



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ψυχιατρική στην σύγχρονη Ελλάδα : Μια γενική προσέγγιση.

Σπουδάστρια: Θεοχάρη Δήμητρα

Εποπτεύων Καθηγητής: Δρ. Δρίτσας Ιωάννης

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

ΠΑΤΡΑ 2013

Ευχαριστίες

Κατ' αρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας μου Δρ.Δρίτσα Ιωάννη για την εμπιστοσύνη και τη στήριξη του στο πρόσωπο μου.

Επιπρόσθετα θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την αμέριστη υποστήριξη σε όλη τη διάρκεια των φοιτητικών μου χρόνων .Τέλος θέλω να ευχαριστήσω τους φίλους μου Αγγελική, Χρήστο, Κωνσταντίνο, Σοφία και Ιωάννα για την πολύτιμη βοήθεια τους κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Πάτρα 2013

Θεοχάρη Δήμητρα

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει συνοπτικά την εικόνα της επιστήμης της ψυχιατρικής στη χώρα μας. Η αναφορά ξεκινά από τη γέννηση της και προοδευτικά πραγματοποιείται μια ιστορική αναδρομή από τον 18^ο αιώνα έως και σήμερα.

Στην συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης ερμηνευτικής αλλά και περιγραφικής στο φαινόμενο του ρατσισμού απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Γίνεται λόγος για τον στιγματισμό και την ετικετοποίηση που επιδέχονται οι ασθενείς καθώς και στο πώς αυτό επηρεάζει τη ζωή τους. Κατόπιν η εργασία αναφέρεται στην αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Πραγματεύεται την πορεία τους μετά το πέρας της νοσηλείας και το δύσκολο δρόμο προς την επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο. Στην συνέχεια γίνεται λόγος για την πρόοδο και τις εξελίξεις στο ακαδημαϊκό κομμάτι της ψυχιατρικής και τις νέες επιστημονικές ανακαλύψεις. Γίνεται επίσης μια επιγραμματική αναφορά στο ρόλο της Κοινωνικής Εργασίας στη ψυχική υγεία , σε μια προσπάθεια σφαιρικής ανασκόπησης του θέματος. Η μελέτη ολοκληρώνεται με την επισκόπηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης των τελευταίων ετών και το πρόγραμμα Ψυχαργός που αποτελεί σταθμό στη ιστορία της ψυχιατρικής στη χώρα μας.

Abstract

The current task outlines the image of science of psychiatry in our country. The report starts from the genesis and gradually made a throwback to the 18th century until today.

Then, an attempt is made an interpretative and descriptive approach to the phenomenon of racism towards the mentally ill. We refer to the stigmatization and labeling susceptible patients as well as how it affects their lives. Also, the task refers to the rehabilitation of mentally ill. It describes their course after the hospitalization and the difficult road to reintegration into a society. It is also mention the progress and developments in the academic piece of psychiatry and new scientific discoveries .It is also a succinct reference to the role of Social Work in Mental Health, in an attempt comprehensive review of the subject. The task concludes with an overview of psychiatry reformation of recent years and the program “Psychargos” a milestone in the history of psychiatry in Greece.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	2
Abstract.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
1.1 Εισαγωγή –Σκοπός μελέτης.....	7
1.2 Ορισμοί βασικών εννοιών Ψυχιατρικής.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	11
Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΓΕΝΝΗΣΗ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ.....	11
2.1 Το γνωστικό αντικείμενο της ψυχιατρικής ως ιατρική ειδικότητα.....	11
2.2 Ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής στην Ελλάδα.....	13
2.2.1. Η ψυχιατρική περίθαλψη στο ανεξάρτητο ελληνικό κράτος 19 ^{ος} αιώνας (1833-1900)	14
2.2.2 Η ψυχιατρική περίθαλψη τον 20 ^ο αιώνα (1900-1981).....	16
2.2.3 Η ψυχιατρική περίθαλψη τον 21 ^ο αιώνα.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	23
ΡΑΤΣΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ	23
3.1 Το στίγμα του ψυχικά ασθενούς.....	24
3.2 Επιπτώσεις του στίγματος και η εμπειρία της κοινωνικής ανικανότητας.	26
3.3 Μύθοι και προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια.....	28
3.4 Ετικετοποίηση και κοινωνική αντίδραση.	29
3.5 Κοινωνικό στίγμα και ψυχιατρικές υπηρεσίες: Ο φαύλος κύκλος	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	32
Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	32
4.1 Ορισμός Κοινωνικής Αποκατάστασης	33
4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την αποκατάσταση	34
4.3 Οικογένεια: Βασικό υποστηρικτικό πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	35

4.4 Η κοινωνική αποκατάσταση σε φάσεις	37
4.4.1. Η μεταβατική φάση – Το νοσοκομείο ημέρας	37
4.4.2 Η κύρια φάση.....	39
4.4.2 Α Κοινωνική-Στεγαστική Αποκατάσταση	39
4.4.2Β Η επαγγελματική αποκατάσταση	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	43
ΣΥΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΕ ΕΓΧΩΡΙΟ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ	
ΕΠΙΠΕΔΟ	43
5.1. Εξελίξεις στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών	44
5.2 Εξελίξεις στην διάγνωση των ψυχικών διαταραχών.....	45
5.2.1 Εξελίξεις σε κλινικό επίπεδο	45
5.2.2 Εξελίξεις σε εργαστηριακό επίπεδο	46
5.3 Εξελίξεις στην ψυχοφαρμακολογία.....	47
5.4 Εξελίξεις στην συνδιασμένη εφαρμογή ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπεία	48
5.5 Εξελίξεις στην προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας–Τεχνολογικές εξελίξεις.....	49
5.6 Εξελίξεις στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	50
5.7 Ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων: Μια παραλελημένη προτεραιότητα.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	53
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	53
6.1 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	54
6.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη δευτεροβάθμια περίθαλψη– Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	55
6.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην τριτοβάθμια περίθαλψη– Θεραπευτική αντιμετώπιση-Αποκατάσταση	57
6.4 Κοινωνικός λειτουργός και διασυνδεδετική ψυχιατρική	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	60
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΑΡΓΩΣ: ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ	60

7.1 Η Α' φάση του προγράμματος.....	61
7.2 Η Β' φάση του προγράμματος – ΤΟ ΔΕΚΑΤΕΣ ΣΧΕΔΙΟ 2001-2010...	64
7.3 Η τρίτη φάση του προγράμματος -Ισχύουσα κατάσταση και προοπτικές.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ.....	78
ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ.....	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή –Σκοπός μελέτης

Το θέμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας επιλέχθηκε αρχικά με βάση το προσωπικό ενδιαφέρον για την επιστήμη της Ψυχιατρικής. Οι γνώσεις που προέκυψαν, τόσο για τις δομές που υπάρχουν, αλλά κυρίως για την μελέτη της ανθρώπινης ψυχής, σε όλη την διάρκεια του 'ταξιδιού' για την εκπόνησή της δικαίωσαν την αρχική επιλογή. Η Ψυχιατρική άλλωστε, όπως είπε ο Νίκος Μάνος το 1997, “η Ψυχιατρική ήταν και είναι κάτι ανάμεσα σε επιστήμη, τέχνη και σε μαγεία”..

Σκοπός της μελέτης είναι να παράσχει πληροφορίες για την ενημέρωση φοιτητών αλλά και όποιων άλλων ενδιαφερομένων σχετικά με την Ψυχιατρική σαν επιστήμη αλλά και την πορεία της Ψυχικής Υγείας στη χώρα μας.

Στόχοι είναι :

- ο αναγνώστης να αποκτήσει μια γενική εικόνα για την Ψυχιατρική, τους ψυχικά ασθενείς και τις εξελίξεις ανά τα χρόνια.
- Να ενισχύσει την εξάλειψη της άγνοιας γύρω από τη ψυχική ασθένεια
- Να συνεισφέρει στην μελέτη άλλων συναδέλφων φοιτητών.

1.2 Ορισμοί βασικών εννοιών Ψυχιατρικής

- Αγωγή κοινότητας : Έχει ως στόχο την ενημέρωση και αισθητοποίηση φορέων και κοινού για τα ψυχολογικά προβλήματα έτσι ώστε να προλαμβάνονται, να αντιμετωπίζονται καλύτερα και να καταπολεμείται το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο. (Ορισμός από την Κοινωνική Υπηρεσία του ΓΝ Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας")
- Ακούσια νοσηλεία: Η μεταφορά και εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική ενός ασθενούς χωρίς την συγκατάθεσή του όταν συντρέχουν επείγοντες λόγοι και ο ίδιος είναι επικίνδυνος για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς προς τον εαυτόν του ή/και για το περιβάλλον. (Μάνος, 1997)
- Αποιδρυματοποίηση: (deinstitutionalization) Είναι η διαδικασία εξόδου των ασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα μετά από κατάλληλη προετοιμασία και η επανένταξή τους στην κοινότητα.
- Αποκατάσταση [Ψυχοκοινωνική]: (rehabilitation) Με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν σωματικά και ψυχικά ανάπηρα άτομα για να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους, ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να είναι μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη της διάγνωσης της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πλέον κατάλληλη εργασία- συνθήκες διαμονής. Στην διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας. (Ορισμός που δόθηκε από το συμβούλιο της Ευρώπης, Μαδιανός 1994 σελ. 48)
- Ατομική ψυχοθεραπεία: Μια μορφή θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στην οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο εγκαθιστά μια συμφωνία συνεργασίας με τον ασθενή και μέσα από μια καθορισμένη θεραπευτική επικοινωνία επιχειρεί να ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, να αντιστρέψει ή να μεταβάλλει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας. (Μάνος, 1997)

- Εν συναίσθηση: Η ικανότητα του θεραπευτή να είναι μαζί με το άτομο βιώνοντας τα γεγονότα και τα συναισθήματα του. Το να μπαίνει δηλαδή στη θέση του ασθενούς και να προσπαθεί να σκεφθεί και αισθανθεί σαν να ήταν ο ασθενής. (Δημοπούλου- Λαγωνίκα, 2006)
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία: Είναι μια βιολογική ψυχιατρική θεραπεία που συνιστάται στην πρόκληση γενικευμένων (τόνο-κλονικών) επιληπτικών κρίσεων μέσω αγωγής ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς. Οι σύγχρονες ενδείξεις της περιορίζονται στην θεραπεία βαρέων καταθλιπτικών κατατονικών και οξέων ψυχωσικών διαταραχών. Οι ασθενείς τελούν υπό γενική αναισθησία και τους χορηγείται μυοχαλαρωτικό φάρμακο. (Ουλής, 2004).
- Θεραπευτική ομάδα: Η ομάδα που αναλαμβάνει το περιστατικό εφ' όσον διαγνωσθεί ότι χρήζει ψυχιατρικής φροντίδας. Αποτελείται από επιστήμονες των παρακάτω ειδικοτήτων : Ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή και επισκέπτη υγείας. Ο καθένας προσφέρει την ανάλογη βοήθεια στον ασθενή βάσει του αντικειμένου του. (Μαδιανός, 2004)
- Θεραπευτικό περιβάλλον: (milieu) Ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των ασθενών ώστε να μειωθούν το άγχος και οι ανασφάλειες τους. Το θεραπευτικό περιβάλλον πρέπει να χαρακτηρίζεται από αίσθημα ομαδικότητας, σεβασμού των αναγκών τους, ενίσχυσης των διαπροσωπικών σχέσεων, όλα προς την ενίσχυση της θεραπείας και αποκατάστασης του ασθενούς. (Μαδιανός, 2004)
- Κοινωνική ψυχιατρική: (social psychiatry) Είναι ο κλάδος την ψυχιατρικής που ασχολείται με τις κοινωνικές παραμέτρους που αφορούν στην αιτιοπαθογένεια, πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, συμπληρώνοντας τις κλασσικές αρχές της Κλινικής Ψυχοπαθολογίας και της Βιολογικής Ψυχιατρικής. (Φαζάκης Ε., ΚΨΥ Αγίου Νικολάου Κρήτης)
- Κοινοτική Ψυχιατρική: (community psychiatry) Είναι η εφαρμογή των αρχών

της Κοινωνικής Ψυχιατρικής με την ανάπτυξη πλέγματος υπηρεσιών στην κοινότητα για την πρόληψη, την αντιμετώπιση και την αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές. (Φαζάκης Ε., ΚΨΥ Αγίου Νικολαου Κρήτης.)

- **Παραισθήσεις:** Είναι τα στρεβλωμένα αντιληπτικά βιώματα υπαρκτών ωστόσο αντικειμένων της αντίληψης. Επέρχονται εξ αιτίας της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου και επηρεάζονται από εξωτερικές συνθήκες (φωτισμός, θόρυβοι). (Ουλής, 2006)
- **Σωματικές θεραπείες:** Ι σωματικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται στην σύγχρονη ψυχιατρική είναι η φαρμακοθεραπεία και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (βλ. παραπάνω) (Μάνος, 2006)
- **Χρόνια ψυχικά ασθενής:** Άτομο που υποφέρει από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές και άλλες διαταραχές οι οποίες χρονίζουν και διαταράσσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας του με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία του να είναι κοινωνικά, επαγγελματικά και οικονομικά αυτόνομος. (Μαδιανός, 2004)
- **Ψευδαισθήσεις:** Αντιληπτικά βιώματα (οπτικά., ακουστικά) των ασθενών επί απουσίας αντικειμενικής πηγής ερεθισμάτων. Οι ασθενείς παρ' όλα αυτά είναι απολύτως βέβαιοι για την ύπαρξη τους. (Ουλής, 2006)
- **Ψυχική Υγεία:** Είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευθιξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. (Ορισμός Π.Ο.Υ., Μαδιανός, 2006)
- **Ψύχωση :** Είναι η πλέον βαριά μορφή ψυχικής διαταραχής. Το είδος της ψυχικής πάθησης που βρίσκεται πιο κοντά σ' αυτό που ο άνθρωπος ονομάζει "τρέλα", διότι χαρακτηρίζεται από τις πιο ακραίες και δραματικές ψυχοπαθολογικές αποκλίσεις. Το άτομο έχει χάσει την επαφή με την πραγματικότητα και ζει σε έναν δικό του κόσμο. (Παρασκευόπουλος, 1988)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΓΕΝΝΗΣΗ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ

2.1 Το γνωστικό αντικείμενο της ψυχιατρικής ως ιατρική ειδικότητα

Η περιγραφή του φάσματος του γνωστικού αντικειμένου της ψυχιατρικής είναι μια σύνθετη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει σειρά επιστημονικών εννοιών και απόψεων.

Ανάμεσα στους σημαντικότερους κλάδους της ιατρικής επιστήμης, η αναγνώριση, διδασκαλία και εξάσκηση της ψυχιατρικής ως αυτοτελής ειδικότητα μετρά σημαντικά μικρότερο χρόνο ζωής από τους άλλους. Οι ρίζες του αντικειμένου της βρίσκονται στα βάθη της ιστορίας λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι η πρώτη ιατρική που βρισκόταν στα χέρια των ιερέων και των μάγων είχε στην ουσία ψυχιατρικό χαρακτήρα. Η κάθε μορφής ασθένεια, σωματική ή ψυχική ερμηνευόταν ως θεϊκή βούληση και κάθε προσπάθεια ιατρικής αντιμετώπισής της είχε σαν σημείο αναφοράς την ψυχολογία του αρρώστου. Έτσι διαμορφώνεται και ο χαρακτηρισμός της ψυχιατρικής ως μητέρα της ιατρικής. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο Phillipe Pinel είναι παγκοσμίως γνωστός ως ο ιατρός που "απελευθέρωσε τους τρελούς από τις αλυσίδες τους", είναι δηλαδή ο εισηγητής της ηθικής θεραπείας των ψυχασθενών και πρώτος εφαρμοστής της κατάργησης του αλυσοδέματός τους. Το 1801 δημοσιεύει την "Ιατρό- φιλοσοφική Πραγματεία". Το βιβλίο αυτό αποτελεί ορόσημο στην ιστορία της ψυχιατρικής διότι περιγράφει για πρώτη φορά κλινικά συμπτώματα και κλινικές περιπτώσεις με ιδιαίτερη σαφήνεια. Η αρχή του 19ου λοιπόν, είναι η πρώτη φορά που η ψυχιατρική αρχίζει να εμφανίζεται σαν ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα και πρωτοπαρουσιάζεται σαν όρος σε γερμανικά κυρίως έντυπα. (Μάνος, 1997)

Είναι λοιπόν η ψυχιατρική, εκείνη η επιστήμη που πραγματεύεται τα αίτια, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών που ευθύνονται για τη διατάραξη της ψυχικής ομοιόστασης, των διαπροσωπικών σχέσεων και του βαθμού προσαρμοστικότητας του ατόμου. (Οικονόμου, 1992)

Τα όργανα προσαρμογής είναι α) η προσαρμοστικότητα: το σύνολο των ψυχοσωματικών ιδιοτήτων και λειτουργιών βάσει των οποίων ο άνθρωπος συναλλάσσεται με το περιβάλλον του β) ο χαρακτήρας: όργανο έκφρασης της προσωπικότητας γ) η συμπεριφορά: το εκτελεστικό όργανο της προσωπικότητας.

