δραστηριότητας που γίνεται σ' αυτόν, σε μια διαδικασία σχεδίου, εξέλιξης, ανάπτυξης, ανεξάρτητα από το αν αυτά τα στοιχεία λειτουργούν σε μια εξωνοσοκομειακή δομή ή μέσα στο ψυχιατρείο. Κάτω από ορισμένες συνθήκες, ένα ψυχιατρικό τμήμα που είναι γεμάτο από δραστηριότητες, που φέρνουν στο κέντρο τις ανάγκες και τις επιθυμίες του πάσχοντος ανθρώπου και του ανοίγουν το δρόμο πέρα από τις συνθήκες της καταπιεστικής προστασίας του ιδρύματος σε κείνες όπου του δίνεται η δυνατότητα και η ικανότητα για την πλήρη άσκηση των δικαιωμάτων του πολίτη,

ανταποκρίνεται περισσότερο σ' αυτή την έννοια της «ενδιάμεσης δομής», απ' ότι ένα χωρίς ζωντανία, ιδρυματοποιημένο διαμέρισμα μέσα στην κοινότητα. Ο όρος «ενδιάμεση δομή» αναφέρεται στην ενεργό διαμεσολάβηση ανάμεσα στο πάσχον υποκείμενο και την κοινωνία. Παρ' όλα αυτά η ενδιάμεση δομή ή το προστατευμένο διαμέρισμα, εξακολουθεί να είναι μια δομή μέσα στο ψυχιατρικό κύκλωμα, με ιδρυματικές αποχρώσεις παρά την οποιαδήποτε παρέμβαση που εκτυλίσσεται σε αυτήν. Το ουσιαστικό ζήτημα, που αντιπροσωπεύει μια διαδικασία αποασυλοποίησης και κοινωνικής ένταξης, είναι η μετάβαση πέρα από τις άκαμπτες δομές του ψυχιατρείου, σε μορφές ζωής όπου ο κοινωνικός αποκλεισμός έχει αρθεί και το άτομο δεν συντηρείται πλέον στο κοινωνικό περιθώριο, αλλά έχει τύχει μιας πραγματικής ενσωμάτωσης στο κοινωνικό πλαίσιο. Στόχος μιας ενδιάμεσης δομής θα πρέπει να είναι η συνεχής διαμεσολάβηση μεταξύ του πάσχοντος υποκειμένου και της κοινωνίας, λειτουργώντας με τέτοιο τρόπο ώστε η δομή να γίνεται διαπερατή από την κοινότητα με σχέσεις, ανταλλαγές, μορφές ένταξης (εργασία, κοινωνικοί και πολιτιστικοί χώροι. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι χώροι στέγασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση. (www.yyka.gov.gr)

Οι εξωνοσοκομειακές δομές επικεντρώνεται στα ακόλουθα σημεία :

- το διαμέρισμα αποτελεί ζωτικό χώρο των ενοίκων
- οι ανάγκες του προσωπικού είναι το ίδιο σημαντικές όπως και των ενοίκων
- σκοπός της Δομής είναι να δράσει διορθωτικά στις ανεπανόρθωτες συνέπειες

της ψυχικής ασθένειας

- οι συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες των ενοίκων προηγούνται έναντι των άλλων αναγκών που περιλαμβάνονται στην έννοια της φροντίδας. (Dean & Briggs, 1993)

Οι εξωνοσοκομειακές Δομές αποσκοπούν στο να επιτελέσουν ένα θεραπευτικό και αποκαταστασιακό ρόλο σ' ένα σημαντικό κομμάτι του ψυχιατρικού πληθυσμού προσομοιάζοντας τόσο τον τρόπο διαβίωσης όσο και τις συνθήκες συμβίωσης, με εκείνες μιας αυθεντικής κοινωνικής ζωής. (Richard, 1990)

Η έξοδος χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρεία σε εναλλακτικές μορφές διαμονής στην κοινότητα, θεωρείται σήμερα πρωταρχικής σημασίας αντικείμενο της αποκατάστασης. Σε τέτοιο βαθμό μάλιστα που η Αποκατάσταση να θεωρείται συνώνυμη με την εγκατάσταση σε τόπο διαμονής εκτός ψυχιατρείου. Η δεκαετία του 1960 θεωρήθηκε η δεκαετία της «μεταβατικής φροντίδας», με την έννοια πως οι χώροι διαμονής στην κοινότητα και η φροντίδα θεωρούνται μετάβαση από την αρρώστια στην πλήρη υγεία, με τελικό στόχο τη μετακίνηση του ατόμου σε ανεξάρτητο σπίτι στην κοινότητα. (Αγγελίδης, 1993)

Ερευνητική διαδικασία στα τελευταία 30 χρόνια έχει δείξει την υπεροχή της κοινοτικής φροντίδας έναντι της νοσοκομειακής, παρουσιάζοντας μείωση των κλινών έως και 80% (Muijen M, Marks, IM, 1992). Επιπλέον άτομα που ζούσαν στην κοινότητα παρουσίαζαν μικρότερη παραγωγική συμπτωματολογία, βελτίωση των κοινωνικών τους δραστηριοτήτων ενώ τόσο οι ίδιοι όσο και οι συγγενείς τους εξέφραζαν ικανοποίηση αναφορικά με την παρεχόμενη φροντίδα. (Muijen M, Connolly J, 1992)

Η κοινοτική φροντίδα δεν πρέπει όμως να θεωρηθεί πανάκια και ότι είναι ικανή να θεραπεύσει τις ψυχικές διαταραχές. Παρά τα οφέλη της κοινοτικής περίθαλψης, οι ασθενείς έχουν ανάγκη συνεχιζόμενης φροντίδας, πολλοί παρουσιάζουν άγχος, διέγερση, κατάθλιψη, απραξία. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό έχει κάποια εργασιακή απασχόληση, ζει με συγγενικά πρόσωπα και δεν έχει ανάγκη φαρμακευτικής αγωγής. (Αγγελίδης, 1993)

6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ (ΚοιΣΠΕ)

Οι ΚοιΣΠΕ είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους. Έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, εποπτεύονται από το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας. Αποβλέπουν στην κοινωνικό-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ψυχικά ασθενών και συμβάλλουν στη θεραπεία και την οικονομική τους δυνατότητα. Οι ΚοιΣΠΕ μπορεί να είναι παραγωγικές, τουριστικές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές, μεταφορικές, αναπτυξιακές και εμπορικές μονάδες που αναπτύσσουν οικονομικές δραστηριότητες όπως αγροτική, αλιευτική, δασική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική κλπ. Επίσης, μπορούν να ιδρύουν και να διατηρούν καταστήματα πώλησης, να συμμετέχουν σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού(ΕΟΟΟΣ), Κοινοπραξίες, Εταιρίες Περιορισμένης Ευθύνης(ΕΠΕ) και Δημοτικές επιχειρήσεις, αφού το επιτρέπει η διάταξη , σε αναπτυξιακά προγράμματα και εταιρίες. Οι ΚοιΣΠΕ μπορεί να διαλυθούν όταν τα μέλη μειωθούν κάτω από των δέκα, λήξει ο χρόνος διάρκειας τους και κηρυχθούν σε πτώχευση. (Μαδιανός, 2000)

Μέλη των ΚοιΣΠΕ μπορούν να γίνουν ενήλικες ή ανήλικοι άνω των 15 ετών, οι οποίοι έχουν ανάγκη αποκατάστασης λόγω της ψυχικής διαταραχής τους, ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο νόσου και τη διαμονή. Επιτρέπεται η συμμετοχή των δημόσιων υπαλλήλων αρκεί να μην υπερβαίνουν το 45% του συνόλου των μελών. Αυτοί που δεν μπορούν να γίνουν μέλη είναι τα νομικά ή φυσικά πρόσωπα που συμμετέχουν σε άλλο συνεταιρισμό, ο οποίος έχει τον ίδιο σκοπό και έχει έδρα στον ίδιο τομέα ψυχικής υγείας. (Μαδιανός, 2000)

«Οι πόροι των ΚοιΣΠΕ προέρχονται από:

1. Επιχορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό ή το πρόγραμμα Δημόσιων Επενδύσεων αποκλειστικά για

συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

2. Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, από το Πρόγραμμα Δημόσιων Επενδύσεων, τα Αναπτυξιακά Προγράμματα και από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

3. Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις της χρήσης περιουσιακών στοιχείων.

4. Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων των ΚοιΣΠΕ.

5. Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων.
(Μαδιανός, 2000, σελ.354-355)

2.5. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ (1981), αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών-κοινωνικών εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων, που έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φθάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία. Η ψυχιατρική αποκατάσταση αφορά οτιδήποτε εφαρμόζεται για την αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχικά ασθενών και στοχεύει στην ανάπτυξη του ατόμου και στην κάλυψη των ατομικών του αναγκών, στην κάλυψη των κοινωνικών και στεγαστικών αναγκών του ατόμου με την παράλληλη ανάπτυξη δημιουργικών καθημερινών δραστηριοτήτων και στην επαγγελματική αποκατάσταση του ατόμου και στην κάλυψη της ανάγκης για εργασία.

Ο όρος της αποκατάστασης δηλώνει μια διαδικασία δυο σταδίων:

1. Τον χειρισμό των συμπτωμάτων κάποιου σωματικά ανάπηρου (φάρμακα, φυσιοθεραπεία).
2. Βοήθεια του ατόμου να προσαρμοστεί μόνιμα στο περιβάλλον με την παροχή βοηθημάτων όπως της αναπηρικής καρέκλας.(Ekdawi,Conning,Campling,1998)

Υπάρχουν έξι στάδια στην ανάπτυξη της έννοιας της αποκατάστασης:

1. Προσπάθεια να μετριαστεί η ψυχική αναπηρία
2. Αποκατάσταση τους σε απασχόληση
3. Επαναφορά των ψυχασθενών στην προηγούμενη κατάσταση τους
4. Επιστροφή των ασθενών μέσα σε σπίτι, κοινωνικό χώρο και ανάπτυξη των ικανοτήτων του
5. Βελτίωση των δυνατοτήτων των ασθενών
6. Διαδικασία βοήθειας των αρρώστων για καλύτερη χρήση των υπόλοιπων δυνατοτήτων με τις οποίες θα μπορέσει να λειτουργήσει σαν φυσιολογικός. (Ekdawi, Conning, Campling, 1998)

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να:

- Επικεντρώνεται στο χρόνιο ψυχασθενή.
- Καλύπτει τις λειτουργικές ανάγκες του ασθενή όπως είναι η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση, η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία.
- Ταιριάζει στην κοινωνικοπολιτισμική κατάσταση του πάσχοντα.
- Είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες της κοινότητας.
- Είναι ευαισθητοποιημένο το προσωπικό σε σχέση με τις δυσκολίες υλοποίησης των προγραμμάτων αποκατάστασης.
- Είναι το προσωπικό εξειδικευμένο.
- Υπάρχει διασύνδεση του προγράμματος με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό πλαίσιο
- Συνδέεται το πρόγραμμα με ψυχιατρικό τομέα νοσοκομείου για τη δυνατότητα κάλυψης επανεισαγωγής σε περίπτωση κρίσης του ψυχικά ασθενούς. (Χριστοδούλου, Τομαράς, Οικονόμου, 2002)

Ο ασθενής πρέπει να:

- § Συνεργάζεται.
- § Μάθει να ξαναζεί με την οικογένεια και το περιβάλλον.
- § Μην επικαλείται το ρόλο του εύθραυστου.
- § Δημιουργεί κοινωνικές σχέσεις. (Χριστοδούλου, Τομαράς, Οικονόμου, 2002)

Η οικογένεια του ψυχικά ασθενούς πρέπει να:

- ⇒ Μάθει να ξαναζεί του.

- ⇒ Αποφεύγει λανθασμένες συμπεριφορές προς τον ασθενή και την κοινότητα, όπως την απόρριψη ή την άρνηση της αρρώστιας ή απομόνωση του αρρώστου.
- ⇒ Μάθει να αντεπεξέρχεται στην νόσο.
- ⇒ Μην επικρατεί έντονη έκφραση συναισθημάτων μέσα στην οικογένεια.
- ⇒ Μην μειωθεί το «βάρος» της οικογένειας, διότι υπάρχει επιβάρυνση σε οικονομικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο.
(Χριστοδούλου, Τομαράς, Οικονομού, 2002)

Οι δομές που υπάρχουν στην κοινότητα για σωστή λειτουργία των προγραμμάτων αποκατάστασης, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι οι μονάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, όπως κέντρα ημέρας ή νύχτας, κοινωνικές λέσχες, υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, ανοικτές μονάδες για ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης ουσιών, ψυχιατρικές μονάδες σε γενικά νοσοκομεία, ψυχογηριατρικές κοινοτικές μονάδες. Η δεύτερη είναι οι μονάδες στεγαστικής κάλυψης, όπως ξενώνες, οικοτροφεία, ανάδοχες οικογένειες, προστατευμένα διαμερίσματα.
(Χριστοδούλου, Τομαράς, Οικονόμου, 2002)

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, ένας από τους ρόλους του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχική υγεία είναι η καταπολέμηση των προκαταλήψεων και των στερεοτύπων απέναντι στα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Ας ξεχωρίσουμε, όμως, πρώτα την έννοια της στάσης, του στίγματος, της προκατάληψης και του στερεοτύπου, λέξεις για τις οποίες έχουν δοθεί πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί.

Η έννοια της στάσης είναι η έννοια κλειδί που βοηθάει το πέρασμα από το ατομικό στο κοινωνικό επίπεδο, προσδιορίζοντας ενδιάμεσες ψυχολογικές καταστάσεις. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν κάποια στάση απέναντι σε διάφορα πρόσωπα, αντικείμενα και θέματα με τα οποία έρχονται σε επαφή. Το περίεργο, όμως, είναι ότι έχουμε στάσεις ακόμη και για πράγματα, τα οποία γνωρίζουμε ελάχιστα.

Πολλοί κοινωνιολόγοι υποστήριξαν ότι οι στάσεις συνδέονται με τις αξίες, γιατί βρίσκονται σε σχέση αλληλεξάρτησης. Γι' αυτούς, επομένως, η στάση ορίζεται σαν την τάση του ανθρώπου να αντιδρά θετικά ή αρνητικά σε μια δεδομένη κοινωνική αξία, που αποτελεί αντικείμενο της εμπειρίας του. Ειδικότερα, χρησιμοποίησαν τον όρο «στάση» προκειμένου να μελετήσουν τις ομαδικές συμπεριφορές. (Νασιάκου, Χαντζή, Φατούρου-Χαρίτου, 2004) «Σύμφωνα με τον (G. W. Allport, 1935): Στάση «είναι μια νοητική και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσω των εμπειριών, που ασκεί κατευθυντήρια ή δυναμική επίδραση στις αποκρίσεις του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τα οποία αυτή σχετίζεται». (Νασιάκου, Χαντζή, Φατούρου-Χαρίτου, 2004, σελ. 40)

Το στίγμα είναι ένα «σημάδι» εξευτελισμού, ατίμωσης ντροπής, ένα ανεπιθύμητο κοινωνικά χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί το άτομο από το

περιβάλλον του. Έρευνες έχουν αποδείξει, χωρίς αυτό να είναι απόλυτο, ότι άτομα που τείνουν να στιγματίζονται είναι συνήθως άνω των 60 ετών, χαμηλής κοινωνικής τάξης και με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο.

Όσο αφορά τα στερεότυπα, αυτά είναι, σύμφωνα με τους Stroebe και Insko (1989), «ένα σύνολο πεποιθήσεων που αφορούν τα προσωπικά χαρακτηριστικά μιας ομάδας ανθρώπων» (Νασιάκου, Χαντζή, Φατούρου-Χαρίτου, 2004, σελ.104). Επίσης υποστηρίζουν ότι, όπως οι πεποιθήσεις αποτελούν βασικό στοιχείο των στάσεων, έτσι και τα στερεότυπα αποτελούν βασικό στοιχείο της προκατάληψης.

«Προκατάληψη υποδηλώνει μια αρνητική έννοια που προκαλεί αντιδράσεις οι οποίες συνδέονται με ένα αίσθημα ανασφάλειας. Μέσα από αυτές τις αντιδράσεις διαφαίνονται φανατισμός, στενοκεφαλιά, φυλετισμός, φόβος και μίσος. Η λέξη αυτή κάνει τους ανθρώπους να λένε: «Όχι εγώ! Εγώ δεν έχω προκαταλήψεις». Κι όμως, είναι αδύνατον να υπάρξει άνθρωπος απόλυτα απαλλαγμένος από προκαταλήψεις». (Ιωαννίδου-Johnson, 1998, σελ.13)

Τα ομαδικά στερεότυπα και προκαταλήψεις, αποτελούν έναν πυρήνα κοινωνικής συμπεριφοράς που δύσκολα μεταβάλλεται. Παρατηρούμε, δηλαδή, ότι ευκολότερα αλλάζει στάση ή γνώμη η ομάδα παρά τα άτομα, πράγμα που σημαίνει ότι ευκολότερα αλλάζουν τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις σε ομαδικό παρά σε ατομικό επίπεδο. Υπάρχουν διάφορες θεωρητικές απόψεις για το πώς δημιουργούνται τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις:

- Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική προσέγγιση, τα στερεότυπα και η προκατάληψη οφείλονται στην ενεργοποίηση των μηχανισμών άμυνας, όπως η προβολή και η μετάθεση, για την επίλυση μιας ενδο-ατομικής σύγκρουσης.
- Σύμφωνα με την κοινωνικο-πολιτισμική προσέγγιση, τα στερεότυπα αποκτώνται και διατηρούνται μέσω της κοινωνικής μάθησης και της κοινωνικής ενίσχυσης.
- Σύμφωνα με τη γνωστική προσέγγιση τα στερεότυπα αποτελούν γνωστικές δομές που περιέχουν τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και τις

προσδοκίες που έχει ένα άτομο για μία ομάδα. Ένα στερεότυπο είναι αποτέλεσμα της σύνδεσης ενός συνόλου πεποιθήσεων με μία κοινωνική κατηγορία.

- Σύμφωνα με τη θεωρία ρεαλιστικής σύγκρουσης, τα στερεότυπα και η προκατάληψη είναι αποτέλεσμα της σύγκρουσης συμφερόντων μεταξύ δύο ομάδων.
- Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας, τα στερεότυπα είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας για τη διατήρηση ή την εξύψωση της κοινωνικής ταυτότητας του ατόμου, γιατί συμβάλλουν στην απόκτηση θετικής διάκρισης της ενδο-ομάδας από την εξω-ομάδα.

(Νασιάκου, Χαντζή, Φατούρου-Χαρίτου, 2004)

Το φαινόμενο της προκατάληψης και της απομόνωσης κοινωνικά μειονεκτούντων ατόμων αφορά και τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Η πολιτεία στον κώδικα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αναφέρεται στα ίσα δικαιώματα των ατόμων, χωρίς διακρίσεις, με ίσες ευκαιρίες σε όλους ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, χρώματος, ηλικίας. Όμως για τους ψυχικά ασθενείς ο κώδικας περί δικαιωμάτων ισχύει μόνο στα λόγια και τα χαρτιά. Στην πράξη η κοινωνία είναι προκατειλημμένη απέναντι τους. Οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνται ως απειλή για την κοινωνία, καθώς αποτελούν μέλη μιας «κατώτερης τάξης» ανθρώπων. (Μαδιανός, 1994)

Υπάρχουν συγκεκριμένες προκαταλήψεις απέναντι στα ψυχικά ασθενή άτομα, που μπορούμε να χαρακτηρίσουμε και μύθους. Οι πιο συνήθεις απ' αυτούς είναι οι εξής:

- Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι βίαια και επικίνδυνα. Στην πραγματικότητα η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων αυτών δε χρησιμοποιεί βία και γενικά δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό.
- Η ψυχική ασθένεια είναι ανίατη. Η αλήθεια είναι ότι με κατάλληλη και έγκαιρη φαρμακευτική αντιμετώπιση οι ψυχικά πάσχοντες μπορούν να ζήσουν μία σχετικά φυσιολογική ζωή.

- Οι ψυχικά ασθενείς έχουν νοητική στέρηση. Η αλήθεια είναι ότι οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να προσβάλλουν άτομα ανεξάρτητα από το νοητικό τους επίπεδο.
- Οι ψυχικά ασθενείς διακρίνονται εύκολα και ξεκάθαρα από τους ψυχικά υγιείς. Στην πραγματικότητα, πολλές φορές ακόμη και οι ψυχίατροι δυσκολεύονται να διακρίνουν τον ψυχικά ασθενή από τον υγιή.
- Είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές οι γυναίκες παρά οι άντρες. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη, ενώ οι άντρες πάσχουν συχνότερα από αντικοινωνική συμπεριφορά, προσβολές άγχους και παράνοια. Παρ' όλα αυτά, τα ποσοστά εμφάνισης ψυχικών ασθενειών είναι ίδια μεταξύ των δύο φύλων.

(Thio, 2008)

Η προκατάληψη απέναντι στους ψυχικά ασθενείς υπάρχει εδώ και εκατοντάδες χρόνια. Στο μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας, η αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή ήταν πολύ άσχημη. Μόνο στην αρχαία Ελλάδα, η ψυχική ασθένεια αντιμετωπιζόταν με δέος, ο ψυχικά πάσχοντας εθεωρείτο ξεχωριστό και μοναδικό άτομο. Στη Βίβλο, αυτά τα άτομα χαρακτηρίζονταν ως δαίμονες ή μάγισσες που είχαν σχέση με το διάβολο και κατέληγαν στην πυρά. Περί το 1700, που άρχισαν να εκλείπουν οι δαιμονολογίες, ακόμη και τότε οι ψυχικά ασθενείς συνέχισαν να αντιμετωπίζονται με σκληρότητα. (Thio, 2008)

Μέχρι και σήμερα, η κοινή γνώμη δεν έχει αλλάξει. Οι ψυχικά πάσχοντες μπορεί να μην καίγονται πια ως δαιμονισμένοι, αλλά στιγματίζονται ως «ηθικά λεπροί», πράγμα που σημαίνει ότι θεωρούνται άρρωστοι, επικίνδυνοι, βίαιοι, αλλόκοτοι, ανάξιοι. Εκτός από τις απόψεις-μύθους της κοινωνίας που αναφέραμε παραπάνω, η στερεοτυπική συμπεριφορά απέναντι στους ψυχικά ασθενείς φαίνεται στα αστεία και στα ανέκδοτα, καθώς και στα ΜΜΕ και τις ταινίες, όταν σε εκείνες χρησιμοποιούνται λέξεις όπως «τρελάρας», «παλαβός» κ.ά.

Συχνά, αποδίδουμε την προκατάληψη της κοινωνίας στην έλλειψη πληροφόρησης και μόρφωσης ή στις μεγαλύτερες ηλικίες και τις παλαιότερες νοοτροπίες. Παρ' όλα αυτά, οι ίδιες στερεοτυπικές συμπεριφορές υιοθετούνται από υπηρεσίες, ανώτερα διοικητικά πρόσωπα και όργανα άσκησης της εξουσίας. Ειδικά στην περίπτωση όπου το δικαστήριο επιλέγει να στερήσει το θεμελιώδες δικαίωμα ενός ανθρώπου να περάσει από δίκη, όταν εκείνο αποφασίζει ότι πρόκειται για ψυχικά ασθενή. Έτσι, οι κατηγορούμενοι που ορίζονται ως ψυχικά μη υγιή, κρατούνται σε ένα ψυχιατρικό κατάστημα για απεριόριστο χρονικό διάστημα χωρίς το προνόμιο της δίκης και χωρίς να έχουν κριθεί ένοχοι. (Thio, 2008)

Ένα άλλο γεγονός που δηλώνει το στίγμα που προσδίδεται στους ψυχοπαθείς είναι η συμπεριφορά κάποιων υπαλλήλων στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Παρόλο, που το προσωπικό θα έπρεπε να είναι προσεκτικά επιλεγμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο, έχουν σημειωθεί περιστατικά, όπως αναφέραμε και στο κομμάτι για τις συνθήκες στα ψυχιατρεία, όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζονται χωρίς καθόλου σεβασμό. Οι ψυχικά διαταραγμένοι χειρίζονται ως άψυχα αντικείμενα που δεν βλέπουν, δεν καταλαβαίνουν και δεν αισθάνονται.

3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Χωρίς αμφιβολία, σημαντικό στέλεχος των ψυχιατρικών δομών αποτελεί ο κοινωνικός λειτουργός. Το ίδιο θεώρησε πρώτος ο Ρασιδάκης, διευθυντής κλινικής στο Δαφνί, ο οποίος καταχώρησε επίσημα τη θέση του κοινωνικού λειτουργού στον κατάλογο των μελών του προσωπικού στο Δρομοκαϊτείο το 1956. Στο Αιγινήτειο η πρώτη κοινωνική λειτουργός έκανε την εμφάνισή της το 1967. Αρχικά και για πολλά χρόνια, οι κοινωνικοί λειτουργοί εκτελούσαν μόνο χρέη γραμματέων και βοηθών και θεωρούνταν υποδεέστεροι των γιατρών και των ψυχιάτρων. (Blue, 1999, Bean, 1986)

Σήμερα, ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί άρτιο μέρος του προσωπικού και η δουλειά του έχει άμεση σχέση με αυτό. Σ' αυτή την περίπτωση, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει ρόλους όπως αυτός του διευθυντή, αφού μπορεί ο ίδιος να διευθύνει μία μονάδα ή ένα πρόγραμμα, του συντονιστή και του συμβούλου των συναδέλφων του ή άλλων υπαλλήλων σχετικά με θέματα συνεργασίας και επικοινωνίας της ομάδας. (Καλλινικάκη, 1998)

Όσον αφορά τα καθήκοντα που αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός, αρχικά, οφείλει να τακτοποιήσει γραφειοκρατικά θέματα που αφορούν στην ένταξη του ασθενή στο ψυχιατρείο και να ασχοληθεί με θέματα κοινωνικής πρόνοιας, όπως η ρύθμιση της πληρωμής των συντάξεων κ.ά. Επίσης, διαχειρίζεται θέματα που αφορούν τους ψυχικά πάσχοντες και οι ίδιοι αδυνατούν να διευθετήσουν. Προασπίζεται τα δικαιώματά τους και πολλές φορές ενεργεί ως επίτροπος για απροστάτευτα άτομα σε δίκες. Ακόμη, εκπροσωπεί τους εξυπηρετούμενους ενώπιον της διοίκησης της κοινωνικής υπηρεσίας σε όποια περίπτωση το έχουν ανάγκη. (Καλλινικάκη, 1998)

Όσον αφορά την επαφή του με τον ασθενή, ο κοινωνικός λειτουργός ασκεί την κοινωνική εργασία σε υποστηρικτικό, συμβουλευτικό και θεραπευτικό πλαίσιο. Δρα εμπνευστικά και παρακινητικά στην ψυχολογία των ασθενών. Αποτελεί τον σύνδεσμο ανάμεσα στον ασθενή και το ψυχιατρείο, την οικογένειά του, τις τοπικές δομές και υπηρεσίες και την κοινότητα, αναλαμβάνει δηλαδή το ρόλο του μεσολαβητή. Ακόμη, ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με την συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή, την κατανόηση και την επεξεργασία των συναισθημάτων του. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της είναι απαραίτητες για τη ρεαλιστική αντιμετώπιση αυτής και των επιπτώσεών της στην καθημερινή ζωή το ατόμου. Βοηθά τον ασθενή με παρεμβάσεις αυτοεκτίμησης και ψυχοκοινωνική στήριξη. Η συναισθηματική στήριξη του ατόμου είναι πολυδιάστατη και πρέπει να ξεκινά πρώτα απ' όλα από μία σωστή εκτίμηση. Ο κοινωνικός λειτουργός αξιολογεί τα κοινωνικά προβλήματα που συνυπάρχουν με την ψυχική διαταραχή και αντιμετωπίζει τόσο τον ασθενή όσο και την κατάστασή του με τον απαιτούμενο σεβασμό. (Blue, 1999, Καλλινικάκη, 1998)

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών που ήδη εργάζονται στο Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου:

- ασχολούνται πρωτίστως με την κοινωνική έρευνα που απαιτείται σε κάθε περίπτωση ώστε να παρέχεται στα άτομα η απαραίτητη κοινωνική φροντίδα, προστασία και φιλοξενία που χρειάζονται.
- φτιάχνουν τους φακέλους με τα αρχεία των ασθενών που εισάγονται στα Οξέα. Στους φακέλους των χρόνιων ψυχιατρικά ασθενών υπάρχουν αρχεία με κοινωνικά ιστορικά, τα οποία ενημερώνονται σε τακτά διαστήματα από τους κοινωνικούς λειτουργούς του κάθε τομέα.
- εκδίδουν διάφορα επιδόματα για τους ασθενείς, όπως συντάξεις του ΟΓΑ και ένα ειδικό επίδομα που παίρνει κάθε ασθενής στην αρχή της διαμονής του στο ξενώνα. Αυτό δίνεται σύμφωνα με τον κανονισμό του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΟΣ» και είναι ένα συγκεντρωτικό ποσό με μορφή εφάπαξ.
- αποβλέπουν στην κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών και πραγματοποιούν ενέργειες για την κάλυψη των ψυχοσωματικών και εκπαιδευτικών αναγκών τους. Στο πρόγραμμα του Κοι.Σ.Π.Ε., οι ασθενείς εντάσσονται σε διάφορες δραστηριότητες του προγράμματος για εκπαίδευση και ψυχολογική ενίσχυση ώστε ο ασθενής, ξέροντας ότι είναι χρήσιμος, να μπορεί να ενταχθεί ευκολότερα στο κοινωνικό σύνολο και να μη μένει αποκλεισμένος από την κοινωνία στην οποία ζει.
- μία φορά την εβδομάδα γίνεται ενημέρωση μεταξύ των μελών της επιστημονικής ομάδας και στην συνέχεια ο ασθενής παραπέμπεται στον υπεύθυνο ψυχίατρο.
- γίνονται συνεχώς συναντήσεις με το προσωπικό των εξωνοσοκομειακών δομών αλλά και με τους ασθενείς που μένουν σε αυτές για την πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν κατά την πορεία είτε μεταξύ των εργαζομένων, είτε

όσον αφορά την προσαρμογή των ασθενών, ή και δυσκολίες διαβίωσης τους στον ευρύτερο χώρο της κοινωνίας της Λέρου.

- Ουσιαστικό ρόλο σε όλες τις διαδικασίες παίζει ο κοινωνικός λειτουργός, τόσο για το προσωπικό όσο και για τους φιλοξενούμενους των δομών. Το πρόσωπο αναφοράς μέσα στον εργασιακό χώρο παίζει ρόλο θεραπευτικό και παραγωγικό διότι λόγω της σχέσης που δημιουργείται, ο ασθενής ανακτά την χαμένη του αυτοεκτίμηση. Ο ασθενής γνωρίζει ότι υπάρχει κάποιο άτομο, το οποίο είναι ενήμερο για την περίπτωση του, δεν χρειάζεται να επαναλαμβάνει το ιστορικό του και μαζί έχουν καταρτίσει ένα ατομικό σχέδιο δράσης. Μ' αυτό τον τρόπο δίνεται έμφαση στην ατομικότητα του κάθε ασθενή, στο σεβασμό της προσωπικότητας και στην δυνατότητα που παρέχεται για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων του, οι οποίες εξαιτίας της νόσου και του εγκλεισμού του, έχουν ατροφήσει.
- Ακόμη εργάζονται τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Οι ατομικές δραστηριότητες που ενισχύονται περισσότερο είναι αυτές που έχουν να κάνουν με την αυτοεξυπηρέτηση, την ατομική υγιεινή και την έκφραση των συναισθημάτων του ατόμου, ενώ οι ομαδικές δραστηριότητες αφορούν την εκπαίδευση στην διαχείριση των χρημάτων και της αγοράς προσωπικών τους ειδών ενώ πολύ συχνά διοργανώνονται δραστηριότητες, εορταστικές εκδηλώσεις και αθλητικοί αγώνες στις οποίες τα άτομα συμμετέχουν ενεργά.
- Ο προσδιορισμός της απόδοσης των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα γίνεται από τα πρόσωπα αναφοράς σε συνεργασία με όλη την θεραπευτική ομάδα στην ειδική δραστηριότητα. Παρόμοια γίνεται και εκτίμηση της όλης πορείας του προγράμματος αξιολόγησης των αποτελεσμάτων και επαναξιολόγησης των στόχων με την παρουσία πάντα του επιστημονικά υπευθύνου.

Σημαντικός είναι ο ρόλος που διαδραματίζει ο κοινωνικός λειτουργός όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Άλλωστε, δεν νοείται κοινωνική εργασία στο άτομο χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας. Ο

κοινωνικός λειτουργός παρέχει ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στους συγγενείς του. Τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν τα ποικίλα συναισθήματα που απορρέουν από την ψυχική ασθένεια και βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία μαζί τους προκειμένου να τους κρατάει ενήμερους. Επίσης, διευκολύνει την επαφή νοσηλευόμενου και οικογένειας. Ειδικά στην περίπτωση που εκείνη βρίσκεται μακριά και δεν είναι δυνατή η καθημερινή τηλεφωνική επικοινωνία. Οι συγγενείς των ασθενών του Κ.Θ.Λ. μπορούν να τους επισκέπτονται όποτε οι ίδιοι θέλουν, ακόμη κι όταν βρίσκονται εκτός Λέρου, ή όποτε το ζητήσει και το χρειαστεί ο ίδιος ο ασθενής. Κατά την διάρκεια των επισκέψεων έρχονται σε επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό, ο οποίος τους συμβουλεύει για τη συχνότητα της επικοινωνίας τους με τον ασθενή, αφενός για την καλύτερη προσαρμογή του ψυχικά πάσχοντος στον περιβάλλοντα χώρο και αφετέρου για την επεξεργασία των δικών τους συναισθημάτων όταν έρχονται σε επαφή με το άρρωστο μέλος. Η οικογένεια παροτρύνεται να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του. Ο κοινωνικός λειτουργός παρεμβαίνει και επηρεάζει θετικά τη δυναμική των οικογενειακών σχέσεων όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές ως προς τον ψυχικά διαταραγμένο. Έτσι, υποστηρίζονται τα θετικά συστήματα του ασθενή και βοηθείται η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής. (Blue, 1999)

Τρίτη αξιοσημείωτη παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού είναι αυτή στην κοινότητα. Αρχικά, εργάζεται για την πληροφόρηση των πολιτών σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, μέσα από φυλλάδια, ημερίδες, σεμινάρια. Οφείλει να πολεμά κάθε προκατάληψη ως προς τους ψυχικά ασθενείς ενημερώνοντας σωστά και απαλλαγμένος από στερεότυπα και λανθασμένες αντιλήψεις. Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται με την κοινότητα για την αποτελεσματικότερη υποστήριξη των ατόμων με ψυχικές νόσους. Οργανώνει εκδηλώσεις και συμμετέχει σε ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα. Πολλές φορές, αναλαμβάνει μέρος της ανίχνευσης νέων περιπτώσεων. Στη Λέρο, όπου υπάρχουν και οι εξωνοσοκομειακές μονάδες, ο ρόλος τους επικεντρώνεται στην ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου, ώστε να μπορέσει η κοινωνία του νησιού να δεχτεί πιο εύκολα τους χρόνιους ψυχασθενείς ως άτομα έτοιμα για να

προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο αλλά και να πάρουν από αυτό. Η ενημέρωση αποτελεί βασική προτεραιότητα, αφού όσο πιο εύκολα δεχτούν οι κάτοικοι της Λέρου τους ασθενείς τόσο πιο εύκολα θα προσαρμοστούν και οι ίδιοι στο νέο τους περιβάλλον.

