



Α.Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Άσυλο και αποασυλοποίηση»



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

Κυριακοπούλου Παρασκευή

Σκιαδά Δήμητρα

Φαρμάκη Γιαννούλα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Βαλσάμη Ουρανία

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014

"Asylum and uninstitutionalization"



Α.Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
«Άσυλο και αποασυλοποίηση»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

Κυριακοπούλου Παρασκευή
Σκιαδά Δήμητρα
Φαρμάκη Γιαννούλα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Βαλσάμη Ουρανία

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

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ABSTRACT	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	iv
ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	viii
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ	ix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	10
1.1 Ορισμός	10
1.2 Χαρακτηριστικά και Κατηγοριοποίηση των ψυχικών ασθενειών	12
1.3 Στατιστικά Δεδομένα	14
1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση των ψυχικών νόσων	16
1.5 Οι κυριότερες ψυχικές ασθένειες που οδηγούν στην ασυλοποίηση	18
1.5.1 Σχιζοφρένεια	18
1.5.2 Κατάθλιψη	20
1.6 Το στίγμα που ακολουθεί την ψυχική νόσο	22
1.6.1 Προκαταλήψεις, Κοινωνικά Πρότυπα και Αυτοστιγματισμός	23
1.6.2 Στίγμα, Πολιτική και ΜΜΕ	26
1.7 Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΟΜΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	34
3.1 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	34
3.2 Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου	36
3.3 Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ψυχικής Υγιεινής	37

3.4 Εξωτερικά Ιατρεία	38
3.5 Νοσοκομείο Ημέρας	39
3.6 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Διαμερίσματα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης	40
3.7 Κινητές Μονάδες	41
3.8 Ιδιωτική ψυχιατρική φροντίδα	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	43
4.1 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	43
4.2 Το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο	47
4.3 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Αττικής	56
4.4 Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο	57
4.5 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	59
4.6 Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης	62
4.7 Ψυχιατρείο Πέτρας Ολύμπου	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΠΟ-ΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ	69
5.1 Ορισμοί	69
5.2 Η ιστορία του ασύλου	71
5.3 Ιστορία του ασύλου στην Ελλάδα	74
5.4 Εμφάνιση και εξέλιξη αποασυλοποίησης	78
5.5 Στάδια αποασυλοποίησης	80
5.6 Υφιστάμενη κατάσταση	82
5.7 Ο ρόλος του προσωπικού στην αποασυλοποίηση	86
5.7.1 Ο ρόλος του Ψυχιάτρου	88
5.7.2 Ο ρόλος του Ψυχολόγου	88
5.7.3 Ο ρόλος του Νοσηλευτή	89
5.7.4 Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή	90

5.7.5 Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας _____	90
5.7.6 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού _____	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Το Εθνικό Πρόγραμμα <i>Ψυχαργός</i> _____	98
6.1 Η Α΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2000-2006) _____	101
6.2 Η Β΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2007-2010) _____	108
6.3 Η Γ΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2011-2020) _____	112
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ _____	114
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	119

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση τηςπτυχιακής εργασίας μαςθα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πρωταρχικά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας, κ. Γιαλούρη Μαρία, για τις πολύτιμες συμβουλές, τα σχόλιά της, μα κυρίως για την ενθάρρυνση και την υποστήριξη που μας προσέφερε σε όλα τα στάδια εκπόνησής της.

Φυσικά θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές του προγράμματος σπουδών μας, οι οποίοι με τη συνεχή καθοδήγησή τους, συνέβαλαν ώστε να ολοκληρώσουμε με επιτυχία τις σπουδές μας.

Τέλος, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας, αλλά και τους φίλους μας που έδειξαν κατανόηση και μας συμπαραστάθηκαν σ' αυτή την προσπάθεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ιστορία της ψυχικής νόσου ξεκινά ήδη από τα πρώτα χρόνια της ιστορίας της ανθρωπότητας. Ανάλογα με τις κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες που επικρατούσαν κάθε εποχή, η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών ήταν διαφοροποιημένη. Από την δαιμονοποίησή τους μέχρι την προσπάθεια κατανόησης των χαρακτηριστικών κάθε νόσου, οι ψυχικά ασθενείς είχαν να αντιμετωπίσουν εκτός από την ίδια την ασθένεια και την κατακραυγή της κοινωνίας, το στίγμα και την απομόνωση. Σταδιακά, έγιναν σημαντικές προσπάθειες να αλλάξει αυτή η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών και δόθηκε έμφαση όχι μόνο στη θεραπεία, αλλά και στην ένταξή τους μέσα στην κοινωνία. Για το λόγο αυτό, περάσαμε σιγά σιγά από την εποχή του ασύλου σε αυτήν της από- ασυλοποίησης. Πρόκειται για μια διαδικασία στην οποία κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η ομάδα που απαρτίζεται από επαγγελματίες υγείας μεταξύ των οποίων ξεχωρίζει ο κοινωνικός λειτουργός. Κι αυτό διότι θα μεσολαβήσει μεταξύ του αρρώστου και της κοινωνίας και θα προετοιμάσει κατάλληλα τις συνθήκες για την αποδοχή του μέσα στους κόλπους αυτής. Παρόλα αυτά, όμως, και παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έχουν συντελεστεί, η από- ασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών παραμένει ακόμα σε θεωρητικό επίπεδο, καθώς προβλήματα στη δομή και τη λειτουργία των κέντρων θεραπείας σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων δυσχεραίνει το έργο των επαγγελματιών υγείας και κατ' επέκταση και την ίδια την έκβαση της από- ασυλοποίησης.