Η ψυχική διαταραχή παρατηρείται είτε στην αντικειμενική είτε στην υποκειμενική συμπεριφορά του ατόμου. Έτσι στην ψυχιατρική παρατηρούμε συμπτώματα ή σημεία, δηλαδή βιώματα του ίδιου του ατόμου ή αντικειμενικές συμπεριφορές. (Οικονόμου, 1992)

Κύριο άξονα μελέτης της ψυχιατρικής αποτελεί η ψυχική νόσος ή πιο εξειδικευμένα ο ψυχικά ασθενής. Οι ψυχικές λειτουργίες και οι διαταραχές τους είναι τα κομμάτια εκείνα που στοιχειοθετούν την σημειολογία της. Η γνώση των λειτουργιών αυτών αποτελεί την βάση για την ορθή ψυχιατρική διάγνωση και θεραπεία. (Οικονόμου, 1992)

2.2 Ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής στην Ελλάδα

Εισαγωγή

Η ανεξάρτητη Ελλάδα ούσα κατεστραμμένη τα πρώτα χρόνια έχει ως μοναδική παράδοση την εκκλησιαστική για την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών. (Πλουμπίδης, 1989)

Η ψυχιατρική στην Ελλάδα εγκαταστάθηκε και ενοποιήθηκε στην διάρκεια του 19ου αιώνα, χρονικό διάστημα στο οποίο κάνουν την εμφάνιση τους και τα πρώτα ιδρύματα. Οι λόγοι που συνετέλεσαν στη δημιουργία μεγάλων σε έκταση ιδρυμάτων ήταν ο χρόνιος εγκλεισμός σε ψυχιατρικές κλινικές που τότε θεωρούταν θεραπευτική μέθοδος, η διακοπή της ποινικής δίωξης ατόμων που διέπραξαν αδικήματα υπό την επίρεια ψυχικών νοσημάτων, καθώς και η μεγάλη αύξηση του πληθυσμού των πόλεων. (Χριστοδούλου και συν. , 2000)

Στο πέρασμα του χρόνου όμως, παρατηρήθηκαν φαινόμενα χρονιότητας και ιδρυματισμού. Τον θεραπευτικό ρόλο των ιδρυμάτων ενίσχυσαν παρά τις τεράστιες δυσκολίες η εσωτερική οργάνωση και οι καινοτόμες θεραπευτικές μέθοδοι. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι σημαντικό ρόλο για την αμφισβήτηση του εγκλεισμού σε ψυχιατρικά ιδρύματα έπαιξε η σύγχρονη φαρμακολογία , η οποία και θα τροποποιούσε την κλινική εικόνα και την διάρκεια παραμονής στο ίδρυμα.(Χριστοδούλου και συν., 2000)

Εν αντιθέσει με άλλες χώρες του εξωτερικού στις οποίες επέφερε ανάπτυξη καινούργιων διαστάσεων της ψυχιατρικής, ο 20ος αιώνας βρίσκει την Ελλάδα όσον αφορά την επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση των διαστάσεων αυτών σχετικά πίσω. Αυτό είχε ως συνέπεια η ψυχιατρική γενικότερα να εμφανίσει δείγματα ανάπτυξης διανύοντας πλέον τον 21ο αιώνα. (Χριστοδούλου και συν., 2000)

2.2.1. Η ψυχιατρική περίθαλψη στο ανεξάρτητο ελληνικό κράτος 19^{ος} αιώνας (1833-1900)

Από τα πρώτα χρόνια της ανεξαρτητοποίησης του Ελληνικού κράτους καταγράφονται σημαντικά γεγονότα στην εξέλιξη της ψυχιατρικής. Τον Ιανουάριο του 1833 συστάθηκε η 1η Υγειονομική Υπηρεσία. Επρόκειτο ουσιαστικά για το υγειονομικό τμήμα ή Αστυνομία που αποτελούσε κομμάτι της Γραμματείας Εσωτερικών. (03/04/1833, βασιλικό διάταγμα του Όθωνα). (Μαδιανός, 2004)

Ορόσημο για την πρόοδο της ψυχιατρικής περίθαλψης αποτέλεσε η ίδρυση του φρενοκομείου της Κέρκυρας το 1838, με διάταγμα του Sir Edward Douglas, Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων. Αξιοσημείωτο είναι από το 1836 βρίσκονται στο νησί τα πρώτα 8 περιστατικά ενώ το 1839 εγκαινιάζεται και επίσημα πια το φρενοκομείο που ήταν ήδη εγκατεστημένο στους στρατώνες του βρετανικού στρατού, στην τότε τοποθεσία Άγιος Ρόκκος (Σαρόκο). (Πλουμπίδης, 1989)

Πρώτος διευθυντής υπήρξε ο Άγγλος στρατιωτικός Hadway, στη συνέχεια ο Μαλτέζος Xaviero Bonitsi. Από το 1874 έως και το 1886 την διεύθυνση του φρενοκομείου αναλαμβάνουν Έλληνες ιατροί με πρώτον ιστορικά καταγεγραμμένο τον Χριστόδουλου Τσιριγώτη (1841-1919) ο οποίος ξεχώρισε για τις θεραπευτικές μεθόδους που εφήρμοσε όπως η εργοθεραπεία και η "ηθική θεραπεία" (πατρική σχέση ασθενή- ιατρού μέσω του διαλόγου- ψυχοθεραπεία και παραινήσεις). Στο μεταξύ διάστημα οι άρρωστοι αυξήθηκαν στους 65. Ουσιαστικά το φρενοκομείο της Κέρκυρας εξυπηρετούσε τις ανάγκες όλης της τότε Ελληνικής Επικράτειας. Εκεί οι άρρωστοι διέμεναν σε άθλιες συνθήκες " αναμειγμένοι μετά των εξαμβλωμάτων της κοινωνίας, συνδιαιωμένοι μετά των ληστών και κακούργων..." (Τσιριγώτης 1877) (Πλουμπίδης, 1989)

Κομβική στιγμή του 19ου αιώνα αλλά και για την ιστορία της ψυχιατρικής γενικότερα, αποτελεί η ψήφιση του νόμου ΨΜΒ "Περί συστάσεως των φρενοκομείων" το 1862 στη Βουλή Των Ελλήνων. Αναφερόμενο ως το πρώτο υγειονομικό νομοθέτημα για να ακολουθήσει ο νόμος του 1872 για λωβοκομεία ή λεπροκομεία που ιδρύθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο. (Μαδιανός, 2004)

Ο νόμος ΨΜΒ/ 1862 ύστερα από αίτημα πλησιέστερων συγγενών του κηδεμόνα ή του επιτρόπου του αρρώστου καθόριζε και τις εκάστοτε διαδικασίες εισαγωγής του. Έπειτα από δικαστική απόφαση του πρωτοδικείου την ευθύνη της διοικητικής διαδικασίας φαίνεται να φέρουν ο νομάρχης, ο δήμαρχος και ο αστυνομικός διευθυντής. Ο υπουργός υγείας 'έπαιρνε αναφορά από το νομάρχη εντός εικοσιτετραώρου για κάθε εισαγωγή, αναστολή εξόδου ή απόλυση ασθενούς, με κάθε δικαίωμα να εγκρίνει, να τροποποιήσει, ή να ακυρώσει την απόφαση του δεύτερου. Σύμφωνα με το νόμο εξαίρεση αυτού αποτελεί το ότι την έξοδο του ασθενούς από το ίδρυμα μπορούσαν να αιτηθούν συγγενείς και λοιποί ορισμένοι πάντα με δικαστικές πράξεις. Τέλος ο νόμος ΨΜΒ προέβλεπε αίτημα εξόδου από τον ίδιο τον ασθενή έπειτα από προσφυγή στο πρωτοδικείο. (Μαδιανός, 2004)

Εξίσου σημαντικός και τελευταίος για τον 19ου αιώνα στη ιστορία της ψυχιατρικής νοσηλείας είναι η ίδρυση του Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου το 1887 έπειτα από δωρεά του χιώτη έμπορου Τζώρτζη Δρομοκαΐτη. Η έκταση η οποία παραχωρήθηκε ήταν συνολικά 301 στρεμμάτων στην περιοχή του Δαφνίου. Η θεμελίωση του ιδρύματος πραγματοποιήθηκε το 1884 και τα εγκαίνια έγιναν την 1/10/1887. Απαριθμούσε τότε 4 νοσηλευτικά περίπτερα ενώ ο αριθμός κρεβατιών άγγιζε τα 110. Μεγάλοι ευεργέτες του ιδρύματος υπήρξαν ο Ανδρέας Συγγρός, η Έλενα Βενιζέλου, ο Κ. Σεβαστόπουλος, ο Π. Θεολόγος κ.α. με δωρεές για τη γενική ενίσχυση του ιδρύματος. Πρώτοι ιατροί του ιδρύματος χρημάτισαν ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, ο καθηγητής Μ. Κατσαράς και άλλοι σημαντικοί επιστήμονες στους επόμενους αναπτυξιακούς αιώνες της ψυχιατρικής. (Μαδιανός, 2004)

2.2.2 Η ψυχιατρική περίθαλψη τον 20^ο αιώνα (1900-1981)

Στις αρχές του 20ου αιώνα τους βασικούς άξονες αναφοράς της ψυχιατρικής νοσηλείας στην Ελλάδα αποτελούσαν, το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο (Πανεπιστημιακή κλινική), το φρενοκομείο της Κέρκυρας, που η δυναμική του τότε απαρτιθόταν σε 425 κλίνες, και 8 άσυλα μικρότερης χωρητικότητας σε Θεσσαλονίκη, Σούδα Κρήτης, Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλλονιά. (Μαδιανός, 2004)

Η κατάσταση που επικρατούσε γενικότερα όσον αφορά τη μεταχείριση των ψυχικά ασθενών την εποχή εκείνη ήταν άθλια. Χαρακτηριστική είναι η υπουργική έκθεση που απευθυνόταν στη Βουλή των Ελλήνων και ανέφερε πως η τότε αστυνομική διεύθυνση είχε το δικαίωμα της σύλληψης των "περιπλανωμένων ταραχοποιών και επικίνδυνων ψυχοπαθών" οι οποίοι κατέληγαν είτε σε μοναστήρια, είτε στα υπόγεια της αστυνομίας. Όπως αναφέρει ο δικηγόρος Γ.Β. Τσοκόπουλος το 1902 αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελεί το 6ο Α.Τ. που είχε μετατραπεί σε ανεπίσημο φρενοκομείο. Οι ψυχικά ασθενείς εποπτεύονταν από αστυφύλακες ο δε αριθμός ασθενών που αντιστοιχούσε σε έναν αστυνομικό έφτανε συχνά τους 12. Η εμφάνιση ήταν θλιβερή, περιφέρονταν άνευ ενδυμάτων και μιλούσαν άσχημα σε φύλακες και συγκρατούμενους. (Πλουμπίδης, 1989)

Η κατάσταση αυτή άλλαξε όταν πλήθυναν οι αντιδράσεις των κατοίκων της περιοχής που επιθυμούσαν την παύση της λειτουργίας του "ασύλου", το οποίο μεν καταργήθηκε αλλά εξακολουθούσαν τη λειτουργία τους σε ειδικά διαμορφωμένα υπόγεια στα κεντρικά αστυνομικά τμήματα. Οι άτυχοι αυτοί ασθενείς συχνά αποβίωναν εκεί και η ταφή τους γινόταν δημοσία δαπάνη ή με έξοδα της ιατρικής σχολής. (Πλουμπίδης, 1989)

Την εποχή εκείνη μεγάλοι διδάσκαλοι της ψυχιατρικής ήταν ο Μ. Βενιζέλος και ο Α. Βιτσάρης. Τα σκήπτρα παρέλαβε τον 20 αιώνα ο Μ.Κατσάρας που έμεινε στην ιστορία ως ο θεμελιωτής της διδασκαλίας της ψυχιατρικής αλλά και της νευρολογίας στη χώρα μας. Ήταν ο ίδιος που οργάνωσε το Αιγινήτειο νοσοκομείο (ίδρυση το 1905) ως εκπαιδευτικό. (Μαδιανός, 2004)

Βασικότερος εκπρόσωπος της ψυχαναλυτικής σχολής στην Ελλάδα ήταν ο Καθηγητής Δ.Κουρέτας που δίδασκε τότε στο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και μετέπειτα στο πανεπιστήμιο Αθηνών, με παράλληλο αντικείμενο τη νευρολογία καθώς η έδρα ήταν κοινή. (Μαδιανός, 2004).

Η αυγή του 20^{ου} αιώνα βρίσκει την Αθήνα να κατέχει τα πρωτεία στον εγκλεισμό απόρων και ψυχικά ασθενών. Η συγκέντρωση των οποίων, γινόταν στα υπόγεια του Α.Τ.Μεταγωγών Αθηνών στη Πλάκα.(Μαδιανός , 2004)

Στη διετία 1914-1915 οι έγκλειστοι των αστυνομικών υπογείων μεταφέρθηκαν στην περιοχή του Μοσχάτου ,με την αστυνομία να παραμένει στο ρόλο του επόπτη έως και το 1919 (σηματοδοτώντας τότε την ίδρυση κρατικού ασύλου φρενοβλαβών).Η κίνηση αυτή αποτέλεσε προάγγελο για τη σύσταση του Δημοσίου Ψυχιατρείου Αθηνών.(Πλουμπίδης ,1989)

Στα 1919 ιδρύεται το άσυλο της Αγίας Ελεούσας Καλλιθέας .Στεγαζόταν τότε σε ένα εγκαταλελειμμένο κτίριο και η χωρητικότητα γρήγορα αυξήθηκε από 50 σε 500 άτομα, ενώ υπαγόταν στο Υπουργείο Εσωτερικών. Το δε υπουργείο Πρόνοιας ιδρύθηκε μόλις το 1922 και το προσωπικό του αποτελούνταν από χωροφύλακες .Δύο χρόνια αργότερα (1924) το άσυλο μετονομάζεται σε Υγειονομικό Ίδρυμα.(Μαδιανός , 2004)

Η ιστορία του Ψ.Ν.Α που παραμένει ένα από τα σημαντικότερα ιδρύματα μέχρι και σήμερα , ξεκινά το 1925 όταν ξεκίνησε η απαλλοτρίωση των πρώτων στρεμμάτων της δασικής έκτασης στην περιοχή της Μονής Δαφνίου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι Μονή χτίστηκε στα ερείπια του Ιερού Ναού Δαφνίου Απόλλωνα γνωστού και ως Λοξία, προστάτη των ψυχασθενών κατά τους κλασσικούς χρόνους.(Μαδιανός ,2004)

Η ολοκλήρωση της κατασκευής του νοσοκομείου καθώς και των πρώτων πέντε παραπηγμάτων με 25 κρεβάτια το καθένα έγινε το 1934.Στο νεοσύστατο ίδρυμα μεταφέρθηκαν στο σύνολο τους οι ασθενείς της Αγίας Ελεούσας καθώς παρέμεναν εκεί επί σειρά ετών χωρίς να τους αναζητήσει κάποιος .(Μαδιανός , 2004).

Πιλοτική νομοθετική παρέμβαση για την οργάνωση της Ψυχιατρικής νοσηλείας της Ελλάδας αποτέλεσε ο νόμος 6077/34 «περί οργανώσεως των δημοσίων ψυχιατρείων που δημοσιεύθηκε στις 21/2/1934. Περιεχόμενα του νόμο εκείνου ήταν η εκούσια η μη εισαγωγή σε κλινική και οι αρμοδιότητες του προσωπικού ανά ειδικότητα .(Μαδιανός ,2004)

Τρία χρόνια μετά ψηφίστηκε και ο νόμος 965/37 «περί οργανώσεως των Δημόσιων και Υγειονομικών Ιδρυμάτων » που ενίσχυε τη νομικά μορφή του Δαφνίου και το 1955 προσδιορίστηκε νομικά ο οργανισμός το (ΦΕΚ 137 ,01/06/1955).(Μαδιανός , 2004)

Από την ίδρυση του νοσοκομείου και για 16 έτη έγιναν οι σημαντικότερες εξελίξεις που διαμόρφωσαν την εικόνα του. Η κατασκευή περιπτέρων ,οι χώροι απομόνωσης , τα τεχνικά συνεργεία, το μικροβιολογικό εργαστήριο ,το φαρμακείο , χειρουργείο, θυρωρείο , διοικητήριο και καφενείο , το σύστημα ύδρευσης και ηλεκτροδότησης είναι κάποιες από αυτές .Στα ήδη 1200 υπάρχοντα άτομα προστέθηκαν τα 300 προερχόμενα από το άσυλο Αγίας Ελεούσας το οποίο διέκοψε τη λειτουργία του.(Μαδιανός , 2004)

Οι εξελίξεις στις θεραπευτικές μεθόδους ήταν η ινσουλινική κωματοθεραπεία και μετέπειτα το ηλεκτροσόκ και η λοβοτομή το 1936, ενώ από το 1955 και μετά γενικεύθηκε η χορήγηση χλωροπρομαζίνης και άλλων σκευασμάτων. (Μαδιανός, 2004)

Την ίδια περίοδο ιδρύθηκε η Κοινωνική Υπηρεσία, η Επιστημονική Ένωση των Νευροψυχιάτρων καθώς επίσης και διάφορα εργαστήρια. Παράλληλα με την εξέλιξη της δομής του ιδρύματος , συχνή ήταν και η αλλαγή της ονομασίας του: Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, Γενικό Νευροψυχιατρικό Αθηνών (1955) , Κρατικό θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, (1965) και τέλος Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών του Ε.Σ.Υ. (Μαδιανός, 2004)

Επόμενος σημαντικός σταθμός, το ψυχιατρείο της Λέρου. Στο τέλος του Β' παγκοσμίου πολέμου η πληγωμένη Ελλάδα έπασχε και από άποψη ψυχιατρικής περίθαλψης , αφού στα ψυχιατρεία επικρατούσε άτακτος συνωστισμός. Ανακούφιση

του φαινομένου αυτού αποτέλεσε η επιστράτευση των άδειων κτηρίων της Ιταλικής ναυαρχίας στο νησί της Λέρου που αποσκοπούσε στην απασχόλησή τους με γεωργικές εργασίες. (Μαδιανός, 2004)

Η ίδρυση του ψυχιατρείου πραγματοποιήθηκε με τα βασιλικά διατάγματα 28/03/1957 και 07/05/1957 (ΦΕΚ 76/57^A) και οι πρώτοι 30 ασθενείς κατέφθασαν στις 02/01/1958 από το Λοιμοκαθακτήριο της Σαλαμίνας όπου και βρίσκονταν από το 1953. Τη μεταφορά ανέλαβαν τα πλοία του Βασιλικού Ναυτικού. Οι αφίξεις από αντίστοιχα ιδρύματα Κέρκυρας, Χανίων, και Θεσσαλονίκης αύξησαν γρήγορα τον πληθυσμό του Ψ.Ν. της Λέρου.(Μαδιανός 2004)

Η αρχική ονομασία ήταν «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου» και έδρα του το Λακκί. Απαριθμούσε 650 κρεβάτια το 1965 οπότε και το βασιλικό διάταγμα όρισε τη χρήση των παλαιών κτιρίων των βασιλικών τεχνικών σχολών στα Λέπια με παράλληλη μετονομασία του ιδρύματος σε «Ψυχιατρικό ν Νοσοκομείον Λέρου » και εκτόξευση των κλινών σε 2650. Το 1977 έγινε η ένωση του ΨΝΛ με το ιταλικό Γ.Ν Λέρου δύναμης μόλις 50 κλινών .(Μαδιανός ,2004)

Τη δεκαετία του 1980 παράλληλα με το ΨΝΛ ξεκίνησε τη λειτουργία του το ΠΙΚΠΑ του νησιού. Δυστυχώς ο τρόπος λειτουργίας του ιδρύματος απέκλινε σοβαρά από τους στόχους του. Οι συνθήκες νοσηλείας προκάλεσαν το χαρακτηρισμό του ως στρατόπεδο συγκέντρωσης και επέφεραν σωρεία προτάσεων από εγχώριους και διεθνείς φορείς για τη συρρίκνωση αλλά και τη παύση λειτουργίας του. Με τη πάροδο των χρόνων οι συνθήκες αυτές βελτιώθηκαν.(Μαδιανός , 2004)

Αν και η Ελλάδα βρέθηκε πίσω στις εξελίξεις σχετικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης όσο αναφορά τα άσυλα η πορεία της είναι ισότιμη με αυτές. Τροχοπέδη στάθηκε ο αγροτικός χαρακτήρας της χώρας αλλά και η επιβολή του πατριαρχικού τύπου οικογένειας που συχνά οδηγούσε στον εγκλεισμό του αρρώστου στο σπίτι με σκοπό την αποσιώπηση του γεγονότος.(Μαδιανός ,2004)

Το τέλος του 20^{ου} αιώνα περιλαμβάνει έξι σημαντικούς σταθμούς στην εξέλιξη της