Δεν είναι, βέβαια, λίγες οι περιπτώσεις όπου ο κοινωνικός λειτουργός αντιμετωπίζει και πολλά εμπόδια κατά την άσκηση του ρόλου του. Ένα από τα σημαντικότερα είναι η έλλειψη προσωπικού, η οποία δεν καλύπτει τις ανάγκες της υπηρεσίας και αναγκάζει τον κοινωνικό λειτουργό να αναλαμβάνει ευθύνες που δεν ανήκουν στην δικαιοδοσία του, με αποτέλεσμα να καθυστερεί να διεκπεραιώσει το έργο του. Στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγει και η έλλειψη μηχανογράφησης. Ο κοινωνικός λειτουργός χάνει πολύτιμο χρόνο στην οργάνωση των χειρόγραφων αρχείων. Τελευταίο αλλά αξιοσημείωτο είναι η έλλειψη κοινού γραφείου κοινωνικής υπηρεσίας. Η ύπαρξη αυτού θα οδηγούσε στην καλύτερη επικοινωνία των κοινωνικών λειτουργών και στην εποικοδομητικότερη συνεργασία προς όφελος των εξυπηρετούμενων.

Σε γενικές γραμμές η κοινωνική εργασία ως επιστήμη βρίσκει την εφαρμογή στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου καθώς συντελεί αποτελεσματικά στην επανασύνδεση του ατόμου με την κοινωνία, παρέχει βοήθεια προς την κοινότητα για να επεξεργασθεί τις προκαταλήψεις και τους φόβους της για την ψυχική νόσο και έχει ως κύριο μέλημα την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων και την όσο το δυνατόν πιο ομαλή ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.

3.3 Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και το στίγμα που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές απασχολούν τόσο τους ψυχικά πάσχοντες όσο και τις οικογένειες τους. Η ύπαρξη της νόσου επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη ζωή του ίδιου του ατόμου αλλά και όλων των μελών της οικογένειας. Οι στάσεις

των οικογενειών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, αποτελούν μέρος ενός ευρύτερου πολιτισμικού πλαισίου αντανακλώντας κοινωνικές αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η στάση που θα κρατήσει η οικογένεια απέναντι στις κοινωνικές αντιλήψεις. Αν η ίδια προστατέψει και αποδεχτεί το ψυχικά ασθενή μέλος της, τότε κι εκείνο θα μπορέσει να επιβιώσει και να προσαρμοστεί ευκολότερα μέσα στον γεμάτο γι' αυτό προκαταλήψεις περίγυρο.

Οι αρχικές αντιδράσεις των οικογενειών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας εναλλάσσονται ανάμεσα στην άρνηση και την αποδοχή υιοθετώντας αποδόσεις σε σωματικά προβλήματα ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Η αρχική αμφιθυμία της οικογένειας φτάνει κάποια στιγμή στη φάση της τελικής αποδοχής. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν οικογένειες που επίμονα αρνούνται την ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος. Είναι πιθανό οι οικογένειες να βιώνουν αισθήματα ντροπής και ενοχής, και άλλες με περισσότερο έντονο το αίσθημα της ζεστασιάς απέναντι στο πάσχον μέλος. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι οικογένειες που αντιμετώπιζαν την ασθένεια με αρνητικά συναισθήματα έρχονταν σύντομα αντιμέτωπες με το ψυχιατρείο και αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή. (Ζήση, 2002)

Εξαιτίας του ότι η ψυχική διαταραχή συνδέεται άμεσα με το στίγμα, η οικογένεια καλείται να αντιμετωπίσει τις αρνητικές επιπτώσεις αυτού, δηλαδή, τις κακές ενδο-οικογενειακές σχέσεις και τη χαμηλή αυτό-εικόνα. Είναι γνωστό ότι τα προγράμματα αγωγής ψυχικής υγείας και η αλληλεπίδραση με άλλες οικογένειες μπορούν να επηρεάσουν θετικά την υποχώρηση του αρνητικού κλίματος εντός της οικογένειας ατόμων με ψυχιατρικές δυσκολίες αλλά και εις βάρος αυτής και των ίδιων των ατόμων. (Ζήση, 2002)

4. ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ

4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Λέρος είναι ένα νησί από τα Δωδεκάνησα, έχει έκταση 53 τ.χμ. και πληθυσμό περίπου 9.000 κατοίκους. Η σύγχρονη ιστορία του νησιού, η κοινωνική και οικονομική ζωή του έχουν επηρεασθεί βαθιά τόσο από την ύπαρξη του ψυχιατρείου, όσο παλαιότερα από τα στρατόπεδα πολιτικών κρατουμένων. Οι Ιταλοί φτάνουν στο νησί στις 13 Μαΐου του 1912 και αποφασίζουν να φτιάξουν την περιοχή Λακκί λόγω της εκπληκτικής γεωμορφολογία τη μεγάλη αεροναυτική βάση GIANNI ROSETTI. Τα Δωδεκάνησα ενώθηκαν με την υπόλοιπη Ελλάδα στις 7 Μαρτίου του 1947. Μέχρι τότε και για 35 χρόνια το νησί βρισκόταν υπό ιταλική κατοχή. Ονομάστηκε από τους ιταλούς «η Μάλτα του Αιγαίου» λόγω τα σπάνια φυσικά λιμάνια που έχει. Σε σύντομο χρονικά διάστημα η Λέρος μετατράπηκε στο μεγαλύτερο κέντρο ανεφοδιασμού του ιταλικού στρατού στην Ανατολική Μεσόγειο φιλοξενώντας πάνω από 40.000 στρατό με τις οικογένειες τους. (Σαμάρκος, 1974)

Η μορφή και το μέλλον όλου του νησιού άλλαξε με την κατασκευή μεγάλων στρατοπεδικών εγκαταστάσεων και οικισμών με απώτερο στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση του στρατού. Παράλληλα χτίστηκε η σημερινή περιοχή Λακκί όπου ήταν ακατοίκητος βάλτος και ολοκληρώθηκε το 1925. Η οικονομία του νησιού προσαρμόστηκε στις νέες στρατιωτικές ανάγκες, μετατρέποντας μεγάλες αγροτικές και κτηνοτροφικές περιοχές σε τεράστιες στρατιωτικές εγκαταστάσεις, όπως αυτής της αεροναυτικής βάσης στα Λέπιδα. Από την άλλη μεριά η εμπορική ζωή του νησιού ελέγχεται αποκλειστικά και μόνο από τους Ιταλούς, με το ντόπιο πληθυσμό να προσφέρει τις υπηρεσίες τους και να αποκτούν έτσι μία οικονομική λύση. Ταυτόχρονα ενισχύθηκε η μετανάστευση του ελληνικού πληθυσμού από το νησί, όσες οικογένειες δεν άντεξαν την ιταλική κατοχή εγκατέλειψαν το

νησί, ενώ όσες έμειναν προσαρτήθηκαν στην ιταλική κοινότητα. (Γεωργίου, 1982)

Επίσημη γλώσσα καθορίστηκε η ιταλική και το 1937 οι δήμαρχοι έπαψαν να εκλέγονται από το λαό. Διορίζονταν από το Γενικό Διευθυντή και ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Αφαιρέθηκαν απ' αυτούς τα προνόμια του ειρηνοδίκη, του ληξίαρχου, του συμβολαιογράφου και οι πράξεις των δημοτικών συμβουλίων υπόκεινταν στην έγκριση του Γενικού Διευθυντή. (Ησυχος, 1989)

Με την ενσωμάτωση των Δωδεκανήσων με την Ελλάδα το 1947, το νησί χρησιμοποιήθηκε για την εγκατάσταση προνοιακού τύπου ιδρυμάτων, σχετιζόμενο με ότι «ανεπιθύμητο» είχε η ελληνική κοινωνία. Οι κάτοικοι της Λέρου δεν ρωτήθηκαν ποτέ σε θέματα που αφορούσαν τον τόπο τους, αναγκάστηκαν να συμφωνήσουν μ' αυτές τις πρακτικές και έφθασαν να εκφράζουν την απαίτησή τους για παραμονή όλων των ιδρυματικών σχημάτων στον τόπο τους, έχοντας ιδρυματιστεί όλη η κοινωνική ζωή του νησιού. Έτσι οι κάτοικοι διαμαρτυρήθηκαν όταν η στρατιωτική δικτατορία έδωσε αμνηστία το 1971 σε αρκετούς πολιτικούς κρατούμενους και διέλυσε τα στρατόπεδα της Λέρου μεταφέροντας τους υπόλοιπους σε άλλες περιοχές της Ελλάδας και εκφράσανε τη δυσαρέσκειά τους στους πολιτικούς της περιοχής, στην πρόταση του Υπουργείου για απομάκρυνση του ψυχιατρείου στην Ηπειρωτική Ελλάδα. (Γεωργίου, 1982)

Το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου βρίσκει το νησί να εμφανίζει εικόνα βιβλικής καταστροφής. Σπίτια και καταστήματα καταστραμμένα από τους βομβαρδισμούς και μεγάλες γεωργικές εκτάσεις να έχουν μετατραπεί σε καμένη γη. Οι ειδικευμένοι τεχνίτες που εργάζονταν στα συνεργεία και στις δεξαμενές επισκευής πλοίων έμειναν χωρίς δουλειά.

Άλλοι ασχολούνταν με το ξεπούλημα πολεμικού υλικού και την εξαγωγή μηχανημάτων τόσο στο εξωτερικό όσο και στο εσωτερικό. Άλλη απασχόληση ανέργων, μοιραία ήταν η απογύμνωση ναρκών και οβίδων για την πώληση εκρηκτικού υλικού και των καλύκων. Οι ψαράδες δεν έχουν δίχτυα ούτε κλωστές για να ψαρέψουν. Ψαρεύουν μόνο με δυναμίτη που βρίσκουν μέσα σε νάρκες της στεριάς και της θάλασσας που είναι άφθονες στη διάθεσή τους. (Σαμάρκος, 1974)

Η παραγωγή τροφίμων ήταν σχεδόν ανύπαρκτη. Η φυγή από το νησί θεωρείται για αρκετούς ως μια λύση καθώς τους είχε πλησιάσει το φάσμα του θανάτου από την πείνα. Οι περισσότεροι άνδρες ξενιτεύονταν και πολλές κοπέλες παντρεύονταν πλούσιους Ιταλούς και έφευγαν για πάντα από τον τόπο. (Γεωργίου, 1982)

Η ίδρυση των Βασιλικών Επαγγελματικών Σχολών της τότε Βασίλισσας Φρειδερίκης το 1949, έσωσε το μόλις προσαρτημένο στην ελληνική επικράτεια νησί από την απόλυτη ερήμωση. Οι 1.500 εκπαιδευόμενοι που κατέφθασαν σταδιακά στο νησί προσέφεραν μια νέα μη ευκαταφρόνητη αγορά, που ο ντόπιος πληθυσμός έσπευσε να αξιοποιήσει αναπτύσσοντας σημαντική εμπορική δραστηριότητα με πυρήνα τις ανάγκες των σχολών σε αναλώσιμα υλικά και τις ατομικές ανάγκες των σπουδαστών. Το βασιλικό εκπαιδευτικό ίδρυμα, που στεγάστηκε στα στρατιωτικά κτίρια που είχαν αφήσει οι Ιταλοί στα Λέπιδα, αναζωογόνησε τη ζωή του νησιού. Οι κάτοικοι επανάκτησαν οικονομική άνεση που τους επέτρεψε να αναδιοργανωθούν από τον πόλεμο και να αυξήσουν το βιοτικό τους επίπεδο. Ως αποτέλεσμα αυτών των ευκαιριών απασχόλησης, ο πληθυσμός του νησιού σχεδόν διπλασιάστηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα και η κοινωνική ατμόσφαιρα εμπλουτίστηκε σημαντικά από την παρουσία των νεαρών σπουδαστών, που μετέφεραν κατά τις εξόδους τους διαφορετικές πολιτιστικές επιρροές από άλλα μέρη της Ελλάδας. (Εμμανουηλίδου, 1995)

Η τοπική κοινωνία αντιμετώπισε με αγωνία την προοπτική κατάργησης των Σχολών. Αυτό φαίνεται από τις εκκλήσεις του τοπικού τύπου προς την «Μητέρα Βασίλισσα», να μην καταργηθούν οι Σχολές και εκπέσει πάλι ο τόπος στην ξενιτιά και την εξαθλίωση. Το πρόβλημα ήταν ουσιαστικό για την κοινωνία της Λέρου καθώς δεν υπήρχε άλλη υποδομή οικονομικής ανάπτυξης. Παρ' όλα αυτά οι Σχολές δεν μπορούσαν παρά να φθίνουν. Το τέλος της δεκαετίας του '50 πραγματοποιείται η «συνάντηση» των κατοίκων του νησιού με την *Αποικία Ψυχοπαθών* που άλλαξε το μέλλον αυτού του νησιού. Οι 70 περίπου απολυμένοι υπάλληλοι των τεχνικών σχολών περνούν με ειδικές μεταβατικές διατάξεις ως υπάλληλοι στην Αποικία, λίγα μέτρα από τον προηγούμενο χώρο δουλειάς τους και συνταξιοδοτούνται από το ελληνικό Δημόσιο. (Αρμενιάκος, 1990) Σύμφωνα με την εφημερίδα Μεσημβρινή, στις 13/9/1989, οι μαθητές της Β'

λυκείου της Λέρου στο μάθημα της έκθεσης με θέμα «τι θέλω να γίνω» το 70% απάντησε υπάλληλος του ψυχιατρείου. (Blue, 1999)

4.2 «ΑΠΟΙΚΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΩΝ ΛΕΡΟΥ»

Το σημερινό Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου (Κ.Θ.Λ.) ιδρύθηκε στις 2 Ιανουαρίου του 1958 με την επωνυμία «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου». Όπως όριζε το Βασιλικό Διάταγμα της εποχής με το οποίο κυρώθηκε ο οργανισμός λειτουργίας της, η αποικία είχε δύναμη 650 κλινών, έχοντας ως σκοπό «την περίθαλψιν και παρακολούθησιν των χρονίως πασχόντων ασθενών ως και την ιατρικήν και νοσηλευτικήν περίθαλψιν των εκ Δωδεκανήσου καταγομένων ψυχοπαθών και την μέριμνα δια την επαγγελματικήν και κοινωνικήν αποκατάστασιν τούτων». (Pilgrim & Rogers, 2004)

Η ίδρυση της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου θεωρήθηκε ως μια λύση στο πρόβλημα του υπερκορεσμού των άλλων ψυχιατρείων της χώρας. Παράλληλα σηματοδότησε μια νέα πραγματικότητα δίνοντας «ριζικές λύσεις» σε σειρά προβλημάτων που αντιμετώπιζε το τότε Ελληνικό κράτος, όπως:

- 1) απομάκρυνση και απομόνωση από τα μεγάλα αστικά κέντρα των πιο προβληματικών και ανεπιθύμητων ασθενών του ψυχιατρείου
- 2) δημιουργία θέσεων εργασίας
- 3) τόνωση της ζωής και ενίσχυση του πληθυσμού του ακριτικού νησιού.

Οι 311 πρώτοι ασθενείς εγκλείστηκαν τον Ιούλιο του 1958 σ' ένα εγκαταλελειμμένο τμήμα του ιταλικού νοσοκομείου που χτίστηκε στο Λακκί την περίοδο 1935-36, δίνοντας μόνιμη εργασία σε 95 άτομα εξολοκλήρου καταγόμενα από τη Λέρο (ΦΕΚ 1/Α 1958).

Το 1959 ο οργανισμός της αποικίας ψυχοπαθών τροποποιείται, με σκοπό να υπάγει νοσηλευτικά και τους ασθενείς που προέρχονταν από το Νομό Σάμου και να προχωρήσει στη δημιουργία δεύτερης ψυχιατρικής κλινικής. Η δύναμη του ιδρύματος αυξήθηκε με γρήγορους ρυθμούς, οι μεν γυναίκες

παρέμειναν στο παλαιό ιταλικό νοσοκομείο (Λακκί), οι δε άνδρες στεγάστηκαν στα κτήρια της αεροναυτικής βάσης στα Λέπιδα που κατασκευάστηκε το 1923 στην ιδιοκτησία του Λεριού ευεργέτη Ν. Τσιγαδά Πασά, πλούσιου Έλληνα του Καίρου.

Το 1965 η Αποικία μετονομάζεται σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου (Ψ.Ν.Λ.) με διαφορετικό οργανισμό λειτουργίας και επέκταση στην περιοχή των Λεπίδων – 3 χιλιόμετρα μακριά από τις αρχικές εγκαταστάσεις του Λακκίου – με δύναμη κλινών αυτή τη φορά 2.650. (Β.Δ. 119/65, ΦΕΚ Α, 1965/ 30 άρθρο 1, παρ.2)

Αυτόματα οι θέσεις εργασίας αυξήθηκαν στις 693 οι οποίες και αυτή τη φορά καλύφθηκαν αποκλειστικά από τον ντόπιο πληθυσμό.

Το 1976 αποκτά το ίδρυμα τη σημερινή του ονομασία –Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου (Κ.Θ.Λ.) στο οποίο συγχωνεύεται και το Γενικό Νοσοκομείο, με συνολική δύναμη 2.680 κλινών. (Π.Δ. υπ' αρ. 874/ 1976)

Το καλοκαίρι του 1981 (8.6.'81), δημοσιεύεται ο νέος οργανισμός λειτουργίας του Θεραπευτηρίου ο οποίος προέβλεπε αύξηση κλινών σε 2,750 και 870 θέσεις προσωπικού. (Π.Δ 620/81,ΦΕΚ157/1/81)

Το 1982 απαγορεύονται όλες οι διακομιδές στη Λέρο από τα ψυχιατρεία της χώρας, έχοντας ως αντίκτυπο τη μείωση των κλινών του ιδρύματος καθώς οι θάνατοι των ασθενών δεν εξισορροπούνταν από τις καινούργιες εισαγωγές.

Με τη διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες (Π.Δ. αρ.31,ΦΕΚ 12/13.2.1986) το Θεραπευτήριο της Λέρου καλείται να καλύψει στις υπηρεσίες του την 8^η υγειονομική περιφέρεια, περιλαμβάνοντας εκτός της Δωδεκανήσου, τις Κυκλάδες, τη Χίο, τη Λέσβο και τη Σάμο.

Το Κ.Θ.Λέρου με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, εντάσσεται στο Ενιαίο Σύστημα Υγείας (Ν.1397/ 1983, ΦΕΚ 143, 7.10.83), έχοντας λειτουργία ως:

α) ειδικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου

β) Γενικού Νοσοκομείου και

γ) Κέντρο Υγείας με συνολικό αριθμό κλινών 1.500

Ο σημαντικότερος λόγος της δημιουργίας της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου ήταν η αποσυμφόρηση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων της χώρας. Η χρονική περίοδος από το 1950-1972 συμπίπτει με την ενίσχυση της ασυλιακής δομής και την κοινωνική πολιτική του Ελληνικού κράτους που εμπεριέχεται σε τρεις λέξεις: αποκέντρωση-αποσυμφόρηση-εκσυγχρονισμός (Μητροσύλη,1991).

Την ίδια εποχή σηματοδοτούνται αρκετές αλλαγές στον ψυχιατρικό χάρτη της χώρας, αφού τρία μικρότερα άσυλα – της Ερμούπολης, της Χίου και της Κεφαλληνίας - κλείνουν και οι ασθενείς μεταφέρονται απευθείας στη Αποικία της Λέρου. Η Λέρος επιλέχτηκε για τη δημιουργία της Αποικίας κυρίως για δύο λόγους:

Πρώτον, η Λέρος είχε μακρά παράδοση σε ολοκληρωτικούς θεσμούς. Η μεγάλη αεροναυτική βάση στα Λέπιντα, οι βασιλικές τεχνικές σχολές, το λεπροκομείο αλλά και πιο πρόσφατα οι πολιτικοί κρατούμενοι που φυλακίστηκαν κατά τη διάρκεια της 7χρονης στρατιωτικής δικτατορίας, είχαν δημιουργήσει ένα κλίμα ανοχής και εξοικείωσης του πληθυσμού σε τέτοιου τύπου δομές και ομάδες υπό επιτήρηση. **Δεύτερον**, η οικονομική κακοτυχία πλήττει ανεπανόρθωτα τους κατοίκους του νησιού. Οι πολιτικοί που συνδέονταν εκλογικά με το νησί, επιδίωκαν να δημιουργήσουν θέσεις εργασίας και οικονομική ανάπτυξη για το εκλογικό τους σώμα μέσω δραστηριοτήτων του Δημοσίου (Μητροσύλη, 1991). Ο τότε Δωδεκανήσιος υπουργός εμπορικής Ναυτιλίας Στ. Κωτιάδης άσκησε πιέσεις τόσο στο βασιλιά Παύλο όσο και στον Υφυπουργό Κοινωνικής Πρόνοιας Ι. Ψαρέα, ώστε να δημιουργηθούν θέσεις εργασίας προσφέροντας χαμηλής ποιότητας έργο, εκμεταλλευόμενοι στο έπακρο τους ήδη υπάρχοντες άδειους ιταλικούς στρατώνες που σε κάθε περίπτωση ήταν ακατάλληλοι για κάθε έμβιο όν. Αναφέρεται μάλιστα ότι σημαντικό ρόλο στη δημιουργία της «Αποικίας» έπαιξαν προτάσεις ξένων συμβούλων και ιδιαίτερα ενός Ελβετού ψυχιάτρου, ο οποίος είχε ιδρύσει και στη χώρα του παρόμοιες τέτοιου είδους αποικίες, οι οποίες ήδη λειτουργούσαν στην Ευρώπη από τον 19^ο αιώνα. Είναι η δεύτερη φορά στην ιστορία της Ελληνικής ψυχιατρικής όπου στρατώνες χρησιμοποιούνται για την εγκατάσταση ψυχιατρικών ασθενών. Η πρώτη φορά αφορά το πρώτο ελληνικό ψυχιατρείο της

Κέρκυρας (1858) που ιδρύθηκε κατά τη διάρκεια της Αγγλικής κατοχής στα Επτάνησα. (Μητροσύλη, 1991)

4.3 ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ

Η μεταφορά των ασθενών από τα άλλα ψυχιατρεία στο ΚΘΛ γίνονταν με πλοία του βασιλικού ναυτικού που απέπλεαν πάντα νύχτα από το λιμάνι του Σκαραμαγκά με μοναδικό κριτήριο της διακομιδής αυτό, του κοινωνικά αζήτητου ασθενή. Όσοι ασθενείς δεν είχαν δεχθεί επισκεπτήριο τουλάχιστον για ένα χρόνο αποτελούσαν σαφή ένδειξη μεταφοράς στη Λέρο. Παράλληλα απείθαρχοι ασθενείς με σταθερό σημείο αναφοράς και το κριτήριο της επικινδυνότητας αποστέλλονται στη Λέρο έχοντας καρφίτσωμένο στο πέτο τους έναν αριθμό ο οποίος αντιστοιχούσε στο ονοματεπώνυμό τους και στο φύλλο ιστορικού που τους συνόδευε. Οι πρώτες караβιές ασθενών που ήρθαν θύμιζαν κάτι πρωτόγνωρο. Υπήρξαν περιπτώσεις που κατά τη μεταφορά τους στη Λέρο, τα φύλλα ιστορικού μαζί με όλα τα στοιχεία του ασθενούς δεν έφθασαν ποτέ στον προορισμό τους επειδή χάθηκαν. Υπήρξαν τηλεγραφήματα του Κ.Θ.Λέρου για την εκ νέου αποστολή του ιστορικού του ασθενούς, αλλά καθώς σε μερικές περιπτώσεις δεν υπήρξε απάντηση, οι ασθενείς αυτοί «βαφτίστηκαν» ξανά με καινούργια επώνυμα. Αυτός ήταν και ο λόγος όπου ασθενείς αγνώστου ταυτότητας έχουν έως και σήμερα το επώνυμο Αγνώστου, προσδίδοντας την έλλειψη συγκεκριμένης ταυτότητας του ασθενούς. Συνολικά 4.000 άτομα μεταφέρθηκαν με αυτόν τον τρόπο ενώ οι μεγαλύτερες μεταγωγές καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

Έτος	Προέλευση	Άτομα
1958	Δαφνί	311
1964	Δαφνί	523
1965	Δαφνί	939
1966	Θεσσαλονίκη	608
1968	Αθήνα-Θεσσαλονίκη	450
1975	Θεσσαλονίκη	281
1980	Δαφνί	85
Σύνολο	-	3.962

Πηγή : Τετράδια Ψυχιατρικής Αρ. Τεύχους 28-29, σελ.6, 1990

Οι ασθενείς μεταφέρονται στους άδειους ιταλικούς στρατώνες που δεν πληρούσαν τους στοιχειωδέστερους όρους όχι μόνο ανθρώπινης αξιοπρέπειας αλλά και των πιο απλών αναγκαίων συνθηκών. Απέραντοι θάλαμοι με δεκάδες κρεβάτια κολλητά το ένα με το άλλο, μερικές φορές διάφορα στα οποία φιλοξενείται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών συγκριτικά με τα υπάρχοντα κρεβάτια, χωρίς αποχέτευση, χωρίς μπάνιο, με τα φώτα των θαλάμων συνέχεια αναμμένα για την καλύτερη επόπτευση των ασθενών, χωρίς ίχνος ιδιωτικού χώρου. Τα ρούχα όταν υπάρχουν είναι μια γκριζα ρόμπα που δένει με κορδόνι. Οι συνθήκες και ο τρόπος διαβίωσής τους στα ιταλικά στρατόπεδα του Λακκίου και των Λεπίδων υπερέβαιναν σε φρίκη πολλές περιγραφές μεσαιωνικών ασύλων και δεν θα μπορούσαν από καμία άποψη να θεωρηθούν ανθρώπινα υποφερτές. Το προσωπικό ανέκαθεν ανεπαρκές αριθμητικά, ακόμα είναι πιο ανεπαρκές ποιοτικά. Για αρκετές δεκαετίες δεν υπάρχει παρά μόνο ένας ή δύο ψυχίατροι, κανένας ψυχολόγος, κανένας πτυχιούχος νοσηλεύτης. Μέχρι το τέλος του 1987 στο Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου υπηρετούσε μόνο μια Ψυχίατρος επί συνόλου 1.350 ψυχιατρικών ασθενών.(Γεωργίου,1982) Οι γιατροί και οι νοσηλεύτες που καταγόntonτουσαν από άλλα μέρη της Ελλάδας δεν θέλουν να εργαστούν στη Λέρο λόγω της γεωγραφικής της θέσης και της έλλειψης κοινωνικών και πολιτιστικών δραστηριοτήτων. (Blue, 1999)

Αναγκάστηκαν να προσλάβουν όσους ήταν διαθέσιμοι στο νησί διότι η ανεργία ήταν μεγάλη. Οι κάτοικοι του νησιού χωρίς καμιά γνώση ή

εμπειρία του αντικειμένου της δουλειάς στην οποία κλήθηκαν να εργαστούν, αποτελούν τη μεγάλη εκείνη υποομάδα που καλείται να εφαρμόσει τους κανόνες που απορρέουν από τη λειτουργία του κλειστού ιδρύματος. Οι κάτοικοι που αποτελέσουν το προσωπικό ήταν κυρίως ψαράδες και κτηνοτρόφοι. Τους ανέθεσαν τη φύλαξη των ασθενών χωρίς να τους εξηγήσουν πως και τι. Το προσωπικό αναφέρει πως δε γνώριζαν ούτε ένεση να κάνουν, ούτε να διαβάζουν δεν γνώριζαν, κυρίως τα ιστορικά των ασθενών για τη λήψη φαρμάκων και όταν είδα την πρώτη κρίση σοκαρίστηκαν, αλλά σιγά σιγά συνήθιζαν. Οι ασθενείς είναι αντικείμενα προς φύλαξη για να μη δραπετεύσουν, να συντηρηθούν βιολογικά ή να πειθαρχήσουν. Το σύστημα της βίας του κλειστού ιδρύματος, που διαμορφώνεται από τις αρχές ή τους κανόνες λειτουργίας, παίρνει στη Λέρο μια ειδική μορφή: είναι η βία ολόκληρου του κοινωνικού, πολιτικού και ψυχιατρικού συστήματος που ξεφόρτωσε πάνω σ' ένα μικρό νησί όλες τις θεραπευτικές του αποτυχίες ή τα «κοινωνικά του απορρίμματα». (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Απόσπασμα μαρτυριών της Ε. Σκλήρη (1984), ψυχιάτρου η οποία εργάστηκε στη Λέρο το 1979-1980:

«...Ένα ποσοστό 60% αρρώστων ήταν μονίμως ξυπόλητοι. Όλοι ήταν κουρεμένοι με την ψιλή για να προστατεύονται από τα παράσιτα. Το 70% των αρρώστων δε μιλούσε πια. Οι θάλαμοι είχαν περί τα 100 κρεβάτια. Τη νύχτα τα φώτα έμεναν ανοιχτά. Η σίτιση γινόταν σε τραπεζαρίες με πάγκους σε ορισμένα τμήματα χωρίς καν κουτάλια Έξοδος στο νησί επιτρεπόταν σε οκτώ έγκλειστους άνδρες μια φορά την εβδομάδα για τρεις έως πέντε ώρες και σε καμία από τις γυναίκες για προστασία της ηθικής τους. Οι έγκλειστοι δεν δέχονταν επισκεπτήριο με εξαίρεση καμιά τριανταριά, που οι δικοί τους έρχονταν το καλοκαίρι. Η κοινωνική λειτουργός διεκπεραιώνει και λογοκρίνει την αλληλογραφία, όσων έχουν ακόμα τέτοια δραστηριότητα και διαχειρίζεται τις συντάξεις που παίρνουν μερικοί. Εκεί σταματάνε και τα καθήκοντά της. Οι γιατροί δίνουν ψυχοφάρμακα που να εξασφαλίζουν την τάξη και την ασφάλεια μέσα στο

ίδρυμα. Οι νοσηλευτικοί χορηγούν όταν γίνονται φασαρίες, ενέσιμα νευροληπτικά χωρίς να συμβουλευονται τους γιατρούς. Ηλεκτροσόκ δεν γίνονται αλλά το μηχάνημα υπάρχει και οι αγροτικοί δέχονται καμιά φορά την πρόταση να κάνουν κανένα ηλεκτροσόκ για διδακτικούς λόγους. Βία αναζωπυρώνεται στο ίδρυμα σχεδόν καθημερινά. Το ίδρυμα προσπαθώντας να αποφύγει αυτές τις βιαιοπραγίες προβαίνει σε «αποτελεσματικά» μέτρα. Άρρωστοι «επιθετικοί» παραμένουν επί χρόνια σε κλουβιά σε παιδιά που δαγκώνουν αφαιρεί η οδοντίατρος τα δόντια». (Σκλήρη, 1984, σελ.61)

Είναι χαραγμένο στη μνήμη και στην κουλτούρα του προσωπικού το γεγονός ότι στη Λέρο οι μάζες των ασθενών πέρασαν τις πύλες του ιδρύματος για να μείνουν εκεί ή να βγουν νεκροί. Ο διαχωρισμός όμως συνεχίζεται και στο θάνατο, αφού ο ασθενής ούτε και νεκρός δεν αποτελεί μέλος της κοινότητας. Χαρακτηριστική είναι ακόμα και σήμερα η εικόνα που παρουσιάζει το Κοιμητήριο του Ταξιάρχη στα Τεμένια. Από τη μια μεριά οι μαρμάρيني στολισμένοι τάφοι για τους ντόπιους κατοίκους, η γνωστή εικόνα που συναντάται σε όλα τα κοιμητήρια και από την άλλη μεριά σπασμένοι ξύλινοι σταυροί για τους τροφίμους του ψυχιατρείου, επιφυλάσσουν έκπληξη και απορία στον οποιοδήποτε επισκέπτη του νεκροταφείου. (Σκλήρη, 1984)

4.4 ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ

Η διόγκωση του ψυχιατρείου στη δεκαετία '60-'70 αποτελεί βασικό κορμό του νησιού. Η μείωση του πληθυσμού που ακολούθησε την περίοδο της οικονομικής δυσπραγίας μετά την ένωση με την Ελλάδα, αναστρέφεται ως τάση. Ο πληθυσμός αρχίζει να αυξάνεται από τα μέσα της δεκαετίας του '60 στη βάση της απασχόλησης στο ψυχιατρείο, ενώ πολλοί επαναπροσανατολίζουν τον επαγγελματικό τους ρόλο. Για παράδειγμα αρκετοί ναυτικοί σταμάτησαν να ταξιδεύουν έχοντας βρει σίγουρη δημόσια απασχόληση στο ψυχιατρείο. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι το 1/3 του ενεργού πληθυσμού κατέχει μόνιμη εργασιακή σχέση με το ίδρυμα, ενώ το υπόλοιπο 2/3 ,συναλλάσσεται με το ίδρυμα στα πλαίσια εμπορικών συνδιαλλαγών. Εναλλακτικές οικονομικές δραστηριότητες που θα μπορούσαν σταδιακά να αναπτυχθούν δε βρίσκουν ανταπόκριση από τη μεριά των κατοίκων, βυθίζοντας την οικονομία του νησιού στα πλαίσια μιας ιδρυματικής οικονομίας. Ο τρόπος που διαμορφώνεται η σχέση ψυχιατρείου-τοπικής κοινωνίας, αναπτύσσει μια σχέση αλληλοεπίδρασης στη βάση οικονομικοπολιτικών και στενά κομματικών συμφερόντων. Οι συνεδριάσεις των πολιτικών κομμάτων έχουν πάντοτε στις ημερήσιες διατάξεις τους τα δρώμενα στο χώρο του ψυχιατρείου σε μια προσπάθεια καλύτερου ελέγχου και διαχείρισης του χώρου αυτού. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Το 1981 στο Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, η ομάδα γιατρών της Λέρου, καταγγέλλει για πρώτη φορά τις απαράδεκτες συνθήκες που επικρατούσαν στη Λέρο και ζητείται η απαγόρευση των διακομιδών. «Το γεγονός και μόνο της αποστολής αρρώστων απ' όλα τα μέρη της Ελλάδας σ' ένα μικρό νησί, χωρίς καμία ελπίδα επικοινωνίας με το κοινωνικό περιβάλλον από όπου προέρχονται, είναι αυτόχρημα αντιθεραπευτικό και αντιτίθεται κραυγαλέα σε βασικές ανθρωπιστικές και πολιτιστικές αξίες. Η ψυχιατρική περίθαλψη στα ασυλιακού τύπου ιδρύματα έχει έτσι και αλλιώς μηδαμινή θεραπευτική απόδοση, ενώ η διαβίωση σ' αυτά χαρακτηρίζεται από βαναυσότητα και την αγριότητα. Ειδικά η Λέρος, δεν είναι απλά ένα κοινό ασυλιακού τύπου ψυχιατρείο αλλά το HADAMAR το BRIEFENECK της Ελληνικής Ψυχιατρικής». (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Μετά την καταγγελία αυτή μια προετοιμαζόμενη μεταφορά 250 ασθενών από το Δαφνί και το Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης ματαιώνεται, ενώ απαγορεύονται οριστικά πλέον όλες οι διακομιδές στο ψυχιατρείο της Λέρου. Η δημοσιότητα που πήρε το θέμα στον ημερήσιο τύπο, λειτούργησε πειστικά προς την Κυβέρνηση της εποχής, αναγκάζοντας την για πρώτη φορά να πάρει θέση απέναντι στο πρόβλημα. Σε συνέντευξή του στα Νέα (17.12.81) ο Υπουργός Κοινωνικών Υπηρεσιών παραδέχτηκε δημόσια ότι το άσυλο της Λέρου είναι απαράδεκτο και απάνθρωπο και άφησε ανοιχτό το ενδεχόμενο οριστικής διάλυσής του ή και ακόμα την ένταξή του σε μια από

τις Πανεπιστημιακές έδρες Ψυχιατρικής-Νευρολογίας, ώστε μ' αυτό τον τρόπο να εξασφαλιστεί ειδικευμένο προσωπικό. Την ίδια χρονική περίοδο παρατηρείται ιδιαίτερη κινητικότητα από την πλευρά του Υπουργείου, τόσο σε επίπεδο δηλώσεων και εξαγγελιών, όσο και σε επίπεδο κυβερνητικών επισκέψεων στο νησί. Η μία τάση η οποία αντιπροσωπεύεται από την Υφυπουργό Υγείας κα Περάκη και τον Υπουργό Υγείας κ. Αυγερινό σχετίζονταν με το « κλείσιμο όλων των Ψυχιατρείων μέσα στο 1983 και δημιουργία αντίστοιχων σύγχρονων ψυχιατρικών μονάδων εκτός αυτού της Λέρου, προβάλλοντας το επιχείρημα ότι η Λέρος είναι πολύ στενά δεμένη με το Ψυχιατρείο». Η άλλη τάση, εκφράζεται από τον υπουργό εθνικής οικονομίας κ. Γεννηματά προεξοφλώντας το οριστικό κλείσιμο του Κ.Θ.Λέρου. Μετά από αυτές τις δηλώσεις του Υπουργού ο τότε Πρόεδρος του Δ.Σ του Κ.Θ.Λ κος Θεοδωρίδης Μ. παραιτήθηκε ως ένδειξη διαμαρτυρίας σε μια τέτοια απόφαση. Παράλληλα σε λαϊκή συνέλευση του νησιού έξω από το χώρο του Δημαρχείου, αποφασίστηκε ομόφωνα να διεκδικηθεί η μετατροπή του Κ.Θ.Λ. σε επανδρωμένη νοσηλευτική μονάδα με ειδικευμένο προσωπικό και να ξεκινήσει η προσπάθεια για τον κοινωνικό αποστιγματισμό του νησιού. (Λεριακά Νέα, Α.Φ.98/10.1984)

Το πρόβλημα της Λέρου κατέχει πρωτεύουσα σημασία στους προβληματισμούς που οδήγησαν στη δημιουργία του κανονισμού 815/84, ο οποίος περιελάμβανε το σκέλος της χρηματοδότησης των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης του υπουργείου εργασίας και το σκέλος ανάπτυξης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Για την ανάγκη εκτίμησης της γενικότερης κατάστασης που επικρατούσε στα Ελληνικά ψυχιατρεία, συγκροτείται ομάδα εμπειρογνώμωνων της Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, η οποία πραγματοποίησε έρευνα στις αρχές του 1984 και παρέδωσε το αποτέλεσμα της το Μάρτιο της ίδιας χρονιάς, στο οποίο η κατάσταση κρίνεται ιδιαίτερα τραγική και οι συνθήκες απάνθρωπες. Έλληνες και ξένοι εμπειρογνώμονες αναζητούν λύσεις στο πρόβλημα της Λέρο. Η άμεση κατάργηση του ψυχιατρείου και η μεταφορά του στην Ηπειρωτική Ελλάδα μέσα από την κατάτμησή του σε ξενώνες σε διάφορες περιοχές, ανάλογα με τον τόπο καταγωγής των ασθενών είναι η προτεινόμενη λύση. Το Δεκέμβριο του 1984 τίθενται σε λειτουργία οι ενδονοσοκομειακές βίλες στο χώρο των Λεπίδων που ολοκληρώνονται το

1985 και μεταφέρονται οι κρινόμενοι ως οι πλέον λειτουργικοί τρόφιμοι με προοπτική την κοινωνική τους επανένταξη, η οποία όμως δεν ολοκληρώθηκε ποτέ. (Λεριακά Νέα Α.Φ. 99/11.1.1984)

Την ίδια χρονική περίοδο εγκρίθηκαν προγράμματα στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 για τη μεταρρύθμιση του Κ.Θ.Λέρου τα οποία αφορούσαν παράλληλα την ενεργοποίηση του θεσμού της θετής οικογένειας, τη δημιουργία κινητής μονάδας καταγραφής και αξιολόγησης ασθενών καθώς και προγραμμάτων εκπαίδευσης του μόνιμου προσωπικού. Παράλληλα η λειτουργία κυλικείου και αίθουσας ψυχαγωγίας για τους ασθενείς, η προκήρυξη νέων θέσεων ειδικευμένου προσωπικού, η τεχνική βελτίωση των εγκαταστάσεων των πλυντηρίων, λεβητοστασιών καθώς και άλλων αναγκαίων τεχνικών συσκευών, ανήκαν στα μέτρα για τη βελτίωση του Κ.Θ.Λέρου που κατέγραψε το Νοέμβριο του 1984 ο Έπαρχος Καλύμνου. Στα τέλη του '85, πραγματοποιήθηκαν δύο εκδρομές ομάδων ασθενών στην Κάλυμνο και στη Ρόδο. (Λεριακά Νέα Α.Φ. 99/11.1.1984)

Όλες αυτές οι τελευταίες εξελίξεις κρίθηκαν ευνοϊκές από Έλληνες και Ευρωπαίους εμπειρογνώμονες έχοντας ως αποτέλεσμα την έγκριση νέων κονδυλίων τον Μάιο του '85. Μάλιστα τον Οκτώβριο της ίδιας χρονιάς η Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων συγχαίρει τον Έπαρχο Καλύμνου κο. Γερούκαλη για τη «σημαντική πρόοδο που σημειώθηκε στο ψυχιατρείο της Λέρου σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα» και εκφράζεται η βεβαιότητα ότι «η κατάσταση της ψυχικής υγείας στη Λέρο θα είναι σύντομα παράδειγμα προς μίμηση».

Ταυτόχρονα το Σεπτέμβριο του '85 εξαγγέλλεται με ιδιαίτερο ενθουσιασμό η δημιουργία του γνωστού περιπτέρου 16, το περίπτερο εκείνο που θα συγκεντρώσει μερικά χρόνια αργότερα όλη τη φρίκη και τον διεθνή διασυρμό της χώρας μας για τη Λέρο. Ο στόχος, όπως δήλωνε ο τότε πρόεδρος του Δ.Σ. του Κ.Θ.Λέρου κος Αντάρτης Ι., είναι «η αποσυμφόρηση των άλλων περιπτέρων, για να δημιουργηθούν σ' αυτά χώροι ψυχαγωγίας και προσωπικών χώρων για τους ασθενείς, ανακοινώνοντας παράλληλα και τη λειτουργία εβδομαδιαίων προγραμμάτων επιμόρφωσης του προσωπικού. (Λεριακά Νέα, Α.Φ.,108/8.1985)

Αντί όμως όλων αυτών των εξαγγελιών, οι χώροι του νέου περιπτέρου προσαρμόστηκαν για τη στέγαση 145 ασθενών μέσα σε δυο αχανείς θαλάμους και 70 άτομα προσωπικό εκ των οποίων μετατάχθηκαν στο νέο περίπτερο για παραδειγματισμό και δυσμενή μετακίνηση. Αξιοσημείωτο είναι ότι η τελευταία χρήση του περιπτέρου είχε τερματιστεί το 1971 όπου μέχρι τότε στέγαζε πολιτικούς κρατούμενους της δικτατορίας (στρατόπεδο Λακκίου).

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, σκοπός ήταν η αποσυμφόρηση των μεγάλων τμημάτων – κυρίως όμως του 9^{ου} περιπτέρου όπου είχαν συγκεντρωθεί τα πιο βαριά περιστατικά. Περίπου 70 τρόφιμοι γυμνοί και διαρκώς λερωμένοι αποτελούσαν μια «δυσάρεστη θέα» στον οποιοδήποτε επισκέπτη και ήταν αφορμή καταγγελιών. Έτσι άρχισε μια διαδικασία χωροταξικής αναδιάταξης των τροφίμων στη βάση διαγνωστικών κατηγοριοποιήσεων. Από κάθε τμήμα έγινε επιλογή των πιο «ανήσυχων» ασθενών. Όπως έγινε σύντομα φανερό, το πρόβλημα αντί να λυθεί, επιδεινώθηκε. Αυτό διατυπώθηκε καθαρά και στη νέα έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων της Ε.Ο.Κ. (Δεκέμβριος '87) που διαπίστωνε την επικίνδυνη επιδείνωση της κατάστασης. Η συνεχιζόμενη απάνθρωπη κατάσταση που επικρατούσε στο ψυχιατρείο της Λέρου άρχισε αυτή τη φορά να δημοσιοποιείται και από τους ίδιους τους εργαζόμενους. Ο Σύλλογος Εργαζομένων του Κ.Θ.Λέρου κατήγγειλε την απαράδεκτη κατάσταση του ιδρύματος με αφορμή την επίσκεψη του Νομάρχη Δωδεκανήσου κ. Μαχαιρίδη. (Λεριακά Νέα, Α.Φ.,126/2.1987)

Ο τότε Υπουργός Υγείας κος Μαγκάκης Γ.Α. τον Μάιο του '87 αποδέχτηκε τις προτάσεις του Σωματίου Εργαζομένων που αφορούσαν τις καθυστερήσεις στην εφαρμογή του Οργανισμού Λειτουργίας του ιδρύματος, στις προσλήψεις εξειδικευμένου προσωπικού και στις προτάσεις βελτίωσης της κατάστασης. Στην ίδια συνέντευξη ο Υπουργός ενέταξε διάφορα προγράμματα στη Λέρο σ' ένα γενικότερο σχεδιασμό της Κυβέρνησης για αποασυλοποίηση του ψυχιατρείου, ανακοινώνοντας και οικονομικά κίνητρα για το ιατρικό προσωπικό. Επίσης, διεξάγεται στη Λέρο το Ευρωπαϊκό Συνέδριο για την «Αποασυλοποίηση και επαγγελματική αποκατάσταση στον ψυχιατρικό τομέα εμπειρίες και προοπτικές». Στο συνέδριο η ομάδα γιατρών της Λέρου αναγκάζονται μετά

τον θόρυβο που δημιουργήθηκε από τις καταγγελίες τόσο του Υπουργού Υγείας όσο και του Πρόεδρου της Παγκοσμίου Ψυχιατρικής Εταιρείας κο Στεφανή να δηλώσουν ότι «το Ψυχιατρείο πρέπει να κλείσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα και ότι οι ρυθμοί αυτοί πρέπει να επιταχυνθούν το συντομότερο δυνατόν». (ΝΕΑ, 6.5.1987)

Η πιθανή απομάκρυνση του Ψυχιατρείου δημιουργεί κλίμα ανησυχίας στην τοπική κοινωνία με αποτέλεσμα ο τότε Πρόεδρος του Δ.Σ. του Κ.Θ.Λέρου με την ιδιότητα του δημάρχου του νησιού επισκέπτεται τις Βρυξέλλες για τη διαπραγμάτευση της ένταξης της Λέρου στα Μεσογειακά Ολοκληρωμένα Προγράμματα (Μ.Ο.Π.) έχοντας σαν στόχο την οικονομική ανάπτυξη του νησιού εκτός του ψυχιατρείου ενώ πραγματοποιείται μελέτη από την ΕΤΒΑ για την εναλλακτική ανάπτυξη της Λέρου . Είναι χαρακτηριστική η δήλωση του δημάρχου Λέρου ότι η Λέρος δε θέλει το ψυχιατρείο με τη σημερινή του μορφή...Ζητά να βρεθούν εναλλακτικές λύσεις για απασχόληση του έμψυχου δυναμικού του νησιού μας. Συνεχίζει τις προσπάθειές της στην Ελλάδα και στο εξωτερικό για αποστιγματοποίηση και ταυτόχρονα για τουριστική ανάπτυξη. (Λεριακά Νέα Α.Φ.,134,31.10.87)

Η έλλειψη ενιαίας πολιτικής και στρατηγικής στο θέμα της Λέρου συνεχίζεται και τους επόμενους μήνες. Σε ειδική σύσκεψη στο Υπουργείο (4.2.1987) τονίζεται ότι «θέση του Υπουργείου είναι να μην κλείσει το ψυχιατρείο της Λέρου, αλλά να αναβαθμιστεί ενώ μετά από επίσκεψη του Υφυπουργού Υγείας και Σολωμού στο νησί διαπιστώνεται η «ικανοποίηση από τις αλλαγές, που έγιναν». Την ίδια χρονική στιγμή (Μάρτιος '87) και το Κοινωνικό ταμείο της ΕΟΚ, θέτει ως όρο για έγκριση παράτασης του κανονισμού 815/84, θέτει δια στόματος του Ισπανού εκπροσώπου και Μαρίν «την κατάργηση του ψυχιατρείου της Λέρου που αποτελεί προσβολή του πολιτισμού μας».Ο ίδιος ο Ισπανός εκπρόσωπος υπενθυμίζει στην Ελληνική κυβέρνηση ότι δε σέβεται τις υποχρεώσεις που έχει αναλάβει και μέχρι σήμερα δεν έχει κάνει τίποτε που να δείχνει ότι τηρεί τις υποσχέσεις της, σύμφωνα με πηγές της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Η παραμονή του ψυχιατρείου θα δημιουργήσει σοβαρές δυσκολίες στην Ελλάδα, από τη στιγμή που θα αναλάβει την προεδρία της ΕΟΚ στο δεύτερο εξάμηνο της ίδιας χρονιάς. (Λεριακά Νέα Α.Φ.,134,31.10.87)

Το 1988 καθίσταται δυνατή η έξοδος της εργασιοθεραπείας στο Λακκί με τα κεντήματα και τη ζωγραφική. Στα τέλη του '88 η Ευρωπαϊκή Κοινότητα διαπιστώνει ένα χρόνο πριν τη λήξη του πενταετούς προγράμματος του κανονισμού 815/84 μόλις το 20% των κονδυλίων έχουν απορροφηθεί. Αντιπροσωπευτικό δείγμα της χαμηλής απορροφητικότητας των κονδυλίων, αποτελεί η απραξία γύρω από το πρόβλημα της Λέρου. Στις 16 Δεκεμβρίου του 1988, η Κοινότητα προχωρεί στην τροποποίηση του Κανονισμού 815/84 με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 4130/88. Στο κείμενο αυτό η Επιτροπή εκτιμά ότι:

1) τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1 του Κανονισμού (ΕΟΚ) αριθμός 815/84 του Συμβουλίου υλοποιούνται με βραδύτερο ρυθμό απ' ότι είχε προβλεφθεί αρχικά, πρέπει να παραταθεί η διάρκεια ισχύος του Κανονισμού αυτού χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή

2) για να εξασφαλισθεί η επίτευξη των στόχων της κοινοτικής παρέμβασης μέσω της όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερης εφαρμογής των προγραμμάτων και για να χρησιμοποιηθούν όσο το δυνατόν καλύτερα οι εθνικοί και κοινοτικοί πόροι, πρέπει να εφαρμοστούν *αυστηρές* μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου και να δοθεί στην Ελληνική Δημοκρατία τεχνική βοήθεια στους κατάλληλους τομείς

3) πρέπει κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, να επιτρέπεται η χρηματοδότηση δαπανών για την αγορά οικοπέδων ή κτιρίων για τα έργα που αποτελούν μέρος του προγράμματος που αναφέρεται στο άρθρο 1 του Κανονισμού (ΕΟΚ) αριθμός 815/84.

Για τους λόγους αυτούς :

A) Προβαίνει στη χρονική παράταση του Κανονισμού μέχρι την 31 Δεκεμβρίου 1994,

B) Αποδέχεται δαπάνες που αφορούν στην αγορά οικοπέδων ή κτιρίων Γ) Καθορίζει σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης

Δ) Παρέχει τεχνική βοήθεια για το σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης στο οποίο περιλαμβάνεται η χρησιμοποίηση εμπειρογνομών που καθορίζονται από κοινού από την Ελλάδα και την Επιτροπή. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Το καλοκαίρι του '89 γυρίζεται ένα φιλμ για το βρετανικό CHANNEL 4 του όπου καταδικάζεται η κατάσταση στη Λέρο ενώ προστίθενται τα δημοσιεύματα των TAGESZEITUNG και OBSERVER. Με πλούσιο φωτογραφικό υλικό, που κατέδειχνε τις εξαθλιωμένες μάζες των τροφίμων του ψυιατρείου, οι δύο εφημερίδες έδωσαν έμφαση με πρωτοσέλιδα: *“Europe’s guilty secret, Die Insel der Verlorenen”*. Παράλληλα με τα δημοσιεύματα του ξένου τύπου και τη δημοσιοποίηση του προβλήματος, έρχεται να προστεθεί και η εμπιστευτική έκθεση της ομάδας Εμπειρογνομών της ΕΟΚ όπου χαρακτηριστικά σημειώνονται τα ακόλουθα «Πεντέμισι χρόνια μετά την έναρξη του αρχικού προγράμματος, μπορούμε να μιλάμε για αποτυχία. Η κατάσταση στη Λέρο εξακολουθεί να είναι τραγική. Η διαχείριση από πλευράς Υπουργείου μάλλον χειροτέρευσε ενώ η εκπαίδευση του προσωπικού προχωρά πολύ αργά. Στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης δεν έχει γίνει ουσιαστικά τίποτα». (ΝΕΑ 13.9.89)

Ο τότε Υπουργός Υγείας κος Έβερτ με εγκύκλιό του το Φεβρουάριο του '90 καλεί τον Πανεπιστημιακό και Ψυχιατρικό κόσμο της χώρας να προτείνει και να εφαρμόσει προγράμματα παρέμβασης στο Κ.Θ.Λέρου με στόχο είτε την εκπαίδευση του ανειδίκευτου προσωπικού είτε την δημιουργία ξενώνων σε περιφέρειες

Ταυτόχρονα θεσμοθετούνται τα γνωστά κίνητρα Έβερτ που αφορούσαν:

1) αύξηση κατά 75% των αποδοχών όλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

2) επίδομα στέγης για εκείνους που θα πήγαιναν να εργαστούν καθώς και εισιτήριο μετάβασης και επιστροφής –μόνο για τους γιατρούς –στον τόπο διαμονής τους, ενώ προκηρύσσονται 130 θέσεις επιστημονικού και άλλου προσωπικού. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Το Μάρτιο του '90 προτείνεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ελέγχου του Κοινοτικού Προϋπολογισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η επιστροφή των πιστώσεων για τη Λέρο από την Ελληνική κυβέρνηση και η διακοπή της χρηματοδότησης, αφού ήδη στους Κοινοτικούς κύκλους είχαν αρχίσει διάφορες συζητήσεις περί «κακοδιαχείρισης». Ο θόρυβος για τη Λέρο και τα προβλήματά της θα είχε τελικά ως αποτέλεσμα στις 7 Ιουλίου 1990 την αναστολή του 815. Θα συνεχίζονταν κατά παρέκκλιση, μόνο οι πληρωμές των έργων που βρίσκονταν ήδη σε εξέλιξη. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο «εκφράζει έντονη λύπη για την αποτυχία του συνολικού προγράμματος όσον αφορά το Ψυχιατρικό Άσυλο της Λέρου» και ζητά από την Επιτροπή :

- α) Να υποβάλλει εντός έξι μηνών έκθεση όσον αφορά στην υλοποίηση του προγράμματος για την αναμόρφωση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα,
- β) Να ζητήσει από τις ελληνικές αρχές την επιστροφή των αχρεωστήτως καταβληθέντων ποσών για ένα σχέδιο το οποίο δεν υλοποιήθηκε στη Λέρο,
- γ) Να εξαρτήσει την καταβολή κάθε άλλης χρηματοδότησης προς όφελος του προγράμματος του υγειονομικού τομέα αναμορφώσεως από τη σύσταση επιτροπών εποπτείας που προβλέπει ο Κανονισμός (ΕΟΚ) αρ. 4130/88 του Συμβουλίου και από την υλοποίηση εκτελεστικών μέτρων του αναθεωρημένου ψυχιατρικού προγράμματος. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Το ΚΘΛ αντιμετωπίζεται σαν μια κακοφορμισμένη πληγή, που προκαλεί δυσχέρειες στο υπόλοιπο υγιές σώμα και ιδιαίτερα ενοχλήσεις από τις επικρίσεις στα διάφορα διεθνή συνέδρια, που φτάνουν να γίνονται πολιτικές πιέσεις σε ανώτερο επίπεδο και η Λέρος να καταλήγει να γίνεται πiónι σε μια διεθνή πολιτική σκακιέρα (Μεγαλοοικονόμου,1995). Η στάση της κυμαίνεται από την αδιαφορία και την αμηχανία μέχρι προκλητικές δηλώσεις ψυχιάτρων που δήλωναν στο 11^ο πανελλήνιο συνέδριο της Ψυχιατρικής και Νευρολογικής Εταιρείας, ότι όποιος πάει να δουλέψει στη Λέρο πρέπει να αποβληθεί από το ψυχιατρικό σώμα. Κάτω από αυτή την απειλή, σχεδιάζονται από διάφορους φορείς του ελληνικού ψυχιατρικού κόσμου μια σειρά προγραμμάτων παρέμβασης με στόχο τη συνέχιση των κονδυλίων. Η τελική έγκριση κάποιων προγραμμάτων είχε σαν αποτέλεσμα την προσωρινή αναστολή της διακοπής της Ευρωπαϊκής χρηματοδότησης.

Συνολικά υποβλήθηκαν 27 προγράμματα εκ των οποίων επιλέγησαν 10, από τη νέα ηγεσία του Υπουργείου που προήλθε από τις εκλογές του Απριλίου του 1990. Η υποβολή των προγραμμάτων σχετίζονταν αποκλειστικά με τη δημιουργία 13 ξενώνων από εταιρείες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. (Μεγαλοοικονόμου 1995)

4.5 Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΞΕΝΩΝΩΝ

Το 1990 διαμορφώνεται το πρόγραμμα Λέρος Ι του οποίου το λεγόμενο *Μέτρο 1*, αφορούσε τη δημιουργία των εκτός Λέρου ξενώνων, το δε *Μέτρο 2*, αφορούσε την παρέμβαση στο 11^ο και 16^ο περίπτερο. Το πρόγραμμα ήταν συνολικής διάρκειας δύο ετών (1991-1992). Σκοπός του Μέτρο Ι ήταν η μεταφορά 110 περίπου ασθενών σε 11 μικρές δομές ξενώνων ανά την Ελλάδα έχοντας σαν αφετηρία τον τόπο καταγωγής τους. Αυτά τα προγράμματα κάλυπταν τους ξενώνες που βρίσκονταν στην Αθήνα (Κυψέλη, Αιγάλεω), στην Αυλίδα, Λάρισα, Αλεξανδρούπολη, Ιωάννινα, Χαλκίδα και στη Θεσσαλονίκη. Η εφαρμογή του προγράμματος των ξενώνων, δημιούργησε σοβαρά προβλήματα τόσο στη φάση της επιλογής ασθενών από το Κ.Θ.Λέρου όσο και στο επίπεδο αποδοχής του από τη Λεριακή κοινότητα. Η κριτική αυτού του προγράμματος επικεντρώθηκε στα εξής σημεία :

- ⇒ Δεν προηγήθηκε μια φάση παρέμβασης μέσα στο ίδρυμα, για επαρκής προετοιμασία των ασθενών για τους Ξενώνες.
- ⇒ Οι έγκλειστοι σπάνια είχαν την ευκαιρία να συνειδητοποιήσουν τι σήμαινε για αυτούς να συμμετάσχουν ενεργά στην αλλαγή του τρόπου ζωής τους.
- ⇒ Οι μη κερδοσκοπικές εταιρείες επέλεξαν τους πιο λειτουργικούς ασθενείς.
- ⇒ Το κριτήριο του τόπου καταγωγής σε πολλές περιπτώσεις δε λειτούργησε, ενώ στις περισσότερες είχε μια τυπική μόνο

σημασία, καθώς ο προ 40 ή 50 ετών τόπος καταγωγής δεν υπήρχε πια.

⇒ Τέλος κριτική έγινε και για το δαπανηρό των ενεργειών του Μέτρου I του ΛΕΡΟΣ I.

Επιπλέον πολλοί από τους Ξενώνες βρίσκονταν απομονωμένοι από τα μεγάλα αστικά κέντρα διαθέτοντας έναν απαράδεκτο υψηλό για δομές κοινοτικής ψυχιατρικής αριθμό προσωπικού σε σχέση με τους ασθενείς, ώστε να θυμίζουν περισσότερο εκσυγχρονισμένες μικρές ψυχιατρικές μονάδες παρά μονάδες αποκατάστασης. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

4.6 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ 11^ο ΚΑΙ 16^ο ΠΕΡΙΠΤΕΡΟ

Η πρώτη ουσιαστική παρέμβαση στο ίδρυμα της Λέρου χρονολογείται τον Αύγουστο του 1989, που συντονίστηκε από Ψυχίατρο του Κ.Θ.Λ. και την μονάδα επανένταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Σε αυτήν τη συνεργασία συμμετείχαν και ξένες ομάδες από το Μάαστριχτ της Ολλανδίας, την Τεργέστη της Ιταλίας, τη Γερμανία και την Ιρλανδία. Η απουσία ενός συγκεκριμένου εργασιακού πλαισίου που να καθορίζει τις οικονομικές απολαβές των ξένων ομάδων, συντέλεσε στη συρρίκνωση αυτής της παρέμβασης, περιορίζοντας την στην ελληνική και ολλανδική ομάδα(Λουκάς, 1990).

Στο αρχικό στάδιο της παρέμβασης, επιλέγει το «δυσκολότερο» περίπτερο του ασύλου το 16^ο, όπου την εποχή αυτή αριθμούσε 145 ιδρυματικούς ασθενείς με βαριές νοητικές αναπηρίες (63%), υπολειμματικές ψυχώσεις (36%). Κυρίαρχο χαρακτηριστικό των ασθενών ήταν η ολική αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, παρουσιάζοντας απώλεια ούρων και κοπράνων ενώ όλοι οι τρόφιμοι παρέμεναν όλο το χρονικό διάστημα γυμνοί σκίζοντας συνήθως τα υποτυπώδη ρούχα τους που ενδεχομένως μπορεί να φορούσαν. Γι' αυτό και το περίπτερο 16 έμεινε στην ιστορία της Λέρου ως το περίπτερο των γυμνών. Οι υπάλληλοι που εργάζονταν στο

χώρο του περιπτέρου, ήταν 70 άτομα, καθιστώντας μια ιδανική αναλογία ασθενούς – προσωπικού 1 προς 2, ενώ η στάση τους προς τους ασθενείς χαρακτηριζόταν από σχέση φύλαξης, επίδειξη εξουσίας, βιολογικής συντήρησης και ανθρώπινης απουσίας. (Λουκάς, 1990)

Οι 145 ασθενείς διέμεναν σε δύο θαλάμους στους δύο ορόφους του κτιρίου. Κατά τη διάρκεια των πρωινών ωρών οι τρόφιμοι μεταφέρονταν σ' ένα κλειστό τσιμεντοστρωμένο άδειο χώρο, στο πίσω μέρος του κτιρίου για τον αναγκαίο καθαρισμό των θαλάμων. Σε αυτόν το χώρο έτρωγαν και εκπλήρωναν τις σωματικές τους ανάγκες, καθώς δεν υπήρχαν διαθέσιμες τουαλέτες, τραπεζαρία, αλλά ούτε επαρκές και εκπαιδευμένο προσωπικό. Υπήρχαν άτομα που έμεναν επί σειράς ετών, μόνιμα καθηλωμένα στα κρεβάτιά τους εξαιτίας ακραίων εκδηλώσεων βίας ή φόβων αυτοκτονίας. (Εμμανουηλίδου, 1995)

Με την έναρξη της παρέμβασης, μειώθηκε ο αριθμός των ασθενών σε 80. Αυτό έγινε μετά από συμφωνία με τη διοίκηση του Κ.Θ.Λέρου και κάποιοι ασθενείς μεταφέρθηκαν σε άλλα περίπτερα του ψυχιατρείου, αφού υπ' αριθμόν πρώτη προϋπόθεση για ουσιαστική Παρέμβαση, ήταν η μείωση των ασθενών. Αξιοσημείωτο είναι ότι τη χρονική στιγμή που άρχισε η παρέμβαση, οι 80 ασθενείς διέμεναν στον επάνω όροφο του κτιρίου, αφού ο κάτω όροφος παρέμενε κλειστός εξαιτίας των ακαθαρσιών. Η πρώτη ομάδα παρέμβασης αριθμούσε 22 άτομα, 15 άτομα μόνιμο προσωπικό και 7 από τη μονάδα επανένταξης, ενώ λίγο αργότερα ενσωματώθηκαν άλλα δύο άτομα της ολλανδικής ομάδας. Μόλις λίγους μήνες αργότερα, η ομάδα αυξήθηκε με την είσοδο εθελοντών φοιτητών από τη Θεσσαλονίκη. Την πρώτη ομάδα ασθενών αποτέλεσαν 19 ασθενείς, οι οποίοι επιλέγηκαν τυχαία από την ομάδα παρέμβασης χωρίς απολύτως κανένα κριτήριο. Η κριτική που δέχθηκε η ομάδα Παρέμβασης, ότι διάλεξε τους «λειτουργικότερους» ασθενείς σε αυτή τη φάση παρέμβασης, δεν ευσταθεί καθώς όπως ήδη ειπώθηκε, αφ' ενός η επιλογή έγινε εντελώς τυχαία και αφ' εταίρου ύστερα από εύλογο χρονικό διάστημα όλοι ανεξαιρέτως οι ασθενείς του 16^{ου} περιπτέρου συμπεριελήφθησαν στην παρέμβαση(Λουκάς, 1990).

Ο στόχος που τέθηκε από τους επικεφαλής της ομάδας ήταν η διάλυση του περιπτέρου και η σταδιακή επέκταση της παρέμβασης σε όλο το

Κ.Θ.Λέρου (Λακκί και Λέπιδα). Για την επίτευξη του στόχου, η παρέμβαση επικεντρώθηκε σε τρία επίπεδα:

1. Αλλαγή και εναλλακτική χρήση του χώρου

Ο αχρησιμοποίητος κάτω όροφος αφού καθαρίστηκε ,βάφτηκε με ζωντανά χρώματα, διακοσμήθηκε κατάλληλα ώστε να διαρρυθμιστεί για να αποτελέσει χώρο δημιουργικής απασχόλησης των ασθενών. Αγοράστηκαν έπιπλα, παιχνίδια, καθρέφτες και άλλα μέσα αισθητικών, νοητικών και συναισθηματικών ερεθισμάτων. Ο κάθε ασθενής είχε στη διάθεσή του για πρώτη φορά προσωπικά αντικείμενα και χώρο φύλαξής τους. Διαμορφώθηκε η τραπεζαρία και για πρώτη φορά άρχισαν να έχουν στην κατοχή τους μαχαιροπήρουνα. Η καθημερινή τροφοδοσία του περιπτέρου δεν εξαρτάται πλέον από τα κεντρικά μαγειρεία του ιδρύματος ,αλλά υπήρχε ειδικός μάγειρας, ο οποίος συνεργαζόταν με τους ρυθμούς και το κλίμα των παρεμβάσεων. Κατασκευάστηκαν τα πρώτα λουτρά με ζεστό και κρύο νερό και καταργήθηκε ο παραδοσιακός ομαδικός τρόπος πλυσίματος με το λάστιχο.

2. Προσωπική ενασχόληση με τους ασθενείς

Δημιουργία συναισθηματικής σχέσης που αποσκοπούσε στο να επανακτήσουν οι ασθενείς τις χαμένες δεξιότητές τους, αυξάνοντας την αυτονομία τους, έχοντας ως απώτερο στόχο την έξοδό τους στην κοινότητα. Οι δεξιότητες αυτές αφορούσαν την ικανότητα και ψυχική διαθεσιμότητα των ασθενών για αυτοέκφραση και επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα δόθηκε έμφαση στις καθημερινές δεξιότητες που σχετίζονταν με το ντύσιμο την καθαριότητα, τη χρήση τουαλέτας, δεξιότητες που είχαν χαθεί μετά τη χρόνια παραμονή τους στο άσυλο. Ταυτόχρονα γίνονται τα πρώτα βήματα επανένταξης στην κοινωνία, με τη διοργάνωση εξόδων για πρώτη φορά στο νησί σε καφετέριες και ταβέρνες.

3. Εκπαίδευση του μόνιμου προσωπικού.

Είναι γεγονός ότι δεν θα μπορούσε να γίνει κανενός είδους παρέμβαση αν προηγουμένως δεν είχε κερδισθεί η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή του μόνιμου προσωπικού. Για να πραγματοποιηθεί όμως αυτό, έπρεπε το προσωπικό να αποκτήσει μια διαφορετική νοοτροπία, να επικοινωνεί με άλλο τρόπο με τον ασθενή, να σέβεται τις ανάγκες του και τις

ιδιαιτερότητές του και να δει τον ασθενή όχι πλέον ως ένα αντικείμενο προς φύλαξη αλλά ως μία ισότιμη ύπαρξη(Εμμανουηλίδου, 1995).

Το επίπεδο παρέμβασης με το προσωπικό θεωρήθηκε αρκετά σημαντικό καθώς έμμεσα άρχιζε και η παρέμβαση στην κλειστή κοινωνία της Λέρου αφού ως γνωστό το 1/3 του παραγωγικού πληθυσμού εργάζεται στο ίδρυμα. Παράλληλα έπρεπε να γίνουν και γενικότερες αλλαγές στην ιδρυματική ζωή του ασύλου αρχίζοντας με την αλλαγή του ωραρίου εργασίας των υπαλλήλων με τέτοιο τρόπο ώστε η πρωινή βάρδια να συναντάται με την απογευματινή για χρονικό διάστημα μιας ώρας ώστε να συζητούνται σημαντικά θέματα της παρέμβασης. Τους πρώτους μήνες η συνάντηση όλης της ομάδας παρέμβασης- μόνιμου προσωπικού, εθελοντών, ξένων ομάδων- λάμβανε χώρα σε καθημερινή βάση, τις μεσημεριανές κυρίως ώρες, πριν την αλλαγή της βάρδιας . Αντικείμενο συζήτησης ήταν συγκεκριμένα προβλήματα με τους ασθενείς. Καταγραφόταν λεπτομερειακά η καθημερινή δουλειά στο τμήμα, με αναφορές στον κάθε ασθενή, στο πρόγραμμα που είχε ακολουθήσει και την ύπαρξη ενδεχομένως κάποιων πρώτων αντιδράσεων – χαρά, λύπη, χαμόγελο, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κ.α. Όλες οι αλλαγές, άλλες περισσότερο και άλλες λιγότερο συνάντησαν σημαντικά εμπόδια στην εφαρμογή τους και διήρκεσαν πολύ μέχρι να γίνουν αποδεκτές από το προσωπικό, κυρίως όμως από τη διοίκηση του ιδρύματος, η οποία έβλεπε σε αυτές αλλεπάλληλες υπερβάσεις υπηρεσιακών ορίων. Η σταδιακή εφαρμογή τους αποτελούσε θέμα καθημερινών διαπραγματεύσεων των παρεμβάσεων με την ιδρυματική γραφειοκρατία. (Εμμανουηλίδου, 1995)

Στα τέλη του 1991, έχει ωριμάσει η ιδέα για τη δημιουργία του πρώτου Διαμερίσματος όπου θα κατοικούσαν έγκλειστοι του Κ.Θ.Λέρου μέσα στην κοινότητα της Λέρου. Μετά από αίτηση στο Δημοτικό Συμβούλιο το Δεκέμβριο του '91 γίνεται δυνατή η ίδρυση του πρώτου εξωνοσοκομειακού διαμερίσματος στο χωριό Ξερόκαμπος. Οι πέντε ένοικοί του είναι οι πρώτοι τρόφιμοι του Κ.Θ.Λ. που αρχίζουν να ζουν μέσα στη κοινότητα με όλες τις αντιφάσεις. Το καλοκαίρι της επόμενης χρονιάς ιδρύονται τρία ακόμη διαμερίσματα με 22 πρώην ασθενείς του Ψυχιατρείου. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Μπροστά στο ενδεχόμενο συνέχισης των προγραμμάτων για να φύγουν κι άλλοι ασθενείς εκτός Λέρου, η κοινωνία του νησιού αρχίζει να προσαρμόζεται στην εναλλακτική λύση να ανοίξουν οι πόρτες του ψυχιατρείου και να αρχίσουν τη λειτουργία τους εξειδικευμένα προγράμματα αποκατάστασης και επανένταξης στο ίδιο το ψυχιατρείο. Αυτή όμως η προοπτική ανοίγματος του ιδρύματος δημιουργεί μια οξεία κρίση έχοντας άμεση αντανάκλαση στο ανώτατο διοικητικό επίπεδο του Κ.Θ.Λ.- με την αποπομπή τον Αύγουστο του '90 του τότε προέδρου κ. Μ. Ξηρουχάκη, την περίοδο που προετοιμαζόταν η μεταφορά των ασθενών εκτός Λέρου και με τον εξαναγκασμό σε παραίτηση της μετέπειτα προέδρου κ. Ε. Απέργη τον Αύγουστο του 1992, την περίοδο που είχε καθυστερήσει για έξι μήνες η ίδρυση τριών εξωνοσοκομειακών Δομών. Τους τελευταίους μήνες του 1992, γίνεται εφικτός ο καταρτισμός του προγράμματος «ΛΕΡΟΣ II» με τον κωδικό αριθμό 815910100 το οποίο περιελάμβανε δύο υποπρογράμματα.