ψυχιατρικής: την ίδρυση του πρώτου κέντρου ημέρας στο ΚΨΥ Θεσσαλονίκης το 1971 , το πρώτο νοσοκομείο ημέρας στο Αιγινήτειο το 1977, το πρώτο κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής το 1979 , την εφαρμογή της εικοσιτετράωρης εφημερίας επειγόντων περιστατικών Ψυχιατρικής στο Αιγινήτειο για όλη τη περιοχή Αθηνών το 1978 με παράλληλη νομοθετική επιρροή από το νομοθετικό διάταγμα της δικτατορίας 104/1973 «περί ψυχικής υγιεινής».(Μαδιανός ,2004)

Κλείνοντας μείζονος σημασίας και ιστορικής αξίας εξέλιξη είναι ο διαχωρισμός της ψυχιατρικής από τη νευρολογία το 1981 αλλά και η καθιέρωση της τριετίας για την απόκτηση της ειδικότητας της ψυχιατρικής που τέθηκε σε ισχύ στις αρχές του 1982.(Μαδιανός , 2004)

2.2.3 Η ψυχιατρική περίθαλψη τον 21^ο αιώνα

Η νέα χιλιετία βρίσκει την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα μετά από διάφορα μεταβατικά στάδια σε προοδευτική φάση. Ο νόμος 2716/199 έθεσε τα θεμέλια για τη περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σημαντικότερο κομμάτι του σχεδιασμού του την τομεοποίηση της χώρας και τις τομεακές επιτροπές ψυχικής υγείας. Τις εξελίξεις σημάδεψε ο σεισμός του 1999 στην Αθήνα με τις ζημιές στα κτίρια του ΨΝΑ να επιβάλουν τον άμεσο αποϊδρυματισμό 400 ασθενών χρόνια νοσηλευομένων. (Μαδιανός , 2006)

Καθοριστικό ρόλο έπαιξε η υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός» που ξεκίνησε τη κατάρτιση του το 1999 με δεκαετή προοπτική. Βασικοί άξονες του προγράμματος ήταν η εφαρμογή μεταρρυθμιστικών πολιτικών με στόχο την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την ένταξη στο κοινοτικό σύνολο , την επανένταξη στην ομαλή επιβίωση αλλά και το δικαίωμα στην εργασία των ψυχικά ασθενών .(Μαδιανός , 2006)

Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε σε δύο φάσεις με στόχο την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος(2000-2001 και 2002-2006) .Η πρώτη φάση ανήκει στο πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» και η χρηματοδότηση έγινε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο Και το Ελληνικό Δημόσιο. Η εφαρμογή της έγινε σε 31 πόλεις πανελλαδικά και στόχευε στη αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων από χρόνιους ασυλοποιημένους ασθενείς. Επιτεύχθηκαν η δημιουργία ξενώνων , οικοτροφείων , εργαστηρίων κατάρτισης ,εξωνοσοκομειακών δομών αλλά και θέσεων εργασίας.(Μαδιανός ,2006)

Κατά τη δεύτερη φάση του προγράμματος δόθηκε έμφαση στη δημιουργία δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα. Βασικό συστατικό των υπηρεσιών αυτών ήταν η σφαιρική φροντίδα για την πρόληψη, διάγνωση θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών. Το σχέδιο στηρίχθηκε στις αρχές της Τομεοποίησης και της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η χρηματοδότηση του έγινε από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης για το πρόγραμμα «Υγεία- Πρόνοια» .(Μαδιανός , 2006)

Καρποί της 2^{ης} φάσης που συμπληρώθηκαν από την 1^η είναι η δημιουργία μεγάλου αριθμού θέσεων κλινών, ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων , παιδοψυχιατρικά , Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα , μονάδες άμεσης παρέμβασης σε κρίση, κινητές μονάδες, κέντρα ημέρας ,μονάδες επαγγελματικής επανένταξης, προστατευόμενα διαμερίσματα, κοινωνικοί συνεταιρισμοί κ.α. Όπως προαναφέρθηκε δόθηκε βάση στη αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων με δομές που υποκαθιστούν ή/και συμπληρώνουν τη νοσηλεία , αλλά και στον αποϊδρυματισμό των αρρώστων και έτσι επιτεύχθηκε η μείωση των νοσηλευομένων στη χώρα. (Μαδιανός ,2006)

Διανύοντας μια χρονική περίοδο με συνεχή μεταβολή, όπου θεμελιώδης έννοιες αλλάζουν και αμφισβητούνται (μονογονεϊκή οικογένεια-πυρηνική οικογένεια) , η οικονομία του κράτους πλήττεται βαριά αλλά και ταυτόχρονα απουσιάζει σε μεγάλο βαθμό το κοινωνικό κράτος, οι διαπροσωπικές σχέσεις συρρικνώνονται και η εγκληματικότητα αυξάνεται η εξέλιξη τη επιστήμης της Ψυχιατρικής παρεμποδίζεται. Θα είναι η φυσική εξέλιξη των πραγμάτων και η πίεση από τη κοινωνία που θα φέρουν την πρόοδο σαν αναγκαιότητα.(Μαδιανός ,2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΡΑΤΣΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τρέλα και οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτήν, αποτελούσαν ανέκαθεν για την ανθρωπότητα ένα θέμα δυσπρόσητο και συχνά απαγορευτικό. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, η πρώτη ιατρική βρισκόταν στα χέρια ιερέων και μάγων. Με δεδομένο αυτό, οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν τότε εξωπραγματικοί και λόγω της αδυναμίας να προσδιοριστούν τα αίτια και η φύση της "αλλόκοτης" αυτής συμπεριφοράς τους, η κατάστασή τους αποδιδόταν σε δαιμονοκατοχή ή ύπαρξη μαγείας. Δείγμα των ακραίων αυτών πεποιθήσεων αποτελεί το γεγονός ότι στη διάρκεια του Μεσαίωνα, οι ψυχικά ασθενείς ρίχνονταν στην πυρά ως δαιμονισμένοι. (T. Lemperiere- A. Feline, 1995)

Οι πεποιθήσεις και οι στάσεις της κοινωνίας προς την ψυχική ασθένεια, τα αποτελέσματα τόσο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και τα αίτιά τους είναι οι θεματικοί άξονες που θα επιχειρήσουμε να καλύψουμε στο παρόν κεφάλαιο.

3.1 Το στίγμα του ψυχικά ασθενούς

Η λέξη "στίγμα" είναι ελληνική και ερμηνεύεται ως σημάδι ή τρύπημα. Η ηθική έννοια της λέξης για την ψυχική ασθένεια διαμορφώθηκε από τον ιουδαίο-χριστιανικό πολιτισμό και είναι η ρίζα της ταύτισης της τρέλας με τη δαιμονοκατοχή. Με τον όρο "σημάδι" εννοούμε την διάκριση του ασθενή από τα υπόλοιπα μέλη μιας κοινωνίας και την απόδοση σε αυτόν διαφόρων αρνητικών στοιχείων μη αποδεκτών από το κοινωνικό σύνολο. (Μαδιανός, 2005)

Το στίγμα ως φαινόμενο καταγράφεται για πρώτη φορά το 1963 από τον Goffman ο οποίος κάνει αναφορά για "κατεστραμμένη ταυτότητα" και απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης. Ειδικότερα μιλάει για ένα συγκεκριμένο κοινωνικά ανεπιθύμητο στοιχείο και το πως σχετίζεται το άτομο που το φέρει με το κοινωνικό σύνολο. (Λαλιώτη,2009)

Μιλάμε δηλαδή για ένα προσβλητικό χαρακτηριστικό που προσδίδεται στο άτομο χωρίς τη θέλησή του και εμποδίζει την αποδοχή του από το κοινωνικό σύνολο και το αναγκάζει να αποκρύπτει τόσο το ίδιο το χαρακτηριστικό όσο και τα αίτια που το προκαλούν απο φόβο προς την κοινωνική κατακραυγή.(Λαλιώτη,2009)

Το στίγμα αποτελεί μια σύνθετη έννοια στην οποία εμπεριέχονται η προκατάληψη, η περιθωριοποίηση, τα στερεότυπα ,η κοινωνική παρέκκλιση ,οι διακρίσεις , με όλα τα παραπάνω να προσδίδουν αρνητικά στοιχεία στο σύνολο της ταυτότητας του ατόμου.(Λαλιώτη ,2009).

Σε μια προσπάθεια διερεύνησης των αιτιών δημιουργίας του στίγματος έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες για τη στάση του κοινού προς την ψυχική ασθένεια. Ανάμεσα σε άλλα διαπιστώθηκε ότι η αρνητική στάση προς τον ψυχικά ασθενή, συναντάται πολύ λιγότερο σε άτομα νεαρής ηλικίας με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. (Μαδιανός, 2005)

Ερμηνεύοντας την διαπίστωση αυτή, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο κοινωνικός στιγματισμός και οι προκαταλήψεις απέναντι στον άρρωστο (ακολουθεί ανάλυση στο κεφάλαιο 3.3) στηρίζονται και προκύπτουν από τις λαΐϊκές δοξασίες που πηγάζουν

από το λαϊκό πολιτισμό μας . Η εξάλειψη του φαινομένου αυτού πορεύεται προοδευτικά με την μόρφωση του ατόμου. (Μαδιανός, 2005)

Ανάμεσα στις αιτίες εκτός από ειδικές συμπεριφορές και καταστάσεις βρίσκονται και οι νοσολογικές οντότητες οι οποίες επιδέχονται αρνητικούς χαρακτηρισμούς , σχετικούς με τη νόσο αυτή καθ' αυτή όπως η λέπρα και η σύφιλη στο παρελθόν που αργότερα αντικαταστάθηκαν από σημερινές μάστιγες όπως το aids και ο καρκίνος.(Λαλιώτη, 2009)

3.2 Επιπτώσεις του στίγματος και η εμπειρία της κοινωνικής ανικανότητας.

Το φαινόμενο του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών επισύρει μια σειρά από επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς αλλά και στο ευρύτερο περιβάλλον του. Το πρόβλημα ξεκινά με την στερεότυπη περιγραφή του ασθενούς ως άτομο "κατώτερο" συγκριτικά με τον φυσιολογικό. Οι ασθενείς συχνά θεωρούνται εν δυνάμει επικίνδυνοι έστω κι αν δεν έχουν επιδείξει τέτοιες συμπεριφορές, τόσο για τους άλλους ανθρώπους όσο και για τον εαυτό τους.

(Μαδιανός, 2005)

Η εμπειρία του στιγματισμού είναι ιδιαίτερα ψυχοφθόρα για το άτομο, που βιώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό και την απομόνωση. Οι πεποιθήσεις και οι στάσεις του κοινού που συχνά εκφράζονται ως άρνηση και απόρριψη της κατάστασης, γίνονται αντιληπτά από τον ίδιο τον ασθενή και στέκονται τροχοπέδη για την επιστροφή του στο σύνολο. (Μαδιανός, 2005)

Συχνά η αντίδραση των ατόμων με ψυχικό νόσημα στρέφεται προς τον εαυτό τους. Απομονώνονται στο οικογενειακό τους περιβάλλον προκειμένου να μην έρχονται αντιμέτωποι με σχόλια και μη λεκτικές συμπεριφορές που τους ενοχλούν. Ελαχιστοποιούν τις εξόδους τους από το σπίτι καθώς νιώθουν (και η αίσθηση αυτή αληθεύει) πως δεν έχουν αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο. (Μαδιανός, 2005)

Με δεδομένο ότι στην ψυχιατρική η καλή ψυχολογία του ασθενούς συνεισφέρει στην θεραπεία, είναι αντιληπτό ότι η απόσυρση και η ψυχολογική κατάπτωση του ασθενούς δεν βοηθούν και διαιωνίζουν την ασθένεια. Εξ ου και η ανταπόκριση στην αγωγή είναι μικρή και εμφανίζουν σημάδια απρόβλεπτης και επιθετικής συμπεριφοράς. Παράλληλα ελαχιστοποιούν τις πιθανότητες να εργαστεί το άτομο και το οδηγούν στην ανεργία και το χαμηλό ή μηδενικό εισόδημα.

(M.Edward- A.Conning- J.Campling, 1998)

Οι αρνητικές πεποιθήσεις δεν περιορίζονται μόνο τους άλλους. Η παρατεταμένη έκθεση σε αυτές οδηγεί το άτομο στην υιοθέτηση αυτών για τον εαυτό του, στην

ενίσχυση της αντίληψης της ανικανότητάς του και σε αποθάρρυνση από τις προσπάθειες βελτίωσης. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται αυτοστιγματισμός. (Μαδιανός, 2005)

Η εικόνα που επικρατεί για τους χρόνια ασθενείς είναι εκείνη του απομονωμένου και μοναχικού ατόμου που συνήθως ζει με τους γονείς του, αν και η ηλικία του είναι προχωρημένη και είναι εξαρτημένος από αυτούς και παρουσιάζει δυσκολίες στη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και την κοινωνική λειτουργικότητά του. Επίσης εμφανίζει μικρές δυνατότητες αυτοφροντίδας, αυτοχειρισμού και εκτέλεσης κοινωνικών ρόλων. (M.Ekdawi- A.Conning -J.Campling, 1998)

Αναφορικά με την κοινωνική αναπηρία τώρα, η έννοια αυτή προσδιορίζεται σε 3 άξονες: την ψυχιατρική αναπηρία, το κοινωνικό μειονέκτημα και τις προσωπικές αντιδράσεις του ασθενούς στα παραπάνω. (M.Ekami- A.Conning -J.Campling, 1998)

Ένας ιδιαίτερα βοηθητικός παράγοντας για τον ψυχικά ασθενή ως προς την αντιμετώπιση της κοινωνικής αναπηρίας, όπως και για κάθε μορφής ασθένεια, είναι η υποστήριξη από την οικογένεια. Οι ασθενείς με υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής από τους υπόλοιπους. Οι οικογένειες δηλαδή που δεν παρουσίασαν αίσθημα ντροπής και κατάθλιψης για το μέλος που ασθενεί, ενισχύουν την καλή πορεία της αποκατάστασής του. (M.Ekdawi- A.Conning -J.Campling, 1998)

Το φάσμα των επιπτώσεων του στίγματος περιλαμβάνει τον πολιτισμικό, ατομικό, οικογενειακό, ομαδικό και κοινωνικό τομέα του ατόμου, αλλά έχει και αντίκτυπο σε ολόκληρη την κοινωνία. Η αρνητική στάση απέναντι στον ασθενή είναι προδιαγεγραμμένη εξαιτίας των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων που ακολουθούν την ψυχική ασθένεια έτσι επηρεάζονται τόσο οι αντιλήψεις όσο και η συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή και που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό του. (Λαλιώτη, 2009)

Σε κάθε περίπτωση το φαινόμενο του στιγματισμού επηρεάζει άμεσα το άτομο αλλά και τους συγγενείς του που συμπάσχουν μαζί του και αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι την απόρριψη. Η οικογένεια που είναι και ο βασικός παράγοντας υποστήριξης έχει να αντιμετωπίσει μαζί τα πολλαπλά προβλήματά της μόνη, χωρίς υποστήριξη. (Λαλιώτη, 2009)

3.3 Μύθοι και προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια

Η έλλειψη γνώσεων και κατάρτισης δεδομένου και του μικρού χρόνου ζωής που μετράει η ψυχιατρική έχουν οδηγήσει σε μια σειρά από λανθασμένες πεποιθήσεις για την ψυχική ασθένεια και τους ασθενείς. Οι πλέον σημαντικές είναι οι εξής:

- 1) ότι η ψύχωση είναι μια ασθένεια που τα συμπτώματά της εκδηλώνονται καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας.
- 2) ότι οι ασθενείς δεν επιδέχονται εκπαίδευσης και κατάρτισης άρα δεν μπορούν να αποκτήσουν νέες δεξιότητες.
- 3) η ψυχική ασθένεια συνοδεύεται από νοητική στέρηση και χαμηλότερα νοητικό επίπεδο από τους άλλους ανθρώπους.
- 4) οι ασθενείς είναι επικίνδυνοι και ανά πάσα στιγμή μπορούν να επιτεθούν.
- 5) έχουν περιορισμένες ικανότητες άρα θα πρέπει να ακολουθήσουν χαμηλού κύρους επαγγέλματα.
- 6) οι ψυχωσικοί πρέπει να παίρνουν φάρμακα ισοβίως και παρουσιάζουν εξάρτηση από αυτά.
- 7) η αρρώστειά τους συνήθως οφείλεται στην οικογένεια τους. (Μαδιανός, 2005)

3.4 Ετικετοποίηση και κοινωνική αντίδραση.