Πριν την έγκριση του προγράμματος είχαν πραγματοποιηθεί:

- α) η επίσκεψη των Εμπειρογνομόνων της ΕΟΚ (2.11.92) στη Λέρο με ευμενή σχόλια για τη διαδικασία αποασυλοποίησης και
- β) ευρεία συνάντηση στο ξενοδοχείο Novotel (19.11.92) με τη συμμετοχή παραγόντων του Υπουργείου, της ΕΟΚ, του ΔΣ του Κ.Θ.Λέρου και των Επιστημονικά Υπευθύνων Ψυχιάτρων.

Πιο συγκεκριμένα το ΛΕΡΟΣ II προέβλεπε τους παρακάτω βασικούς άξονες:

- 1) Επέκταση των προγραμμάτων Αποκατάστασης σε ολόκληρο το ψυχιατρείο(τη χρονική αυτή περίοδο το ψυχιατρείο αριθμούσε γύρω στα 850 άτομα),
- 2) οργάνωση των ενεργειών για το μετασχηματισμό του ασύλου, έπρεπε να διεξαχθούν βάσει αυστηρού χρονοδιαγράμματος ενώ μηνιαία θα αποστέλετο ενημερωτικό δελτίο εξέλιξης του προγράμματος στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

3)οργάνωση και προγραμματισμό της εκκένωσης μιας σειράς περιπτέρων (11^ο και 16^ο), κτιριακές επισκευές άλλων (13^ο,15^ο κ.α.) με την αναμόρφωση θαλάμων, παροχή θέρμανσης , την αντικατάσταση σωλήνων

ύδρευσης και αποθήκευσης νερού, ασφαλιστική κάλυψη όλων των τροφίμων, παροχή καλοκαιρινών ρούχων, μετάβαση των εγκλείστων σε Διαμερίσματα , τόσο στη Λέρο όσο και σε άλλα νησιά της Δωδεκανήσου μεταξύ των οποίων ήταν η Κάλυμνος και η Ρόδος. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Επιπλέον προβλεπόταν η ίδρυση τεσσάρων ακόμα συνεταιριστικών δραστηριοτήτων, ενός εργαστηρίου κεραμικής, δύο κυλικείων και ενός συνεργείου καθαριότητας. Ο συνολικός προϋπολογισμός που καλύπτει το 55% από την Ευρωπαϊκή Ένωση και 45% από το ελληνικό Δημόσιο ανήρχετο σε 1.111.600.000 δραχμές. Στο συνολικό προϋπολογισμό είχε συμπεριληφθεί και ένα μηνιαίο χρηματικό ποσό των 10.000 δραχμών για κάθε ασθενή και το οποίο είχε ονομαστεί «ατομικό θεραπευτικό». Οι θέσεις του επιπλέον προσωπικού -μη μόνιμου- υπολογιζόταν στα 99 άτομα και αφορούσε την πρόσληψη 42 Ελλήνων Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, 15 ξένων Επαγγελματιών, 28 Βοηθών Ψυχικής Υγείας, 4 φυσιοθεραπευτών ή γυμναστών, 4 διοικητικών υπαλλήλων 1 Γεωπόνο και 1 Γραμματέα. Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία του νέου προγράμματος ήταν η απόρριψη της προοπτικής οικοδόμησης νέων ψυχιατρικών τμημάτων -των 40 περίπου κλινών- γεγονός που ισοδυναμούσε με οριστική ανοικοδόμηση του ψυχιατρικού κατεστημένου και την εγκατάσταση μέσα στο χώρο του ασύλου μικρού αριθμού δομών (ενδονοσοκομειακές δομές).

Η έγκριση του ΛΕΡΟΣ II συνοδεύτηκε μόλις λίγους μήνες αργότερα με μια σοβαρή κρίση που ξέσπασε στους κόλπους του Κ.Θ.Λ. και είχε σαν συνέπεια την παραίτηση του επιστημονικά υπεύθυνου (31.3.93) από τα προγράμματα παρέμβασης καθώς επίσης και την αποχώρηση της ιταλικής ομάδας. Αιτία αυτής της παραίτησης ήταν οι παρεμβάσεις που άσκησε το ΔΣ του ψυχιατρείου επί μιας σειράς θεμάτων που αφορούσαν τον τρόπο λειτουργίας των νεοϊδρυθέντων Διαμερισμάτων και την προετοιμασία μαζικών απολύσεων του ελληνικού προσωπικού του προγράμματος. Συγκεκριμένα το ΔΣ αποφάσισε τη διάλυση των θεραπευτικών ομάδων των Εξωνοσοκομειακών Δομών, αντικαθιστώντας τους από μόνιμους υπαλλήλους του Κ.Θ.Λ. οι οποίοι δεν είχαν καμία θεραπευτική σχέση με τους ενοίκους των Διαμερισμάτων και στην πλειοψηφία τους δεν είχαν ενεργή συμμετοχή στην αποκαταστασιακή παρέμβαση. Χαρακτηριστικό

γνώρισμα του ξεσπάσματος αυτής της κρίσης ήταν η σημαντική καθυστέρηση στην έναρξη του Προγράμματος για ένα χρόνο περίπου με την εκ νέου απειλή της Ε.Ε. για νέα διακοπή της χρηματοδότησης και η μετάθεση ψυχιάτρου και Επιστημονικά Υπευθύνου στο τμήμα Λακκίου ως ένδειξη τιμωρίας. (Μεγαλοοικονόμου, 1995)

Από τις αρχές του 1994 έγινε δυνατό, με τους νέους συσχετισμούς που δημιουργήθηκαν στο ΔΣ του Κ.Θ.Λ. με τον ορισμό νέου προέδρου να υλοποιηθεί το παραπάνω πρόγραμμα. Ο ίδιος μάλιστα με την ιδιότητα του ως παιδοψυχίατρος ανέλαβε παράλληλα και την επιστημονική ευθύνη του Τομέα Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες.

Πιο συγκεκριμένα τη χρονική αυτή περίοδο:

- 1) Το πρώην ΠΚΠΑ που από το 1993 ενσωματώθηκε στο Κ.Θ.Λ. ως Τομέας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες αναμορφώθηκε πλήρως κτιριακά, βελτιώνοντας τόσο τις συνθήκες διαβίωσης, όσο και το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας για τα 150 παιδιά με βαριές και πολλαπλές αναπηρίες που ζούσαν εκεί. Στα πλαίσιά του δημιουργήθηκε και ενδονοσοκομειακός ξενώνας 6 ατόμων.
- 2) Έκλεισε το 16^ο Περίπτερο –μετά από εκδήλωση πυρκαγιάς –και οι λιγστοί εναπομείναντες ασθενείς μεταφέρθηκαν σε μικρότερους ενδονοσοκομειακούς χώρους.
- 3) Άνοιξαν σε όλη τη διάρκεια του έτους 13 ομαδικά Διαμερίσματα με 67 ασθενείς οι οποίοι εξήλθαν σταδιακά και μετά από ανάλογη προετοιμασία στη κοινότητα.
- 4) Τέθηκε χρονοδιάγραμμα ώστε σε εύλογο χρονικό διάστημα να κλείσουν τα μεγάλα Περίπτερα-11^ο ,13^ο – και να δημιουργηθούν μικρές προκατασκευασμένες μονάδες
- 5) Προωθήθηκε η συνολική ενημέρωση προς τα ελληνικά και ξένα Μ.Μ.Ε. για τις αλλαγές που συνέβαιναν στη Λέρο με δεκάδες επισκέψεις δημοσιογράφων και τηλεοπτικών καναλιών, αίροντας τα ανυπέρβλητα εμπόδια που έθεταν οι έως τότε Διοικήσεις.
- 6) Καταβλήθηκε για πρώτη φορά προσπάθεια - με πρωτοβουλία του Προέδρου του ΔΣ- να υπάρξει πληροφόρηση και ανατροφοδότηση (feedback) των συνολικών ενεργειών των Παρεμβάσεων στο ψυχιατρείο,

εγκαταλείποντας το πέπλο μυστηρίου τον ανταγωνισμό και τη μυστικοπάθεια που επικρατούσαν μεταξύ των διευθυντών Ψυχιάτρων και ταυτόχρονα Επιστημονικά Υπευθύνων των Προγραμμάτων. Με αυτό το σκεπτικό, διοργανώνονται τακτικές εβδομαδιαίες συναντήσεις με τη συμμετοχή όλων των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας παρουσιάζοντας το έργο και την πρόοδο

κάθε Ψυχιατρικού Τομέα, ανταλλάσσοντας απόψεις και διαφωνίες μέσα από συγκεκριμένες πρακτικές και προγραμματίζονται οι δραστηριότητες των αμέσως επομένων ημερών.

7) Προωθήθηκε η εκπαίδευση του μόνιμου προσωπικού με κύκλο μαθημάτων συμβάλλοντας θετικά στην ευαισθητοποίηση των υπαλλήλων απέναντι στην ψυχική ασθένεια, ενώ διοργανώθηκαν και σειρές μαθημάτων απευθυνόμενες σε Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας με θεματολογία από την εξελικτική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. (Αρμενιάκος, 1990)

Το Νοέμβριο του 1995 καταρτίζεται η Τελική Έκθεση των Εμπειρογνομώνων επί της συνολικής εφαρμογής του Κανονισμού 815 για την Ελλάδα, εισπράττοντας μοναδικά θετικά σχόλια μόνο στην περίπτωση της Λέρου. Η έκθεση αναφέρει:

«Μια πολύ σημαντική πτυχή της αλλαγής αυτής στη Λέρο είναι το γεγονός ότι πραγματοποιήθηκε σε σχετικά σύντομο διάστημα και ξεπέρασε τους ανασταλτικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων της γεωγραφικής απομόνωσης του νησιού, της επί δεκαετίες διαμορφωμένης συμπεριφοράς της τοπικής κοινωνίας και του προσωπικού και την αδύναμη και γραφειοκρατική διοίκηση. Η περίπτωση της Λέρου μπορεί να χρησιμεύσει ως παράδειγμα ενός μεγάλου ψυχιατρικού ιδρύματος στο οποίο η συντονισμένη δράση που ενσωματώνει την αποκατάσταση με βελτιώσεις στην υποδομή και τον εξοπλισμό επέφερε ριζική αλλαγή. Κατέδειξε επίσης τη θετική επίδραση της αποτελεσματικής διοίκησης (ιδίως μετά το τέλος του 1993), της αφοσιωμένης επιστημονικής ηγεσίας και την αξία της κοινής παρέμβασης από εξωτερικές ομάδες, από άλλα μέρη της Ελλάδας και από άλλα κράτη μέλη».

Το τέλος του Κανονισμού 815/84 βρίσκει τους 690 περίπου ασθενείς του Κ.Θ.Λ. να έχουν βελτιώσει τις υλικές τους συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Ένας σημαντικός αριθμός που διαμένει σε προστατευμένα

διαμερίσματα στους οικισμούς του νησιού και απασχολείται στους «άτυπους συνεταιρισμούς» έχει αποκτήσει ποιότητα ζωής. Εξάλλου ένας ακόμη μεγαλύτερος αριθμός κυκλοφορεί ελεύθερα στο νησί και έχει κατακτήσει στοιχειώδη ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Τα Εξωνοσοκομειακά Διαμερίσματα, νοικιάζονται από το Κ.Θ.Λ. δεδομένου ότι οι ένοικοι δεν έχουν εξιτήριο και συνεχίζουν να ανήκουν στη δύναμη του Ψυχιατρείου. Το Κ.Θ.Λέρου συμβάλλει τόσο στην υλική υποδομή των Δομών με αναλώσιμα αγαθά (τρόφιμα, είδη καθαριότητας) όσο και στη στήριξη με προσωπικό. (Αρμενιάκος, 1990)

4.7 ΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ ΣΗΜΕΡΑ

Μετά το τέλος του Κανονισμού 815 και των αποκαταστασιακών προγραμμάτων παρέμβασης Λέρος Ι και Λέρος ΙΙ, λειτουργούν σήμερα στο νησί 23 εξωνοσοκομειακά Διαμερίσματα, στεγάζοντας 92 πρώην εγκλείστους του ψυχιατρείου. Στις διαρρυθμίσεις του ψυχιατρικού χώρου έγινε σμίκρυνση των θαλάμων και δημιουργήθηκαν μικρές ενδονοσοκομειακές δομές (βίλλες) των 4-5 ατόμων. Το ψυχιατρείο χωρίζεται σε 5 τομείς, ο 1^{ος} τομέας έχει 3 περίπτερα, ο 2^{ος} έχει 4 περίπτερα, ο 3^{ος} έχει 7 περίπτερα, ο 4^{ος} έχει 4 περίπτερα και ο 5^{ος} τομέας έχει 5 περίπτερα. Οι μόνιμοι ασθενείς είναι 430 (ψυχιατρείο, Ταμεία και διαμερίσματα) με τάσεις περαιτέρω μείωσης, λόγω της φυσικής του γήρανσης. Η εξέλιξη αυτή αναμένεται να επιφέρει ισχυρό κλονισμό στην αγορά εργασίας της Λέρου, αφού το Κ.Θ.Λ. παύει να είναι η βασική δομή επαγγελματικής απορρόφησης των νέων της Λέρου, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πλέον έντονο το πρόβλημα της ανεργίας και της σημαντικής πιθανότητας μετακίνησης τους εκτός Λέρου προς εξεύρεση εργασίας. Τα αμέσως επόμενα χρόνια οι θέσεις απασχόλησης στο Κ.Θ.Λ. θα μειώνονται συνεχώς. Περίπου 30 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 58 χρονών. Ο αριθμός εργαζομένων είναι 750 χωρίς τους ιατρούς. Επίσης λειτουργεί, στο χώρο του θεραπευτηρίου, ειδικό πρόγραμμα για εκπαίδευση

και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών ενώ παράλληλα έχουν αναπτυχθεί δραστηριότητες για την ευαισθητοποίηση του τοπικού πληθυσμού.

Μία δομή του Κ.Θ.Λ είναι τα «οξέα», ονομάζεται έτσι λόγω της εισαγωγής οξέων περιστατικών όπως χρήστες ουσιών, μανιοκαταθλιπτικών και ψυχωτικών. Είναι η μόνη δομή όπου πραγματοποιούνται εισαγωγές και μόνο λίγοι ψυχωτικοί ασθενείς μένουν μόνιμα. Τα οξέα χωρίζονται σε 2 τμήματα. Το κάθε τμήμα έχει κοινωνική λειτουργό , δύο ψυχίατρους και εξυπηρετεί μόνο τα Δωδεκάνησα. Υπάρχουν 2 τρόποι εισαγωγής των ασθενών: ακουσία νοσηλεία, δική τους θέληση και φεύγουν όποτε θελήσουν οι ίδιοι ή με εισαγγελική εντολή, όπου έρχονται με συνοδεία αστυνομίας και πρέπει να μείνουν τουλάχιστον 45 μέρες. Όταν πρόκειται για χρήστες ουσιών απαγορεύεται ο ασθενής τις πρώτες 3 με 4 μέρες να βγει έξω από την δομή χωρίς συνοδεία. Τα πράγματα τους ελέγχονται για να μην έχουν ουσίες κάπου κρυμμένες. Απαγορεύεται αυστηρά το αλκοόλ Δικαιούνται να πάρουν δυο τηλέφωνα την ημέρα αλλά μπορούν να δεχτούν πολλά τηλεφωνήματα από τους δικούς τους ανθρώπους έως τις 11:00 μ.μ. και επισκέψεις. Τους στέλνουν οι συγγενείς χρήματα τα οποία φυλάσσονται από το προσωπικό, το οποίο τους δίνει να έχουν ελάχιστα για όταν χρειαστούν κάτι.

Το άσυλο Τ.Α.Μ.Ε.Α (πρώην ΠΙΚΠΑ) στη Λέρο αποτελούσε τυπικό παράδειγμα ακραίας μορφής ασυλιακού τύπου περίθαλψης για άτομα με σοβαρές μαθησιακές και πολλαπλές αναπηρίες. Τα 165 άτομα που περιέθαλπε το 1991, μεταξύ 8 και 46 ετών. Οι περισσότεροι περιθαλπόμενοι ζούσα στο άσυλο από την πρώιμη παιδική τους ηλικία, δεν είχαν επαφές με τις οικογένειές τους ή την τοπική κοινωνία. Υπήρχε έλλειψη ιατρικής παρακολούθησης και έτσι οι συνθήκες διαβίωσης δεν ήταν καλές με αποτέλεσμα το υψηλό δείκτη θνησιμότητας. Το Φεβρουάριο του 1991 άρχισε το πρόγραμμα παρέμβασης στα Τ.Α.Μ.Ε.Α Λέρου και ολοκληρώθηκε τον Ιουνίου του 1995. Η παρέμβαση απασχόληση επαγγελματίες διαφόρων επιστημονικών κλάδων και εστιαζόταν στους

ασθενείς, στις οικογένειες τους, στο προσωπικό περίθαλψη, το ίδρυμα και την τοπική κοινωνία. Οι στόχοι των παρεμβάσεων του προγράμματος ήταν :

- Αξιολόγηση ασυλιακών παραμέτρων.
- Παρέμβαση για εξάλειψη ασυλιακών δεικτών.
- Εκμάθηση του προσωπικού για νέα μοντέλα φροντίδας, αλλαγή των στάσεων και της εργασιακής συμπεριφοράς.
- Κινητοποίηση των εξυπηρετούμενων για μάθηση ατομικών δεξιοτήτων και η κινητοποίηση τους.
- Σχεδιασμένη και κατάλληλη υλικοτεχνική υποστήριξη και διαρρύθμιση των κτιρίων.
- Συνεχής εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το προσωπικό του ιδρύματος.

Μέσω της παρέμβασης οι επαφές ασθενών και των οικογενειών τους πύκνωσαν, η εκπαίδευση και αισθητοποίηση τροποποίησαν τις κακές μεθόδους περίθαλψης, οι συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής αναβαθμίστηκαν και η κτιριακή υποδομή ανακαινίστηκε. Αναπτύχθηκε πρόγραμμα ανάδοχων οικογενειών και λειτούργησε ενδονοσοκομειακός ξενώνας στον περίβολο του ιδρύματος.

Σήμερα στο Τμήμα Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες υπάρχει μια κοινωνική λειτουργός και οι ασθενείς έχουν μειωθεί αρκετά (μαζί με του Κ.Θ.Λ ψυχιατρικού νοσοκομείου είναι 430 άτομα).

Προγράμματα Που Εφαρμόζονται Σήμερα:

Το Ελληνικό Κράτος στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, στα πλαίσια που δίνει ο νόμος 2716/99 για την ψυχική υγεία, παρέχει τη δυνατότητα εναλλακτικής απασχόλησης μέσω των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης Κοι.Σ.Π.Ε. Πρόκειται για μια νέα μορφή επιχειρηματικότητας, κοινωνικά προσανατολισμένης, η οποία φιλοδοξεί να δώσει καινοτόμες και δυναμικές λύσεις στο πρόβλημα της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και αποτελεί νομικό πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου.

Η σημαντικότητα της απασχόλησης για τα μέλη του ΚΟΙΣΠΕ φαίνεται μέσα από τη μαρτυρία ενός εργαζόμενου του Κοι.Σ.Π.Ε, του Δημήτρη Φ.:

«...Είναι καλύτερα για τους ασθενείς να δουλεύουν και να πληρώνονται, παρά να παίρνουν μια ξερή σύνταξη και να κάθονται...»

Η εργασία στο αγρόκτημα είναι ό,τι καλύτερο έχει συμβεί στη ζωή μου από τότε που αρρώστησα κι αν δε δουλέψω μια μέρα νιώθω άρρωστος και αισθάνομαι άχρηστος...»

Δραστηριότητες του Κοι. Σ. Π. Ε:

- **Ο Αγροτικός Συνεταιρισμός:**

Η δραστηριότητα των αγροτικών καλλιεργειών είναι η εξέλιξη της πρώτης απόπειρας που επιχειρήθηκε στο ΚΘΛ στην κατεύθυνση της αμειβόμενης εργασίας από το Νοέμβριο του 1991 με χρηματοδότηση του καν. 815/84. Με μικρά αλλά σταθερά βήματα παρ' όλες τις αμφισβητήσεις και αντιθέσεις, η πρώτη μονάδα εργασιακής αποκατάστασης του ΚΘΛ, έρχεται να «ταράξει» την ιδρυματική ψυχιατρική καθημερινότητα, δίνοντας παράλληλα το ερέθισμα για να ακολουθήσουν νέες ανάλογες προσπάθειες στη φιλοσοφία της εργασιακής αποκατάστασης και στο μετασχηματισμό του εργασιακού ρόλου του προσωπικού. Από το 2003 η δραστηριότητα αποτελεί μια από τις βασικές δράσεις του Κοι.Σ.Π.Ε. Στις αγροτικές καλλιέργειες εργάζονται 14 εργαζόμενοι α' κατηγορίας (άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα) και 7 (2 part-time) εργαζόμενοι β' κατηγορίας (εργαζόμενοι ψυχικής υγείας). Οι καλλιέργειες είναι υπαίθριες και θερμοκηπιακές και πραγματοποιούνται σε τρία αγροκτήματα συνολικής έκτασης 9 στρεμμάτων (1 στρέμμα θερμοκήπιο). Η παραγωγή ανέρχεται στους 40 τόνους ετησίως ενώ καλλιεργούνται 20 διαφορετικά είδη κηπευτικών. Σημαντική είναι η συνεργασία που έχει αναπτυχθεί με τοπικούς παραγωγούς όσον αφορά την προώθηση των τοπικών αγροτικών προϊόντων στην αγορά. Η παραγωγή προωθείται κυρίως στο ΚΘΛ (80%) καθώς και στην ελεύθερη αγορά (20%).

- Το εργαστήριο ζαχαροπλαστικής:

Η ιδέα για τη δημιουργία του εργαστηρίου ζαχαροπλαστικής άρχισε να γίνεται πράξη το 1999 με την εγκατάσταση του εργαστηρίου σε μια εγκαταλελειμμένη αποθήκη του ΚΘΛ, με υποτυπώδη οικιακό εξοπλισμό και με μόλις δύο άτομα προσωπικό. Πολύ σύντομα το εργαστήριο άρχισε να αναπτύσσεται δείχνοντας τις παραγωγικές του δυνατότητες. Επιπλέον η ενασχόληση με την παραγωγή ειδών ζαχαροπλαστικής αποδείχθηκε ότι βοηθά σημαντικά στην αποκατάσταση, κυρίως των ατόμων που ετοιμάζονται να επιστρέψουν στην κοινωνία. Από το 2003 η μονάδα αποτελεί δραστηριότητα του Κοι.ΣΠΕ. Στα πλαίσια της περαιτέρω ανάπτυξης και συγχρονισμού του εργαστηρίου το 2004 πραγματοποιήθηκαν επενδύσεις εξοπλισμού και μετεγκατάσταση της μονάδας σε νέο κτίριο.

Στο εργαστήριο ζαχαροπλαστικής εργάζονται οι εργαζόμενοι α' κατηγορίας (άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα) και 4 εργαζόμενοι β' κατηγορίας (εργαζόμενοι ψυχικής υγείας) οι οποίοι καθημερινή βάση ασχολούνται με την παραγωγή ειδών ζαχαροπλαστικής και snack. Τα παραγόμενα προϊόντα προωθούνται μέσω των δύο κυλικείων καθώς και την ελεύθερη αγορά.

- Εργαστήριο επεξεργασίας & τυποποίησης μελιού:

Είναι η πρώτη ουσιαστική επενδυτική δραστηριότητα που δημιούργησε ο Κοι.Σ.Π.Ε. και η οποία δεν αποτελεί συνέχεια δραστηριότητας που δημιουργήθηκε από το Κ.Θ.Λ. Η ενέργεια αυτή χρηματοδοτήθηκε από την κοινοτική πρωτοβουλία LEADER + του Υπ. Γεωργίας με 65%, ενώ το σύνολο της επένδυσης ανέρχεται στα 50.000 ευρώ. Η επιλογή της δραστηριότητας που αποσκοπεί: στη δημιουργία νέων θέσεων εργασιακής απασχόλησης μελών α' και β' κατηγορίας, στην προβολή και κοινωνική καταξίωση του Κοι.Σ.Π.Ε., στα οικονομικά οφέλη από τις πωλήσεις, στην στήριξη και ενδυνάμωση της τοπικής οικονομίας, στην ανάπτυξη και στήριξη του πρωτογενή τομέα και ειδικότερα της Μελισσοκομίας και στην ανάδειξη και προβολή των παραδοσιακών προϊόντων του νησιού, στηρίχθηκε στο γεγονός ότι η Λέρος διαθέτει εξαιρετικής ποιότητας θυμαρίσιο μέλι σε ικανοποιητικές ποσότητες.

Μέχρι τη δημιουργία του εργαστηρίου η συγκεκριμένη παραγωγή υστερούσε στο επίπεδο της τυποποίησης και προώθησης, γεγονός που οφειλόταν κυρίως στην έλλειψη οργάνωσης της παραγωγής, στο υψηλό κόστος που απαιτείται για τις συγκεκριμένες ενέργειες και στο ότι η μελισσοκομία δεν αποτελεί την κύρια δραστηριότητα του παραγωγού, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζεται «ερασιτεχνικά». Στο εργαστήριο που λειτουργεί από το 2004, απασχολούνται 2 εργαζόμενοι α΄ κατηγορίας (άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα) και 3 εργαζόμενοι β΄ κατηγορίας (εργαζόμενοι ψυχικής υγείας), ενώ ο κύκλος εργασιών της δραστηριότητας κυμαίνεται από 4 έως 6 μήνες.

- Τα δύο κυλικεί

Λειτουργεί από το 1994 με χρηματοδότηση από τον καν. 815/84. Πρόκειται για μια εμπορική επιχείρηση που εξυπηρετεί τις καθημερινές ανάγκες σε απαραίτητα είδη για τους ασθενείς, τους εργαζόμενους και τους επισκέπτες του Κ.Θ.Λ. Στο κυλικείο εργάζονται 4 εργαζόμενοι α΄ κατηγορίας (άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα) και 3 εργαζόμενοι β΄ κατηγορίας (εργαζόμενοι ψυχικής υγείας).

- Η διοικητική – οικονομική υπηρεσία του Κοι.Σ. Π. Ε.

Στόχοι Προγράμματος

- Τη δημιουργία θέσεων εργασίας στη Λέρο και αργότερα σε νησιά της Δωδεκανήσου.
- Την επιχειρησιακή βιωσιμότητα των δραστηριοτήτων του.
- Την ανάδειξη, προβολή και κοινωνική καταξίωση του Κοι.Σ.Π.Ε.
- Την αποασυλοποίηση της οικονομίας της Λέρου μέσα από τη δημιουργία εναλλακτικών μορφών απασχόλησης.
- Την στήριξη και ενδυνάμωση της τοπικής οικονομίας.

Εργαστήρια

Τα τελευταία χρόνια, λόγω της έλλειψης υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο Νομό Δωδεκανήσου, γίνεται προσπάθεια να αξιοποιηθεί η εμπειρία της Λέρου στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών υγείας στην περιοχή με τις κινητές μονάδες του Θεραπευτηρίου.

Από 1995 μέχρι και σήμερα τα προγράμματα «Αποκλεισμός από την αγορά Εργασίας», χρηματοδοτούμενα από το ΕΚΤ δημιουργήθηκαν τα εργαστήρια:

κεραμικής,
ζωγραφικής,
εικόνων (Αγιογραφίας),
κεντήματος και
ταπήτων.

Η επιλογή των εργαζομένων ασθενών στα ανάλογα εργαστήρια γίνεται με βάση:

1. Οικονομικό επίπεδο (αν δεν έχουν κάποια σύνταξη).
2. Λειτουργικότητα (κατά πόσο μπορούν να συμμετέχουν).
3. Επιθυμία συμμετοχής (ορισμένοι αρνούνται να πάρουν μέρος).
4. Κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο.

Ελεύθερες Δράσεις:

Οι Δραστηριότητες Ελεύθερου χρόνου , ήταν μια όαση μέσα σε ένα χώρο που ζούνε οι τρόφιμοι του Κρατικού θεραπευτηρίου της Λέρου. Δημιουργήθηκαν πριν από αρκετά χρόνια , με σκοπό την απασχόληση των ασθενών που δεν συμμετείχαν σε κάποιο εργαστήριο. Πρόκειται για τον σχηματισμό ομάδας από εξειδικευμένους και μη επαγγελματίες ψυχικής υγείας που προσφέρουν part- time, σε εθελοντική βάση, τουλάχιστον για όσους αυτή δεν είναι η κύρια απασχόληση τους, υπηρεσίες και εμπυχώνοντας τους ψυχικά ασθενής (χρόνιων ή μη), βάση καταρτισμένου εβδομαδιαίου προγράμματος. Έτσι, με μεράκι και με αγάπη

των υπευθύνων ψυχιάτρων και του προσωπικού (ειδικευμένου ή μη) δημιουργήθηκαν οι Δραστηριότητες Ελεύθερου χρόνου.

Η αφορμή για αυτή την πρωτοβουλία δόθηκε μετά την πρόσφατη μετακόμιση των «Δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου» από το χώρο που στεγαζόταν προηγουμένως, στη βίλα «Σελήνη»(πρώην τμήμα που φιλοξενούσε ασθενείς και βρίσκεται ακριβώς μπροστά στην νέα είσοδο του ψυχιατρείου και στο κέντρο των τμημάτων του 5^{ου} ψυχιατρικού τομέα) επειδή ήθελαν το οίκημα για που φιλοξενούσε τις Δραστηριότητες για τους συνεταιρισμούς κι έτσι οι Δραστηριότητες Ελευθέρου Χρόνου αναγκάστηκαν να στεγαστούν σ' ένα νεοκλασικό οίκημα , και μετονομάστηκαν σε Ελεύθερες Δράσεις.

Συμμετέχουν χρόνιαι ασθενείς, ανεξαρτήτως ηλικίας, οι οποίοι δεν μπορούν λόγω της χρόνιας τους κατάστασης να συμμετέχουν στα εργαστήρια ή στους συνεταιρισμούς οι οποίοι έχουν δημιουργηθεί στο ΚΘΛ. Έρχονται σε ένα χώρο από το πρωί έως το μεσημέρι που είναι ευχάριστος γι αυτούς, βρίσκουν εδώ την θαλπωρή που ίσως να έβρισκαν στο σπίτι τους, ασχολούνται με διάφορα όπως ζωγραφική ,χειροτεχνία, μουσική. Κοντά στους χρόνιας ασθενείς ήρθαν σιγά σιγά και τα ΟΞΕΑ, τοξικοεξαρτημένοι που ενώ στη αρχή δεν καταδέχονταν να καθίσουν με τους χρόνιας τώρα συμμετέχουν στην ίδια ομάδα. Στις Ελεύθερες Δράσεις λειτουργούν ομάδα ζωγραφικής, χειροτεχνίας, θεατρική ομάδα, καφενείου, χορωδίας και διοργάνωση αγώνων.

Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΗΣ AMY BLUE ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΗΣ ΣΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ ΤΟΝ ΙΟΥΝΙΟΥ ΤΟΥ 1989:

«Οι συνθήκες στη Λέρο δεν ήταν μεν ευχάριστες, δεν είχαν όμως και την αθλιότητα που περιμέναμε. Εκμυστηρεύτηκα ότι, αν επρόκειτο να νοσηλευτώ, θα προτιμούσα να έρθω στο ψυχιατρείο της Λέρου παρά της Κέρκυρας, που στοιχειώνει τη μνήμη μου με φριχτές εικόνες: συνωστισμός και κακοφωτισμένα δωμάτια, ασθενείς δεμένοι σε παγκάκια με αλυσίδες γύρω από τη μέση... σε αντίθεση με τα σκοτάδια της Κέρκυρας, στη Λέρο είδα μεγάλες ανοιχτές αυλές με ήλιο και καθαρό αέρα, προσεγμένο περιβάλλον και τοίχους φρεσκοβαμμένους...». (BLUE, 1999, σελ.23)

«Την εποχή της δικής μου επίσκεψης μόνο δύο ψυχίατροι, ένας νευρολόγος, τρεις διπλωματούχοι νοσηλεύτριες, μία διπλωματούχος κοινωνική λειτουργός και τρία άτομα που εκτελούσαν χρέη κοινωνικού λειτουργού, καθώς και ένα σύνολο τετρακοσίων πενήντα ατόμων ανεπίσημα «ειδικευμένου» νοσηλευτικού προσωπικού υπηρετούσαν τις ανάγκες των ασθενών του νοσοκομείου. Όταν επισκέφτηκα το τμήμα των γυναικών καθώς και το τμήμα των ανδρών, είδα αίθουσες φρεσκοβαμμένες, καινούργια τραπέζια, καρέκλες, τηλεοράσεις-όλα αποτέλεσμα της χορηγίας της ΕΟΚ. Το τμήμα των γυναικών ήταν πεντακάθαρο. Ενώ διέσχιζα κάθε μέρα ολόκληρο το ψυχιατρείο, οι ασθενείς δεν με πλησίαζαν καθόλου για να μου ζητήσουν τσιγάρα ή ψιλά...». (BLUE, 1999, σελ.29)

B ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγή

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να καταγραφούν οι απόψεις των κατοίκων της Λέρου, σχετικά με την παρουσία του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου στο νησί. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη κοινότητα της Λέρου και θέλησε να καταγράψει τυχόν επιπτώσεις που μπορεί να υπάρχουν (οικονομικές-τουριστικές-ψυχολογικές - κοινωνικές), λόγω της ίδρυσης του ΚΘΛ. Ειδικότερα, η έρευνα αποσκοπεί στην διερεύνηση των στάσεων, προβληματισμών και ανησυχιών των κατοίκων του νησιού για τον τρόπο ζωής τους κοντά στους ψυχικά ασθενείς. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το τρίμηνο Μαΐου-Ιουλίου 2010.

5.1. Είδος της έρευνας

Προτιμήσαμε την ποσοτική έρευνα έναντι της ποιοτικής γιατί παρέχει τα εξής πλεονεκτήματα: διευκολύνει τη συλλογή δεδομένων, είναι ακριβής και η λιγότερο χρονοβόρα. Παρόλα αυτά, χρειάζεται προσεκτικό σχεδιασμό διότι επιτρέπονται ελάχιστες αλλαγές εφόσον ξεκινήσει η διαδικασία. Και παρά του ότι η ποιοτική έρευνα δίνει την δυνατότητα για πιο έγκυρες απαντήσεις λόγω της κατά πρόσωπο συνέντευξης, η ποσοτική έρευνα μπορεί να έχει μεγαλύτερο δείγμα και, επομένως, να είναι πιο αξιόπιστη, σύμφωνα με την Κυριαζή (2005).

Στην ποσοτική έρευνα τα συνηθέστερα εργαλεία είναι τα ερωτηματολόγια, τα τεστ, οι μετρήσεις και τα ερευνητικά σχέδια, τα οποία επιτρέπουν τον προσδιορισμό των σχέσεων μιας ή περισσοτέρων μεταβλητών. Ο πιο συνηθισμένος στόχος των ποσοτικών μεθόδων είναι η ερμηνεία και ο

εντοπισμός αιτιωδών σχέσεων μεταξύ ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών οι οποίες μελετώνται. (Χατζηνικήτα, 2005)

Ως μέθοδο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο. (Cohen, Manion, & Morrison, 2008)

5.2. Ερευνητικές υποθέσεις

Τα ερευνητικά ερωτήματα που μας απασχόλησαν είναι τα παρακάτω:

- Ποια είναι η άποψη των κατοίκων για τη λειτουργία του Κ.Θ.Λ. στο νησί;
- Υπάρχει προκατάληψη των κατοίκων απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες;
- Υπάρχουν επιπτώσεις στο νησί μετά τη λειτουργία του Κ.Θ.Λ.;
- Οι ψυχικά ασθενείς ζουν ποιοτική ζωή μέσα στο Κ.Θ.Λ.;
- Ποια είναι η άποψη των κατοίκων για τη λειτουργία εξωνοσοκομειακών δομών;

5.3. Πληθυσμός-δείγμα

Καθορίσαμε τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται η έρευνα. Ο καθορισμός αυτός εξαρτάται από το αντικείμενο της έρευνας, τις υποθέσεις εργασίας, τον τύπο του δείγματος, τα υλικο-τεχνικά εμπόδια που προκύπτουν. Κάποιοι επιστήμονες διαχωρίζουν τον πληθυσμό - στόχο και τον προσβάσιμο πληθυσμό. Ο πληθυσμός-στόχος αναφέρεται σε όλα τα άτομα που ενδιαφέρουν τον ερευνητή, ενώ ο προσβάσιμος πληθυσμός αναφέρεται σε εκείνα τα άτομα που ικανοποιούν τα κριτήρια που τίθενται. (Κυριαζή, 2005).

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Λέρο. Ο πληθυσμός που χρησιμοποιήθηκε ήταν οι κάτοικοι του νησιού. Το δείγμα του πληθυσμού που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα ήταν τυχαίο, προκειμένου να είναι και αντιπροσωπευτικό. Έτσι, κάθε μονάδα του πληθυσμού είχε την ίδια δυνατότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα και τα πορίσματα που θα προέκυπταν από την έρευνα, θα ίσχυαν για όλο τον πληθυσμό της έρευνας.

Υπάρχουν δύο μέθοδοι δειγματοληψίας:

- αυτές που δίνουν δείγματα πιθανοτήτων, όπως η απλή τυχαία δειγματοληψία, η συστηματική δειγματοληψία, η δειγματοληψία κατά στρώματα, η δειγματοληψία κατά δεσμίδες και η σταδιακή δειγματοληψία
- αυτές που δίνουν δείγματα μη πιθανοτήτων, όπως η βολική δειγματοληψία, η ποσοστιαία δειγματοληψία, η δειγματοληψία σκοπιμότητας, η δειγματοληψία κατά διαστάσεις και η δειγματοληψία χιονοστιβάδα

Το μέγεθος του δείγματος και η επιλογή της δειγματοληπτικής μεθόδου εξαρτάται από το στόχο της μελέτης, την έκταση του πεδίου έρευνας, τη φύση του πληθυσμού, τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται, το βαθμό ομοιογένειας του πληθυσμού, το βαθμό της επιθυμητής ακρίβειας, αλλά και τα υλικά μέσα που έχουμε στη διάθεσή μας (χρόνο, χρήματα, άτομα, κλπ). (Cohen, Manion, & Morrison, 2008)

Για την παρούσα έρευνα, η επιλογή του δείγματος έγινε με βάση την απλή τυχαία δειγματοληψία. Συγκεκριμένα, με αυτήν την μέθοδο κάθε κάτοικος της Λέρου είχε την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί στο δείγμα.

Γι' αυτό το σκοπό δόθηκαν ερωτηματολόγια στους κατοίκους που ζουν στο νησί, (N=100). Η παρουσία του Κρατικού Θεραπευτηρίου στη Λέρο και οι κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις που τη συνοδεύουν αντιμετωπίζονται από τον κάθε κάτοικο του νησιού διαφορετικά. Το ίδιο ισχύει για τις αντιλήψεις, τις στάσεις, τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες τους, πάνω στο θέμα.

Προσπαθήσαμε να δώσουμε κίνητρα στα άτομα που απευθυνθήκαμε ώστε να συμμετάσχουν στην έρευνα και να απαντήσουν με ειλικρίνεια στα ερωτήματα που τους θέσαμε. Ενημερώνοντας τους κατάλληλα, προσπαθήσαμε να κατανοήσουν ότι με αυτό τον τρόπο μπορούν να επηρεάσουν θετικά την κοινή γνώμη και να οδηγηθούν σε μία επιτυχημένη μεταβολή.

5.4. Εργαλείο της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο ήταν το κύριο μέσο επικοινωνίας ώστε να πετύχουμε το σκοπό της ερευνητικής μας μελέτης. Δηλαδή, αφενός να δημιουργήσουμε το κίνητρο στους ερωτηθέντες προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα, και αφετέρου, να συλλέξουμε τις κατάλληλες πληροφορίες για το σκοπό αυτής. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, στις ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιείται συχνά η συμπλήρωση ερωτηματολογίων, η οποία αφορά ένα μεγάλο σύνολο ατόμων που πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό του ερευνώμενου πληθυσμού.

Το εργαλείο μας αποτελείται από μία σειρά ερωτημάτων που αρθρώνονται σύμφωνα με πολλές μεταβλητές: τη μεταβλητή που αφορά τα στοιχεία ταυτότητας του ερωτηθέντος (ηλικία, φύλο, κοινωνικό επίπεδο) και αυτές που σχετίζονται με τις πληροφορίες που θέλαμε να εξασφαλίσουμε μέσω των διαφόρων ερωτήσεων. Επίσης, επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων που αφορούν συμπεριφορές, γνώμες, ανάγκες, κίνητρα και στοχεύει στην εκτίμηση κάποιων απόλυτων και σχετικών μεγεθών, στην περιγραφή ενός πληθυσμού και στην επαλήθευση των υποθέσεων. Επιλέξαμε το ερωτηματολόγιο γιατί απαιτεί λίγα έξοδα, σχετικά λίγο χρόνο απασχόλησης του ερευνητή, του ερωτώμενου αλλά και για την ανάλυση των απαντήσεων. Μας δίνει τη δυνατότητα συλλογής πληροφοριών από μεγάλο αριθμό ατόμων σε σύντομο χρονικό διάστημα, τις οποίες μπορούμε να ποσοτικοποιήσουμε, να συγκρίνουμε και να αναλύσουμε στατιστικά, χωρίς να εμπλέκεται η προσωπική μας κρίση.

Ένα μειονέκτημα του ερωτηματολογίου είναι ότι παίρνει ως δεδομένα τα πράγματα που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ως προβλήματα σε μία εκπαιδευτική μελέτη, δηλαδή τα φαινόμενα που θα έπρεπε να βρίσκονται στο κέντρο του ενδιαφέροντος αποτελούν το σημείο εκκίνησης. Όταν διερευνούμε έννοιες όπως απόψεις, στάσεις, κίνητρα, φιλοδοξίες πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι υπάρχει δυσπιστία των ανθρώπων απέναντι σε αυτό, η οποία προέρχεται από το φόβο της «δέσμευσης». Επίσης αν το μέγεθος του είναι υπερβολικά μεγάλο, αρκετοί δεν θα το απαντήσουν και κάποιοι άλλοι θα προσπαθήσουν να είναι σύντομοι, οπότε υπάρχει ο κίνδυνος να δοθούν βιαστικές απαντήσεις ή να μείνουν κάποιες ερωτήσεις αναπάντητες.

Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι το «ιδανικό» ερωτηματολόγιο είναι σαφές, ομοιόμορφο, σχεδιασμένο ώστε να ελαχιστοποιεί τα σφάλματα εκ μέρους των συμμετεχόντων, να κεντρίζει το ενδιαφέρον και να εκμαιεύει απαντήσεις όσο το δυνατόν πιο κοντά στην αλήθεια.

Η δημιουργία ενός ερωτηματολογίου περνάει από τα εξής στάδια:

- καθορισμός του αντικειμένου μελέτης
- καθορισμός του πληθυσμού και των χαρακτηριστικών του
- ορισμός των ομάδων ερωτήσεων
- δημιουργία ενός πρώτου ερωτηματολογίου
- καθορισμός του δείγματος
- διεξαγωγή μίας προ-έρευνας σε μικρό ποσοστό ερωτηθέντων με σκοπό τον έλεγχο της εγκυρότητας και της αντιπροσωπευτικότητας του ερωτηματολογίου. (Javeau, 1996)

Συγκεντρώσαμε όλες τις πιθανές ερωτήσεις που θα μπορούσαμε να θέσουμε και οι οποίες ανταποκρίνονταν στους σκοπούς των επιλεγμένων υποθέσεων εργασίας. Οι ερωτήσεις προέρχονταν από την επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Εκτός από τις ερωτήσεις (τον αριθμό, τη μορφή τους, κλπ), άλλα θέματα που μας απασχόλησαν για την κατασκευή του ερωτηματολογίου ήταν ο τρόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (άμεσος ή έμμεσος), η γλώσσα που θα χρησιμοποιούσαμε, το είδος της

επεξεργασίας των απαντήσεων, ο τρόπος αποφυγής διαφόρων προβλημάτων που προκύπτουν από τις ερωτήσεις κλπ.

Σχετικά με τις ερωτήσεις προτιμήσαμε αυτές του κλειστού τύπου γιατί, σύμφωνα με τη θεωρία της Κυριαζή (2005), είναι εύκολο να απαντηθούν, εγγυώνται μια σχετική ανωνυμία, προσφέρονται για στατιστική ανάλυση, δεν αφήνουν στον ερωτώμενο περιθώρια διαφορούμενων απαντήσεων και συμβάλλουν στην αξιοπιστία της έρευνας. Οι κλειστές ερωτήσεις συνοδεύονται από εναλλακτικές προκαθορισμένες απαντήσεις, από τις οποίες ο ερωτώμενος επιλέγει εκείνη που τον αντιπροσωπεύει καλύτερα. Οι κλειστές ερωτήσεις πρέπει να εφαρμόζονται με πολύ μεγάλη προσοχή. Είναι, λοιπόν, απαραίτητος ο συνδυασμός των δύο τύπων ώστε η προσέγγισή μας να είναι αποτελεσματική και ολοκληρωμένη. Για το λόγο αυτό, μερικές από τις ερωτήσεις ήταν και ανοιχτού τύπου, όπου ο ερωτώμενος καλούταν να εκφράσει τις απόψεις του με το δικό του τρόπο. Έχει την δυνατότητα να αναφερθεί όπως θέλει σε σύνθετα θέματα, να προβάλλει τις απόψεις του, να δώσει τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες στον ερευνητή, να αντιληφθεί την κοινωνική πραγματικότητα. Συνήθως, οι ερωτήσεις αυτές δεν απαντώνται, αφού όσοι δεν μπορούν να μεταφέρουν με σαφήνεια τις απόψεις τους δυσκολεύονται να τις συμπληρώσουν. Οι ανοιχτού τύπου ερωτήσεις χρησιμοποιούνται περισσότερο σε έρευνες ποιοτικού χαρακτήρα γιατί επιτρέπουν να διεисθύσουμε εις βάθος και να αποκτήσουμε πλούσιο υλικό. Αντίθετα, όταν η έρευνα αποσκοπεί να συγκεντρώσει ποσοτικά στοιχεία πιο χρήσιμες είναι οι ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες μας δίνουν τη δυνατότητα συγκριτικής ανάλυσης των απαντήσεων. (Κυριαζή, 2005).

Το ερωτηματολόγιο μας αποτελείται συνολικά από 22 ερωτήσεις. Οι τέσσερις πρώτες αποβλέπουν στο να συγκεντρώσουμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και μόρφωση). Από τις υπόλοιπες δεκαοκτώ, οι δέκα ζητούν από τον ερωτώμενο να επιλέξει ανάμεσα σε δύο απαντήσεις. Από αυτές οι έξι, ανάλογα με την απάντηση, ήταν συνδυασμός κλειστών και ανοιχτών ερωτήσεων. Οι υπόλοιπες πέντε ήταν πολλαπλής επιλογής και δύο ακόμα ανοιχτού τύπου.

5.5. Η διαδικασία της έρευνας

Η έρευνα αυτή αποτέλεσε για εμάς μεγάλη εμπειρία, διότι ήρθαμε σε επαφή με πολλούς και διαφορετικούς ανθρώπους. Προσπαθούσαμε πάντα να κινούμε την περιέργειά τους τονίζοντας το επιστημονικό ενδιαφέρον της έρευνας και στην πιθανή θετική επίδραση που θα έχει στη ζωή όλων των κατοίκων.

Κύριο μέλημά μας ήταν να απομακρύνουμε οποιαδήποτε ανησυχία από τον εκάστοτε ερωτώμενο, να ξεκαθαριστεί σε αυτούς ο σκοπός της έρευνάς μας και να διαφωτιστούν επαρκώς για τις προσδοκίες μας απ' αυτούς.

Αφού προσδιορίσαμε τον πληθυσμό, το δείγμα, την μέθοδο δειγματοληψίας και το εργαλείο συλλογής των δεδομένων μας, σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε η κυρίως έρευνα, η οποία έλαβε χώρα στο διάστημα Μαΐου-Ιουλίου 2010.

Αρχικά, πραγματοποιήσαμε επίσκεψη σε τοπικές υπηρεσίες και ιδιωτικές επιχειρήσεις προκειμένου να ζητήσουμε άδεια, να τους ενημερώσουμε για το σκοπό της έρευνας και να αφήσουμε ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση. Μετά από μερικές ημέρες, επισκεπτόμαστε τα ίδια μέρη και παίρναμε τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Η μέθοδος αυτή μας βοήθησε να κερδίσουμε χρόνο και να συγκεντρώσουμε τα ερωτηματολόγια πολύ γρήγορα (δύο εβδομάδες).

Λάβαμε υπόψην μας τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας, προκειμένου να διευκολυνθεί η προσέγγιση και η επικοινωνία με τους κατοίκους της Λέρου και να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα και η εγκυρότητα της έρευνας μας. Σχετικά θα αναφερθούμε σε επόμενο κεφάλαιο. Κατά την επικοινωνία μας με τους κατοίκους διαπιστώσαμε ότι οι περισσότεροι δε μας έφεραν εμπόδια, γιατί θεώρησαν πολύ ενδιαφέρον το αντικείμενο της έρευνας.

5.6. Ηθικοί Προβληματισμοί και Δεοντολογία

Κατά τον σχεδιασμό και την εκπόνηση μιας έρευνας, οι ερευνητές συχνά έρχονται αντιμέτωποι με διάφορα δεοντολογικά και ηθικά ζητήματα, τα οποία σχετίζονται με το αντικείμενο της έρευνας και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται. Εξασφαλίσαμε τη συγκατάθεση των υποκειμένων, υποσχθήκαμε τη διαφύλαξη της ανωνυμίας τους, την μη εκμετάλλευση και πρόκληση βλάβης. (Javeau, 1996)

Τα ερωτηματολόγια συνοδεύονταν με πληροφορίες σχετικά για το σκοπό της έρευνας και την αξία της συμμετοχής τους. Τέλος, υποσχθήκαμε ότι θα γνωστοποιήσουμε τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας.

5.7. Πρόσβαση

Η πρόσβαση στο δείγμα είναι πολύ σημαντικό θέμα για τη διεξαγωγή μιας έρευνας. Η δική μας σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλήσουμε τους κατοίκους του νησιού εν ώρα εργασίας.

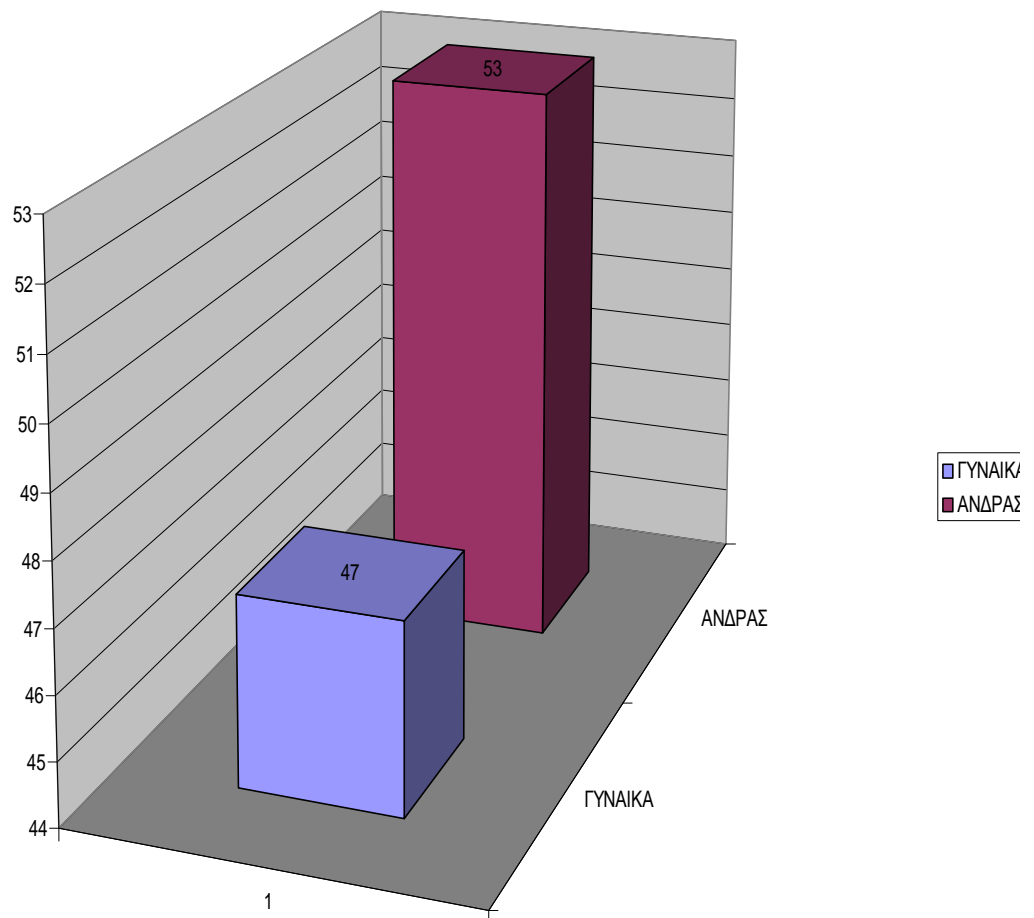
Η ενημέρωση των κατοίκων σχετικά με το ερωτηματολόγιο το οποίο καλούνταν να συμπληρώσουν γινόταν σε λίγα λεπτά και με την χορήγηση της άδειας τους. Πληροφορούσαμε για το σκοπό της έρευνας και ότι δεν απαιτείται πολύς χρόνος για να μας βοηθήσουν.

Η προσεκτική προετοιμασία της έρευνας συντέλεσε ώστε να μην αναφερθεί κανένα παράπονο από τους κατοίκους του νησιού. Επίσης, δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα τόσο κατά τη διαδικασία χορήγησης όσο και κατά τη συλλογή των ερωτηματολογίων.

6. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΟΣ

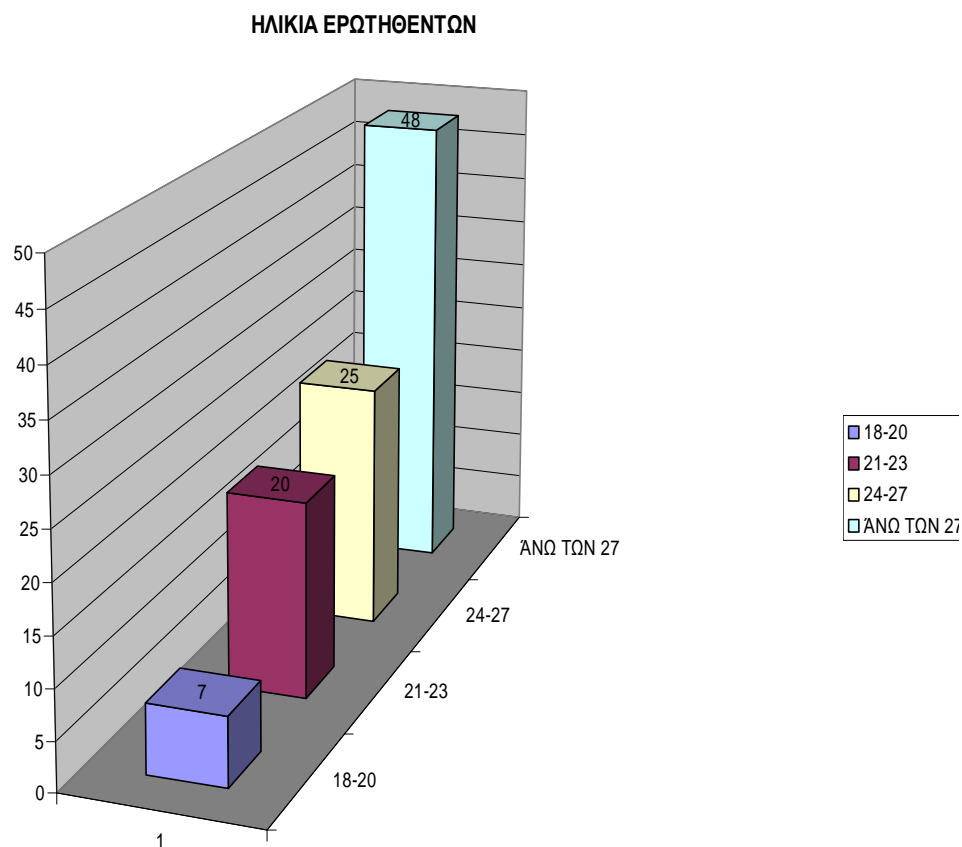
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



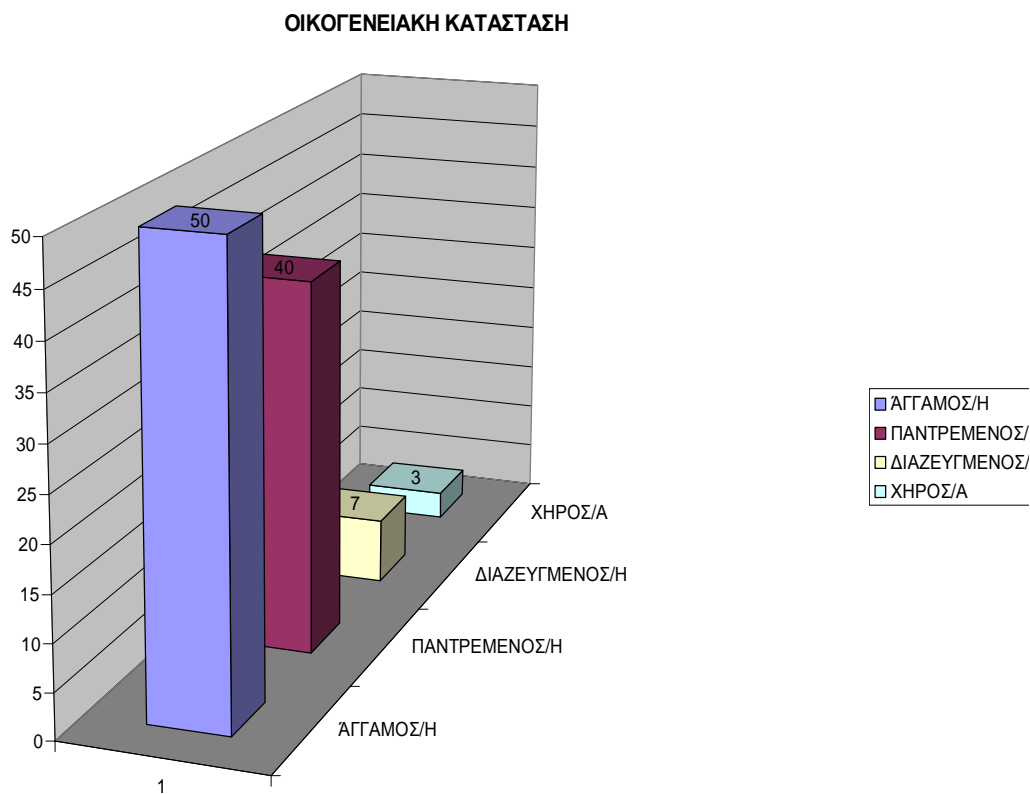
Το δείγμα μας αποτέλεσαν συνολικά 100 κάτοικοι της Λέρου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (53%), ενώ οι άντρες κυμαίνονταν στο 47%.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



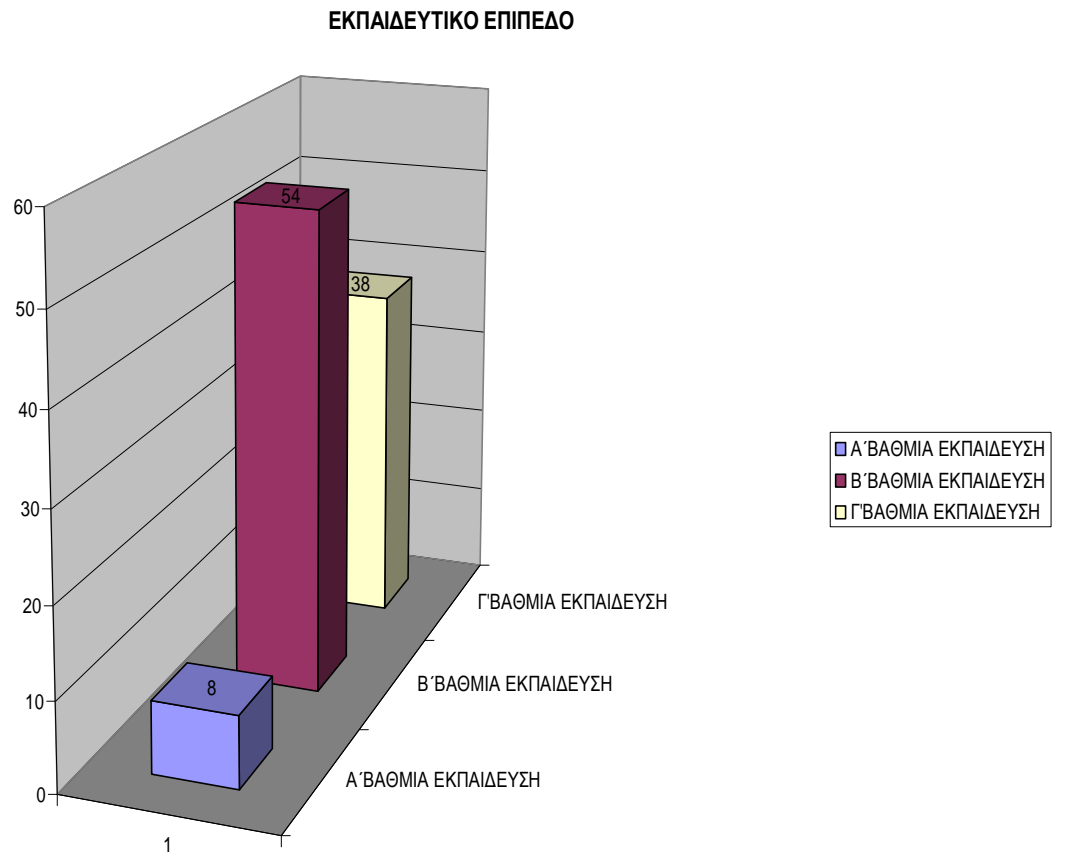
Οι ηλικίες των ερωτηθέντων κυμαίνονταν από 18-20 έως άνω των 27 ετών. Το 7% αφορούσε ηλικίες από 18 έως 20 ενώ το 20% ηλικίες από 21 έως 23. Επίσης, ένα ποσοστό 25% ήταν από 24 έως 27 ετών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (48%) ήταν άνω των 27 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι είναι άγαμοι (50%), ενώ οι παντρεμένοι ανέρχονται στο ποσοστό του 40%. Οι διαζευγμένοι αποτελούσαν το 7% και όσοι έχουν χηρέυσει το 3%.

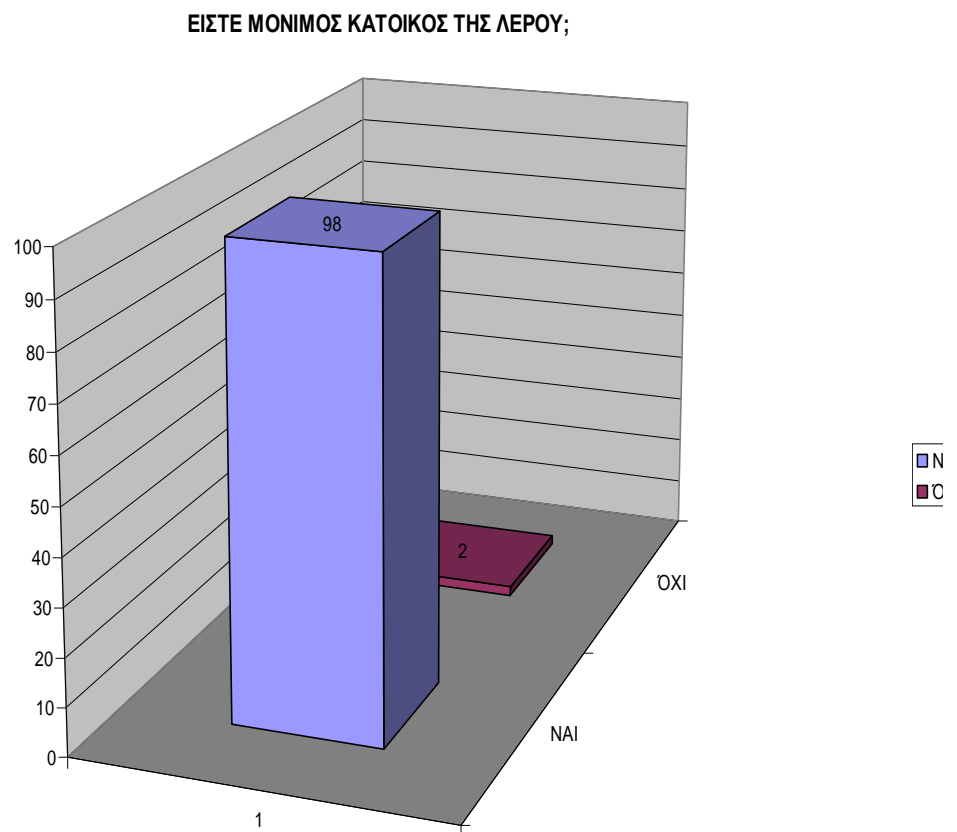
ΓΡΑΦΗΜΑ 4



Το μορφωτικό επίπεδο ήταν κυρίως δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (54%), ενώ δεν έλειπαν και οι υπόλοιπες βαθμίδες εκπαίδευσης: πρωτοβάθμια 8% και τριτοβάθμια 38%.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

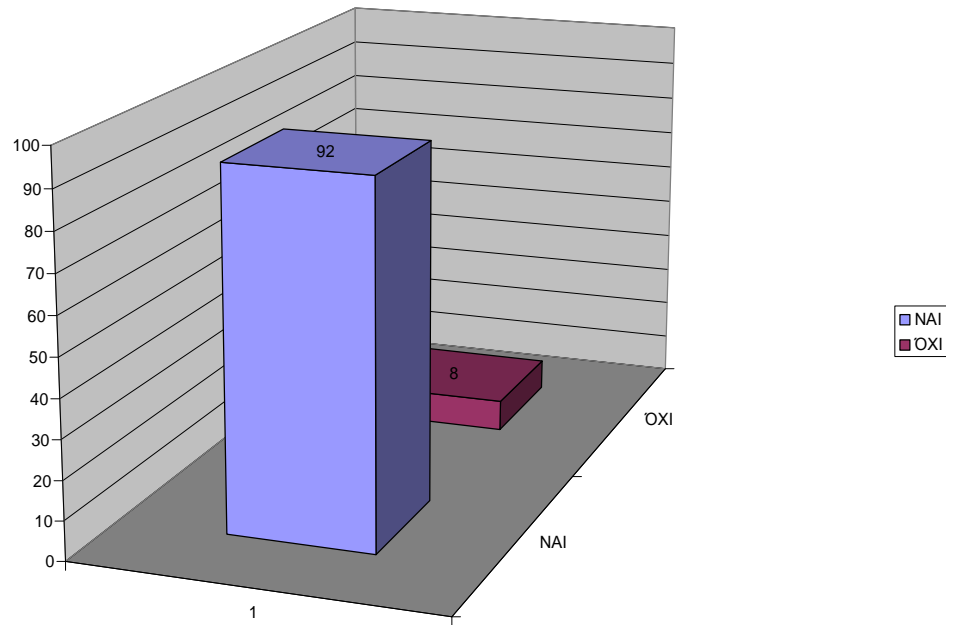
ΓΡΑΦΗΜΑ 1



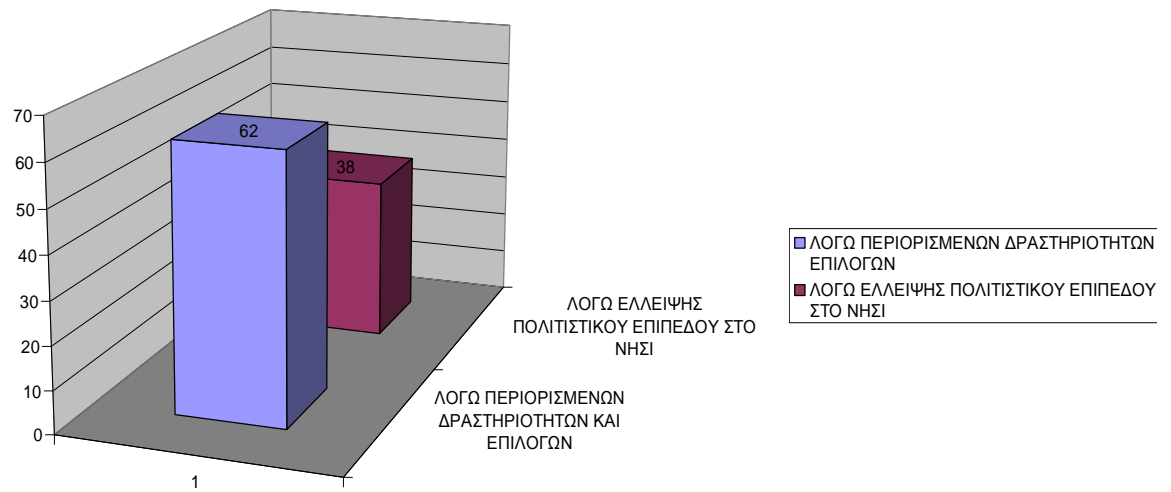
Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν μόνιμοι κάτοικοι του νησιού (98%), ενώ ένα ποσοστό 2% διαμένουν χρόνια στο νησί.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2

ΣΑΣ ΑΡΕΣΕΙ Η ΠΕΡΙΟΧΗ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΖΕΙΤΕ;