Το φαινόμενο της ετικετοποίησης είναι απόρρητα της σύστασης κανόνων από τις κοινωνικές ομάδες. Το μέλος που δεν τηρεί τους κανόνες αυτούς οι οποίοι ορίζουν την αποδεκτή συμπεριφορά , θεωρείται παρεκτρέπον. Έτσι λοιπόν τα άτομα με ψυχικά νοσήματα που τα συμπτώματά τους παρεκκλίνουν από το φυσιολογικό θεωρείται πως βρίσκονται εκτός του κοινωνικού συνόλου. (Μαδιανός, 2005)

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. στις χώρες του δυτικού κόσμου οι ψυχικά ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με κοινωνικές διακρίσεις μεγαλύτερου βαθμού σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες. Η "ετικέτα" του ψυχασθενή οδηγεί σε αποκλεισμό από διάφορους τομείς όπως η εργασία, η στέγαση, οι κοινωνικές συναναστροφές κλπ. (Μαδιανός, 2005)

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο ενδοιασμός και η άρνηση των πολιτών στη δημιουργία ψυχιατρικών δομών στην περιοχή τους. Φοβούμενοι κάποια πιθανή υποτροπή ή και απόδραση από την κλινική, εκφράζουν την αντίθεσή τους. Η τάση του κοινού να μην επιθυμεί την παρουσία των νοσηλευομένων στην περιοχή του είναι η έναρξη της περιθωριοποίησης των ασθενών ακόμα και όταν ολοκληρώσουν τη νοσηλεία τους και δυσχαιρένει την κοινωνική τους επανένταξη. (Μαδιανός, 2005)

Η όλη κατάσταση γίνεται εμπόδιο στην ανάπτυξη ψυχιατρικών δομών και στην διασφάλιση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Είναι η άγνοια απέναντι στην ψυχική νόσο που οδηγεί τους πολίτες σε αρνητική στάση , η βεβαιότητα που έχουν πως οι ασθενείς είναι επικίνδυνοι αλλά και η αντίληψη ότι τα ψυχιατρεία και οι λοιπές ψυχιατρικές δομές όταν βρίσκονται στην περιοχή τους υποβαθμίζουν την περιουσία τους. (Μαδιανός, 2005)

3.5 Κοινωνικό στίγμα και ψυχιατρικές υπηρεσίες: Ο φαύλος κύκλος

Οι επιπτώσεις του στίγματος επεκτείνονται σε όλους όσους συσχετίζονται με το άτομο που ασθενεί, κατ' επέκταση και στις υπηρεσίες οι οποίες του παρέχονται. Την επιφυλακτικότητα και την προκατάληψη βιώνουν και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τα ψυχιατρικά ιδρύματα και οι θεσμοί παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών και οι μέθοδοι θεραπείας. (Λαλιώτη, 2009)

Οι αρνητικοί συνειρμοί και τα στερεότυπα που συνοδεύουν την ψυχική αρρώστια συχνά αποτρέπουν τον ασθενή να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό καθώς η “ρετσινιά” του ψυχικά ασθενή του αποδίδεται με την ψυχιατρική διάγνωση και πολύ περισσότερο όταν η θεραπεία περιλαμβάνει και φαρμακευτική αγωγή. Ειδικά τα φάρμακα προκαλούν αρνητικές εντυπώσεις τόσο στην κοινωνία όσο και στον ίδιο τον ασθενή. Συνέπεια όλων αυτών είναι η μη συμμόρφωση του ασθενή με την φαρμακευτική αγωγή και την έξαρση των περιστατικών βίας από τους αρρώστους που δεν παίρνουν τα φάρμακά τους. (Λαλιώτη, 2009)

Επιπλέον η μη συμμετοχή και αξιοποίηση των υπηρεσιών που υπάρχουν για αποκατάσταση, επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη, από τους ασθενείς απομακρύνουν τις ίδιες τις υπηρεσίες από έναν εκ των στόχων τους που είναι η καταπολέμηση του στίγματος. (Λαλιώτη, 2009)

Ακόμη οι πεπαλαιομένες αντιλήψεις περι κοινωνικού παρασιτισμού, μειωμένης παραγωγικότητας των ψυχικά ασθενών αλλά και περί μονιμότητας των ψυχικών νόσων οδηγούν σε μεγαλύτερη απαξίωση τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Βασική συνέπεια του στιγματιστικού αυτού φαύλου κύκλου, είναι η μείωση των κονδυλίων που χορηγούνται και η απουσία προσπαθειών βελτίωσης των υπηρεσιών. (Λαλιώτη, 2009)

Η έλλειψη των πόρων μειώνει το πλήθος των θεραπευτικών παρεμβάσεων και την δυνατότητα επιλογής της κατάλληλης θεραπείας. Επίσης μειώνεται σημαντικά η ποιότητα της θεραπείας αφού δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές, το προσωπικό και οι δυνατότητες έρευνας. Ο στιγματισμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και

οι δύσκολες συνθήκες εργασίας αποτρέπουν τους επιστήμονες να εργαστούν στο χώρο αυτό και έτσι ο τομέας της ψυχικής υγείας “χάνει” σημαντικούς ανθρώπους. Τα παραπάνω επιφέρουν χαμηλή ποιότητα φροντίδας και μειωμένη αποτελεσματικότητα θεραπείας.(Λαλιώτη, 2009)

Η κατάσταση διαιωνίζεται με δεδομένο ότι οι ασθενείς που δεν λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία παρουσιάζουν βίαιη και αντικοινωνική συμπεριφορά ενισχύοντας έτσι τις αρνητικές απόψεις για την ψυχική ασθένεια. Τελικώς οι συνέπειες φαίνονται και σε θεσμικό επίπεδο με τις νομοθετικές αρχές να είναι συγκρατημένες απέναντι στα αιτήματα για σεβασμό της ελευθερίας του ασθενή και την αποφυγή του εγκλεισμού του.(Λαλιώτη, 2009)

Το πρόβλημα του στίγματος επεκτείνεται σε ολόκληρο τον κοινωνικό ιστό. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ένα ασθενές κομμάτι μιας κοινωνίας , επηρεάζει όλα τα επιμέρους κομμάτια που τη συγκροτούν, τελικά επηρεάζει όλη την κοινωνία.(Λαλιώτη, 2009)

Ανακεφαλαίωση

Όπως βλέπουμε στο κεφάλαιο αυτό, η αποδοχή των ψυχικά ασθενών χρειάζεται ακόμα αρκετή προσπάθεια. Βιώνουν μια αρκετά δύσκολη κατάσταση αφού δεν έχουν να αντιμετωπίσουν μόνο την ασθένειά τους αλλά και το στίγμα του ψυχικά ασθενή που τους επιβαρύνει συναισθηματικά. Οι συνέπειες της ετικετοποίησης απατώνται σε πολλούς τομείς της ζωής ενός ψυχικά ασθενή , όπως η εργασία, οι κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις , η ίση αντιμετώπιση κ.α. Η εναντίωση αυτή και η προκατάληψη του κοινού δεν επικεντρώνεται μόνο στο πρόσωπο του ασθενούς, αλλά στην ψυχιατρική νοσηλεία εν γένει, γεγονός που φαίνεται από την αντίθεσή του στην λειτουργία ψυχιατρικών δομών κοντά στον τόπο κατοικίας του.

Ένα τόσο σοβαρό κοινωνικό φαινόμενο και οι συνέπειες που επιφέρει σε ατομικό και συνολικό επίπεδο καθιστούν την καταπολέμηση του επιτακτική ανάγκη.Είναι ένα βήμα προόδου για την ανθρωπότητα και πράξη ευθύνης για την πολιτεία μα πάνω απ' όλα είναι δείγμα πολιτισμού.(Λαλιώτη, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Εισαγωγή

Πέρα από την αντικειμενική επιθυμία για ίαση, η εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας σε ένα άτομο, συχνά επιφέρει πλήγματα και στην λειτουργικότητα του και σε πιο δύσκολες περιπτώσεις ανικανότητα ή ακόμα και αναπηρία. Το γεγονός αυτό παγιδεύει τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και όσους αποτελούν το περιβάλλον του, σε δυσάρεστες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις. (Μαδιανός, 2005)

Η κοινωνιοθεραπευτική προσέγγιση αυτών καλύπτεται από τον κλάδο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με καταγωγή από την εποχή του Διαφωτισμού και ευρεία επιστημονική ανάπτυξη στις δεκαετίες 1970 και 1990. Η ανάπτυξη αυτή είναι αποτέλεσμα του σταδιακού ανοίγματος των πυλών των ασύλων στη δύση και φέρει στενές επιρροές από τα κινήματα του αποιδρυματισμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την υπεράσπιση των μειονοτήτων, όπως επίσης και από την ισότιμη ένταξη των ΑΜΕΑ στο κοινωνικό σύνολο. (Μαδιανός, 2005)

Κάθε προσπάθεια αποκατάστασης θα πρέπει να επικεντρώνεται στον χρόνιο ψυχωσικό ασθενή, να καλύπτει ένα ευρύ συνολικό φάσμα αναγκών του και να υποστηρίζεται από ειδικά καταρτισμένο προσωπικό. Η επιτυχία των προσπαθειών αυτών στηρίζεται στη μεθοδικότητα και τον ρεαλισμό των ενεργειών, στην συνεργασία και στήριξη από την κοινότητα αλλά και την αποδοχή και αλληλεγγύη στους ψυχικά ασθενείς. (Κονταξάκης, 2002)

4.1 Ορισμός Κοινωνικής Αποκατάστασης

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ (1981) “Αποκατάσταση” είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει ως στόχο να βοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φτάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία.

Όταν λέμε “ψυχιατρική αποκατάσταση” εννοούμε το σύνολο των υποστηρικτικών ενεργειών που παρέχονται σε χρόνια ψυχικά ασθενείς με στόχο την αύξηση της λειτουργικότητάς τους για να ζουν ικανοποιητικά στο περιβάλλον τους χωρίς ιδιαίτερες παρεμβάσεις. Κύριος παράγοντας της επίτευξης του στόχου αυτού είναι η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ατόμου και η ενίσχυση των πόρων που απαιτούνται από την πολιτεία. (Anthony, Cohen and Cohen, 1983)

Σύμφωνα με τον Douglas Bennet (1978) η αποκατάσταση μεταφράζεται ως το σύνολο των προσπαθειών για τη μείωση της αναπηρίας του ασθενούς και την ένταξη του σε κατάλληλο περιβάλλον, την αποκατάσταση σε εργασιακό επίπεδο, την επαναφορά του στην προ ασθενείας λειτουργική κατάσταση, καθώς και την επιστροφή και επανένταξη στο σπίτι, το σχολείο του ή τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο. (Μαδιανός 2005)

Το Κέντρο Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των ΗΠΑ, επίσης αναφέρει ότι η ψυχική αποκατάσταση στοχεύει στην επιτυχή αύξηση της λειτουργικότητας του ατόμου σε στεγαστικό, επαγγελματικό και εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του. (Anthony et al, 1988 από Μαδιανός, 2005)

4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την αποκατάσταση

Η εφαρμογή της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνει τη διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση. Στη διάγνωση ερευνάται το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται το άτομο όσον αφορά την οργανωτικότητα, την προσαρμογή και την απόδοση σε στόχους, αλλά και κατά πόσο θα μπορέσει να αξιοποιήσει τους εκάστοτε διαθέσιμους πόρους. Η διαδικασία αυτή ταυτίζεται με την ψυχιατρική διαγνωστική. (Μαδιανός, 2005)

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της αποκατάστασης αναλύονται σε 3 κατηγορίες:

- 1) Κλινικοί παράγοντες: εδώ περιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ασθένειας αυτής καθ'εαυτής, το επίπεδο λειτουργικότητας που προηγήθηκε της ασθένειας, καθώς επίσης και η προ-νοσηρή ανάπτυξη και ωρίμανση.
- 2) Οι πολιτιστικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες, δηλαδή η κοινωνική θέση της οικογένειας και η εργασιακή-οικονομική κατάστασή τους.
- 3) Οι τρόποι εφαρμογής της αποκατάστασης και το αν αυτοί είναι οι κατάλληλοι για την επίτευξη των στόχων, αλλά και κατά πόσο είναι εφικτοί και καλά σχεδιασμένοι. (Μαδιανός, 2005)

Επίσης, καθοριστικό ρόλο παίζει το προσωπικό των υπηρεσιών αποκατάστασης. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να έχουν αποβάλλει κάθε είδους προκατάληψη απέναντι στις πιθανότητες που έχει ο ασθενής να επανέλθει, να πιστεύουν στα δικαιώματα και τις ικανότητες των ασθενών και να υποστηρίξουν το σημαντικό ρόλο που έχουν ως συνδεδετικός κρίκος ανάμεσα στο σύστημα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και την αγορά εργασίας. (Οικονόμου και Πολίτης, 2002)

Μείζονος σημασίας είναι επίσης η στάση της οικογένειας ως προς την αποκατάσταση, με δεδομένο ότι κάθε ψυχοπαθολογική διεργασία ξεκινά και καταλήγει σε αυτήν. Έτσι λοιπόν, η στήριξη της οικογένειας, η οικονομική συμβολή της, η χρήση της κοινωνικής θέσης αλλά και η συναισθηματική ασφάλεια που μπορεί να προσφέρει αποτελούν ενισχυτικούς παράγοντες για τον ασθενή. (Μαδιανός, 2005)

Στο επόμενο υποκεφάλαιο, ακολουθεί ανάλυση του βασικού αυτού παράγοντα κοινωνικής αποκατάστασης.

4.3 Οικογένεια: Βασικό υποστηρικτικό πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Στον δύσκολο δρόμο της αποκατάστασης, η οικογένεια κατέχει τον πρωταρχικό ρόλο καθώς βιώνει άμεσα την ψυχική ασθένεια και επηρεάζεται από αυτήν σε κοινωνικό, οικονομικό και κυρίως ψυχολογικό επίπεδο. Οι οικογένειες των ασθενών είναι εκείνες στις οποίες πέφτει όλο το βάρος και έχουν τη βασική ευθύνη για την φροντίδα της κάλυψης ακόμα και των καθημερινών βιολογικών αναγκών του ασθενούς, καθώς ο ίδιος δεν είναι σε θέση να τις καλύψει από μόνος του επαρκώς και σε πολλές περιπτώσεις καθόλου. (Νομίδου, 2009)

Το έργο που καλούνται να φέρουν εις πέρας οι οικογένειες χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερες δυσκολίες αφού απουσιάζει εντελώς το υπόβαθρο της κατάλληλης επιστημονικής εκπαίδευσης και συνήθως δεν έχουν καμμία υποστήριξη. Επωμίζονται δηλαδή εξ ολοκλήρου το ψυχολογικό και οικονομικό κόστος. Με μοναδικό όπλο την αγάπη για τον άνθρωπό τους αλλά και την ανυσηχία για το μέλλον παλεύουν καθημερινά για να διασφαλίσουν το σεβασμό στα δικαιώματα του , την αποκατάσταση και την αυτονομία του. (Νομίδου, 2009)

Ακόμα το οικογενειακό περιβάλλον είναι εκείνο που διαμορφώνει καθ' όλα το υποστηρικτικό πλαίσιο που ενδυναμώνει, προετοιμάζει και ενισχύει τη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης από τον ίδιο τον ασθενή.
(Νομίδου, 2009)

Μείζωνος σημασίας είναι η συμβολή της οικογένειας στην προσπάθεια πρόληψης του ψυχοκοινωνικού αποκλεισμού, στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας, στη στήριξη και την ενίσχυση της ευάλωτης κοινωνικής κατηγορίας των ψυχικά πασχόντων και τη δημιουργία υποστηρικτικών υπηρεσιών, με τελικό στόχο, την επάνοδο και επανένταξη των εξυπηρετούμενων στην κοινότητα. (Νομίδου, 2009)

Δυστυχώς , ο αριθμός των ψυχικά ασθενών από σοβαρές παθήσεις διατηρείται σε υψηλά επίπεδα και σε ορισμένες περιπτώσεις μεγαλώνει. Ένας πρόχειρος υπολογισμός δείχνει ότι 150.000- 200.000 Έλληνες πάσχουν από κάποια ψυχική

διαταραχή, γεγονός που δυσκολεύει και συχνά καταστρέφει τη ζωή τους. Ο αριθμός αυτός μεγαλώνει τραγικά αν συνυπολογιστούν μαζί και οι οικογένειες τους, οπότε και ο αριθμός αγγίζει το 1.000.000. (Νομίδου, 2009)

Το πλέον ανησυχητικό είναι ότι το 80% του ποσοστού αυτού, ζει με την οικογένεια του και πολλοί ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας ή ακόμα χειρότερα είναι άστεγοι και δεν υπάρχει γι' αυτούς κάποια δομή φροντίδας και αποκατάστασης. (Νομίδου, 2009)

Το βάρος της ευθύνης λοιπόν, της φροντίδας ενός ψυχικά ασθενή οδήγησε τις οικογένειες αλλά και τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχιατρικής να δώσουν αγώνα για την επίτευξη των στόχων τους. Έτσι οδηγήθηκαν στην ανάγκη ομαδικής προσπάθειας και την σύσταση Συλλόγων Οικογενειών και χρηστών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, το 1992, και το 2003, ιδρύεται η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΠΟΣΟΨΥ) (Νομίδου, 2009)

Οι στόχοι της ΠΟΣΟΨΥ ταυτίζονται με αυτούς του Παγκόσμιου Κινήματος Οικογενειών και Χρηστών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών και είναι τακτικό μέλος Παγκοσμιών και Ευρωπαϊκών Οργανώσεων. Η Οργάνωση είναι αντιπροσωπευτικό σώμα φίλων και χρηστών που ολοένα και μεγαλώνει. Το ενδιαφέρον της στρέφεται σε καταστάσεις σοβαρών ψυχικών διαταραχών στις οποίες οφείλονται σοβαρές νόσοι που προκαλούν την ψυχική αναπηρία. Παρακολουθεί με ενδιαφέρον τις εξελίξεις στην Ψυχιατρική των οποίων αποτελεί μέρος και την επηρεάζουν άμεσα και συμμερίζεται τους φόβους και την ανασφάλεια των ασθενών στις διάφορες δομές αποκατάστασης, όσον αφορά το μέλλον. (Νομίδου, 2009)

Απο τα παραπάνω σκιαγραφείται λοιπόν, η σημασία της οικογένειας στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή. Κλείνοντας θα λέγαμε ότι, είναι ένας απαραίτητος και ολιστικά σημαντικός βοηθός στην πορεία του ασθενή και επιτυγχάνει την άσκηση πραγματικής Ψυχιατρικής. (Νομίδου, 2009)

4.4 Η κοινωνική αποκατάσταση σε φάσεις

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση χωρίζεται σε 2 φάσεις: στην μεταβατική με τη μορφή της μερικής νοσηλείας, όπου γίνεται εστίαση στην ψυχιατρική εργοθεραπεία και τις ομαδικές διεργασίες, και στην κύρια φάση με σημείο αναφοράς την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών.

4.4.1. Η μεταβατική φάση – Το νοσοκομείο ημέρας

Ως μεταβατική φάση ορίζεται η περίοδος από την έξοδο ενός ατόμου από το ψυχιατρείο μέχρι και την πλήρη επιστροφή του στο σπίτι του. (Μαδιανός, 2005)

Το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας ιδρύθηκε το 1933 στην πρώην Ε.Σ.Σ.Δ από τον Dzhaqaron. Η βασική θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιούσαν ήταν η εργοθεραπεία. Το 1946 ιδρύεται το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στο Μόντρεαλ του Καναδά και 2 χρόνια αργότερα το αντίστοιχο στην Αγγλία. Τον ίδιο χρόνο άνοιξε τις πύλες του για τους ψυχωσικούς αρρώστους το Νοσοκομείο Ημέρας στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Yale στις Η.Π.Α. (Μαδιανός, 2005)

Στις μέρες μας τα Νοσοκομεία Ημέρας αποτελούν κομμάτι της αλυσίδας της ψυχιατρικής περίθαλψης. Ιστορικά το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας της Ελλάδας λειτούργησε το 1978 στο Αιγινήτειο, όπως έχει προαναφερθεί. Συνολικά διατίθενται στη χώρα μας 940 θέσεις μερικής νοσηλείας. (Μαδιανός, 2005)

Η σημασία των Νοσοκομείων Ημέρας και των Κέντρων Ημέρας είναι φανερή εάν αναλογιστεί κανείς ότι αποτελούν το πρώτο μεταβατικό σκαλοπάτι στη διαδρομή από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, για την πλειονότητα των ψυχωσικών ασθενών. (Μαδιανός, 2005)

Το φάσμα των θεραπευτικών διεργασιών ενός Νοσοκομείο Ημέρας είναι πιο σύνθετο από τα Κέντρα Ημέρας περιλαμβάνει ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία, διάφορες μορφές κοινωνιοθεραπείας κ. α., ενώ η κατηγορία ασθενών

στους οποίους απευθύνεται βρίσκεται σε υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας ανεξάρτητα από τη διάγνωση που έχουν. (Μαδιανός, 2005)

Οι προϋποθέσεις για να ενταχθεί ένας ασθενής στο πρόγραμμα ενός Νοσοκομείου Ημέρας είναι κατά βάση τα εξής: Α) ο ασθενής να είναι σε θέση να συνειδητοποιήσει ότι χρειάζεται την θεραπεία και να επιθυμεί τη συνεργασία, Β) να έχουν συρρικνωθεί οι πιθανότητες να προξενήσει βλάβη στον ίδιο ή σε άλλα άτομα και κατά συνέπεια να χρειάζεται μικρού βαθμού εποπτεία, Γ) το όποιο παθολογικό στοιχείο στην συμπεριφορά του ασθενούς να μπορεί να ελεγχθεί στα πλαίσια της ομάδας και η ίδια η ομάδα να το ανέχεται, Δ) Η ατμόσφαιρα στο σπίτι του ασθενούς χρειάζεται να είναι υποστηρικτική αλλά ταυτόχρονα το ίδιο κλίμα επικρατεί στο Νοσοκομείο Ημέρας και έτσι δεν υπάρχουν έντονες αλλαγές για τον ασθενή μέσα στην ημέρα. (Μαδιανός, 2005)

Τους θεραπευτικούς στόχους ενός Νοσοκομείου Ημέρας αποτελούν: Α) Να ολοκληρωθεί από άποψη ψυχιατρικής θεραπείας η μεταβατική φάση από την παθολογική κατάσταση στην κανονική ζωή, στην κοινότητα και Β) αφού ολοκληρωθεί το σύνολο των πιθανών παροχών στον ασθενή σε όλους τους εφικτούς τομείς, να ανέβει στο μέγιστο η προστασία από μια πιθανή επιστροφή του στην κλινική. Ιδεατός στόχος ενός Νοσοκομείου Ημέρας θα ήταν να αποφευχθεί εξ αρχής η εισαγωγή σε κλινική και να είναι αρκετή η βοήθεια μόνο από το Νοσοκομείο Ημέρας. (Μαδιανός, 2005)

Το προσωπικό που εργάζεται σε ένα Νοσοκομείο Ημέρας αποτελείται από τις βασικές ειδικότητες ψυχικής υγείας, δηλαδή ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και σημαντική θέση κατέχουν οι ειδικότητες των εργοθεραπευτών και των θεραπευτών τέχνης, μουσικής και κίνησης. Παράλληλα, το θεραπευτικό πρόγραμμα εμπεριέχει την κλασική θεραπευτική διαδικασία (χορήγηση φαρμάκων, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και μια σειρά από δημιουργικές δραστηριότητες, όπως μουσική, χορό, ζωγραφική, ποίηση, μαγειρική, κ.α). (Μαδιανός, 2005)

Τέλος, σημειώνεται ότι, η διάρκεια παραμονής ενός ατόμου στο Νοσοκομείο Ημέρας μπορεί να ποικίλλει, όμως έρευνες έχουν δείξει πως χρειάζονται κατά μέσο όρο 4

μήνες. (Μαδιανός, 2005)

4.4.2 Η κύρια φάση

4.4.2 Α Κοινωνική-Στεγαστική Αποκατάσταση

Το κυρίως στάδιο της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών δίνει βάση στην επανασυνωστισμολογία του ασθενούς μέσα από την λειτουργία των Κοινωνικών Λέσχεων (Social Clubs). Σε αυτές παρέχεται η δυνατότητα συμμετοχής σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων ομαδικότητας με ψυχαγωγικό και ταυτόχρονα θεραπευτικό χαρακτήρα. Ομαδικές ψυχοθεραπείες εναλλάσσονται με μαθήματα χορού και ζωγραφικής, καθώς και δημιουργικές συζητήσεις μεταξύ των μελών. (Μαδιανός, 2005)

Όσον αφορά τη στεγαστική αποκατάσταση, το σύνολο των δομών που εξυπηρετούν τους ασθενείς έχουν ως σημείο αναφοράς την ελαχιστοποίηση της διάρκειας παραμονής των ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές. (Μαδιανός, 2005)

Σύμφωνα με το σχετικό Φ.Ε.Κ. (Αριθμός φύλλου 661 23/5/2000) η λειτουργία των στεγαστικών δομών είναι ανοικτή προς την κοινωνία και θα πρέπει να θυμίζει οικογενειακό περιβάλλον.

Αναφορικά, τα είδη στεγαστικής αποκατάστασης είναι:

A) Οι μετανοσοκομειακοί ξενώνες. Ο πρώτος από αυτούς ιδρύθηκε το 1989 από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Αποτελεί εναλλακτική επιλογή διαμονής όταν ο ασθενής δεν έχει οικογένεια. Η διαμονή είναι 24ωρη με αντίστοιχο προσωπικό για όλες τις ώρες. Η παραμονή σε αυτούς είναι βραχεία.

B) Τα οικοτροφεία. Με πρώτο εκείνο που λειτούργησε για πρώτη φορά το 1987 στην Αθήνα υπό την εποπτεία του Αιγινήτειου, τα οικοτροφεία αποτελούν μονάδες μακράς παραμονής μικρού αριθμού μελών που δεν διαθέτουν εναλλακτικό μέρος στην κοινότητα. Η παραμονή σε αυτά διέπεται από τις αρχές και τα προνόμια της ομαδικής συνύπαρξης.

Γ) Τα προστατευόμενα διαμερίσματα: Διαμερίσματα που υπάγονται στην ιδιοκτησία νοσοκομείων ή δόθηκαν ως κληροδότημα στο κράτος και παρέχουν μικρού βαθμού αραιή εποπτεία. Προορίζονται για ασθενείς που μπορούν να διαβιώσουν ανεξάρτητοι αλλά και να συγκατοικήσουν με άλλους. Συνήθως διαμένουν σε αυτά 3-6 άτομα. Το πρώτο διαμέρισμα ιδρύθηκε στη Λέρο το 1991.

Δ) Οι θετές/φιλοξενούσες οικογένειες. Ο θεσμός αυτός ξεκίνησε από το 1960 στη χώρα μας με πρωτεργάτη τον Ρασσιδάκη, και φιλοξενούμενες 9 χρόνια ψυχωσικές οικογένειες από το Δαφνί. Οι “ανάδοχες” οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό κύκλο του ασθενούς, όχι όμως στους πρώτου βαθμού συγγενείς. Είναι αυτονόητο πως πρέπει να προηγηθούν κάποιες διαδικασίες, όπως η ενημέρωση της οικογένειας για την ασθένεια του ατόμου, η εκτίμηση της λειτουργικότητας της οικογένειας, η κατάλληλη εκπαίδευση, η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και μια σειρά δεσμεύσεων συνεργασίας (Μαδιανός, 2005)

4.4.2B Η επαγγελματική αποκατάσταση

Με δεδομένη την επιτυχία των προηγούμενων σταδίων θεραπείας και την ορατή βελτίωση της υγείας του ασθενούς, η αποκατάσταση του ψυχωσικού ασθενούς στοχεύει σε μακροεπίπεδο στην ένταξη του ασθενή στην αγορά εργασίας. Η διαδικασία αυτή παλαιότερα είχε την ονομασία “Βιομηχανική Θεραπεία”. (Μαδιανός, 2005)

Ως ΑμεΑ, οι ψυχικά ασθενείς είναι συνήθως αποκλεισμένοι από την αγορά εργασίας, παρόλο που πριν νοσήσουν μπορεί να είχαν σπουδάσει ή/και να εργάζονταν κανονικά. Δυστυχώς, το ηλικιακό φάσμα των ψυχικά ασθενών είναι κατά κύριο λόγο το ίδιο με εκείνο της μεγαλύτερης μερίδας ανέργων, δηλαδή 19-30 ετών. (Μαδιανός, 2005)

Σαν κοινωνικό πρόβλημα, ο αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών στον εργασιακό τομέα έχει απασχολήσει πολλούς Διεθνείς Οργανισμούς και γι' αυτό έχουν δοθεί πολλές κατευθύνσεις και χορηγήσεις σχετικών κονδυλίων. (Μαδιανός, 2005)

Οι διαδικασίες για την επαγγελματική αποκατάσταση είναι επιγραμματικά οι παρακάτω:

1) Επαγγελματικός Προσανατολισμός. Σε αυτή την διαδικασία γίνεται ότι θα γινόταν και σε ένα υγιές άτομο: εκτίμηση και αξιολόγηση των δυνατοτήτων και ικανοτήτων του καθενός από εξειδικευμένους επαγγελματίες μέσα από συνεντεύξεις και ειδικές ψυχοτεχνικές δοκιμασίες. Η διαφορά είναι ότι λαμβάνεται υπόψιν η ασθένεια του ατόμου και οι ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες του. (Μαδιανός, 2005)

2) Κέντρο Προ-Επαγγελματικής Εκπαίδευσης. Βασικός στόχος στο Κέντρο Προ-Επαγγελματικής Εκπαίδευσης είναι η αξιολόγηση των ικανοτήτων του ατόμου μέσα από προσαρμογή σε πραγματικές συνθήκες εργασίας. Γίνεται χρήση συγκεκριμένων εργαλείων και μηχανημάτων όπου μετράται η απόδοση του ατόμου με σκοπό την παραπομπή του στα παραπλήσια επαγγέλματα. Η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι μερικοί μήνες. (Μαδιανός, 2005)

3) Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης. Σε περίπτωση που τα άτομα δεν καταλήξουν να μπορούν να ανταποκριθούν στην ελεύθερη αγορά εργασίας , τότε παραπέμπονται στο Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης. Εδώ ο πήχης των αποδόσεων είναι χαμηλότερος και ο προσανατολισμός των ασθενών γίνεται σε 2 ή 3 το πολύ συγκεκριμένα είδη εργασίας και η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι απαραίτητο να είναι μεγαλύτερη (12-18 μήνες) (Μαδιανός, 2005)

4) Προστατευμένη εργασία. Εδώ μιλάμε για εργασία με επιχορήγηση και αμοιβή ανάλογη της παραγωγικότητας του ατόμου. Ο τόπος της προστατευμένης εργασίας (είναι αυτονόητο πως η έννοια περιέχει εποπτεία) μπορεί να είναι το σπίτι του ασθενή, κάποιο ειδικό τμήμα σε συγκεκριμένα σύγχρονα εργοστάσια ή σε προστατευμένα εργαστήρια. Τα τελευταία προσφέρονται για την απασχόληση ατόμων με σοβαρά προβλήματα αποδοτικότητας και την ευθύνη οργάνωσης και λειτουργίας τους την έχει ο εργοθεραπευτής. (Μαδιανός, 2005)

Ανακεφαλαίωση

Η πορεία που θα ακολουθήσει ο ασθενής μετά την έξοδό του από μία κλινική είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάρρωσή του. Μέχρι να μπορέσει να επιστρέψει στην “κανονική” του ζωή χρειάζεται ένα ενδιάμεσο στάδιο, με σκοπό την ενίσχυση και την ομαλή επανένταξή του.

Η έννοια της αποκατάστασης στην ψυχιατρική αποτελεί έναν μεγάλο κρίκο στην αλυσίδα της θεραπευτικής διαδικασίας. Για να αποδώσει σωστά θα πρέπει να γίνεται με τη συμμετοχή ειδικά καταρτισμένου επιστημονικού προσωπικού και σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους. Καίριο ρόλο στην διαδικασία αυτή παίζει η οικογένεια του ασθενούς η οποία με τη στήριξή της μπορεί να συνεισφέρει στην καλή πορεία του ασθενούς, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τη νοσηλεία του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΕ ΕΓΧΩΡΙΟ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Εισαγωγή

Επί σειρά ετών στο παρελθόν οι θεωρητικές προσεγγίσεις της ψυχιατρικής ήταν πολλές και διαφορετικές μεταξύ τους γεγονός που επέφερε τον διαψωρισμό σε σχολές με καθεμία από αυτές να χρησιμοποιεί διαφορετικό μοντέλο αντιμετώπισης για το ίδιο ψυχοπαθολογικό φαινόμενο. Τα παραπάνω είχαν ως αποτέλεσμα διαφωνίες, συγκρούσεις και "κόντρες" ανάμεσα στις σχολές και φυσικά ήταν ζημιογόνες για την άσκηση της ψυχιατρικής.

(Χριστοδούλου, 2000)

Ευτυχώς κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα και στις μέρες μας, με την αυγή του 21ου αιώνα, η ψυχιατρική διανύει μια προοδευτική επιστημονική περίοδο, με τις βιοϊατρικές επιστήμες της Ψυχολογίας και της Κοινωνιολογίας να συνοδεύονται από αντίστοιχες προόδους της Ψυχιατρικής. (Χριστοδούλου, 2000).

5.1. Εξελίξεις στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών

Ο τομέας της πρόληψης παρέμενε επί σειρά ετών σε δεύτερη μοίρα γεγονός που ευτυχώς τείνει να αλλάζει τα τελευταία χρόνια. Τα διάφορα ψυχοπροφυλακτικά μέσα συμπεριλαμβανομένων και των αλάτων λιθίου έχουν επιφέρει σημαντική πρόοδο στον τομέα της ψυχοπροφύλαξης των συναισθηματικών διαταραχών. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Στη σύγχρονη εποχή σημαντικά θέματα προληπτικού σχεδιασμού αποτελούν: η μάστιγα του AIDS, η οποία χαρακτηρίζεται από πληθώρα ψυχιατρικών επιπτώσεων, η εξάρτηση από ουσίες, η μόλυνση της ατμόσφαιρας που επιδρά στην λειτουργία του εγκεφάλου, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις από τροχαία ατυχήματα.

Επίσης η αποφυγή εγκυμοσύνης σε ακατάλληλη ηλικία, για την πρόληψη περιγεννητικών επιπολ'κών αλλά και η φροντίδα για συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, στο χώρο εργασίας και στο σχολείο μπορούν να συμβάλλουν στην αποφυγή ψυχικών διαταραχών.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

5.2 Εξελίξεις στην διάγνωση των ψυχικών διαταραχών

5.2.1 Εξελίξεις σε κλινικό επίπεδο

Το μεγαλύτερο επίτευγμα της Συγχρονης Ψυχιατρικής είναι η δημιουργία και εφαρμογή των δύο μοναδικών ως τώρα διαγνωστικών συστημάτων : Α) Του DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και Β) του ICD-10 χ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Τα συστήματα αυτά κατόρθωσαν να καθιερώσουν μια κοινή γλώσσα στην ψυχιατρική που αποτέλεσε χρήσιμο δίαυλο επικοινωνίας ανάμεσα στους ψυχιάτρους.(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Τα συστήματα αυτά περιορίζονται στην περιγραφή των ψυχικών διαταραχών και όχι στις αιτίες παθογέννεσης , υπάρχουν όμως αισιόδοξες προβλέψεις για τη δημιουργία ενός συστήματος διαγνωστικών κριτηρίων παθογέννεσης. Παράλληλα, το γεγονός ότι τα διαγνωστικά συστήματα είναι δύο, συνιστά τροχοπέδη για μια κοινή γραμμή διάγνωσης μεταξύ των ψυχιάτρων.(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Επίσης σημαντική εξέλιξη αποτελεί η έμφαση που δίνεται πλέον στους παράγοντες διατήρησης της υγείας του ατόμου, ενώ έως τώρα το ενδιαφέρον ήταν στραμμένο μόνο στην ασθένεια. Τέλος, η επιστήμη επιχειρεί πλέον να κατανοήσει και να διαπιστώσει το βαθμό αναπηρίας που βιώνει κάθε ασθενής εξ αιτίας της νόσου του. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

5.2.2 Εξελίξεις σε εργαστηριακό επίπεδο

Στον εργαστηριακό τομέα οι εξελίξεις της Ψυχιατρικής προχωρούν με σχετικά αργούς ρυθμούς, εξ αιτίας της έλλειψης γνώσεων για την παθοφυσιολογία των περισσότερων ψυχικών διαταραχών. Το "μυστήριο" άλλωστε των αιτιών για την πρόκληση της ψυχικής ασθένειας είναι που διαχωρίζει την ψυχιατρική από την πλειονότητα των ιατρικών ειδικοτήτων . (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Από τις εργαστηριακές μεθόδους που χρησιμοποιούνται επιτυχώς αναφέρονται οι νευροορμονικές δοκιμασίες όπως η δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη, η δοκιμασία TRH και η δοκιμασία κλονιδίνης.(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Μια ελπιδοφόρα προοπτική είναι η προσπάθεια ανεύρεσης βιολογικών δεικτών που θα συμβάλλουν στην πρόληψη και ίσως αποτελέσουν παράγοντα πρόληψης. Ιδανικός στόχος θα ήταν η πρόοδος της μοριακής γενετικής να επιτρέψει τον καθορισμό δεικτών γενετικής προδιάθεσης για πλήθος διαταραχών.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

5.3 Εξελίξεις στην ψυχοφαρμακολογία

Στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας κυρίαρχο ρόλο έχουν οι εξελίξεις στα αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά φάρμακα. Με νέες επιστημονικές μεθόδους και έπειτα από πολυετείς έρευνες οι ανεπιθύμητες παρενέργειες που προκαλούσαν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα στο παρελθόν έχουν σχεδόν εξαλειφθεί. Επίσης σημαντική επιτυχία με τα νέα φάρμακα είναι η συμμόρφωση των ασθενών με την αγωγή που ήταν προβληματική στο παρελθόν. Οι έρευνες τώρα προσανατολίζονται στη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και ταχύτητα δράσης των φαρμάκων.(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Επιπλέον στα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν γίνει σημαντικές βελτιώσεις και έχουν μειωθεί στο ελάχιστο οι παρενέργειες με αποτέλεσμα την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τέλος οι σύγχρονες νυροαπεικονιστικές μέθοδοι προσφέρονται για διεξοδική μελέτη της δράσης των φαρμάκων στον εγκέφαλο με ελπιδοφόρα στοιχεία για μελλοντικές εξελίξεις.(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

5.4 Εξελίξεις στην συνδιασμένη εφαρμογή ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπεία

Η θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή και η κατ' εξοχήν ψυχοθεραπεία είναι 2 θεραπευτικές πρακτικές με διαφορετικές ρίζες και ιστορικά στοιχεία. Για τον λόγο αυτό οι εξελίξεις τους αλλά και οι πρακτικές που εφαρμόζαν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Είναι άλλωστε γνωστό πως η παροχή βοήθειας με φάρμακα και ψυχοθεραπεία από τον ίδιο θεραπευτή θεωρούνταν κακή μέθοδος. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Με την πάροδο των χρόνων όμως η Ψυχιατρική εξελίχθηκε προοδευτικά. Έρευνες και χρόνιες μελέτες έδειξαν πως η φαρμακοθεραπεία στηρίζεται στους ίδιους φυσιολογικούς, βιοχημικούς, και ανοσοβιολογικούς διαύλους στους οποίους στηρίζεται και η ψυχοθεραπεία. Έτσι ασκούν την ίδια ή παρόμοια δράση στον ψυχισμό και τον εγκέφαλο του ασθενή. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Συμπερασματικά, οι ψυχιατρικές θεραπευτικές μέθοδοι εξελίσσονται σε μια νέα κατευθυντήρια γραμμή: την συνδιαστική θεραπεία κατόπιν της κατάλληλης εκπαίδευσης του θεραπευτή.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Αξιοσημείωτο είναι ότι στην Ελλάδα η πρακτική αυτή εφαρμόζεται συχνότερα απ' ό,τι σε στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, γεγονός ελπιδοφόρο αφού συμβαδίζει με τις μελλοντικές προοπτικές. Πρέπει ωστόσο να δωθεί ιδιαίτερη βάση στην εκπαίδευση των ψυχοθεραπευτών σημαντική ενίσχυση στην οποία, αποτελεί η εναρμόνηση της Ψυχιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης με τις προδιαγραφές του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ψυχιατρικής.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

5.5 Εξελίξεις στην προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας–Τεχνολογικές εξελίξεις

Το ενδιαφέρον της συγχρονης Ψυχιατρικής έχει στραφεί προς τη μελέτη της ψυχοπαθολογίας και την επιρροή της στις διάφορες περιόδους ζωής του ασθενούς. Επιχειρείται να συγκεκριμενοποιηθούν οι διαχρονικές διαφορές ως προς την επίπτωση και τον επιπολάσιμο διαφόρων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. Ένα ενδιαφέρον στοιχείο που προέκυψε από τις μελέτες είναι ότι η νόσος της κατάθλιψης εμφανίζεται πλέον σε μικρότερες ηλικίες σε σχέση με παλαιότερα.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Επίσης ενδιαφέροντα στοιχεία προκύπτουν από τη μελέτη της κάθε ασθένειας ανά τον κύκλο ζωής του ασθενούς, όπως π.χ. Η έκφραση της κατάθλιψης σε παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή και οι διαφορές που παρουσιάζονται σε κάθε φάση.