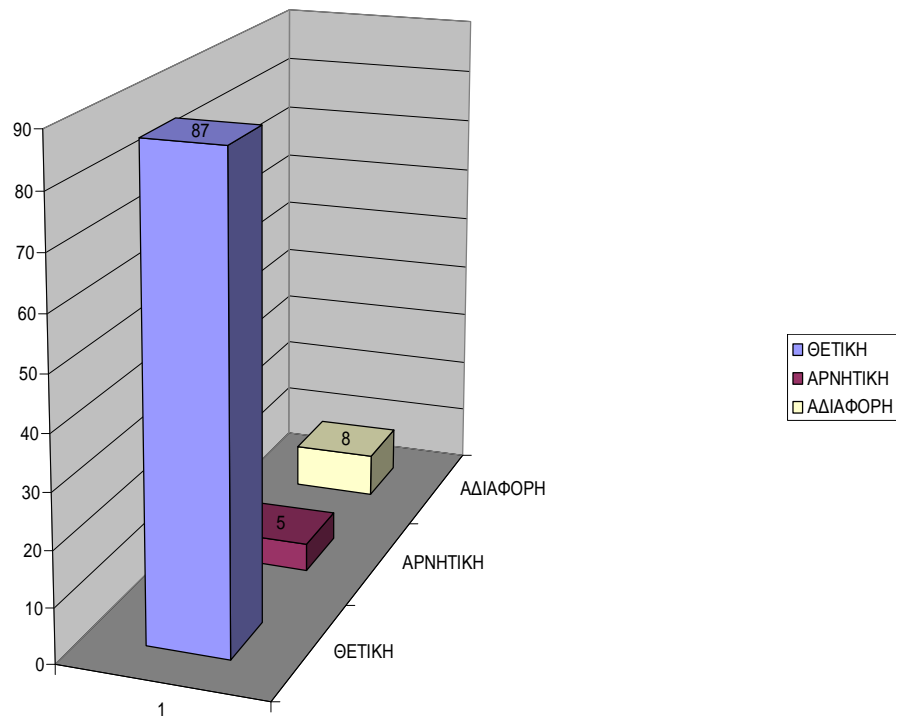
ΑΝ. ΟΧΙ ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;



Οι περισσότεροι (92%) δηλώνουν ευχαριστημένοι από τον τόπο διαμονής τους. Ελάχιστο είναι το ποσοστό (8%), που δηλώνει ανικανοποίητο, λόγω περιορισμένων δραστηριοτήτων στο νησί.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3

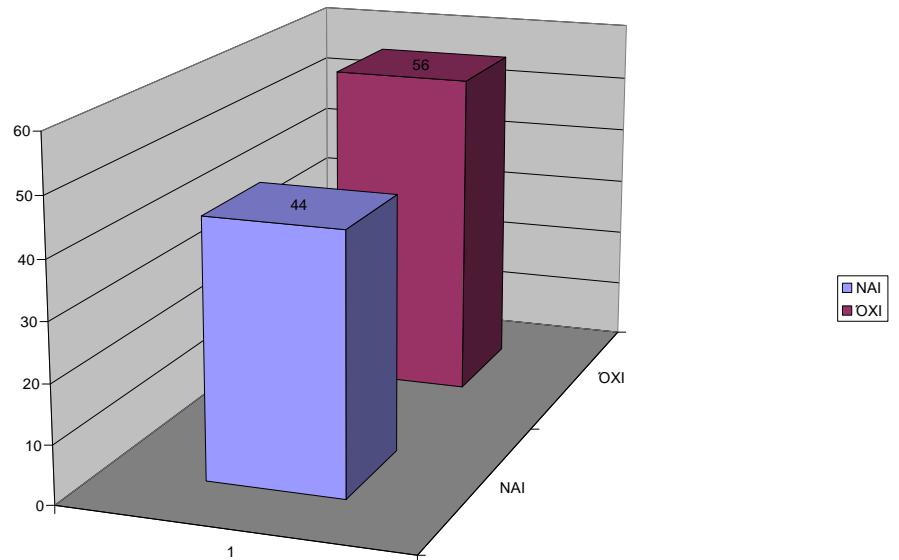
ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΤΟ ΝΗΣΙ;



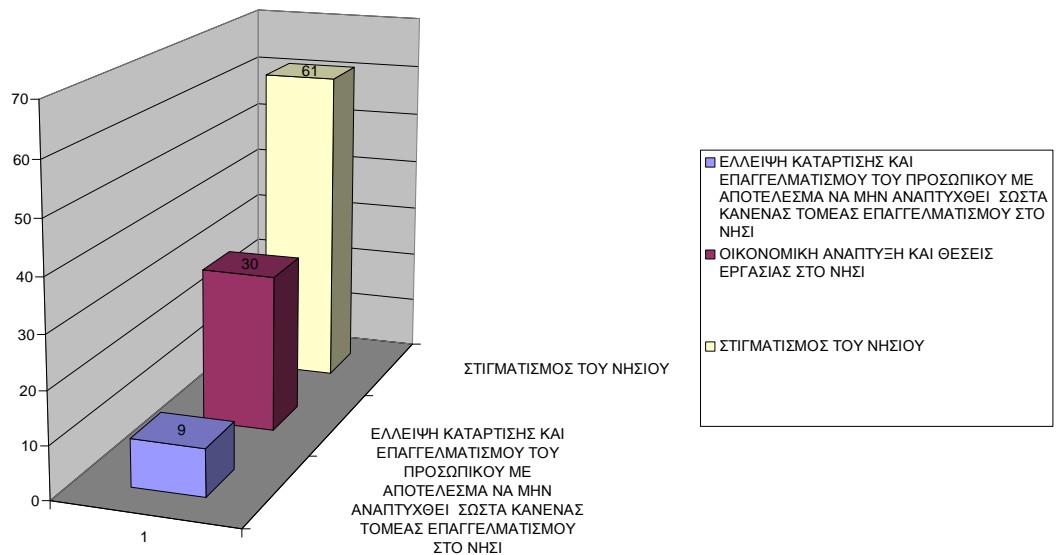
Σχετικά με την άποψη των κατοίκων για την λειτουργία του Κ.Θ.Λ στο νησί, οι περισσότεροι (87%) τη χαρακτηρίζουν θετική. Το 5% έχει αρνητική άποψη και ένα 8% αδιαφορεί για την ύπαρξη του.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4

ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΘΛ;



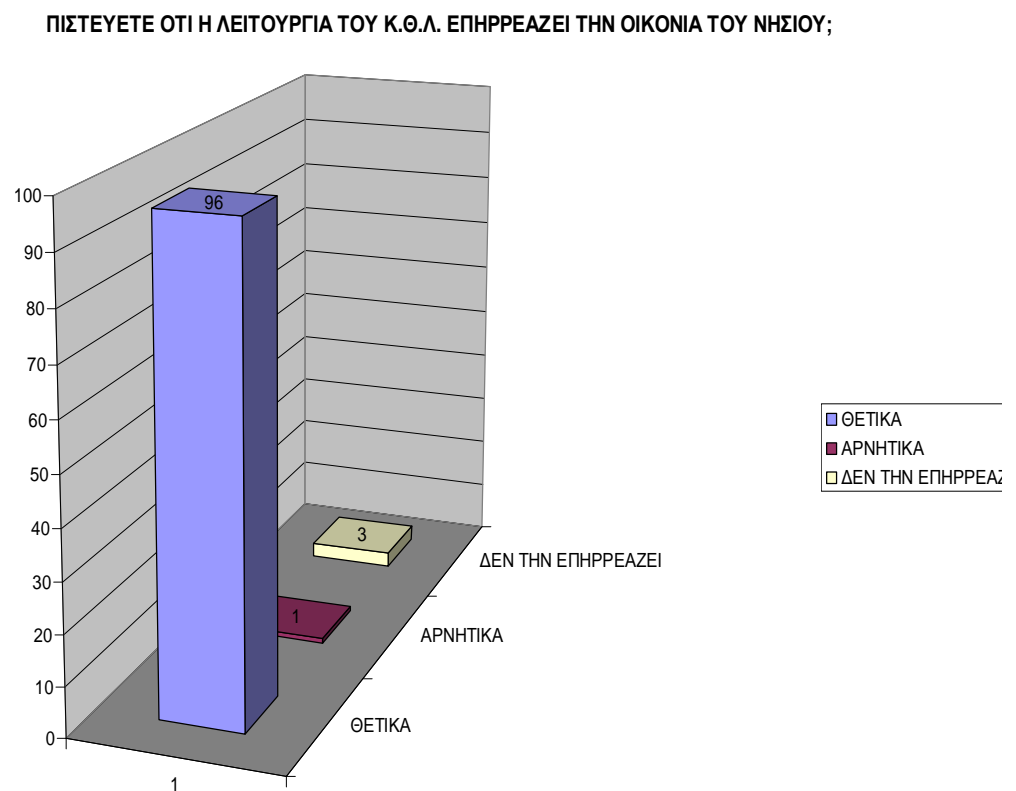
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΕΣ ΕΧΕΤΕ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙ;



Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (61%) θεωρούν ως επίπτωση της ύπαρξης του Κ.Θ.Λ. το στιγματισμό του νησιού. Το 30% θεωρεί ότι το

Κ.Θ.Λ προσφέρει οικονομική ανάπτυξη και θέσεις εργασίας στο νησί και το 9% αναφέρει ότι υπάρχει έλλειψη κατάρτισης του προσωπικού με αποτέλεσμα να μην αναπτυχθεί σωστά κανένας τομέας επαγγελματισμού στο νησί.

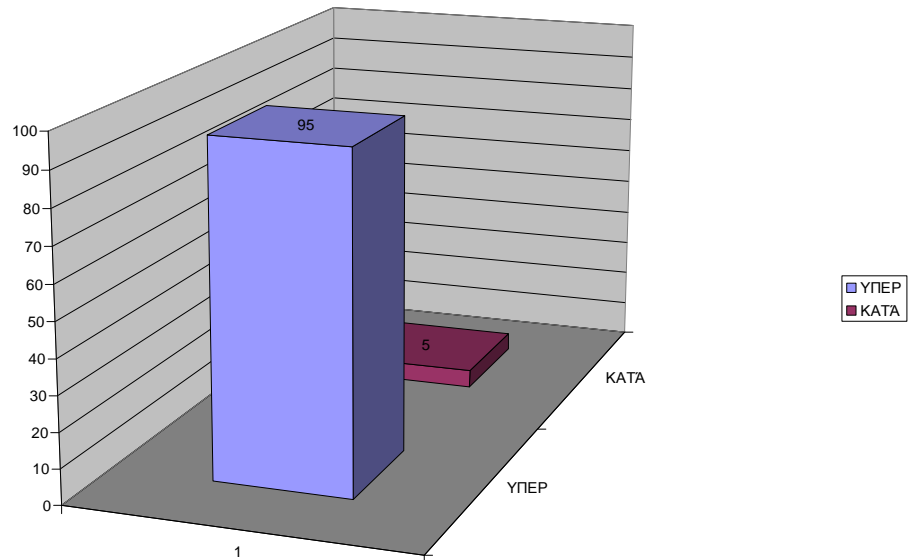
ΓΡΑΦΗΜΑ 5



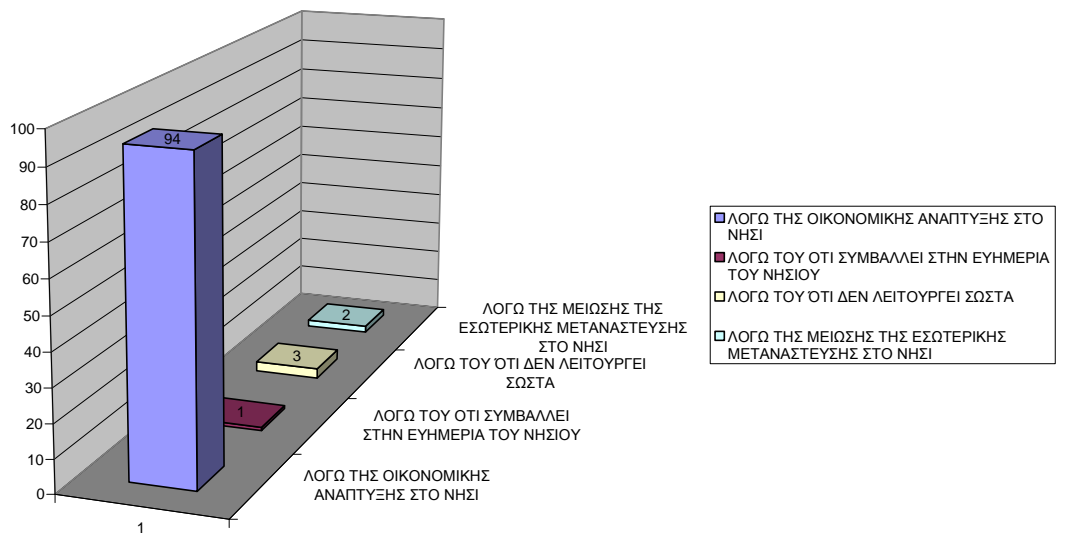
Οι πλειοψηφία των ερωτηθέντων (96%) πιστεύει ότι η λειτουργία του Κ.Θ.Λ επηρεάζει θετικά την οικονομία του νησιού. Μόλις το 1% αναφέρει πως επηρεάζεται αρνητικά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6

ΕΙΣΤΕ ΥΠΕΡ Ή ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ Κ.Θ.Λ ΣΤΟ ΝΗΣΙ;



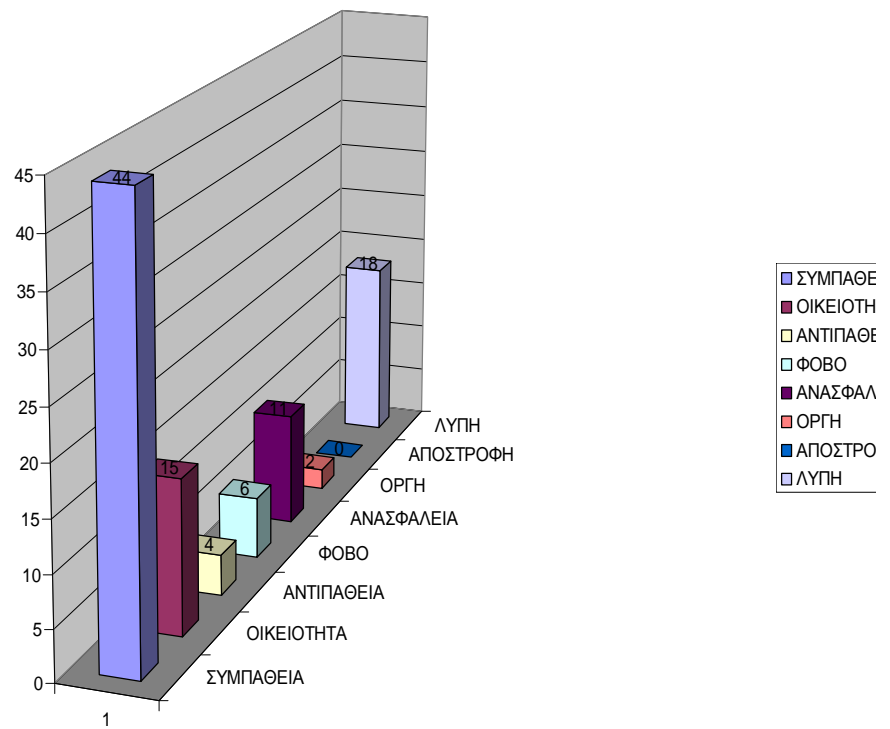
ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;



Το 95% των ερωτηθέντων είναι υπέρ της λειτουργίας του Κ.Θ.Λ λόγω της επαγγελματικής αποκατάστασης και της οικονομικής ανάπτυξης στο νησί (94%), της μείωσης της εσωτερικής μετανάστευσης (2%) και της συμβολής του στην ευημερία του νησιού (1%). Μόνο ένα 5% είναι κατά της λειτουργίας του Κ.Θ.Λ διότι θεωρεί ότι δεν λειτουργεί σωστά (3%).

ΓΡΑΦΗΜΑ 7

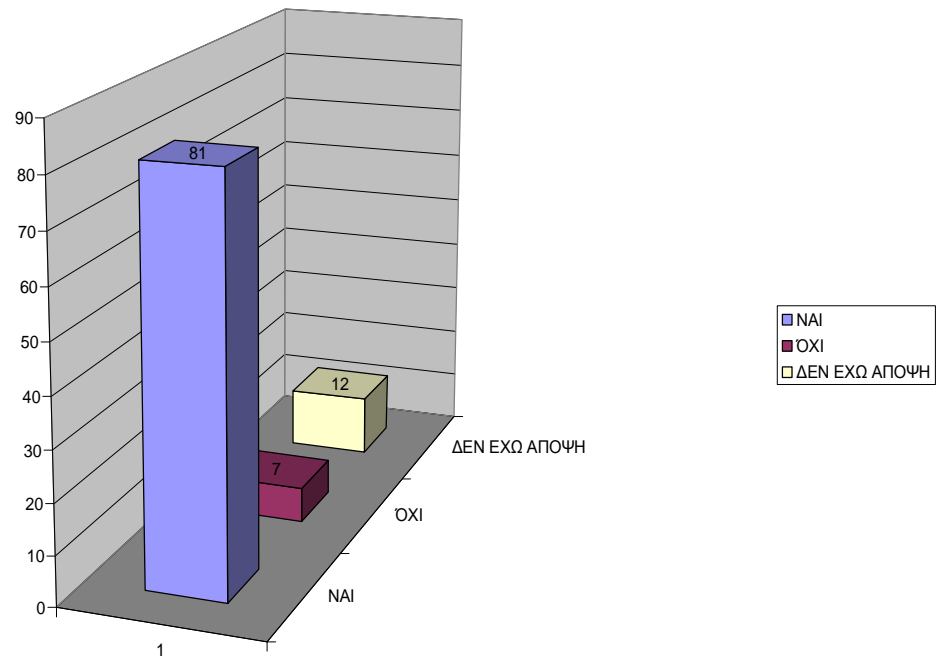
ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΟΙ ΤΡΟΦΙΜΟΙ;



Τα συναισθήματα που προκαλούν οι τρόφιμοι στους κατοίκους της Λέρου είναι σε ποσοστό 44% η συμπάθεια και 15% η οικειότητα. Τα υπόλοιπα ποσοστά αντιστοιχούν σε αρνητικά συναισθήματα, όπως λύπη (18%), φόβος (11%), αντιπάθεια (4%) και ανασφάλεια (2%).

ΓΡΑΦΗΜΑ 8

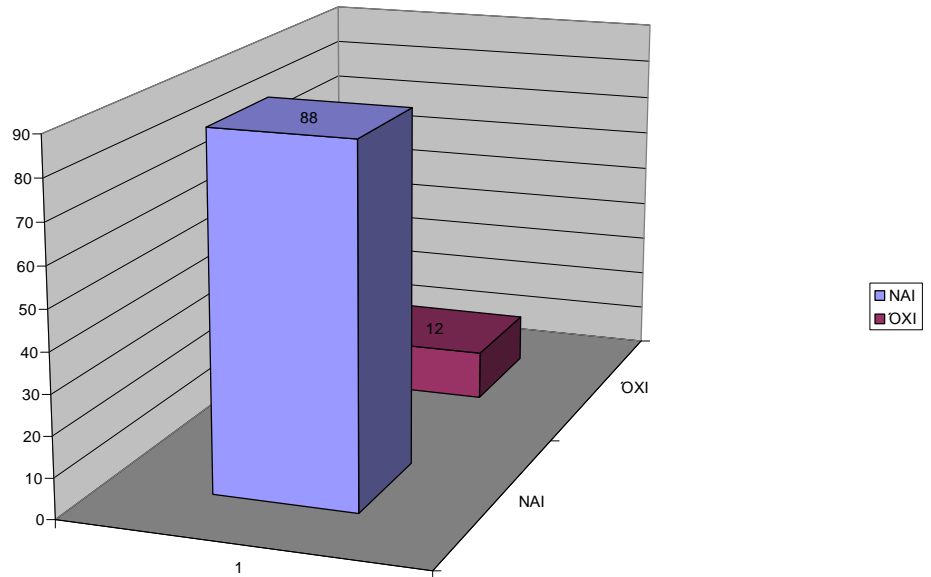
ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΜΟΡΦΗ ΤΟΥ Κ.Θ.Λ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΗ;



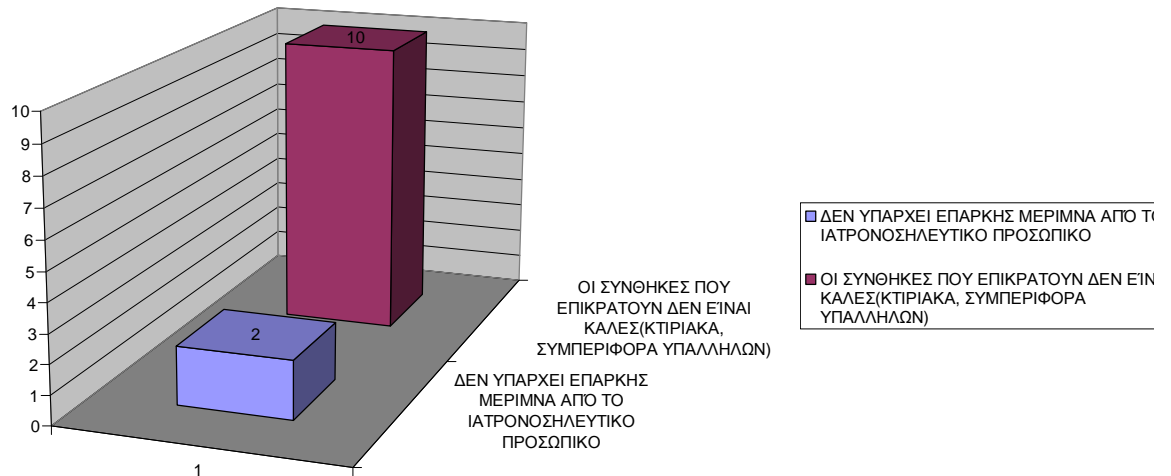
Το 81% των ερωτηθέντων πιστεύει πως η σημερινή μορφή του Κ.Θ.Λ είναι καλύτερη από την παλαιότερη, ενώ το 12% έχει αντίθετη γνώμη.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΤΡΟΦΙΜΟΙ ΖΟΥΝ ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΖΩΗ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ;



ΑΝ, ΟΧΙ ΓΙΑΤΙ;

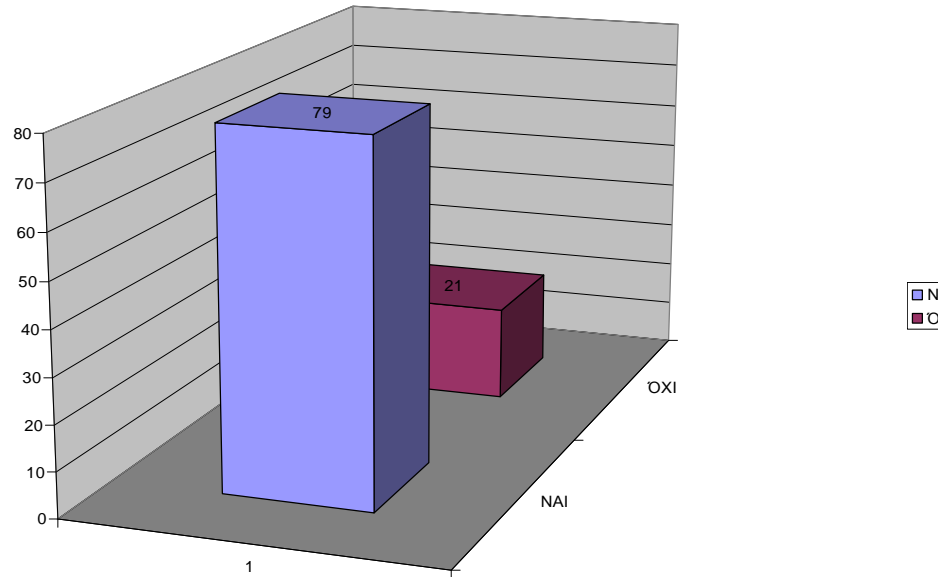


Οι περισσότεροι εκ των ερωτηθέντων (88%) θεωρούν ότι οι τρόφιμοι ζουν μια ποιοτική ζωή μέσα στο Κ.Θ.Λ. Το 12% του πληθυσμού πιστεύει πως

υπάρχουν άσχημες συνθήκες, εξαιτίας της κτιριακής δομής (10%) και της ανεπαρκή μέριμνας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (2%).

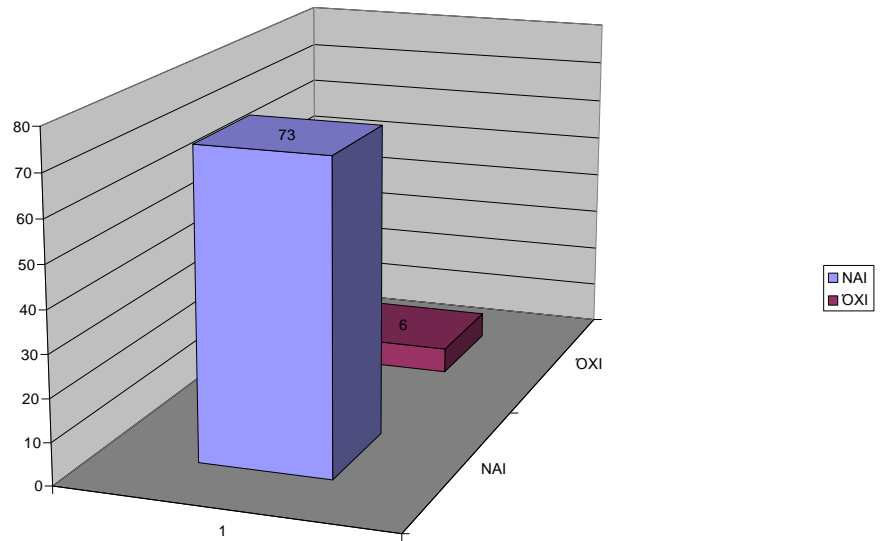
ΓΡΑΦΗΜΑ 10

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΕΝΟΙ;



Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες πιστεύουν πως οι ψυχικά ασθενείς είναι κοινωνικά στιγματισμένοι (79%). Το υπόλοιπο 21% έχει αντίθετη γνώμη.

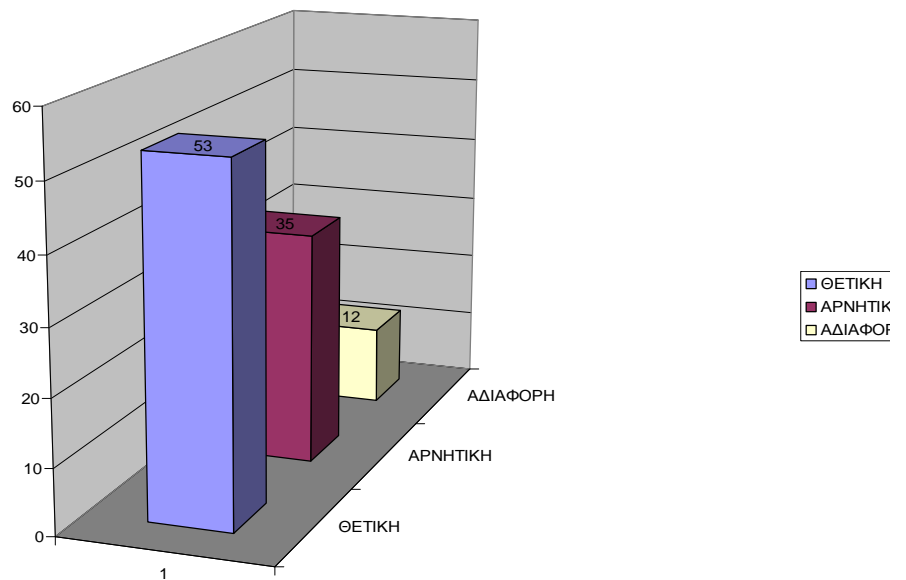
ΑΝ, ΝΑΙ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΜΠΟΔΙΟ ΣΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ;



Από τους ερωτηθέντες το 92% πιστεύει ότι ο στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων αποτελεί εμπόδιο στην ομαλή ένταξη τους στην κοινότητα.

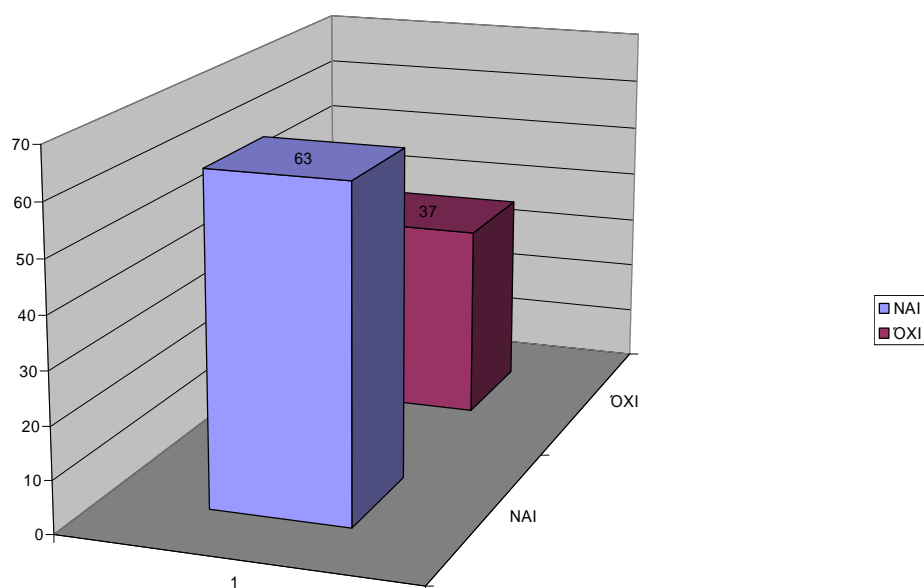
ΓΡΑΦΗΜΑ 11

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΟ ΝΗΣΙ;



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (53%) έχει θετική άποψη σχετικά με τη λειτουργία των εξωνοσοκομειακών δομών. Ένα ποσοστό της τάξεως του 35% δηλώνει αρνητικότητα, ενώ το 12% αδιαφορία.

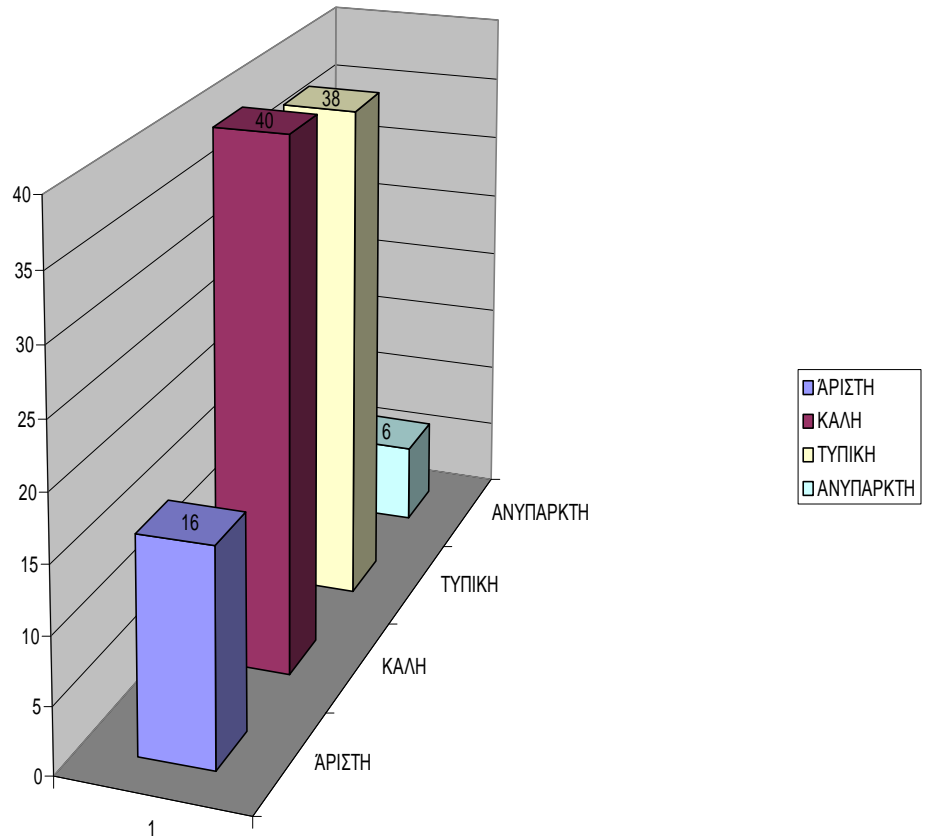
ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΕΙΤΕ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΟΜΗ);



63 από τους 100 ερωτηθέντες δήλωσαν ότι διαμένουν κοντά σε εξωνοσοκομειακή δομή, ενώ υπόλοιποι 37 όχι.

ΓΡΑΦΗΜΑ 12

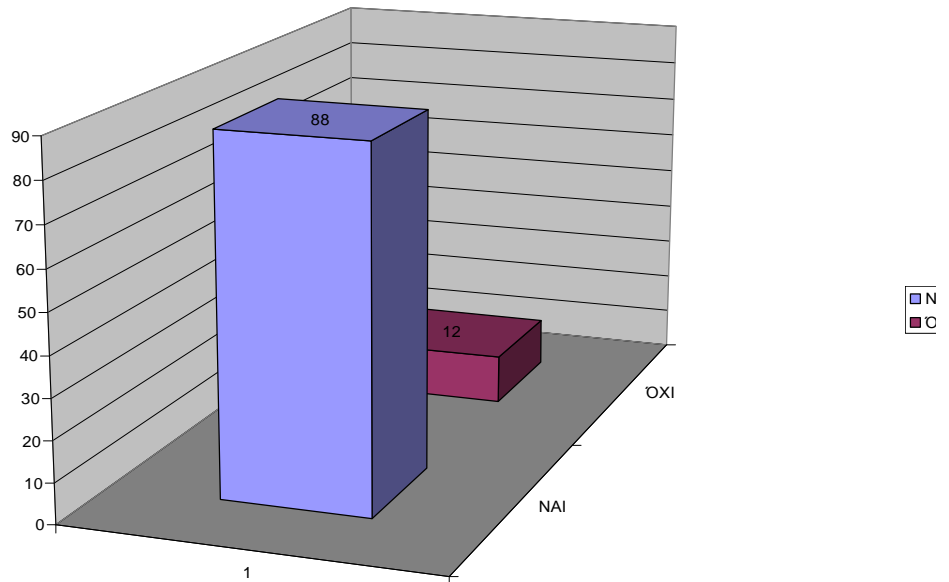
ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ;



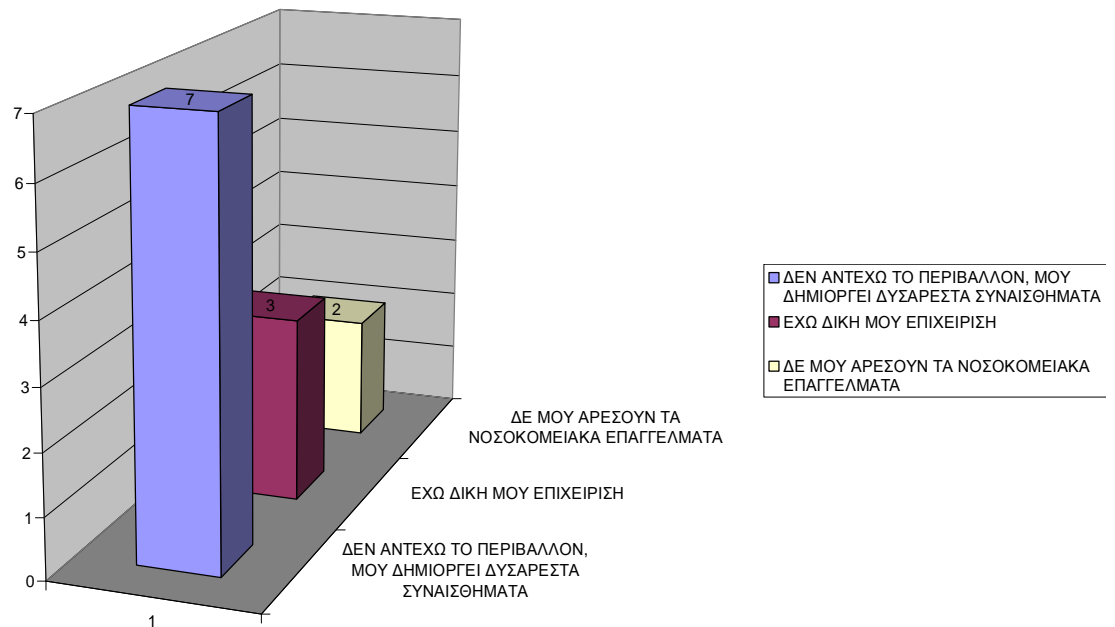
Μόλις το 16% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι έχει άψογη σχέση με τους ψυχικά ασθενείς. Ένα 40% τις χαρακτηρίζει καλές. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι περίπου το ίδιο ποσοστό (38%) θέλει να έχει μόνο τυπικές σχέσεις.

ΓΡΑΦΗΜΑ 13

ΘΑ ΕΡΓΑΖΟΣΑΣΤΑΝ ΣΤΟ Κ.Θ.Λ.;



ΑΝ ΌΧΙ ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;

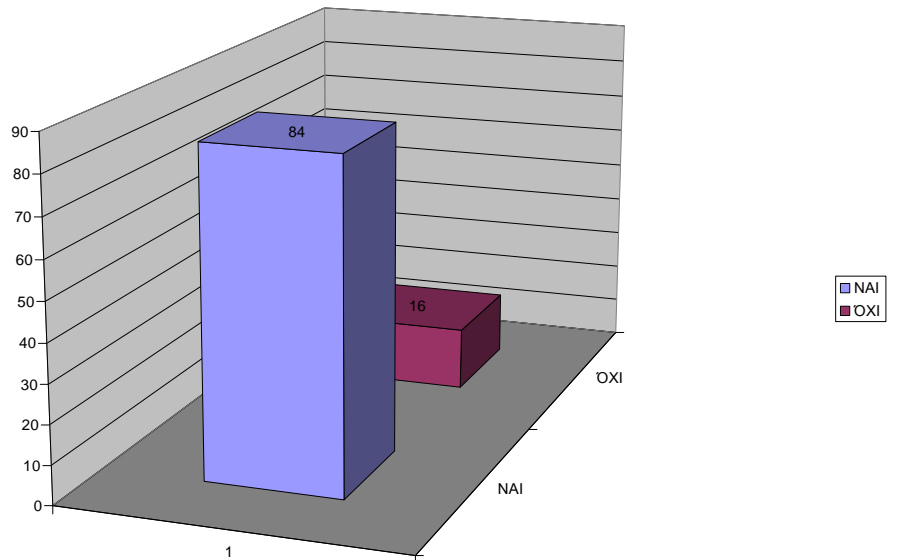


Οι περισσότεροι εκ των ερωτηθέντων (67%) θεωρούν ότι δεν μπορούν να εργαστούν με ψυχικά ασθενείς. Το 25% απ' αυτούς δεν θέλει διότι έχει δική

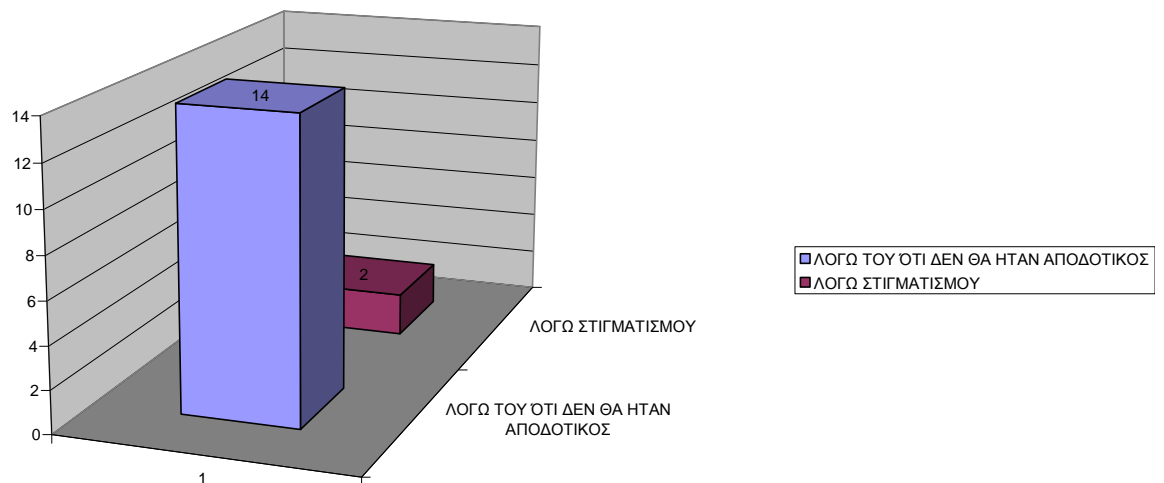
του επιχείρηση ενώ το 8% γιατί δεν του αρέσουν τα νοσοκομειακά επαγγέλματα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 14

ΘΑ ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΕΤΕ Ή ΘΑ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΣΑΣΤΑΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΜΕ ΕΝΑΝ ΤΡΟΦΙΜΟ ΤΟΥ Κ.Θ.Λ;



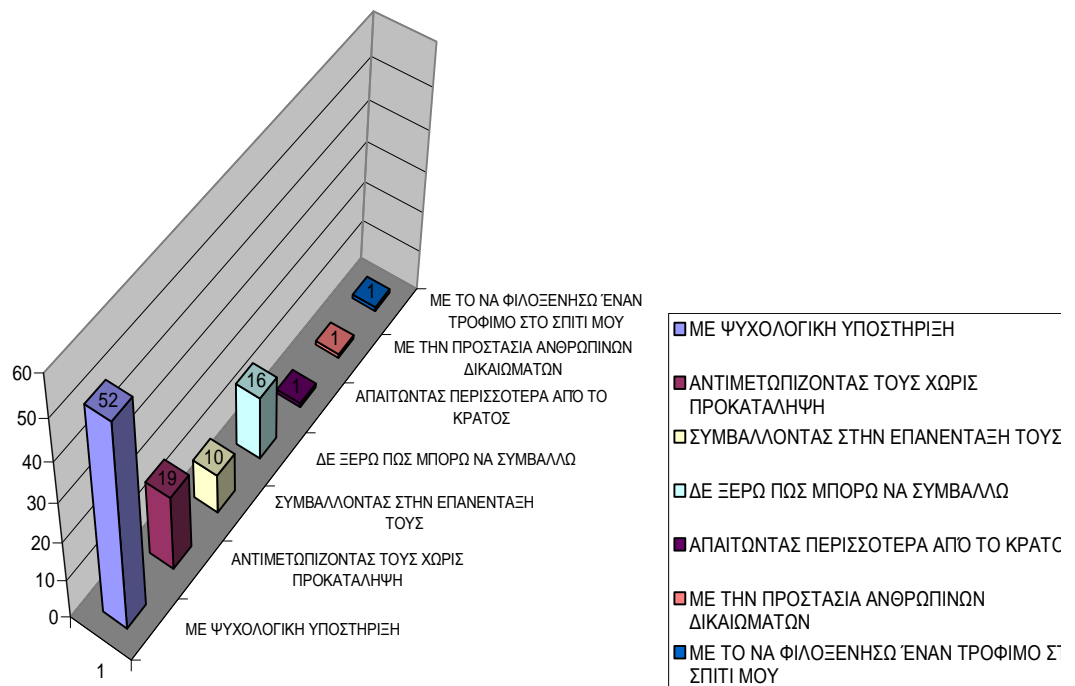
ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;



Από την άλλη πλευρά, όμως, η πλειοψηφία (84%) επιθυμεί να προσλαμβάνει ή να συνεργαστεί με έναν ψυχικά ασθενή. Από τους υπόλοιπους που αρνούνται να συνεργαστούν (16%), οι περισσότεροι (14%) θεωρούν ότι οι ψυχικά πάσχοντες δεν μπορούν να είναι αποδοτικοί.

ΓΡΑΦΗΜΑ 15

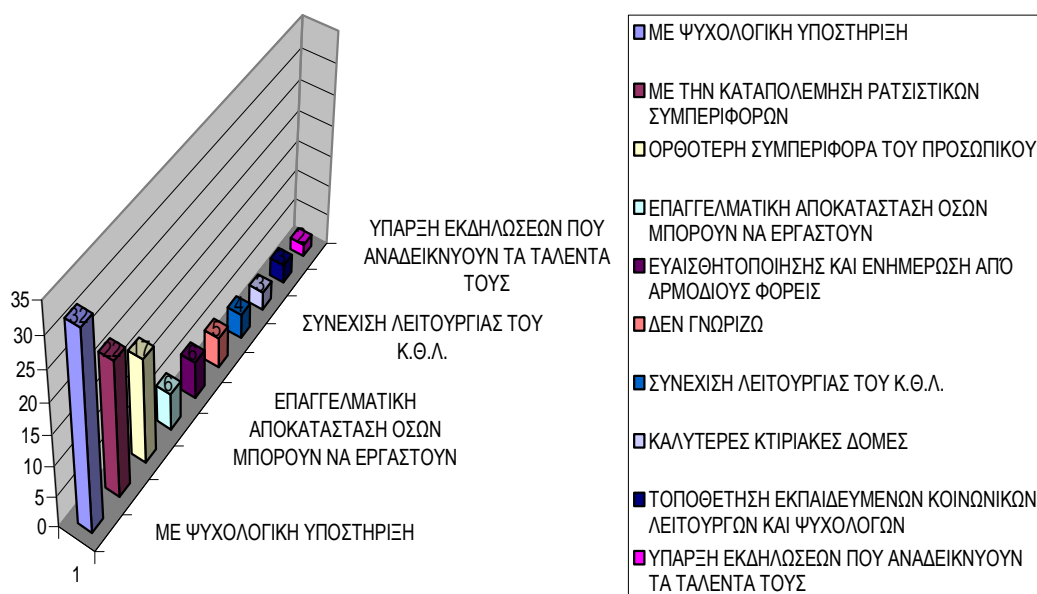
ΠΩΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΕΞΕΙΣ Ο ΙΔΙΟΣ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΛΕΤΕ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ;



Αυτό που υποστηρίζουν οι περισσότεροι (53%) ότι θα βοηθούσε στη βελτίωση του τρόπου ζωής των τροφίμων είναι κυρίως η ψυχολογική υποστήριξη, καθώς επίσης και αντιμετώπιση τους χωρίς ρατσισμό και προκαταλήψεις (19%). Το 10% των ερωτηθέντων θα ήθελε να δοθούν σ' αυτά τα άτομα νέες ευκαιρίες ώστε να επανενταχθούν στην κοινωνία. Μόλις το 1% θεωρεί πως πρέπει να απαιτηθούν περισσότερα από το κράτος, ενώ ένα ανάλογο ποσοστό σκέφτηκε ότι μπορεί να φιλοξενήσει έναν τρόφιμο στην οικεία του. Το 16% δεν γνωρίζει πως θα μπορούσε να τους βοηθήσει.

ΓΡΑΦΗΜΑ 16

ΠΩΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ Η ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΟΝ ΤΡΠΟ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΤΟΥ Κ.Θ.Λ.;



Η πλειοψηφία δηλώνει ότι η κοινωνία μπορεί να συμβάλλει στην βελτίωση του τρόπου ζωής των ψυχικά πασχόντων, όπως κι ο καθένας ξεχωριστά, δηλαδή με την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και την αποφυγή ρατσιστικών συμπεριφορών (32% και 22% αντίστοιχα). Το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό (17%) θεωρεί ότι το προσωπικό πρέπει να υποδεικνύει καλύτερη συμπεριφορά προς τους ασθενείς. Λίγοι από τους ερωτηθέντες (3%) πιστεύουν ότι θα βοηθούσε η τοποθέτηση άρτια εκπαιδευμένων κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων. Κάποιοι άλλοι (6%) θα επιθυμούσαν περισσότερη ευαισθητοποίηση και ορθότερη ενημέρωση από αρμόδιους. Το ίδιο περίπου ποσοστό (5%) δεν γνωρίζει πως μπορεί η κοινωνία να βοηθήσει τους ψυχικά πάσχοντες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνά μας είχε στόχο να παρουσιάσει τις απόψεις των κατοίκων της Λέρου για την λειτουργία του Κρατικού Θεραπευτηρίου – Κέντρου Υγείας Λέρου. Θέσαμε τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- § Ποια είναι η άποψη των κατοίκων για τη λειτουργία του ΚΘΛ στο νησί;
- § Υπάρχει προκατάληψη των κατοίκων απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες;
- § Υπάρχουν επιπτώσεις στο νησί μετά τη λειτουργία του Κ.Θ.Λ;
- § Οι ψυχικά ασθενείς ζουν ποιοτική ζωή μέσα στο Κ.Θ.Λ;
- § Ποια είναι η άποψη των κατοίκων για τη λειτουργία εξωνοσοκομειακών δομών;

Από την επεξεργασία των απαντήσεων των ερωτηθέντων καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

- Η λειτουργία του Κ.Θ.Λ στο νησί αντιμετωπίζεται θετικά από τους κατοίκους της Λέρου διότι προσφέρει οικονομική ανάπτυξη και θέσεις εργασίας στο νησί.
- Η τοπική κοινωνία έχει εξοικειωθεί με τους ψυχικά ασθενείς και δεν τους αντιμετωπίζει ρατσιστικά.
- Μια αρνητική επίπτωση που επιφέρει είναι ο κοινωνικός στιγματισμός του νησιού, κυρίως όμως από τους τουρίστες.
- Οι ψυχικά ασθενείς ζουν αξιοπρεπώς μέσα στο ψυχιατρείο, αν εξαιρέσει κανείς το γεγονός ότι δεν υπάρχει αρκετό ιατρικό προσωπικό.
- Όσον αφορά τις εξωνοσοκομειακές δομές, οι απόψεις των κατοίκων του νησιού είναι διχασμένες.

Από την έρευνά μας προκύπτουν ακόμη τα εξής γενικά συμπεράσματα:

- Το Ψυχιατρείο της Λέρου επέφερε σημαντική αλλαγή στο νησί, όχι μόνο στον οικονομικό τομέα αλλά και στον τουριστικό και τον κοινωνικό τομέα.
- Ο φόβος και οι επιφυλάξεις που επιδεικνύουν κάποιοι από τους κατοίκους ως προς τις εξωνοσοκομειακές δομές οφείλεται στο γεγονός ότι δεν έρχονται συχνά σε επαφή με τους ψυχικά ασθενείς.
- Παρόλ' αυτά, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει κάνει σημαντικά βήματα και να συνεχίζει να προχωράει σωστά και να δρα πάντα προς όφελος των ασθενών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με την ολοκλήρωση της εργασίας μας και σαν μελλοντικοί κοινωνικοί λειτουργοί προτείνουμε να εφαρμοστούν τα παρακάτω στον χώρο της ψυχικής υγείας:

- Η παραμονή των ψυχικά πασχόντων στις ψυχιατρικές κλινικές να είναι βραχύχρονη και να υπάρχουν κατάλληλες εναλλακτικές δομές για τις περιπτώσεις που χρήζουν περαιτέρω υποστήριξη.
- Να τοποθετηθεί περισσότερο και ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό στους χώρους των ψυχιατρικών δομών.
- Να εξελιχθούν οι δραστηριότητες των ΚοιΣΠΕ, άρα και η επαγγελματική κατάρτιση των ασθενών.
- Να υπάρχει συνεχής συνεργασία τοπικών φορέων και μονάδων ψυχικής υγείας.
- Να εμπλέκεται η κοινότητα με τις δραστηριότητες, και όχι μόνο, των μονάδων ψυχικής υγείας.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελίδης,Γ.,Αζορίδου,Δ.,Μπρισίμη,Γ.,Γκατατζή,Χ.,Ζέλα,Π.,Τάτση,Σ.,Καπανίδης,Κ.(1993). Ψυχιατρική φροντίδα σε προστατευμένο χώρο διαβίωσης στην κοινότητα, Τετράδια ψυχιατρικής Νο 44.
- Αρμενιάκος,Ε.(1990). Προσπάθειες επανένταξης στη Λέρο, Τετράδια ψυχιατρικής Νο 28-29.
- Γεωργίου,Ι.(1982). Ιστορία και λαογραφία της Λέρου, Αθήνα:Κασταλία.
- Γρίβας,Κ.(1985). Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός, Θεσσαλονίκη:ΙΑΝΟΣ.
- Εμμανουηλίδου,Α.(1995). Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Ζήση,Α.(2002). Επανάταξη χρόνιων ψυχικά ασθενών,Αθήνα:ΤΥΠΩΘΗΤΩ.
- Ήσυχος,Μ.(1989). Το πανόραμα της Λέρου, Λέρος.
- Ιωαννίδου-Johnson,Α.(1998). Προκατάληψη,ποιος εγώ;, Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Κονταξάκης,Β.(2005). Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγεία, Αθήνα:Βήτα.
- Κυριαζή,Ν.(2005). Η κοινωνιολογική έρευνα.Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών, Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Λουκάς,Ι.(1990). Εξέλιξη και παρούσα κατάσταση του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου, Τετράδια ψυχιατρικής Νο 28-29.
- Μαδιανός,Μ.(1994). Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της, Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Μαδιανός,Μ.(1994). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα, Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Μαδιανός,Μ.(2000). Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή, Αθήνα:Καστανιώτη.
- Μαδιανός,Μ.(2000). Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική, Αθήνα:Καστανιώτη.

- Μάνος,Ν.(1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη:Επιστημονικών βιβλίων (university studio press).
- Μεγαλοοικονόμου,Θ.(1995). Ιστορία των παρεμβάσεων αποιδρυματοποίησης στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, European commision.
- Μπιλανάκης,Ν.(2004). Ψυχιατρική περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα, Αθήνα:ΟΔΥΣΣΕΑΣ.
- Νασιάκου,Μ.,Χαντζή,Α.,Φατούρου-Χαρίτου,Μ.(2007). Εισαγωγή στη κοινωνική-κλινική ψυχολογία, Αθήνα:GUTENBERG
- Πλουμπίδης,Δ.(1995). Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, Αθήνα:ΕΞΑΝΤΑΣ.
- Σακελλαρόπουλος,Π.(2003). Αποσυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Αθήνα:Παπαζήση.
- Σαμάρκος,Μ.(1974). Η Μάλτα του Αιγαίου, Λέρος.
- Σκλήρη,Ε.(1984). Μαρτυρίες της Ειρήνης Σκλήρη, Τετράδια ψυχιατρικής 3-4.
- Χατζηνικήτα,Β.(2005). Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη. Εγχειρίδιο μελέτης. Απαντήσεις σε δραστηριότητες, Πάτρα:Ε.Α.Π
- Χριστοδούλου, Τομαράς, Οικονόμου, (2002). Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, Αθήνα:Βήτα.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Barton,R.(1959). Institutional neurosis, Bristol:John Wright.
- Blue,A.(1999). Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής, Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ
- Cohen,L.,Manion,L.(2000). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας, Αθήνα:Μεταίχμιο.
- Dean,R.,Briggs,K.(1993). The domus philosophy:A prospective evaluation of two residential units for the elderly mental ill. International Journal of Geriatric Psychiatry 10, page 807-817.
- Dufaker,M.(1994).Discharge procedures for mentally ill people, Scandinavian journal of social welfare.
- Ekdawi,M.,Conning,A.,Campling,J.(1998). Ψυχιατρική αποκατάσταση, μετάφραση: Ισμήνη Αποστόλη, Αθήνα:ΕΛΛΗΝ.
- Franklin,J.L.,Simmons,J.,Solovitz,B.,Clemons,J.,Miller,E.(1986). Assesing quality of life of the mentally ill:a three dimensional model, evaluation and the health professions.
- Goffan,E.(1994). Ασυλα, Αθήνα:Ευρυαλος.
- Hall,A.,Wren,M.,Kirby,St.(2008). Care planning in mental health, Oxford:Blackwell Publishinhg.
- Javeau,C.(1996). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή, μετάφραση: Κατερίνα τζαννόνε-τζώρτζη,Αθήνα:Τυπωθητώ.
- Muijen,M.,Marks,IM.,Connolly,J.,Audini,B.(1992). Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness:a randomised control trial, British Medical Journal 304.
- Pilgrim,D.,Rogers,A.(2004). Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας, μετάφραση: Ελισάβετ Κοπάση, Ανθή Βακόκη,Αθήνα:Τυπωθητώ.
- Thio,A.(2008). Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, μετάφραση: Μαρία Μπαρπάτση, Αθήνα:ΕΛΛΗΝ.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- <http://www.yyka.gov.gr>
- <http://www.medinfo.gr>
- <http://www.noesi.gr>
- <http://www.guidance-europe.org>
- <http://www.epaspy.blogspot.com>

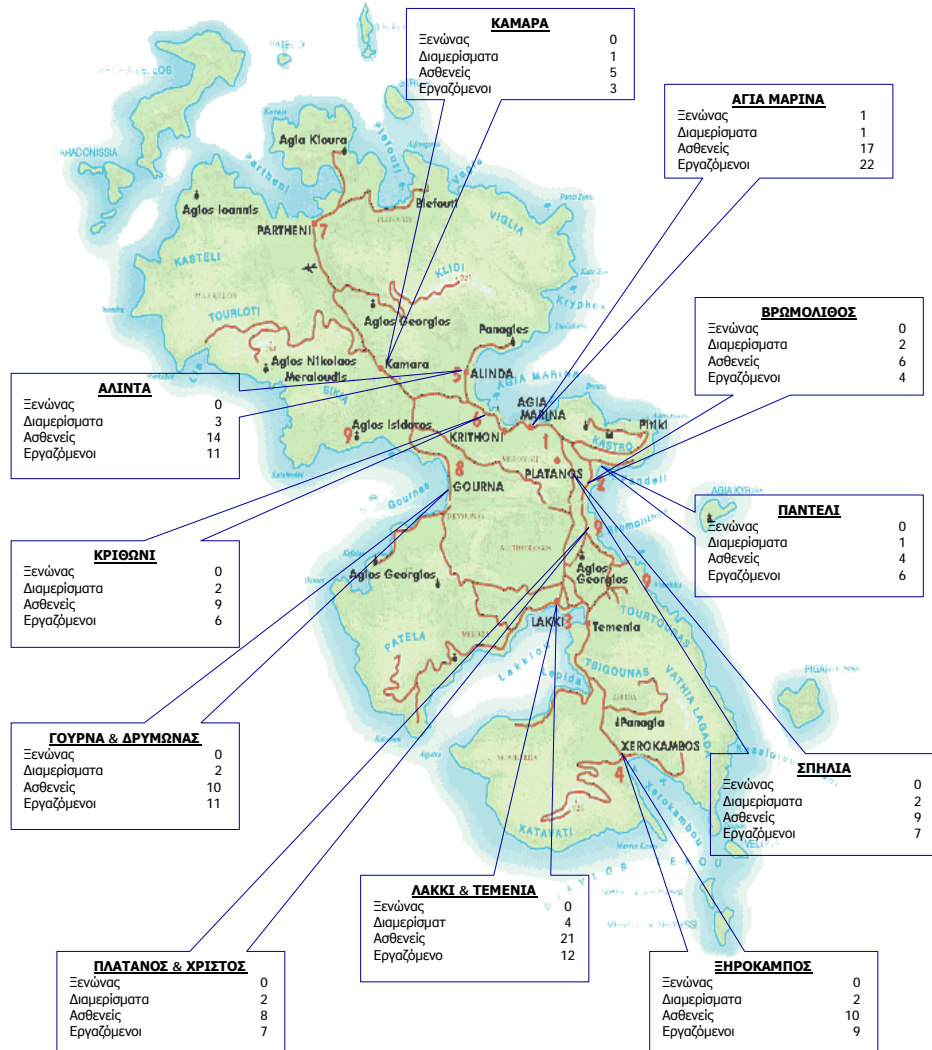
ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

- Λειτουργικά Νέα Α.Φ. 98/10 1984
- ΝΕΑ 6/5/7
- ΝΕΑ 13/9/89

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΟΥ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΣΤΟ ΝΗΣΙ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ

ΑΡ.ΕΡΩΤ.:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, προκειμένου να λάβετε μέρος στην έρευνά μας σχετικά με το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.

Η κοινωνική αυτή έρευνα αφορά τις αντιλήψεις των κατοίκων του νησιού σχετικά με την παρουσία του ΚΘΛ στην περιοχή τους και τη διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεων της λειτουργίας του. Για το λόγο αυτό, η έρευνα βασίζεται αποκλειστικά στον πληθυσμό που κατοικεί στη Λέρο.

Οι πληροφορίες είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές, δεν θα χρησιμοποιηθούν για κανέναν άλλο λόγο εκτός από την πτυχιακή μας εργασία. Ευελπιστούμε ότι μέσα από την έρευνα θα προκύψουν ενδιαφέροντα συμπεράσματα για την τοπική κοινωνία, τα οποία μπορεί να γνωστοποιηθούν σε όποιον το επιθυμεί. Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων!

Παρασκευά Ελένη, Παυλίδη Μαρία (φοιτήτριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας)

ΘΕΜΑ: Οι απόψεις των κατοίκων της Λέρου για την λειτουργία του Κρατικού Θεραπευτηρίου – Κέντρου Υγείας Λέρου.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

ΦΥΛΟ: Α. Γυναίκα Β. Άνδρας

ΗΛΙΚΙΑ:

Α. 18-20

Β. 21-23

Γ. 24-27

Δ. Άνω των 27

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Α. Άγαμος/η

Β. Παντρεμένος/η

Γ. Διαζευγμένος/η

Δ. Χήρος/α

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

Α. Α' βάρθμια εκπαίδευση

Β. Β' βάρθμια εκπαίδευση

Γ. Γ' βάρθμια εκπαίδευση

1. Είστε μόνιμος κάτοικος της Λέρου;

A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ

2. Σας αρέσει η περιοχή στην οποία ζείτε;

A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ

Αν όχι, για ποιο λόγο;

.....
.....

3. Ποια η άποψή σας για τη λειτουργία του ψυχιατρείου στο νησί;

A. Θετική B. Αρνητική Γ. Αδιάφορη

4. Θεωρείτε ότι υπάρχουν επιπτώσεις στην κοινωνία της Λέρου, από την ύπαρξη του Κρατικού Θεραπευτηρίου;

A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ

Αν ναι, ποιες έχετε εντοπίσει;

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

5. Πιστεύετε ότι η λειτουργία του Κ.Θ.Λ. επηρεάζει την οικονομία του νησιού;

A. Θετικά B. Αρνητικά Γ. Δεν την επηρεάζει

17. Πώς πιστεύετε ότι θα μπορούσατε εσείς ο ίδιος να συμβάλλετε στην βελτίωση του τρόπου ζωής των τροφίμων;

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

18. Πώς πιστεύετε ότι θα μπορούσε η τοπική κοινωνία να συμβάλλει στην βελτίωση του τρόπου ζωής των τροφίμων;

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

Ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας!

ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η Amy Blue, έπειτα από προσωπική της επίσκεψη στα ελληνικά ψυχιατρεία από τον Ιούλιο του 1988 έως τον Ιούλιο του 1989, διαπίστωσε ότι τα περισσότερα ψυχιατρικά νοσοκομεία βρίσκονται στα περίχωρα της πόλης. Η είσοδος είναι μεγάλη για να διευκολύνει την μετακίνηση των οχημάτων και με σιδερένια πύλη όπου υπάρχει επιγραφή με το όνομα του ιδρύματος. Τα μονώροφα και διώροφα κτήρια βρίσκονται σε κοντινή απόσταση από την είσοδο, στην οποία υπάρχει και το θυρωρείο με έναν υπάλληλο που βοηθάει όταν χρειαστεί, εξυπηρετεί τους επισκέπτες και επιτρέπει σε όσους ασθενείς έχουν άδεια από το ψυχίατρο να βγουν για λίγο. Στο χώρο του ιδρύματος υπάρχουν μονοπάτια με καθοδηγητικές πινακίδες, θάμνους, δέντρα και γρασίδι. Τα διοικητικά γραφεία είναι κτισμένα, επίσης κοντά στην είσοδο. Κάθε περίπτερο ασθενών έχει πινακίδα με την δική του ονομασία. Τα ψυχιατρεία έχουν ανοικτές δομές, όπου οι τρόφιμοι κυκλοφορούν ελεύθερα και περνούν την ημέρα τους εκτός θαλάμου και κλειστές δομές, οι οποίες είναι κλειδωμένες. Οι θάλαμοι των κτηρίων αποτελούνται από σιδερένια κάγκελα στα παράθυρα και χωρίζονται ανά φύλο. Τα ψυχιατρεία χωρίζονται σε κλινικές που λειτουργούν αυτόνομα και έχουν την ευθύνη μερικών θαλάμων, καθεμία έχει τον δικό της υπεύθυνο. Κάθε κλινική διαθέτει εκατό με διακόσια κρεβάτια, τα οποία είναι τοποθετημένα σε μεγάλα δωμάτια, το ένα δίπλα στο άλλο. Συνήθως, υπάρχουν ντουλάπες και εικόνες αγίων που είναι κρεμασμένες πάνω από τα κρεβάτια. Στην τραπεζαρία εκτός από τραπέζια και καρέκλες, υπάρχει τηλεόραση ψηλά στον τοίχο. Η αίθουσα της εργασιοθεραπείας βρίσκεται σε ξεχωριστό κτήριο και διατίθενται για ασθενείς με ενδιαφέρον και διάθεση προκειμένου να απασχοληθούν με τη ζωγραφική ή τη μουσική. (Blue, 1999)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ (ΙΟΥΛΙΟΣ 2009)

Έχοντας επισκεφθεί το Κ.Θ.Λ. και διαβάζοντας την περιγραφή της Amy Blue για τα υπόλοιπα ελληνικά ψυχιατρεία, παρατηρούμε πολλές ομοιότητες, τουλάχιστον όσον αφορά τον περιβάλλοντα χώρο. Το ψυχιατρείο αποτελεί μια μικρή κοινότητα με 23 περίπτερα, κυλικείο και εκκλησία. Τα Οξέα βρίσκονται λίγο πιο μακριά από τις κλίνες ενώ το τμήμα των ΤΑΜΕΑ είναι σε άλλη περιοχή. Οι χώροι διατηρούνται ιδιαίτερα καθαροί και οι ασθενείς πολύ περιποιημένοι. Οι περισσότεροι το μόνο που ζητάνε πλησιάζοντας κάποιον εξωτερικό επισκέπτη είναι μία χειραψία. Κατά τη διάρκεια της ημέρας, παραμένουν στον μεγάλο προαύλιο χώρο ή κάθονται στα δωμάτια δραστηριοτήτων. Κάποιοι απ' τους ασθενείς, αν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας τους και με τη συνοδεία υπαλλήλων ή εθελοντών, τα απογεύματα μπορούν να βγουν εκτός ψυχιατρείου και να περάσουν λίγη ώρα στο κέντρο του νησιού.

**ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

Υιοθετήθηκε με το ψήφισμα 46/119 από τη Γενική Σύνοδο του Οργανισμού
Ηνωμένων Εθνών της 17ης Δεκεμβρίου 1991

Εφαρμογή

Οι αρχές αυτές εφαρμόζονται χωρίς κανενός είδους διάκριση με βάση την αναπηρία, την εθνικότητα, το φύλο, το χρώμα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, πολιτικές ή άλλες απόψεις, εθνική, νομική ή κοινωνική υπόσταση, ηλικία ή περιουσία.

Ορισμοί

Σε αυτές τις Αρχές:

«Συνήγορος» είναι ένας νομικός ή άλλος ειδικευμένος εκπρόσωπος.

«Ανεξάρτητη αρχή» είναι μια ικανή και ανεξάρτητη αρχή που περιγράφεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Η «Φροντίδα για την ψυχική υγεία» περιλαμβάνει ανάλυση και διάγνωση της κατάστασης ενός ατόμου και τη θεραπεία, φροντίδα και αποκατάσταση για μια ψυχική ασθένεια ή πιθανή ψυχική ασθένεια.

«Υπηρεσία ψυχικής υγείας» είναι οποιαδήποτε υπηρεσία ή τμήμα υπηρεσίας, που σαν πρωταρχική του λειτουργία έχει να παρέχει φροντίδα για την ψυχική υγεία.

«Επαγγελματίας ψυχικής υγείας» μπορεί να είναι ένας γιατρός, κλινικός ψυχολόγος, νοσηλεύτης, κοινωνικός λειτουργός ή άλλο κατάλληλα

εκπαιδευμένο και ειδικευμένο άτομο εφοδιασμένο με τα απαραίτητα προσόντα για την παροχή φροντίδας για την ψυχική υγεία.

«Ασθενής» είναι ένα άτομο που λαμβάνει φροντίδα για την ψυχική υγεία και περιλαμβάνει όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

«Νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας» σημαίνει ένα άτομο που του έχει ανατεθεί από το νόμο, το καθήκον της εκπροσώπησης των συμφερόντων ενός ασθενή με οποιαδήποτε καθορισμένη άποψη ή την άσκηση καθορισμένων δικαιωμάτων εκ μέρους των ασθενών, και περιλαμβάνει το γονέα ή νόμιμο κηδεμόνα ανηλίκου, εκτός από τις περιπτώσεις που καθορίζει διαφορετικά η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

«Σώμα ελέγχου» είναι το σώμα που θεμελιώθηκε βάση της Αρχής 17 για τον έλεγχο της αναγκαστικής νοσηλείας ή κράτησης ενός ασθενή σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Περιορισμοί/ Γενική περιοριστική ρήτρα

Η εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων υπόκεινται μόνο σε περιορισμούς της νομοθεσίας για την προστασία της υγείας ή της ασφάλειας του ίδιου του ατόμου ή τρίτων ή για την προστασία της δημόσιας ασφάλειας, τάξης, υγείας ή ηθικής και των βασικών δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων.

Αρχή 1^η

Θεμελιώδεις ελευθερίες και βασικά δικαιώματα

1. Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή φροντίδα, που παρέχεται ως τμήμα του συστήματος υγείας και κοινωνική φροντίδας.
2. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, θα τους παρέχεται φροντίδα με την ανθρωπιά και το σεβασμό που αρμόζει στην έμφυτη αξιοπρέπεια του ανθρώπου.
3. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, έχουν το δικαίωμα της προστασίας από οικονομική, σεξουαλική και άλλους τύπους εκμετάλλευσης, από φυσική ή άλλη κακοποίηση και από υποτιμητική/ εξευτελιστική συμπεριφορά.
4. Δεν θα γίνεται καμία διάκριση λόγω της ψυχικής νόσου. Ο όρος «διάκριση» σημαίνει οποιαδήποτε άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση ή εξαφάνιση της ισότιμης απόλαυσης των δικαιωμάτων. Ειδικά μέτρα που λαμβάνονται αποκλειστικά για την προστασία ή τη διασφάλιση της προαγωγής των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικά νοσήματα δεν θα θεωρούνται μεροληπτικά. Η διάκριση δεν περιλαμβάνει καμία άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που γίνεται σύμφωνα με τις παροχές αυτών των Αρχών και είναι αναγκαίες για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικό νόσημα ή άλλων ατόμων.
5. Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να ασκεί όλα τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα που του έχουν αναγνωριστεί από την Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Πολιτικά και Πολιτειακά Δικαιώματα και από άλλα αρμόδια όργανα, όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων και το Σώμα των Αρχών για την Προστασία Όλων των Ατόμων από Οποιαδήποτε Μορφή Κράτησης ή Φυλάκισης.