12

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Σε επίπεδο τεχνολογικών εξελίξεων, σημαντική είναι η συμβολή στην Ψυχιατρική των Νέων Μεθόδων της Βιοιατρικής με νέες ανακαλύψεις σε εργαστηριακό και κλινικό επίπεδο. Ο ταχύς ρυθμός προόδου στην Βιολογία και τις Νευροαπεικονιστικές μεθόδους επιφέρει θετικά αποτελέσματα. Τέλος σημαντικές προοπτικές έχει η εξέλιξη της ΤηλεΨυχιατρικής που αποτελεί ένα γρήγορο και οικονομικό εργαλείο που όμως θα πρέπει να δώσει βάση στην εγκυρότητα των πληροφοριών και στην Δεοντολογία Άσκησης του Επαγγέλματος.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

5.6 Εξελίξεις στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Οι εξελίξεις στο τομέα της Αποκατάστασης σε Ευρωπαϊκό επίπεδο είναι σημαντικές και ελπιδοφόρες, σε ατομικό, κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο. (Μαδιανός, 2005)

Σε χώρες της Κεντρικής Ευρώπης όπως η Πολωνία, η Τσεχία, η Ουγγαρία και η Αυστρία έχουν αναπτυχθεί προγράμματα με στόχο την ομαλή ένταξη στην κοινωνία ατόμων αναπηρία (προερχόμενη και από ψυχιατρικές νόσους), που εφαρμόζονται και μέσα στις ψυχιατρικές κλινικές. Στα προγράμματα αυτά, περιλαμβάνονται εργοθεραπεία, ομαδική ψυχοθεραπεία, θεραπευτικές λέσχες, οικοτροφεία, Νοσοκομεία Ημέρας και ξενώνες. (Μαδιανός, 2005)

Σε άλλες χώρες, όπως η Σκανδιναβικές, η Γερμανία και η Ολλανδία είναι σε εξέλιξη Μονάδες Προεπαγγελματικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης και αυτοδιαχειριζόμενοι συνεταιρισμοί με τη συμμετοχή μεγάλων βιομηχανικών εταιριών όπως η Philips, Η BASF, η SKF με την εφαρμογή προγραμμάτων για την στέγαση ασθενών που δεν έχουν κατοικία και οικογένεια. (Μαδιανός, 2005)

Διαιτέρα στη χώρα της Ολλανδίας αξιέπαινο είναι το γεγονός ότι βρίσκονται σε λειτουργία 180 προστατευόμενα εργαστήρια και το 45% των Α.ΜΕ.Α. εργάζονται χάρην στο Κεντρικό Συμβούλιο Αποκατάστασης.

(Μαδιανός, 2005)

Εξελίξεις υπάρχουν επίσης στην Αγγλία με τον Οργανισμό Απασχόλησης (αντίστοιχος του ΟΑΕΔ) να παίζει ηγετικό ρόλο στην αποκατάσταση με την ταυτόχρονη συνεργασία Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας και ψυχιατρείων. Λειτουργούν επίσης οι υπηρεσίες Επανατοποθέτησης Αναπήρων, ο Οργανισμός Βιομηχανικής Θεραπείας, τα Κέντρα Εκτίμησης και Αποκατάστασης, όλα με στόχο την βελτιώση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την έξοδό τους από την κλινική.

(Μαδιανός, 2005)

5.7 Ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων: Μια παραλελημένη προτεραιότητα

Η ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα των παιδιών και εφήβων, μοιάζει να είναι παραμελημένη στο τομέα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Οι εξελίξεις που υπάρχουν είναι δυσοίωνες και φαίνεται πως αν και έχουν σχεδιαστεί και τεθεί σε ισχύ κάποια προγράμματα, η εφαρμογή και τα αποτελέσματά τους δεν είναι τα αναμενόμενα.

Σε στατιστικά στοιχεία, το 20% των παιδιών και εφήβων σε παγκόσμια κλίμακα παρουσιάζει προβλήματα και ψυχικές διαταραχές. Περίπου 1 στα 10 παιδιά θα εμφανίσει κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα, καθώς οι μισοί από τους ψυχικά ασθενείς αρχίζουν να εκδηλώνουν συμπτώματα από την παιδική ηλικία. Χαρακτηριστικό είναι ότι το ποσοστό των παιδιών/ οικογενειών με ψυχιατρικό πρόβλημα που λαμβάνει βοήθεια από ειδικούς είναι κάτω από το 1/5 του συνόλου. (Κολαΐτης, 2009)

Σε παγκόσμιο επίπεδο η Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού προστατεύει την υγεία και ευημερία των παιδιών, σύμβαση στην οποία έχουν δεσμευτεί οι πιο πολλές χώρες. Τα άρθρα 24 και 25 μιλάνε για το δικαίωμα στην υγεία σωματική και ψυχική. Το άρθρο ορίζει ότι “τα κράτη μέλη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού να απολαμβάνει τον υψηλότερο βαθμό υγείας και για υπηρεσίες για την θεραπεία των νοσημάτων και την αποκατάσταση της υγείας. Τα κράτη- μέλη θα αγωνιστούν για να διασφαλίσουν ότι κανένα παιδί δεν θα στερηθεί το δικαίωμα του στην πρόσβαση σε τέτοιες υπηρεσίες Υγείας”.

Συμφωνα με το άρθρο 25 “τα κράτη-μέλη αναγνωρίζουν το δικαίωμα ενός παιδιού που έχει τοποθετηθεί από τις αρμόδιες αρχές με σκοπό τη φροντίδα, προστασία ή θεραπεία της σωματικής ή ψυχική του/ της υγείας σε μια περιοδική ανασκόπηση της θεραπείας που του\της παρέχεται καθώς και όλων των άλλων συνθηκών που σχετίζονται με την σωματική ή ψυχική του/ της υγεία...” .

(Κολαΐτης 2009)

Ο ΠΟΥ το 2004, πραγματοποίησε μελέτη σε 51 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από την οποία προέκυψε ότι η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στους ανηλίκους ήταν χαμηλότερη απ ότι στους ενήλικες και επιπλέον υπηρχε σοβαρή έλλειψη

επιστημονικού προσωπικού. (Κολαΐτης, 2009)

Παράγοντες που δυσκολεύουν την ανάπτυξη υπηρεσιών για παιδιά και εφήβους είναι η έλλειψη χρηματοδότησης, το στίγμα, η άγνοια, και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις οι χρήστες βρίσκουν ελλειπείς τις υπηρεσίες ως προς την κάλυψη των αναγκών τους ή θεωρούν πως έχουν αυξημένες απαιτήσεις από αυτούς. (Κολαΐτης, 2009)

Ο λόγος που η μέριμνα για την Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων έχει μεγαλύτερη βαρύτητα βρίσκεται στο γεγονός ότι οι διαταραχές στην παιδική ηλικία και η συνέχεια στη μετέπειτα ζωή τους έχουν τεράστιο κόστος, τόσο ψυχοκοινωνικό όσο και οικονομικό. Είναι γνωστές οι επιπτώσεις στο σχολείο, στις διαπροσωπικές σχέσεις, σε εργασιακό επίπεδο, μεταξύ των μαθητών αλλά και στην αυξημένη παραβατικότητα. (Κολαΐτης 2009)

Στην Ελλάδα τα τελευταία 25 χρόνια αναπτυχθηκαν περίπου 65 υπηρεσίες ΨΥΠΕ. Όμως η χρηματοδότηση δεν ήταν επαρκής και έτσι πολλές δομές από ΜΚΟ για αυτές τις ομάδες πληθυσμού οδηγήθηκαν σε αναστολή λειτουργίας. Επίσης η ταυτοποίηση των υπηρεσιών ΨΥΠΕ εφαρμόστηκε μόνο στις δύο μεγαλύτερες πόλεις της χώρας, ενώ ταυτόχρονα πολλά από τα προγράμματα πρόληψης υπολειπονται. Είναι ελπιδοφόρα η αύξηση των ειδικευμένων παιδοψυχιάτρων διότι οι ανάγκες του τομέα της ΨΥΠΕ ολένα και αυξάνονται. Παράλληλα όμως είναι απαραίτητη η καλύτερη εκπαίδευση τους. Θα ήταν εξίσου σημαντικό το κράτος να παροτρύνει την επιστημονική έρευνα, και να συνοδεύεται από επαρκή χρηματοδότηση. (Κολαΐτης, 2009)

Εν κατακλείδι, παρά τις θετικές εξελίξεις την τελευταία 20 ετία υπάρχουν ακόμη πολλά κενά στον τομέα της ΨΥΠΕ από άποψη εθνικού σχεδιασμού και πολιτικής. Υπάρχουν ελλείψεις στην εκπαίδευση, σε δομές και κυρίως στην έρευνα. Πολύ πίσω επίσης βρίσκονται και οι τομείς πρόληψης και προαγωγής της ΨΥΠΕ. Ενισχυτικοί παράγοντες για την ανάκαμψη της ΨΥΠΕ θα είναι κυρίως η στήριξη της εκπαίδευσης των παιδοψυχιάτρων και των λοιπών ειδικοτήτων Ψυχικής Υγείας, η αναμόρφωση και η ανάπτυξη πανεπιστημιακών θέσεων στις Ιατρικές σχολές των πανεπιστημίων της χώρας και η αναβάθμιση της έρευνας. (Κολαΐτης, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Εισαγωγή

Η Κοινωνική εργασία ως μια σύγχρονη εφαρμοσμένη επιστήμη, που στοχεύει στην διερεύνηση, μελέτη και αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων του αντιμετωπίζει το άτομο σε ένα ευρύ φάσμα, παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία. Αντλεί τη δύναμή της από τις Ανθρωπιστικές επιστήμες αποτελεί σημαντικό κομμάτι και στα τρία είδη περίθαλψης, συμβάλλοντας στους στόχους της θεραπευτικής ομάδας.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

6.1 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Σε αυτή τη φάση της μάχης της ψυχιατρικής περίθαλψης, ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι μέλος των ερευνητικών προγραμμάτων, της ομάδας αξιολόγησης και ανίχνευσης των προβληματικών κοινωνικών φαινομένων. Έργο του πρέπει να είναι η μελέτη για τον σχεδιασμό και την πρόταση προγραμμάτων με στόχο την ενημέρωση και την πρόληψη πάντα προς την κατεύθυνση της διατήρησης της Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Ακόμα, ο Κοινωνικός Λειτουργός μαζί με την υπόλοιπη ομάδα αλλά και μόνος αν αυτό είναι αναγκαίο, παρεμβαίνει σε θεσμούς και φορείς της κοινότητας αλλά και συνεργάζεται μαζί τους με στόχο την βελτίωση της παροχής υπηρεσιών στους πολίτες. Τέτοιοι φορείς είναι Οι Δήμοι, τα σχολεία, η Εκκλησία, τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα κ.α. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει ενεργά σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις οποίες ενισχύεται η προαγωγή της πρόληψης. Στόχος είναι η δημιουργία μιας ασπίδας προστασίας τόσο για τους ψυχικά άρρωστους όσο και για την κοινότητα στο σύνολο της. (www.ygeia-pronoia.gr)

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την καταπολέμηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού μέσα από ενημερωτικές καμπάνιες, εκστρατείες για να αυξηθεί η γνώση και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε θέματα ψυχικών διαταραχών. Επίσης σημαντική κρίνεται η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού με στόχο την αλλαγή της στάσης – συμπεριφοράς των επαγγελματιών που οι αποφάσεις των οποίων καθορίζουν την τύχη των ψυχικά ασθενών (δικαστικοί και αστυνομικοί υπάλληλοι καθώς και κάθε μορφής εξουσία). (www.ygeia-pronoia.gr)

Οι προσπάθειες αυτές που θα έχουν ενημερωτικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα έχουν ως «εργαλεία» τους κυρίως τα ΜΜΕ και εναλλακτικά μέσα όπως ημερίδες, κινητές μονάδες, φεστιβάλ, προβολές, παρουσιάσεις. Σημαντική είναι και η παρέμβαση σε ομάδες του πληθυσμού με σημαντικό ρόλο στην κοινωνία (μέλη της τοπικής αυτοδιοίκησης, εκπαιδευτικός, εργοδότες, κ.τ.λ.) (www.ygeia-pronoia.gr)

6.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη δευτεροβάθμια περίθαλψη-Θεραπευτική αντιμετώπιση

Στην φάση αυτή αποστολή του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να συμμετάσχει ενεργά στην παρακολούθηση του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία και στην διαδικασία εισαγωγής του ασθενή στο ψυχιατρείο. Συνοδεύει και στηρίζει τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του, με ειδικές συναντήσεις και συνεδρίες. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Έχει επίσης την ευθύνη για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που τυχόν θα αντιμετωπίζει ο ασθενής και η οικογένεια του. Παρέχει ενημέρωση για πιθανές λύσεις στα προβλήματα αυτά, και ενημερώνει τον ασθενή για τα δικαιώματά του και τις παροχές της πολιτείας ανάλογα με την πάθησή του. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Βασική διαδικασία του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού είναι η λήψη του κοινωνικού ιστορικού. Εδώ ο επαγγελματίας φροντίζει για την συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων στοιχείων για τον ασθενή, την κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή του κατάσταση, το ιατρικό ιστορικό, τόσο του ίδιου όσο και όλης της οικογένειας, καθώς και κάθε άλλης πληροφορίας που θα μπορέσει να σταθεί βοηθητική για το θεραπευτικό έργο. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Φροντίζει για την οργάνωση και ιεράρχηση των προβλημάτων που τυχόν προέκυψαν από το ιστορικό και προτρέπει τον ασθενή να κινητοποιηθεί και να συνεργαστεί, πάντα λαμβάνοντας πρώτα τη συγκατάθεσή του και την επιθυμία για να δεχθεί βοήθεια.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Ιδιαίτερη βάση δίνεται στην ενημέρωση της οικογένειας για την κατάσταση του ασθενούς, με στόχο την ειαισθητοποίησή τους αλλά και την αποδοχή της κατάστασης του μέλους, βοηθώντας έτσι να αναπτύξουν δεξιότητες αντιμετώπισης της ασθένειας στην καθημερινή τους ζωή και συμβίωση. (Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Με την ολοκλήρωση της νοσηλείας του ασθενή, ο Κοινωνικός Λειτουργός, κάνει την παραπομπή σε μετανοσοκομειακές δομές που μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να διατηρήσει την προόδο του και να του παρέχουν τις υπηρεσίες που θα χρειάζεται.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

6.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην τριτοβάθμια περίθαλψη-Θεραπευτική αντιμετώπιση-Αποκατάσταση

Με την έξοδο του από το ψυχιατρείο ο ασθενής μπαίνει στην μεγάλη "μάχη" της επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο. Οι προσπάθειες των κοινωνικών λειτουργών εδώ επικεντρώνονται στη εκμάθηση δεξιοτήτων που θα διασφαλίσουν ένα καλό επίπεδο ζωής.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Απαραίτητη στη φάση αυτή είναι η ύπαρξη των κατάλληλων δομών για τη μετανοσοκομειακή περίθαλψη όπως οι ξενώνες, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι κοινωνικές λέσχες, τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, τα ειδικά παραγωγικά εργαστήρια.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

Έχοντας πάντα ως στόχο την βοήθεια του ασθενή και της οικογένειάς του, ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται για την επανένταξη και αξιοπρεπή παραμονή του ασθενή στο κοινωνικό σύνολο. Για τον λόγο αυτό :

- Εργάζεται για την πρόληψη της υποτροπής του ασθενούς
- Αναζητά εναλλακτικές πηγές βοήθειας
- Καταβάλλει προσπάθειες για να καταπολεμηθεί το στίγμα της ψυχικής νόσου.
- Παρέχει υποστήριξη σε φορείς και συλλόγους που ασχολούνται με την ψυχική υγεία.

(Χριστοδούλου και Συν., 2000)

6.4 Κοινωνικός λειτουργός και διασυνδεδετική ψυχιατρική

Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική ως θεραπευτική διαδικασία εφαρμόζεται από εκπαιδευμένους επιστήμονες που αποτελούν μια ομάδα. Οι ειδικότητες που την αποτελούν είναι ο ψυχίατρος, που είναι και ο συντονιστής της ομάδας, ο κοινωνικός λειτουργός, ο κλινικός ψυχολόγος και ο ψυχιατρικός νοσηλευτής. Τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να είναι εξειδικευμένα και να μπορούν να ασκήσουν ψυχολογικές και κοινωνικές παρεμβάσεις. (Ζέρβας, Κουντή, 2009)

Είναι πολύ σημαντικό η ομάδα της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής να έχει πρόσβαση σε ποικίλες υπηρεσίες κοινωνικές και ψυχιατρικές για την διασφάλιση της συνέχειας στην φροντίδα του ασθενούς αλλά και σε όλα τα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου για την σφαιρική κάλυψη των αναγκών του. (Ζέρβας, Κουντή, 2009)

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί χρειάζεται να επικεντρώνονται στην μελέτη των ενδοοικογενειακών σχέσεων, την πολιτισμική και οικονομική κατάσταση, το θρήσκευμα, την εργασία, η εκπαίδευση, με σκοπό να κατανοήσουν καλύτερα το πρόβλημα και να προτείνουν έτσι αποτελεσματικές λύσεις σχεδιάζοντας το πλάνο παρέμβασης . (Ζέρβας, Κουντή, 2009)

Ενδεικτικά, το έργο ενός Κοινωνικού Λειτουργού στην Διασυνδεδετική Ψυχιατρική περιλαμβάνει:

- Εντοπισμός περιστατικών Υψηλού Κινδύνου (άγαμες μητέρες, άστεγοι,μετανάστες, κακοποίηση, παραμέληση)
- Αναφορά στις δικαστικές περιστατικών κακοποίησης ή παραμέλησης.
- Παράσταση σε δίκη
- Διαρκής επανεξέταση των πηγών παραπομπής στην κοινότητα και συμμετοχή στην ανάπτυξής τους.

- Συμμετοχή σε ατομική , οικογενειακή και ομαδική θεραπεία , κατόπιν πάντα κατάλληλης εκπαίδευσης και εποπτείας. (Ζέρβας, Κουντή, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΑΡΓΩΣ: ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Εισαγωγή

Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την ονομασία "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που επικεντρώνεται στην αλλαγή του ασυλικού τύπου περίθαλψης, που ακολουθείται έως τις μέρες μας, σε κοινοτική φροντίδα. (<http://www.psychargos.gov.gr/>)

Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003)

Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ περιλαμβάνει την ανάπτυξη δομών και δράσεων Πανελλαδικά, με τις οποίες εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που στοχεύουν στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας. Στόχος είναι η δημιουργία αποτελεσματικών δικτύων κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει βοήθεια στα προβλήματά του στην διαβίωση και την εργασία, μέσα στην κοινότητα, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.

(<http://www.psychargos.gov.gr/>)

Στηριζόμενο στα παραπάνω, το Πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" δημιουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου όπως είναι τα οικοτροφεία, οι ξενώνες και τα προστατευόμενα διαμερίσματα, για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ψυχικά ασθενών που ζούσαν σε Ψυχιατρεία, δημιουργεί στα Γενικά Νοσοκομεία ψυχιατρικά τμήματα και παράλληλα, κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (Κέντρα ημέρας, Κινητές Μονάδες, ΚΨΥ, Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα).

(<http://www.psychargos.gov.gr/>)

Το πλάνο ανάπτυξης δομών και υποδομών βασίζεται στις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση πρώτον στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μεγάλη διάρκεια νοσηλείας στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και δεύτερον, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και την νοσηλεία στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου. (<http://www.psychargos.gov.gr/>)

7.1 Η Α' φάση του προγράμματος

Μετά την ένταξη της Ελλάδας στην Ε.Ε. υιοθετήθηκε ο Κανονισμός του Συμβουλίου 815/84 στις 26 Μαρτίου 1984, ο οποίος περιελάμβανε έκτακτη οικονομική στήριξη για την μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής νοσηλείας σε όλη την χώρα. Οργανώθηκε ένα πρόγραμμα δράσης για την δημιουργία νέων δομών και υπηρεσιών με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων και των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, καθώς και τη αναβάθμιση των συνθηκών διαμονής των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία. (<http://www.psychargos.gov.gr/>)

Σημαντική επιτυχία του προγράμματος Ε.Ο.Κ. 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν η αισθητή μείωση του αριθμού των νοσηλευομένων στα δημόσια ψυχιατρεία. Η ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και τη δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα, ένα νέο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (<http://www.psychargos.gov.gr/>)

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση των καθοριστικών αυτών πρωτοβουλιών μεταρρύθμισης όταν τελείωσε η ειδική χρηματοδότηση από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. (<http://www.psychargos.gov.gr/>)

Το 2001, πραγματοποιήθηκαν μεγάλες διακηρύξεις για την μεταρρύθμιση στον χώρο της Υγείας. Τα Νοσοκομεία χάνουν τη διοικητική και νομική αυτοτέλεια τους και αποτελούν πλέον αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ.Π. Μέσα στο σύνολο των διακηρύξεων για τη μεταρρύθμιση του προβληματικού ΕΣΥ, εμφανίζεται η πολιτική βούληση για την εφαρμογή ενός εθνικού σχεδίου για την ψυχική υγεία. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Έτσι, αναπτύχθηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα για την περίοδο 2000-2009, με την ονομασία «Ψυχαργός», το οποίο στόχευε στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με μεγαλύτερη έμφαση στη σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της εισόδου στον εργασιακό χώρο για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

[\(http://www.psychargos.gov.gr/\)](http://www.psychargos.gov.gr/)

Η πρώτη φάση του Προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο συγχρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Είχε στραμμένο το ενδιαφέρον της στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία της Ελλάδας.

[\(http://www.psychargos.gov.gr/\)](http://www.psychargos.gov.gr/)

Η χρηματοδότηση του προγράμματος έγινε κατά 25% από το Ελληνικό κράτος και κατά 75% από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι ενέργειες που υλοποιήθηκαν κατά τη φάση αυτή ήταν οι ακόλουθες:

- βελτίωση της εκπαίδευσης των εκπαιδευτών
- αναβάθμιση υποδομών (καλύτερα κτήρια και εξοπλισμός)
- ενίσχυση της των δεξιοτήτων των ληπτών (κατάρτιση, εργασιακός προσανατολισμός)

Μέχρι το τέλος της χρονιάς, οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στην αποασυλοποίηση των ασθενών. Αρχικά δημιουργήθηκαν 15 ξενώνες και 120 προστατευμένα διαμερίσματα με αποδέκτες 470 ασθενείς.

(Δομές και Δράσεις για την Υγεία, <http://www.yyka.gov.gr/>)

Με την ολοκλήρωση του έτους είχαν υλοποιηθεί:

- 92 ξενώνες , 14 οικοτροφεία και 94 προστατευμένα διαμερίσματα
- 1 οικοτροφείο για αυτιστικά άτομα
- ένας ξενώνας για προσφυγες ψυχικά ασθενείς
- 75 εργαστήρια κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- 1 Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς
- 1 Κέντρο Ημέρας για πρόσφυγες ψυχικά ασθενείς
- 1 Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς μουσουλμανικού θρησκευματος και
- 6 νέα Ψυχιατρικά Τμήματα σε νέα κτήρια Γενικών Νοσοκομείων

Επίσης την ίδια χρονική περίοδο είχαν επιτευχθεί :

- προκατάρτιση και κατάρτιση 973 ασθενών που διέμεναν σε Ψυχιατρεία
- Αποιδρυματισμός , διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών.
- Πρόσληψη 1200 ατόμων για την στελέχωση των δομών που καταρτίστηκαν μέσω ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης.

(Δομές και Δράσεις για την Υγεία, <http://www.yyka.gov.gr/>)

7.2 Η Β' φάση του προγράμματος – ΤΟ ΔΕΚΑΤΕΣ ΣΧΕΔΙΟ 2001-2010

Η 2η φάση του προγράμματος εκτυλίχθηκε ουσιαστικά στην πενταετία 2001- 2006 ως μέρος του επιχειρησιακού προγράμματος “Υγεία- Πρόνοια: 2000- 2006” και η χρηματοδότηση της έγινε από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης. Οι στόχοι της δεύτερης φάσης περιελάμβαναν την ανάπτυξη δομών και υποδομών που στηριζόταν στην τομεοποίηση και την κοινωνική ψυχιατρική, για τη συνέχιση της ψυχιατρικής φροντίδας ((Δομές και Δράσεις για την Υγεία, <http://www.yyka.gov.gr/>))

Συνολικά οι όλες οι υπηρεσίες που διερύνονται στο πλαίσιο του προγράμματος διέπονται από τις εξής αρχές :

- Της τομεοποίησης
- της κοινοτικής ψυχιατρικής
- της προτεραιότητας στην πρωτοβάθμια
- της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης
- του αποιδρυματισμού
- της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης
- της εξατομικευμένης προσέγγισης
- της διασφάλισης του συνεχούς της φροντίδας
- της προσβασιμότητας
- του σεβασμού των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων όλων ανεξαιρέτως.

(Δομές και Δράσεις για την Υγεία, <http://www.yyka.gov.gr/>)

Επίσης η Β' φάση του προγράμματος περιελάμβανε τους κάτωθι άξονες δράσης :

- 1) την Τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δηλαδή την διαίρεση των υγειονομικών περιφερειών σε τομείς Ψυχικής Υγείας με βάση την γεωγραφική θέση και τον αριθμό του πληθυσμού. (Σύσταση τομέα σε κάθε νομό)
- 2) την προσπάθεια για καλύτερευση της ζωής των ασθενών μέσα στα ψυχιατρεία και την προετοιμασία τους για επανένταξη στην κοινότητα.
- 3) Τη δημιουργία δομών και προγραμμάτων, για την πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας καθώς και την ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών.
- 4) Η διάρκεια και συνέχεια της μέριμνας για τους ψυχικά ασθενείς σε επίπεδο κοινότητας. Εδώ υποστηρίζεται και η εργασιακή και κοινωνική ένταξη του πληθυσμού- στόχου
- 5) η προαγωγή της πρόληψης, η ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεγγύης και οι προσπάθειες επανένταξης των ασθενών στην αγορά εργασίας.

Με την ολοκλήρωση του προγράμματος καταγράφηκαν τα εξής αποτελέσματα : Αρχικά πρέπει να αναφέρουμε ότι από τις εν λειτουργία δομές του προγράμματος το 39% λειτουργούσε με τη στήριξη Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων, ενώ το υπόλοιπο 61%, από φορείς που ανήκουν στο Ελληνικό Κράτος. Συγκεκριμένα δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν τα παρακάτω:

- 7 οικοτροφεία από ψυχιατρεία
- 9 ξενώνες απο ψυχιατρεία
- 45 προστατευμένα διαμερίσματα
- 28 προστατευμένα διαμερίσματα από Γενικά Νοσοκομεία
- 56 οικοτροφεία από Ν.Π.Ι.Δ.
- 1 Ξενώνας από Ν.Π.Ι.Δ.

Σημειώνεται ότι, έχει τερμαστεί η λειτουργία των τμημάτων που λειτουργούσαν υπό καθεστώς ασύλου σε 5 Ψυχιατρεία της Ελλάδας :Πέτρας Ολύμπου, Κρήτης, Κέρκυρας, Τρίπολης, Παίδων Αττικής.

(Δομές και Δράσεις για την Υγεία, <http://www.yyka.gov.gr/>)

Κατά την ολοκλήρωση της Β΄ φάσης, το 2009, υπογράφηκε Σύμφωνο μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης για την διασφάλιση της προσοχής στην συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την ειδική προσοχή σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης του τομέα ψυχικής υγείας.

(<http://www.psychargos.gov.gr/>)

Παρατίθεται ενδεικτικά ένα χαρακτηριστικά απόσπασμα του συμφωνητικού αυτού με τις βασικές δεσμεύσεις της Ελληνικής Κυβέρνησης :

“ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΙΣΩΝ ΕΥΚΑΙΡΙΩΝ Κου VLADIMIR SPIDLA
ΚΑΙ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ Κου Δ. ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΥ

1. Οι Ελληνικές Αρχές και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επιβεβαιώνουν την προσήλωσή τους στη φιλοσοφία, στις αρχές και στους στόχους του προγράμματος "Ψυχαργός", του Επιχειρησιακού Προγράμματος (Ε.Π) "Υγεία και Πρόνοια 2000-2006", του εθνικού νομικού πλαισίου για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Νόμος 2716/1999) και του Άξονα Προτεραιότητας 5, του Ε.Π "Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013".

2. Οι Ελληνικές αρχές, δεσμεύονται να ολοκληρώσουν την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, έως τις 31.12.2015, αξιοποιώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο όλες τις προγραμματισμένες παρεμβάσεις του τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των Προγραμμάτων του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Αναφοράς 2007-2013. Για το σκοπό αυτό οι Ελληνικές Αρχές θα διαθέσουν όλο το ανθρώπινο δυναμικό, και τους υλικούς και εθνικούς χρηματοδοτικούς πόρους που απαιτούνται..."

(http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/08.04.2009_SYMF WNIA%20SPIDLA.pdf, Ανακτήθηκε στις 25- 09-2013)

7.3 Η τρίτη φάση του προγράμματος -Ισχύουσα κατάσταση και προοπτικές

Η Γ' φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά την περίοδο 2010-2020. Για τη νέα φάση, συστάθηκε ομάδα εργασίας προκειμένου να εκπονήσει Σχέδιο Αναθεωρημένου Προγράμματος «Ψυχαργός 2011-2020». Το Εθνικό σχέδιο δράσης Ψυχαργός Γ' διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης:

Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την δημιουργία δομών στην κοινότητα, που θα καλύπτουν τις ανάγκες του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα.

Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της ψυχικής ασθένειας

Ο τρίτος άξονας αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

<http://www.psychargos.gov.gr/>

Παράλληλα, βρίσκεται σε εξέλιξη αξιολόγηση κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Βασικό στόχο της αξιολόγησης αποτελεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε σχέση με τους επιλεγέντες στόχους, όπως εξειδικεύονται στη γενικότερη γραμμή που εφαρμόζει το Υπουργείου Υγείας με στόχο την Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, στα πλαίσια του Ν.2716/99.

[\(http://www.psychargos.gov.gr/\)](http://www.psychargos.gov.gr/)

Το 2010 σηματοδότησε τη λήξη του δεκαετούς προγράμματος Ψυχαργός Β, στο οποίο στηρίχτηκε σε μεγάλο βαθμό η μεταρρυθμιστική προσπάθεια της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα. Η πρόοδος που σημειώθηκε τη τελευταία δεκαετία ήταν μεγάλη . Πολλές Κοινοτικές Δομές δημιουργήθηκαν για να αντικαταστήσουν τα Ψυχιατρεία (ΨΝ) και πολλά νέα είδη υπηρεσιών εισήχθησαν προκειμένου να ανταποκριθούν σε μια πληθώρα ψυχικών διαταραχών. (<http://www.ygeia-pronoia.gr/>)

Τη διετία 2010-2011, η πολιτική της χώρας μας σκιαγραφείται κυρίως μέσω

των αποφάσεων σκοπιμότητας που έχουν τη λογική έγκρισης ενός μεγάλου αριθμού νέων υπηρεσιών ΨΥ και που αποτελούν συνέχεια της πολιτικής της προηγούμενης δεκαετίας. Όμως η έλλειψη στρατηγικής και σχεδιασμού, ως έκφρασης σαφούς πολιτικής βούλησης κατά τη διάρκεια αυτής της διετίας, προκάλεσε αρκετές δυσκολίες και στρεβλώσεις στην πορεία της ΨΜ.

(<http://www.ygeia-pronoia.gr/>)

Ο Νοέμβριος του 2011, με την κατάθεση των προτάσεων της επιτροπής αναθεώρησης και στη συνέχεια ο Μάρτιος του 2012, όπου εγκρίθηκε και δημοσιεύτηκε η απόφαση για το Ψυχαργός Γ, σηματοδότησαν την έναρξη μιας νέα περιόδου στο τομέα της ΨΜ, με την υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργός Γ' 2011 – 2020». Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ αποτελεί ένα χρήσιμο οραματικό και στρατηγικό πλαίσιο αναφοράς για την επόμενη περίοδο, που όμως υπολείπεται ενός ολοκληρωμένου επιχειρησιακού σχεδιασμού.

(<http://www.ygeia-pronoia.gr/>)

Τα ανωτέρω καθώς και οι νεότερες εξελίξεις που πραγματοποιούνται κατά το έτος 2013, με την κυοφόρηση του νέου Συμφώνου Andor - Λυκουρέντζου και το σχετικό σχέδιο δράσης, διαμορφώνουν ένα δεσμευτικό πλαίσιο για την πολιτική ΨΥ της χώρας κατά τη δεκαετία 2010-2020.

(<http://www.ygeia-pronoia.gr/>)

Στο πλαίσιο αυτό, το Υπ. Υγείας αποφάσισε τη διεξαγωγή έργου, το οποίο εξελίσσεται με σκοπό τη συνεχή (ongoing) αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός μέχρι το 2015, ημερομηνία ολοκλήρωσης του ΕΣΠΑ, που αποτελεί και τη βασική πηγή χρηματοδότησης. Σκοπός του έργου είναι η συνεχής (ongoing) αξιολόγηση του εθνικού σχεδίου δράσης για την ΨΜ «Ψυχαργός Γ' 2011-2015» και η συνεργασία της Αναθέτουσας αρχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Επιγραμματικά, το έργο αφορά στα ακόλουθα:

1. Αξιολόγηση Πολιτικής και Στρατηγικού Σχεδιασμού της ΨΜ

2. Αξιολόγηση εφαρμογών και υλοποίησης της ΨΜ

3. Αξιολόγηση διοίκησης της ΨΜ

(<http://www.ygeia-pronoia.gr/>)

Καταλήγοντας, αξίζει να επισημάνουμε ότι η πολιτική ΨΥ στην Ελλάδα στηρίζεται στο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα που ξεκίνησε το 1984 και έλαβε την τωρινή μορφή και κατεύθυνση το 1999 με την ανάπτυξη του προγράμματος Ψυχαργός, το οποίο επίσημα ολοκληρώθηκε το 2009 (Ψυχαργός β' φάση).

(<http://www.ygeia-pronoia.gr/>)

Το 2010 το Υπ. Υγείας ξεκίνησε τις διεργασίες για τον αναπροσδιορισμό της πολιτικής για την ΨΜ και γι' αυτό συστάθηκε σχετική επιτροπή εμπειρογνομόνων που ολοκλήρωσε το έργο της στο τέλος του 2011. Η πολιτική αυτή επικυρώθηκε με υπουργική απόφαση τον Μάιο 2012.

Η ανάγκη για εκσυγχρονισμό της πολιτικής με την εκτέλεση ενός τέτοιου σχεδίου, θα άνοιγε νέους ορίζοντες και θα προσδιόριζε τις μελλοντικές κατευθύνσεις του συστήματος. (<http://www.ygeia-pronoia.gr/>)

Πιο συγκεκριμένα η νέα πολιτική φαίνεται να δίνει μεγαλύτερη έμφαση σε ένα ευρύτερο πεδίο, που πλέον περιλαμβάνει, όχι μόνο τους αποασυλοποιημένους ασθενείς, αλλά και άλλες ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένους, παιδιά, άνεργους κτλ). Η νέα πολιτική αναγνωρίζει προβλήματα και δημιουργεί μια βάση κι ένα πλαίσιο αναφοράς για την αντιμετώπισή τους.

(<http://www.ygeia-pronoia.gr/>)

Ένα τέτοιο παράδειγμα, αποτελεί η ανάγκη για διεύρυνση του συστήματος ψυχικής υγείας μέσω διατομεακών συνεργασιών, για την οργάνωση και τον συντονισμό του, για την συστηματική παρακολούθηση του και για την εκπαίδευση των επαγγελματιών που το απαρτίζουν. Είναι σημαντικό ότι όλα τα παραπάνω, θέτονται σε ένα επίπεδο γενικής αναδιοργάνωσης του συστήματος και αφορούν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. (<http://www.ygeia-pronoia.gr/>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ

Κάθε προσπάθεια μελέτης της επιστήμης της Ψυχιατρικής, αναμφίβολα χαρακτηρίζεται από δυσκολίες καθώς υπάρχει πληθώρα θεωριών προσέγγισης και ερμηνείας της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης ψυχής.

Μελετώντας λοιπόν κανείς την γέννηση και την πορεία της Ψυχιατρικής, εύκολα διακρίνει ότι αν και μετρά μικρό χρόνο ζωής, οι μέθοδοι και οι πρακτικές που έχει εφαρμόσει πέρασαν από μεγάλες επικρίσεις και δίχασαν την επιστημονική κοινότητα αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της.

Στην προοδευτική πορεία της Ψυχιατρικής, περιλαμβάνεται η κατά μεγάλο βαθμό αναδιαμόρφωση της αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενή. Με το πέρασμα των χρόνων και τη πρόοδο της επιστήμης, η κοινωνία έχει κάνει σημαντικά βήματα προς την αποδοχή της ψυχικής διαταραχής ως "αρρώστιας" και τη μείωση του φόβου προς το άγνωστο που υπήρχε για χρόνια.