6. Οποιαδήποτε απόφαση ανάθεσης κηδεμονίας ή νομικής εκπροσώπησης σε τρίτο πρόσωπο, λόγω ψυχικής νόσου εξαιτίας της οποίας το άτομο στερείται νομικής ικανότητας, θα γίνεται μόνο έπειτα από δίκαιη ακροαματική διαδικασία από ένα ανεξάρτητο και αμερόληπτο δικαστήριο σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται δικαιούται να εκπροσωπείται από συνήγορο, ενώ σε περίπτωση που το ίδιο δεν μπορεί να εξασφαλίσει μια τέτοια εκπροσώπηση, θα διατίθεται άνευ πληρωμής από τη στιγμή που δεν διαθέτει επαρκή μέσα να πληρώσει για αυτήν. Δεν είναι δυνατόν να εκπροσωπούνται από τον ίδιο συνήγορο και στην ίδια ακροαματική διαδικασία η υπηρεσία ψυχικής υγείας ή το προσωπικό της ή ακόμα και άλλα μέλη της οικογένειας του ατόμου του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται παρά μόνον αν το δικαστήριο αποφασίσει ότι δεν υπάρχει σύγκρουση συμφέροντος. Τέτοιου τύπου αποφάσεις θα πρέπει να αναθεωρούνται σε τακτικά και λογικά χρονικά διαστήματα που καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται, το άτομο που αναλαμβάνει τη νομική εκπροσώπηση και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, θα έχει το δικαίωμα να κάνει έφεση σε ανώτατο δικαστήριο ενάντια οποιασδήποτε τέτοιας απόφασης.
7. Σε περίπτωση που το δικαστήριο ή άλλο αρμόδιο δικαστήριο κρίνει ότι το άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν είναι σε θέση να χειριστεί τις υποθέσεις του/ της, θα αναλαμβάνονται τα αναγκαία και κατάλληλα για την κατάσταση μέτρα για τη διασφάλιση των συμφερόντων του/ της.

Αρχή 2^η

Προστασία ανηλίκων

Ειδική φροντίδα θα δίδεται σύμφωνα με τη σκοπιμότητα αυτών των Αρχών και στα πλαίσια της εσωτερικής νομοθεσίας που αφορά την προστασία ανηλίκων σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων τους, που

περιλαμβάνει όταν αυτό κριθεί αναγκαίο την ανάθεση της νομικής εκπροσώπησης σε άτομο εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Αρχή 3^η

Ζωή στην κοινότητα

1. Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα.

Αρχή 4^η

Καθορισμός/ προσδιορισμός/ διάγνωση της ψυχικής νόσου

1. Ο διαγνωστικός καθορισμός ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο θα γίνεται σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένες προδιαγραφές.
2. Ο καθορισμός/ Η διάγνωση της ψυχικής νόσου δεν θα πρέπει να γίνεται ποτέ με βάση κριτήρια πολιτικά, οικονομικά ή κοινωνικής υπόστασης, ή λόγω συμμετοχής σε φυλετικές, πολιτιστικές ή θρησκευτικές ομάδες ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο που δεν σχετίζεται άμεσα με την κατάσταση ψυχικής υγείας του ατόμου.
3. Οικογενειακές ή επαγγελματικές συγκρούσεις, ή η μη συμμόρφωση με ηθικές, κοινωνικές, πολιτιστικές ή πολιτικές αξίες ή με την κυρίαρχη θρησκευτική πίστη της κοινότητας στην οποία υπάγεται το άτομο, δεν θα πρέπει ποτέ να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διάγνωση της ψυχικής νόσου.
4. Τυχόν ιστορικό προηγούμενης θεραπείας ή νοσηλείας δεν θα πρέπει από μόνο του να δικαιολογεί παρούσα ή μελλοντική διάγνωση ψυχικής νόσου.
5. Κανένα άτομο ή φορέας εξουσίας δεν θα πρέπει να ταξινομεί ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο να αναφέρει ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο, παρά μόνο για λόγους που σχετίζονται άμεσα με την ψυχική νόσο ή με τις συνέπειές της.

Αρχή 5^η

Ιατρική εξέταση

Κανένα άτομο δεν θα πρέπει να υποχρεώνεται να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση με την προοπτική καθορισμού αν έχει ή δεν έχει ψυχική νόσο, παρά μόνο σύμφωνα με την διαδικασία που προβλέπει και ορίζει η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 6^η

Εμπιστευτικότητα/ Απόρρητο

Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας της πληροφόρησης, που αφορά όλα τα άτομα για τα οποία ισχύουν οι Αρχές αυτές, θα πρέπει να γίνεται σεβαστό. / Θα πρέπει να είναι σεβαστό το δικαίωμα του απόρρητου των προσωπικών δεδομένων όλων των ατόμων στα οποία απευθύνονται αυτές οι Αρχές.

Αρχή 7^η

Ο ρόλος της κοινότητας και του πολιτισμού

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται και να του παρέχεται φροντίδα, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα όπου αυτός ή αυτή διαμένει.
2. Όταν η θεραπεία λαμβάνει χώρα σε έναν οργανισμό ψυχικής υγείας, ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα, όταν αυτό είναι δυνατό, να νοσηλεύεται κοντά στο σπίτι του/ της ή κοντά στον συγγενών ή φίλων του/ της και θα έχει το δικαίωμα να επιστρέψει στην κοινότητα όσο το δυνατόν γρηγορότερα.
3. Κάθε ασθενής θα έχει δικαίωμα σε θεραπεία κατάλληλη για το δικό του/ της πολιτιστικό υπόβαθρο.

Αρχή 8^η

Επίπεδα φροντίδας

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει τόση φροντίδα υγείας και κοινωνική φροντίδα, όση χρειάζεται για τις ανάγκες υγείας του/της και δικαιούται φροντίδα και θεραπεία με τις ίδιες προδιαγραφές που τη δικαιούνται και άτομα που νοσούν από άλλες παθήσεις.
2. Κάθε ασθενής θα προστατεύεται από βλάβη, συμπεριλαμβανομένης της αδικαιολόγητης λήψης φαρμάκων, της κακοποίησης από άλλους ασθενείς, προσωπικό ή άλλα άτομα και πράξεις που του προκαλούν ψυχικό άγχος ή σωματική δυσφορία.

Αρχή 9^η

Θεραπεία

1. Κάθε ασθενής θα έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία που είναι κατάλληλη για τις ανάγκες υγείας του ασθενή και την ανάγκη προστασίας της φυσικής ασφάλειας των άλλων.
2. Η θεραπεία και φροντίδα κάθε ασθενή θα βασίζεται σε ένα εξατομικευμένο σχέδιο, έπειτα από συζήτηση με τον ασθενή, που θα αξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, θα αναθεωρείται σύμφωνα με τις ανάγκες και θα παρέχεται από ειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό.
3. Η φροντίδα ψυχικής υγείας θα παρέχεται πάντοτε σύμφωνα με τις κατάλληλες προδιαγραφές ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων διεθνώς αποδεκτών προδιαγραφών, όπως οι Αρχές Ιατρικής Ηθικής που υιοθετήθηκαν από τον ΟΗΕ. Η γνώση για την ψυχική υγεία και οι δεξιότητες δεν θα γίνονται ποτέ αντικείμενο εκμετάλλευσης.
4. Η θεραπεία κάθε ασθενή θα κατευθύνεται προς τη διατήρηση και ενδυνάμωση της προσωπικής του αυτονομίας.

Αρχή 10^η

Φαρμακευτική αγωγή

1. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή, να χορηγείται στον ασθενή μόνο για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς λόγους και ποτέ να μην χρησιμοποιείται σαν τιμωρία ή για τη διευκόλυνση τρίτων. Σύμφωνα με την παράγραφο 15 της Αρχής 11, οι γιατροί θα χορηγούν μόνο φάρμακα με γνωστή ή αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα.
2. Όλα τα φάρμακα θα συνταγογραφούνται από γιατρό ή επαγγελματία ψυχικής υγείας που διαθέτει άδεια για αυτό και θα καταγράφονται στο φάκελο του ασθενή.

Αρχή 11^η

Συναίνεση για θεραπεία

1. Καμία θεραπεία δεν θα γίνεται σε ασθενή αν δεν υπάρχει συναίνεση μετά από ενημέρωση παρά μόνο στις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω.
2. Η μετά από ενημέρωση συναίνεση είναι συναίνεση που παραχωρείται ελεύθερα, χωρίς απειλές ή ακατάλληλα κίνητρα, και μετά από την αντίστοιχη αποκάλυψη στον ασθενή επαρκούς και κατανοητής πληροφόρησης, με μορφή και γλώσσα κατανοητή από τον ασθενή στα εξής θέματα:
 - i. Τη διαγνωστική αξιολόγηση.
 - ii. Το λόγο, τη μέθοδο, την πιθανή διάρκεια και τα αναμενόμενα οφέλη από την προτεινόμενη θεραπεία.
 - iii. Εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι λιγότερο παρεμβατικές.
 - iv. Πιθανό πόνο ή δυσφορία, κινδύνους και παρενέργειες από την προτεινόμενη θεραπεία.

3. Ο ασθενής μπορεί να ζητήσει την παρουσία ατόμου ή ατόμων της επιλογής του κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παραχώρησης συναίνεσης.
4. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να σταματήσει τη θεραπεία, εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω. Οι συνέπειες της άρνησης ή διακοπής της θεραπείας θα πρέπει να εξηγούνται στον ασθενή.
5. Ο ασθενής δεν θα πρέπει ποτέ να καλείται ή να παρακινείται του δικαιώματος της μετά από ενημέρωση συναίνεσης. Αν ο ασθενής επιθυμεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να εξηγείται στον ασθενή ότι η θεραπεία δεν μπορεί να δίνεται χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση.
6. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 7, 8, 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, θα μπορεί να εφαρμόζεται ένα προτεινόμενο πλάνο θεραπείας χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, αν ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις:
 - i. Ο ασθενής, τη δεδομένη στιγμή κρατείται παρά τη θέλησή του.
 - ii. Μια ανεξάρτητη αρχή, που θα έχει στην κατοχή της όλη τη σχετική πληροφόρηση, συμπεριλαμβανομένης της πληροφόρησης που καθορίζει η παράγραφος 2 παραπάνω, θα ικανοποιείται ότι τη δεδομένη στιγμή, ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να δώσει ή να αρνηθεί την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της στο προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ή αν προβλέπεται από τη νομοθεσία, στις περιπτώσεις που απειλείται η ασφάλεια του ίδιου του ασθενή ή τρίτων, ότι ο ασθενής χωρίς λόγο αρνείται να δώσει αυτή τη συναίνεση, και
 - iii. Η ανεξάρτητη αρχή θα πρέπει να ικανοποιείται ότι το προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ανταποκρίνεται με τον καλύτερο τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή.
7. Η παράγραφος 6 παραπάνω δεν ισχύει στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα για να δώσει

συναίνεση στη θεραπεία του ασθενή, αλλά εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί να δοθεί σε έναν τέτοιο ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, έχοντας λάβει όλη την πληροφόρηση που αναφέρεται στην παράγραφο 2 παραπάνω, συναινέσει εκ μέρους του ασθενή.

8. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί, επίσης, να παρέχεται σε έναν ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας που έχει άδεια από το κράτος, κρίνει ότι είναι επείγουσα ανάγκη, προκειμένου να εμποδιστεί άμεση ή επικείμενη βλάβη στον ίδιο τον ασθενή ή σε άλλα άτομα. Τέτοιου είδους θεραπεία δεν θα επιμηκύνεται πέραν της περιόδου που είναι αυστηρά αναγκαία για αυτό το λόγο.
9. Στις περιπτώσεις που δίνεται εντολή για οποιαδήποτε θεραπεία χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, θα πρέπει παρ' όλα αυτά να γίνεται κάθε προσπάθεια ενημέρωσης του ασθενή για τη φύση της θεραπείας και για οποιαδήποτε εναλλακτική θεραπεία και να εμπλέκεται ο ασθενής, όσο αυτό είναι εφικτό, στη δημιουργία του πλάνου θεραπείας του.
10. Οποιαδήποτε θεραπεία θα καταγράφεται αμέσως στον ιατρικό φάκελο του ασθενή, καθώς και ένδειξη του αν δόθηκε εθελοντικά ή αναγκαστικά.
11. Ο φυσικός περιορισμός ή η αναγκαστική απομόνωση ενός ασθενή δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται παρά μόνο σύμφωνα με τις επίσημα αποδεκτές διαδικασίες για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μόνο όταν είναι το μοναδικό διαθέσιμο μέσο παρεμπόδισης άμεσης ή επικείμενης βλάβης για τον ίδιο τον ασθενή ή για άλλους. Δεν θα πρέπει να επιμηκύνεται πέραν της περιόδου που είναι αυστηρά αναγκαία για αυτό το λόγο. Όλες οι περιπτώσεις φυσικού περιορισμού ή αναγκαστικής απομόνωσης, οι λόγοι που τα προκάλεσαν και η φύση και διάρκειά τους, θα πρέπει να καταγράφονται στον ιατρικό φάκελο του ασθενή. Ένας ασθενής που

περιορίζεται ή απομονώνεται θα πρέπει να κρατείται κάτω από ανθρώπινες συνθήκες και με τη φροντίδα και στενή και τακτική εποπτεία ειδικευμένων επαγγελματιών – μελών του προσωπικού. Ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, αν υπάρχει και αν σχετίζεται, θα ενημερώνεται άμεσα για οποιοδήποτε φυσικό περιορισμό ή αναγκαστική απομόνωση του ασθενή.

12. Η στείρωση δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση, να αποτελέσει θεραπεία για τη ψυχική νόσο.
13. Ένας ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε μια μεγάλη ιατρική ή χειρουργική επέμβαση μόνο όταν επιτρέπεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους, στις περιπτώσεις που θεωρείται ως ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των αναγκών υγείας του και που ο ασθενής μπορεί να δώσει την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/της, ενώ στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν μπορεί να δώσει συναίνεση, μόνο ένα ανεξάρτητο σώμα θα μπορεί να δώσει εντολή για μια τέτοια διαδικασία.
14. Ψυχοχειρουργική και άλλες παρεμβατικές και αμετάκλητες θεραπείες για ψυχικά νοσήματα δεν θα πρέπει ποτέ να γίνονται σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας με αναγκαστική νοσηλεία και στο μέτρο που η εσωτερική νομοθεσία επιτρέπει κάτι τέτοιο, μπορούν να γίνονται σε ασθενείς που έδωσαν την μετά από ενημέρωση συναίνεσή τους και ένα ανεξάρτητο σώμα αποδέχεται ότι πρόκειται για γνήσια συναίνεση και ότι η θεραπεία αυτή εξυπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες υγείας του ασθενή.
15. Κλινικές δοκιμές και πειραματικές θεραπείες δεν θα γίνονται ποτέ σε κανέναν ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/της, με εξαίρεση τις περιπτώσεις ασθενών που δεν είναι σε θέση να τη δώσουν και οι οποίοι μπορούν να μετέχουν σε κλινικές δοκιμές και συγκεκριμένες πειραματικές θεραπείες, αλλά μόνο με την έγκριση ενός αρμόδιου και ανεξάρτητου σώματος ελέγχου που έχει ιδρυθεί για αυτό το λόγο.
16. Στις περιπτώσεις που περιγράφονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13, 14 και 15 παραπάνω, ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπος ή

κηδεμόνας, ή οποιοδήποτε άλλο ενδιαφερόμενο άτομο, θα έχει το δικαίωμα να προσφύγει σε δικαστική ή άλλη ανεξάρτητη αρχή για θέμα που αφορά οποιαδήποτε θεραπεία του/ της δόθηκε.

Αρχή 12^η

Γνωστοποίηση δικαιωμάτων

1. Ένας ασθενής που βρίσκεται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενημερώνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την εισαγωγή, με τρόπο και γλώσσα κατανοητή για τον ασθενή, για όλα του/ της τα δικαιώματα σύμφωνα με αυτές τις βασικές αρχές και τη νομοθεσία του κράτους και επιπλέον να παρέχεται εξήγηση αυτών των δικαιωμάτων και του τρόπου που μπορεί να τα εξασκήσει.
2. Εάν και για όσο διάστημα ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τέτοιες πληροφορίες, τα δικαιώματά του θα διαβιβάζονται μέσω του νομίμου εκπροσώπου ή κηδεμόνα του, αν υπάρχει και αν σχετίζεται, και μέσω του ατόμου ή ατόμων που είναι με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σε θέση να εκπροσωπήσουν τα συμφέροντα του ασθενή και είναι πρόθυμοι να το κάνουν.
3. Ένας ασθενής που έχει την απαιτούμενη ικανότητα έχει το δικαίωμα να διορίσει το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να ενημερώνεται για λογαριασμό του, καθώς επίσης και το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να εκπροσωπεί τα συμφέροντά του/ της στις αρχές της υπηρεσίας.

Αρχή 13^η

Δικαιώματα και συνθήκες στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Κάθε ασθενής σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, έχει δικαίωμα σε πλήρη σεβασμό, στα εξής:
 - (α) αναγνώριση ενώπιον του νόμου της ιδιότητας ως ατόμου
 - (β) της προσωπικής του/ της ζωής

- (γ) ελευθερία στην επικοινωνία του με άλλα άτομα εντός και εκτός της υπηρεσίας, ελευθερία να στέλνει και να λαμβάνει μη λογοκριμένα προσωπικά έγγραφα, ελευθερία να λαμβάνει ιδιωτικές επισκέψεις από συνήγορο ή νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα και σε λογικές ώρες και από άλλους επισκέπτες και ελευθερία πρόσβασης σε ταχυδρομικές και τηλεφωνικές υπηρεσίες και σε εφημερίδες, ραδιόφωνο και τηλεόραση.
 - (δ) ελευθερία θρησκευματος ή πίστης
2. Το περιβάλλον και οι συνθήκες διαβίωσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει, όσο το δυνατόν, να προσομοιάζουν στη φυσιολογική ζωή ατόμων παρόμοιας ηλικίας και ειδικότερα θα πρέπει να περιλαμβάνουν:
- (α) εγκαταστάσεις για ψυχαγωγικές δραστηριότητες και ασχολίες ελεύθερου χρόνου
 - (β) εγκαταστάσεις για εκπαίδευση
 - (γ) εγκαταστάσεις για την αγορά και παραλαβή αντικειμένων καθημερινής χρήσης, ψυχαγωγίας και επικοινωνίας
 - (δ) εγκαταστάσεις και ενθάρρυνση για τη χρήση τέτοιων εγκαταστάσεων, για την εμπλοκή του ασθενή σε δραστηριότητες ανάλογες με το κοινωνικό και πολιτιστικό του/ της υπόβαθρο και παρελθόν και για κατάλληλα μέτρα επαγγελματικής αποκατάστασης για την προαγωγή της επανένταξης στη κοινότητα. Αυτά τα μέτρα θα πρέπει να περιλαμβάνουν επαγγελματική καθοδήγηση, επαγγελματική εκπαίδευση και υπηρεσίες τοποθέτησης σε εργασίες προκειμένου να μπορέσουν οι ασθενείς να διασφαλίσουν ή να διατηρήσουν απασχόληση στην κοινότητα.
3. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει ένας ασθενής να εξαναγκάζεται να εργαστεί. Μέσα στα όρια των αναγκών του ασθενή και με τις προδιαγραφές της διοίκησης της υπηρεσίας, ένας ασθενής θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το είδος της εργασίας που αυτός/ή επιθυμεί να εκτελεί.
4. Η εργασία ενός ασθενή μέσα σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας δεν θα πρέπει να γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης. Κάθε τέτοιος ασθενής θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την ίδια αμοιβή για κάθε εργασία

που αυτός ή αυτή ασκεί, όπως θα αμειβόταν, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους, για την ίδια εργασία οποιοσδήποτε μη ασθενής. Κάθε τέτοιος ασθενής και σε κάθε περίπτωση, θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει δίκαιο μερίδιο από οποιαδήποτε αμοιβή που πληρώνεται η υπηρεσία ψυχικής υγείας για τη δουλειά του/ της.

Αρχή 14 "

Πόροι για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στα ίδια επίπεδα πόρων με οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας και ειδικότερα:
 - i. Ειδικευμένο ιατρικό και λοιπό επαγγελματικό προσωπικό σε επαρκή αριθμό και με αρκετό χώρο ώστε να εξασφαλίσουν σε κάθε ασθενή τον ανάλογο προσωπικό του χώρο και ένα πρόγραμμα κατάλληλης και ενεργούς θεραπείας
 - ii. Διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό για τον ασθενή
 - iii. Κατάλληλη επαγγελματική φροντίδα, και
 - iv. Κατάλληλη, τακτική και περιεκτική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της προμήθειας φαρμάκων.
2. Κάθε υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να επιθεωρείται από τις αρμόδιες αρχές με τακτική συχνότητα, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι συνθήκες, η θεραπεία και η φροντίδα των ασθενών συμμορφώνεται με αυτές τις Αρχές.

Αρχή 15 "

Αρχές εισαγωγής

1. Στις περιπτώσεις που ένα άτομο χρειάζεται θεραπεία σε υπηρεσία ψυχικής υγείας, θα γίνεται κάθε προσπάθεια προκειμένου να αποφευχθεί η αναγκαστική νοσηλεία.

2. Η πρόσβαση σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα γίνεται με τον ίδιο τρόπο όπως η πρόσβαση σε οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας.
3. Οποιοσδήποτε ασθενής δεν έχει εισαχθεί με αναγκαστική νοσηλεία θα έχει το δικαίωμα να φύγει από τις εγκαταστάσεις της υπηρεσίας ψυχικής υγείας, οποιαδήποτε στιγμή, εκτός και ισχύουν τα κριτήρια κράτησής του/ της ως ασθενής σε αναγκαστική νοσηλεία, όπως έχουν καθοριστεί στην Αρχή 16 παραπάνω, και αυτός/ ή θα ενημερώνονται γι' αυτό το δικαίωμά τους.

Αρχή 16^η

Αναγκαστική εισαγωγή/ νοσηλεία

1. Ένα άτομο μπορεί (i) να εισαχθεί αναγκαστικά σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας ως ασθενής ή (ii) ενώ έχει ήδη εισαχθεί με τη θέλησή του ως ασθενής, να κρατείται στη συνέχεια αναγκαστικά, εάν, και μόνο εάν, ένας ειδικευμένος ψυχίατρος εξουσιοδοτημένος από το νόμο επ' αυτού αποφασίζει, σύμφωνα με την Αρχή 4, ότι το άτομο έχει ψυχικό νόσημα και εξετάζει τα εξής:

- i. Ότι, λόγω της ψυχικής νόσου, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα άμεσης ή επικείμενης βλάβης για τον ίδιο ή για άλλα άτομα
- ii. Στην περίπτωση ατόμου που η ψυχική νόσος του είναι πολύ βαριά και η κρίση του έχει εξασθενήσει, η αποτυχία να εισαχθεί ή να κρατηθεί μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή επιδείνωση της κατάστασής του/ της ή μπορεί να παρεμποδίσει τη λήψη κατάλληλης θεραπείας που θα μπορούσε να παρασχεθεί μόνο με την εισαγωγή ή νοσηλεία σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, σύμφωνα με την αρχή της λιγότερο περιοριστικής εναλλακτικής λύσης.

Στην περίπτωση ατόμου που αναφέρεται στην υποπαράγραφο (ii), θα πρέπει να ζητείται η γνώμη ενός δεύτερου ψυχιάτρου, ανεξάρτητου από τον πρώτο, όπου αυτό είναι δυνατό. Αν μια τέτοια δεύτερη γνώμη ή συμβουλή

δοθεί, τότε η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση δεν θα γίνει παρά μόνο αν και ο δεύτερος ψυχίατρος συμφωνήσει.

2. Η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση θα γίνεται αρχικά για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους, για παρακολούθηση και μια προκαταρκτική θεραπεία εν αναμονή της αναθεώρησης της εισαγωγής ή της κράτησης από το σώμα ελέγχου. Οι συνθήκες της εισαγωγής θα πρέπει να μεταβιβαστούν στον ασθενή χωρίς καθυστέρηση και το γεγονός και το «σκεπτικό» της εισαγωγής θα μεταβιβάζονται επίσης άμεσα και λεπτομερώς στο σώμα ελέγχου, στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του ασθενή, αν υπάρχει, και στην οικογένεια του ασθενή, εφόσον αυτός/ ή δεν έχει αντίρρηση.
3. Μια υπηρεσία ψυχικής υγείας μπορεί να δέχεται ασθενείς που εισάγονται με αναγκαστική νοσηλεία, μόνο αν η υπηρεσία έχει οριστεί για αυτό το λόγο από μια αρμόδια αρχή, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 17^η

Σώμα ελέγχου

1. Το σώμα ελέγχου θα πρέπει να είναι δικαστικό ή άλλο ανεξάρτητο και αμερόληπτο σώμα θεμελιωμένο από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους και το οποίο θα λειτουργεί σύμφωνα με τις διαδικασίες που ορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Στη διαμόρφωση των αποφάσεών του θα συμβάλλουν ένας ή περισσότεροι ειδικευμένοι και ανεξάρτητοι ψυχιάτρους, των οποίων η γνώμη θα λαμβάνεται υπόψη.
2. Ο αρχικός έλεγχος του σώματος ελέγχου της απόφασης για την αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση ενός ατόμου, όπως απαιτείται από την παράγραφο 2 της Αρχής 16, θα γίνεται όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την απόφαση και θα διεξάγεται σύμφωνα με απλές και σκόπιμες διαδικασίες, οι οποίες καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

3. Το σώμα ελέγχου θα επαναξιολογεί περιοδικά τις περιπτώσεις αναγκαστικής νοσηλείας ασθενών σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
4. Ένας ασθενής που νοσηλεύεται με αναγκαστική νοσηλεία θα μπορεί να αιτείται στο σώμα ελέγχου για την εξαγωγή του ή για να βρίσκεται σε κατάσταση εκούσιας νοσηλείας, σε λογικά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
5. Σε κάθε έλεγχο, το σώμα ελέγχου θα εξετάζει αν τα κριτήρια αναγκαστικής εισαγωγής που καθορίζονται από την παράγραφο 1 της Αρχής 16, εξακολουθούν να πληρούνται, και αν δεν πληρούνται, τότε ο ασθενής θα εξέρχεται ως αναγκαστικής νοσηλείας ασθενής.
6. Αν σε οποιαδήποτε στιγμή ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που είναι υπεύθυνος για την περίπτωση πιστεύει ότι οι λόγοι κράτησης ενός ατόμου με αναγκαστική νοσηλεία, δεν πληρούνται πλέον, αυτός ή αυτή θα πρέπει να διατάσσει την έξοδό του ως τέτοιου ασθενή.
7. Ένας ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του ή κηδεμόνας θα έχει το δικαίωμα να προσβάλλει σε ανώτερο δικαστήριο την απόφαση της εισαγωγής ή κράτησής του σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 18^η

Διαδικαστικές εγγυήσεις/ ασφαλιστικές δικλείδες

1. Ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα να επιλέξει και να ορίσει ένα συνήγορο για να τον εκπροσωπήσει, συμπεριλαμβανομένης της εκπροσώπησης σε οποιαδήποτε διαδικασία παραπόνων ή έφεσης. Αν ο ασθενής δεν διασφαλίσει τέτοιες υπηρεσίες για τον εαυτό του, τότε θα του διατεθεί ένας συνήγορος δωρεάν, εφόσον ο ασθενής δε διαθέτει επαρκή μέσα για να τον πληρώσει.
2. Ο ασθενής θα έχει, επίσης, το δικαίωμα, αν είναι αναγκαίο, σε υπηρεσίες διερμηνείας. Στις περιπτώσεις όπου τέτοιες υπηρεσίες είναι αναγκαίες και ο ασθενής δεν μπορεί να τις διασφαλίσει για τον

εαυτό του, τότε θα του διατίθενται δωρεάν, εφόσον ο ασθενής δε διαθέτει επαρκή μέσα για να τις πληρώσει.

3. Ο ασθενής και ο συνήγορός του μπορούν να ζητήσουν και να παρουσιάσουν μια ανεξάρτητη έκθεση ψυχικής υγείας και οποιεσδήποτε άλλες αναφορές, και προφορικά, γραπτά και άλλα αποδεικτικά στοιχεία που είναι σχετικά και αποδεκτά.
4. Αντίγραφα του φακέλου του ασθενή και οποιεσδήποτε εκθέσεις και έγγραφα πρόκειται να υποβληθούν θα πρέπει να παραδίδονται στον ασθενή και το συνήγορό του, με εξαίρεση κάποιες ειδικές περιπτώσεις όπου καθορίζεται ότι κάποια συγκεκριμένη αποκάλυψη στον ασθενή θα προκαλούσε σοβαρή βλάβη στην υγεία του ή θα έθετε σε κίνδυνο την ασφάλεια τρίτων. Σύμφωνα με όσα ορίζει η νομοθεσία του κράτους, οποιοδήποτε έγγραφο δεν παραδίδεται στον ασθενή, θα πρέπει, όταν αυτό μπορεί να γίνει με εμπιστευτικότητα, να παραδίδεται στον νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του και στο συνήγορό του. Όταν οποιοδήποτε τμήμα ενός εγγράφου αποκρύπτεται από τον ασθενή, ο ασθενής ή ο συνήγορός του/ της, αν υπάρχει, θα πρέπει να λαμβάνει γνώση αυτής της απόκρυψης και των λόγων για τους οποίους γίνεται και η απόκρυψη θα αποτελεί αντικείμενο δικαστικού ελέγχου.
5. Ο ασθενής και ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας του και ο συνήγορός του θα έχουν το δικαίωμα να παρακολουθήσουν, να συμμετάσχουν και να ακουστούν ατομικά σε οποιαδήποτε ακροαματική διαδικασία.
6. Αν ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας του ή ο συνήγορός του ζητήσουν ένα συγκεκριμένο άτομο να είναι παρών σε οποιαδήποτε ακροαματική διαδικασία, αυτό το άτομο θα γίνεται δεκτό, με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου καθορίζεται ότι η παρουσία του ατόμου, θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενή ή να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια τρίτων.
7. Οποιαδήποτε απόφαση σχετικά με το αν η ακροαματική διαδικασία ή οποιοδήποτε τμήμα της θα γίνει δημόσια ή ιδιωτικά και δημοσιευτεί έπειτα, θα γίνει με πλήρη εξέταση των επιθυμιών του ίδιου του ασθενή, της ανάγκης για σεβασμό της εμπιστευτικότητάς

του ασθενή και άλλων ατόμων και της ανάγκης για προστασία από σοβαρή βλάβη της υγείας του ασθενή ή αποφυγής κινδύνου της ασφάλειας των άλλων.

8. Η απόφαση που θα προκύψει από την ακροαματική διαδικασία και οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτήν θα πρέπει να εκφράζονται γραπτώς. Αντίγραφα της θα δίνονται στον ασθενή, στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της και στο συνήγορό του/ της. Σχετικά με το ζήτημα αν η απόφαση θα δημοσιευτεί ολόκληρη ή κάποιο τμήμα της, θα γίνεται με πλήρη εξέταση των επιθυμιών του ίδιου του ασθενή, της ανάγκης για σεβασμό της εμπιστευτικότητάς του ασθενή και άλλων ατόμων, του δημοσίου ενδιαφέροντος για την ανοιχτή/ διαφανή διαχείριση της δικαιοσύνης και της ανάγκης για προστασία από σοβαρή βλάβη της υγείας του ασθενή ή αποφυγής κινδύνου της ασφάλειας των άλλων.

Αρχή 19^η

Πρόσβαση σε πληροφορίες

1. Ο ασθενής (όρος που σε αυτή την Αρχή συμπεριλαμβάνει έναν πρώην ασθενή) θα έχει δικαίωμα πρόσβασης στις πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία του/ της, και στους προσωπικούς φακέλους που τηρεί η υπηρεσία υγείας. Αυτό το δικαίωμα γίνεται αντικείμενο περιορισμών προκειμένου να αποφευχθεί σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενή και να αποφευχθεί σοβαρός κίνδυνος της ασφάλειας των άλλων. Σύμφωνα με όσα ορίζει η νομοθεσία του κράτους, οποιαδήποτε πληροφορία δεν δίνεται στον/ στην ασθενή, θα πρέπει να δίνεται στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της και στο συνήγορό του/ της, εφόσον αυτό μπορεί να γίνει με εμπιστευτικότητα. Όταν οποιαδήποτε πληροφορία αποκρύπτεται από τον ασθενή, ο ασθενής ή ο συνήγορός του/ της, αν υπάρχει, θα πρέπει να λαμβάνει γνώση αυτής της απόκρυψης και των λόγων για τους οποίους γίνεται και η απόκρυψη θα αποτελεί αντικείμενο δικαστικού ελέγχου.

2. Οποιαδήποτε γραπτά σχόλια από τον ασθενή ή το νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της ή το συνήγορό του/ της θα πρέπει, αν ζητηθεί, να περιληφθούν στο φάκελό του/ της.

Αρχή 20^η

Ποινικοί παραβάτες

1. Αυτή η Αρχή αφορά άτομα που εκτίουν ποινές φυλάκισης για ποινικά αδικήματα, ή που με κάποιο τρόπο εμπλέκονται σε ποινικές διαδικασίες ή σε έρευνες σε βάρος τους, και που έχει εξακριβωθεί ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα ή που πιστεύεται ότι ίσως πάσχουν από ένα τέτοιο νόσημα.
2. Όλα αυτά τα άτομα δικαιούνται να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα για την ψυχική τους υγεία, όπως καθορίζεται από την Αρχή 1. Αυτές οι Αρχές θα ισχύουν για αυτούς στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, και μόνο με τόσες περιορισμένες τροποποιήσεις και προσδοκίες όσες είναι αναγκαίες βάση των δεδομένων συνθηκών. Καμία τέτοιου είδους τροποποίηση και προσδοκία δεν θα πρέπει να δημιουργεί προκατάληψη σε βάρος των δικαιωμάτων των ατόμων ενώπιον των οργάνων που αναφέρονται στην παράγραφο 5 της 1^{ης} Αρχής.
3. Η εσωτερική νομοθεσία ενός κράτους μπορεί να αναθέτει τη δικαιοδοσία σε ένα δικαστήριο ή άλλη αρμόδια αρχή, που ενεργεί στη βάση αρμοδιότητας και ανεξαρτησίας της ιατρικής γνωμοδότησης, να διατάξει τον εγκλεισμό τέτοιων ατόμων σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.
4. Η θεραπεία ατόμων που έχει εξακριβωθεί ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι σύμφωνη με την Αρχή 11.

Αρχή 21 "

Καταγγελίες

1. Κάθε ασθενής και πρώην ασθενής έχει το δικαίωμα να κάνει μία καταγγελία μέσα από διαδικασίες που καθορίζονται από τη νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 22 "

Έλεγχος και βελτιώσεις/ διορθώσεις/ αποκατάσταση

Τα κράτη θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι λειτουργούν οι κατάλληλοι μηχανισμοί που προωθούν τη συμμόρφωση σε αυτές τις Αρχές, για τον έλεγχο των εγκαταστάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για τον ισχυρισμό, τη διερεύνηση και την κατάληξη της διεξαγωγής μιας έρευνας για καταγγελίες και για την εγκαθίδρυση κατάλληλων πειθαρχικών και δικαστικών διαδικασιών για τα παραπτώματα ή την παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών από τους επαγγελματίες.

Αρχή 23 "

Εφαρμογή

1. Τα κράτη θα πρέπει να εφαρμόζουν αυτές τις Αρχές μέσα από κατάλληλους νομοθετικούς, δικαστικούς, διοικητικούς, εκπαιδευτικούς, και άλλους μηχανισμούς και μέτρα, τα οποία θα επανεξετάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.
2. Τα κράτη θα πρέπει να καταστήσουν τις Αρχές αυτές, ευρέως γνωστές με κατάλληλα και ενεργητικά μέσα.

Αρχή 24^η

Πεδίο εφαρμογής των αρχών που αφορούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Αυτές οι Αρχές εφαρμόζονται σε όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 25^η

Διασφάλιση υπαρχόντων δικαιωμάτων

Δε θα υπάρξει κανένας περιορισμός ή υποτίμηση σε βάρος οποιουδήποτε υπάρχοντος δικαιώματος των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων δικαιωμάτων που αναγνωρίζονται από διεθνή ή κρατική νομοθεσία που εφαρμόζεται, με την πρόφαση ότι αυτές οι Αρχές δεν αναγνωρίζουν εκείνα τα δικαιώματα ή ότι τα αναγνωρίζουν σε μικρότερη έκταση.