Παρ' όλη όμως την προσπάθεια ευαισθητοποίησης, μια μεγάλη μερίδα της κοινωνίας εξακολουθεί να αντιμετωπίζει ρατσιστικά τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Αν και πραγματοποιούνται φιλόδοξες προσπάθειες, ωστόσο είναι ακόμα μεγάλος ο δρόμος για να πούμε ότι έχουμε επιτύχει την ομαλή επανένταξη του ασθενούς στο κοινωνικό σύνολο. Κρίνεται απαραίτητο να δωθεί βάση σε ακόμα περισσότερα προγράμματα με απώτερο σκοπό τη μέγιστη δυνατή εναρμόνιση των ψυχικά ασθενών με την φυσιολογική ζωή.

Η πολιτεία και η επιστημονική κοινότητα μέσα από ενημερωτικές εκστρατείες σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, θα μπορούσε να καταπολεμήσει το φαινόμενο της περιθωριοποίησης των ψυχικά ασθενών.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι έχουν γίνει κάποια βήματα στον τομέα της κοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών, χρειάζεται όμως μεγαλύτερη προσπάθεια για την βελτίωση του ήδη υπάρχοντος συστήματος.

Τα πιο ελπιδοφόρα μηνύματα για εξέλιξη έρχονται από την ραγδαία πρόοδο της τεχνολογίας, η οποία ανοίγει τους ορίζοντες για νέες θεραπευτικές μεθόδους και εργαλεία.

Στις τελευταίες δεκαετίες στη χώρα μας η επιστήμη της ψυχιατρικής κέρδισε έδαφος στην αποδοχή και προσοχή του κοινού, και η αξία της άρχισε να αναγνωρίζεται. Σημαντικό ρόλο σ' αυτό αλλά και στην αναγνώριση της σημασίας της Μεταρρύθμισης έπαιξε η ανάγκη για διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών αλλά και ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει ως φιλοσοφία για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών πρόνοιας στο γενικότερο σύνολο τους που ως τώρα έχουν περισσότερο το ρόλο του ασύλου.

Ωστόσο η διαδικασία της μεταρρύθμισης ακόμα δεν έχει ολοκληρωθεί. Παρατηρείται σημαντική έλλειψη ιδεολογίας για την συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τους ασθενείς και τις οικογένειες του. Συχνά βλέπουμε θετικές πρωτοβουλίες οι οποίες έρχονται αντιμέτωπες με τη γραφειοκρατία που χαρακτηρίζει τη κρατική αντιμετώπιση.

Ένας τομέας που χρειάζεται ακόμα εξέλιξη είναι η ιδεολογική και θεσμική αλλαγή που θα οδηγήσει στην εξάλειψη της έννοιας και της πρακτικής του εγκλεισμού και των λοιπών μέτρων που περιορίζουν την ελευθερία του ασθενούς.

Δυστυχώς το μεγαλύτερο μέρος της προσοχής είναι στραμμένο στην έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης που κωλύει και δυσχεραίνει την πρόοδο σε ερευνητικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο υποδομών νοσηλείας.

Επίσης ανασταλτικός παράγοντας είναι η έλλειψη εξειδικευμένων ανθρώπινων πόρων που χρειάζονται για την στελέχωση των δομών στις οποίες στοχεύει η μεταρρύθμιση. Η εξειδίκευση όμως πρέπει να στοχεύει στους κατάλληλους τομείς και στις ειδικότητες που κρίνονται αναγκαίες σε ένα σύστημα ψυχιατρικής νοσηλείας.

Σε αντίθεση με τις ανάγκες της κοινωνία μας που είναι, καταγεγραμμένα, η στελέχωση με προσωπικό των ειδικοτήτων των κοινωνικών λειτουργών, των

νοσηλευτών και των εργοθεραπευτών, το σύστημα συνεχίζει να παράγει άσκοπα ψυχολόγους με απλή θεωρητική κατάρτιση και χωρίς κλινική εμπειρία.

Ένας από τους παράγοντες που δυσκολεύουν επίσης την εφαρμογή της μεταρρύθμισης στην ψυχιατρική είναι ακριβώς το δημόσιο του χαρακτήρα της ίδιας της μεταρρύθμισης και η γραφειοκρατία που χαρακτηρίζει την καθυστέρηση εφαρμογής κάθε νέου προγράμματος και απόφασης.

Παρατηρήθηκε επίσης ότι υπάρχει χαμηλή προσαρμοστικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις ανάγκες που πραγματικά παρουσιάζει η τοπική κοινωνία στην οποία εφαρμόζονται. Συνήθως ο τρόπος λειτουργίας τους εξυπηρετεί περισσότερο τις ίδιες τις υπηρεσίες ή/και το προσωπικό που της απαρτίζει και πολύ λιγότερο τους ψυχικά ασθενείς.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας υστερούν επίσης στον έλεγχο της λειτουργίας των μονάδων τους καθώς δεν υπάρχουν συγκεκριμένα εργαλεία αξιολόγησης και ελέγχου από το κράτος. Ολοκληρώνοντας τις παρατηρήσεις αξίζει να επισημάνουμε ότι το πλέον σοβαρό πρόβλημα αφορά την κοινωνία, την κοινωνική συνοχή, την στάση, τις αντιλήψεις και την οργάνωση της, η σχεδόν καθολική αντίσταση στη συντελούμενη αλλαγή, η έλλειψη κινήματος για την προάσπιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αλλά και η αδυναμία που παρουσιάζει η κοινωνία στον να συνεργαστεί στην εξέλιξη και πρόοδο και ψυχιατρικής.

Οι ενέργειες που θα μπορούσαν να δρομολογηθούν για τη βελτίωση της πραγματικότητας στην ψυχιατρική είναι αρχικά ένα πλάνο δημόσιου διαλόγου για επαναπροσδιορισμό του σχεδιασμού της ψυχικής υγείας στον οποίοι θα συμμετείχαν όλοι οι ενδιαφερόμενοι (πολιτεία, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οικογένειες και χρήστες των υπηρεσιών).

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δοθεί στην προώθηση της επαγγελματικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών δεδομένο ότι η εργασία είναι βασικός παράγοντας κοινωνικοποίησης. Το κράτος οφείλει να αποκαταστήσει με νόμους τα δικαιώματα των ασθενών με στόχο μια κοινωνία χωρίς τις προκταλήψεις.

Στο επιστημονικό κομμάτι που επηρεάζει άμεσα και πρακτικά την πορεία των ασθενών και το οποίοι δεν είναι άλλο από τις κενές οργανικές θέσεις σε ΚΨΥ και

ψυχιατρικές κλινικές της χώρας επιβάλλεται να γίνει προκύρηξη και κάλυψη των θέσεων αυτών από επαγγελματίες.

Η ψυχική υγεία είναι επιτακτική ανάγκη να δοθεί ως προτεραιότητα. Η προατασά των ευάλωτων ομάδων θα πρέπει να καλυφθεί με νέα νομοθεσία όπως ορίζουν και τα διεθνή κριτήρια που ισχύουν και στα άλλα ευρωπαϊκά κράτη.

Οι ίδιες οι κλινικές αλλά και οι εξωνοσοκομιακές δομές χρειάζεται να δικτυωθούν και να επικοινωνούν καλύτερα μεταξύ τους. Το κομμάτι της τομεοποίησης των υπηρεσιών που έχει ήδη βοηθήσει σημαντικά την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας χρειάζεται περαιτέρω επέκταση και πιο αποφασιστική εφαρμογή.

Όλα τα νέα προγράμματα αλλά και τα ήδη υπάρχοντα που προορίζονται για εξέλιξη και μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής θα πρέπει να αξιολογούνται με εργαλεία ελέγχου της αποτελεσματικότητας.

Κάποιες ακόμα σκέψεις-προτάσεις για την βελτίωση της μέριμνας για τους ψυχικά ασθενείς είναι η εφαρμογή ενημερωτικών προγραμμάτων σε σχολεία, έτσι ώστε τα παιδιά από νεαρή ηλικία να μαθαίνουν για την ψυχική ασθένεια και να μην αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με φόβο.

Ο τομέας που χρειάζεται επίσης μεγαλύτερη προσοχή και ενίσχυση είναι η καλύτερη εκπαίδευση των θεραπευτών όλων των ειδικοτήτων που απασχολούνται στην ψυχική υγεία. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης των ήδη πτυχιούχων αλλά και βελτιώνοντας και εμπλουτίζοντας το πρόγραμμα σπουδών στα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα.

Ακόμα, το κράτος χρειάζεται να παρέχει περισσότερη βοήθεια στις μονάδες που ασχολούνται με την αποκατάσταση των ασθενών μέσα από κονδύλια και επιχορηγήσεις για βελτίωση των ήδη υπάρχοντων εγκαταστάσεων αλλά και για την δημιουργία νέων, για την κάλυψη των μεγάλων και συνεχώς αυξανόμενων αναγκών.

Καταλήγοντας είναι φανερό πως σήμερα ίσως περισσότερο από ποτέ πριν χρειαζόμαστε θάρραλες και αποφασιστικές κινήσεις για την επίτευξη μιας διασύνδεσης και αλληλεπίδρασης μεταξύ της επιστημονικής γνώσης, της εμπειρίας αλλά και της ηθικής. Έτσι θα μπορέσουμε να φτάσουμε σε ουσιαστικές λύσεις που θα είναι αποδοτικές μεν αλλά πάντα με τρόπο ανθρώπινο ηθικά αποδεκτό και

πολιτισμικά προσαρμοσμένο, για αν πλησιάσουμε έτσι το στόχο της επιτυχημένης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αλλά και του Κράτους Δικαίου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες, Ψυχιατρική (Β' Τόμος) , Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2000.
- 2) Λ.Λύκουρας – Κ.Σολδάτος – Γ.Ζέρβας, Διασυνδετική Ψυχιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2009.
- 3) Kaplan n' Sadock's, Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, επιμέλεια Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας , 2000
- 4) Γ.Ν. Χριστοδούλου και Β.Π. Κονταξάκης, Θέματα προληπτικής Ψυχιατρικής, Κ.Ψ.Υ. Αθήνα, 1994
- 5) Άννα Φρόντ, Το εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας, επιμέλεια Θανάσης Καστανιώτης, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1978.
- 6) Γ. Αμπατζόγλου- Χ. Αποστολακέας, Από την ψυχαναλυτική θεωρία στις ψυχαναλυτικές πρακτικές, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1999.
- 7) Μιχάλης Μαδιανός, Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2006.
- 8) Μιχάλης Μαδιανός, Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, Ελληνικά Γράμματα, 1994.
- 9) Φ. Οικονόμου, Εγχειρίδιον Ψυχιατρικής Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992.
- 10) Π. Χαρτοκόλλης, Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, Θεμέλιο, Αθήνα, 1991.
- 11) Μ. Μαδιανός, Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000.

- 12) R.D. Laing, Ο Διχασμένος Εαυτός, μτφ. Θ.Παραδέλλης, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1975.
- 13) Michael C. Celder, Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική , συντονισμός Κ. Σολδάτος, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007.
- 14) Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα : Το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας. Επιμέλεια Έκδοσης Γ.Ν. Χριστοδούλου Βλ. Δ. Τομαράς, Μ.Π. Οικονόμου, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα, 2005.
- 15) Μιχάλης Γ. Μαδιανός, Ψυχιατρική και Αποκατάσταση εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2005.
- 16) David Pilgrim, Anne Rogers Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας μτφ. Ε. Κοππάση – Ανθή Βακάκη, Τυποθήτω, Αθήνα 2004.
- 17) Ν. Παπαχριστόπουλος – Κ. Σαμαρτζή ,Υγεία Ασθένεια και Κοινωνικός Δεσμός, Orportuna, Πάτρα, 2011.
- 18) Ν. Μάνος, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997.
- 19) Μ. Νασιάκου- Α. Χαντζή – Μ. Φατούρου Χαρίτου, Εισαγωγή στην Ψυχολογία, (τόμος Β') Gutenberg, 1999.
- 20) Ι.Ν. Παρασκευόπουλος, Κλινική Ψυχολογία, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1988.
- 21) Μ.Υ. Ekdawy, Α.Μ. Conning, J. Campilng, Ψυχιατρική Αποκατάσταση- Ένας πρακτικός οδηγός, Εκδόσεις “ΕΛΛΗΝ” ,1998
- 22) Ervin Gofman, Άσυλα (μτφ Ξ. Κομνηνός) εκδόσεις ΕΥΡΥΑΛΟΣ, Αθήνα, 1994

- 23) S. Lebonici – Π. Σακελλαρόπουλος, Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984
- 24) Κ. Σολδάτος – Α. Λύκουρας, Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2006
- 25) T. Lemperiere – A. Feline και Συνεργάτες, Υπ. Εκδοσης Π. Σακελλαρόπουλος, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων- Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές στην Ελλάδα, Εκδόσεις Παπαζήση 1995
- 26) Δ.Ν. Πλουμπίδης, Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα, σειρά Τρίαψις Λόγος 1, Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη 1989
- 27) Μαρία Δημοπούλου- Λαγωνίκα, Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας- Μοντέλα Παρέμβασης , Ελληνικά Γράμματα, 2006
- 28) Δ. Γέωργας, Κοινωνική Ψυχολογία, Τόμος β, 5η έκδοση Ελληνικά Γράμματα, 1999
- 29) Κ. Μπαιρακτάρης, Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση, Εναλλακτικές Εκδόσεις/ Αντιπαραθέσεις, Θεσσαλονίκη 1994
- 30) Γ. Ποταμιανός, Κλινική Ψυχολογία- Σύγχρονα Θέματα Πρακτικής και Έρευνας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
- 31) Καζολέα- Νταβουλάρη, Η Ιστορία της Ψυχολογίας στην Ελλάδα, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2002
- 32) Α. Κουντουμάδη – Δ. Πατεράκη, Λεξικό Ψυχολογίας, Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα 2008

- 33) Δ. Σικελιανού, Κλινικά Θέματα Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας, εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2010
- 34) Κ. Γρίβας, Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός, εκδόσεις ΙΑΝΟΣ Θεσσαλονίκη 1985
- 35) Γ. Παπαδάτος, Α. Στογιαννίδου, Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή : Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή Ψυχιατρική, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988
- 36) Μ.Υ.Π.Ε.Π., «Επιχειρησιακό Σχέδιο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.», 2003, Αθήνα.
- 37) Goffman, E. (1994). «Τα άσυλα». Αθήνα. Εκδόσεις: Ευρύαλος
- 38) ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ. (1994). «Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική σε έναν μεταβαλλόμενο κόσμο». Αθήνα. Εκδόσεις: Επτάλοφος.
- 39) Κυριαζή, Ν. (1999). «Η κοινωνιολογική Έρευνα». Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- 40) Λειβαδίτης, Μ. Δ. (1994). «Ψυχιατρική και Δίκαιο». Αθήνα. Εκδόσεις: Παπαζήση
- 41) Σακέλλης, Γ. , Συνήγορος του Πολίτη- Ανεξάρτητη Αρχή. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα- Ανάγκες Προτάσεις Λύσεις, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα 2009
- 42) Καλλινικάκη Θ. , Κοινωνική Εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- 1) Μ.Θεοδωράτου, Δ.Ταφιάδης , Μ.Μπούρα, Δ. Σάννας (2004) Τρόποι διαχείρισης εργασιακού άγχους και επαγγελματικών προβλημάτων των Κοινωνικών Λειτουργών, Περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 75, σελ. 147- 165
- 2) Μ. Κοτταρίδου, Γ. Παπαδόπουλος, Μ. Δούκα, (2007) Η σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας στις ενδιάμεσες δομές, περιοδικό Εργοθεραπεία, τεύχος 31 σελ 18-21
- 3) Α. Ζαρταλούδη, Μ.Μαδιανός, (2010) Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης ψυχιατρικών περιπτώσεων και της θεραπευτικής παρέμβασης, περιοδικό Εγκέφαλος τεύχος 47
- 4) Ι.Παυλίδης, Γ.Αγγελίδης, Ο. Πανταζή , Μ.Μπούκση, Ι. Γκόλια, Β.Καρπούζα, Μ. Παπαδοπούλου, Α.Κανίστρας, (2002) Επιθετικότητα στο ψυχιατρείο: Συγκριτική άποψη προσωπικού και ασθενών περιοδικό Εγκέφαλος τεύχος 39
- 5) Ε. Κουκιά, Μ.Μαδιανός, Οικογενειακή επιβάρυνση και ψυχική αρρώστια: Μέθοδοι εκτίμησης, περιοδικό Εγκέφαλος τεύχος 41
- 6) Α.Ζήση, Σ. Στυλιανίδης, (2004) Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές, περιοδικό Εγκέφαλος τεύχος 41
- 7) Χ. Βαρλάμη, Ε.Χριστοπούλου, (2006), Ο Ελληνικός Ψυχιατρικός Τύπος 1902-2004, περιοδικό Εγκάφαλος τεύχος 4
- 8) Ζήση, Α. (2005). Υγεία: Μια κοινωνικο-ψυχολογική προσέγγιση. Περιοδικό Ιατρική τεύχος 41, 27-32.
- 9) Γ.Μπούρας, Λ.Λύκουρας, (2011) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία, περιοδικό Εγκέφαλος τεύχος 48, σελ. 54-61

- 10) Ζήση, Α. (2001). Χρόνιοι Ψυχικά Πάσχοντες και Κοινωνική Επανάταξη, περιοδικό Πολίτης τεύχος 93 σελ. 5-7
- 11) Β.Π. Κονταξάκης, (2007) Ψυχικές Διαταραχές και βία : Περίληψη, περιοδικό Εγκέφαλος τεύχος 4
- 12) Δ. Δημελλής, (2004) Ψυχιατρική και ΜΜΕ. Εξοικείωση με την ψυχική αρρώστια ή διαστρέβλωση της πραγματικότητας; περιοδικό Εγκέφαλος τεύχος 3
- 13) Α. Καρβέλας, (2002) Επιληψίες και Ψυχικές Διαταραχές, περιοδικό Εγκέφαλος τεύχος 1
- 14) Α. Ζήση, (2001) Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες. Ερευνητικές εξελίξεις και νέες προοπτικές, περιοδικό Εγκέφαλος τεύχος 2

ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

- <http://www.kepsyan.gr/articles.asp?id=63&root=45>
Ιστότοπος Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αγίου Νικολαου Κρήτης. (28-09-2013)
- http://www.agandreashosp.gr/depts/kpy/kpy_lei_5.htm
Ιστότοπος Γενικού Νοσοκομείου Πατρών " Ο Άγιος Ανδρέας. (28-09-2013)
- <http://www.moh.gov.gr/>
Ιστότοπος Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- <http://www.mentalhealthmap.gr/>
Χάρτης Μονάδων Ψυχικής Υγείας
- <http://www.who.int/en/>
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- <http://www.psypirosi.gr/>
Πανελλαδική Συσπείρωση για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση
- http://www.ygeiapronoia.gr/Uploads/announcements/2013/Conference_Agenda.pdf
Υπουργείο Υγείας: Αναπτυξιακό συνέδριο για το νέο σχέδιο ανάπτυξης του τομέα “Υγεία, 2014- 2020” (22-05-2013)