ABSTRACT

The history of mental illness starts from the earliest years of the history of mankind. Depending on the social and political conditions prevailing in each era, the treatment of the mentally ill was diversified. From demonized by trying to understand the characteristics of each disease, the mentally ill had to face other than the disease itself and the condemnation of society, the stigma and isolation. Gradually, efforts were made to change this treatment of the mentally ill and the emphasis was not only on treatment but also on their integration into society. For this reason, we moved slowly since the asylum therein to Commission institutionalization. It is a process in which the central role played by the group composed of health professionals among which the social worker. This is because you will mediate between the patient and society and prepare suitable conditions for accepting up within it. And yet, despite the considerable efforts that have occurred, Deci- institutionalization of the mentally ill is still a theoretical level, as problems in the structure and operation of treatment centers in combination with the lack of resources leads complicates the work of health professionals and therefore hinders the actual outcome to Commission institutionalization.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική νόσος έχει συνδεθεί με την ίδια την ιστορία του ανθρώπου και της ανθρωπότητας. Παρόλα αυτά, φαίνεται πως η αντιμετώπισή της ήταν διαφορετική ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούσαν, συνθήκες κοινωνικές, θρησκευτικές, ακόμα και πολιτικές και οικονομικές.

Έτσι, βλέπουμε ότι ήδη κατά την αρχαία ελληνική περίοδο οι ψυχικά ασθενείς λάμβαναν τη θεραπεία μέσα στα «Ασκληπεία». Αργότερα, κατά την σκοτεινή εποχή του Μεσαίωνα ο ψυχικά ασθενής θεωρούνταν «δαιμονισμένος» και γι' αυτό το ρόλο θεραπεία έπρεπε και μπορούσε να λάβει μόνο μέσα στα μοναστήρια και στις εκκλησίες. Στο Μεσαίωνα η ψυχική αρρώστια ήταν ταυτόσημη με την αμαρτία όπως και οι ασθενείς. Μόλις κατά το τέλος του 18^{ου} αιώνα άρχισαν να ιδρύονται τα πρώτα ψυχιατρικά ιδρύματα στην Ευρώπη και συγκεκριμένα στη Γαλλία και από τότε και μέχρι το 19^ο αιώνα το άσυλο αρχίζει να παίρνει τη γνωστή μέχρι σήμερα μορφή του. (Ζακυνθινάκη, 2006).

Σύμφωνα με τη Ζακυνθινάκη (2006) «Στην Ελλάδα η πρώτη εκδήλωση κρατικής μέριμνας ήταν η δημοσίευση του νόμου ΨΜΒ της 19ης Μαΐου του 1862 «περί συστάσεως φρενοκομείων», ο οποίος έμεινε για πολλά χρόνια ανεφάρμοστος. Η Ελλάδα απέκτησε το πρώτο ψυχιατρείο με την προσάρτηση των Επτανήσων το 1864 στην Κέρκυρα, το οποίο είχε ιδρυθεί το 1838 και λειτουργούσε ως «φρενοκομείο» από την Αγγλική Αρμοστεία. Ακολούθησαν το Δρομοκαΐτειο 1889 και το Αιγινήτειο 1905. Αυτά τα τρία ιδρύματα μαζί με μερικές ιδιωτικές κλινικές «κάλυπταν» στις αρχές του 20ού αιώνα τις ανάγκες των ασθενών για ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα».

Σταδιακά ήταν τέτοιο το μέγεθος και το πλήθος των ψυχικά ασθενών, ώστε άρχισαν να δημιουργούνται οι πρώτες «αποικίες», οι πρώτες «κατοικίες» των ψυχικά ασθενών στη Λέρο και τη Σαλαμίνα.

Σε κάθε φάση, όμως, της πορείας και εξέλιξης της αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών, την ψυχική νόσο ακολουθούσε ένα πλήθος προκαταλήψεων και στερεοτύπων που τελικά οδηγούσε στην στιγματοποίηση των ασθενούς και στον κοινωνικό του αποκλεισμό.

Βέβαια, δεν μπορεί να παραβλεφθεί το γεγονός πως και στην Ελλάδα συντελέστηκαν αλλαγές ως προς την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Θεσπίστηκαν νόμοι και διατάγματα για την προστασία των δικαιωμάτων των τελευταίων, ενώ προωθήθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία απέβλεπε στην

από- ασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και τελικά στην παροχή των κατάλληλων ευκαιριών, ώστε να ενσωματωθούν μέσα στην κοινωνία και να καταστούν ενεργά μέλη της.

Στην Ελλάδα η ψυχιατρική αυτή μεταρρύθμιση, η οποία εκφράζεται μέσα από την αποασυλοποίηση ξεκίνησε αρκετά χρόνια αργότερα, κατά τη δεκαετία του 1980 από τη Λέρο, όπου έγινε αντιληπτή η ανάγκη να μετατεθεί το ενδιαφέρον από την καθεαυτή ψυχιατρική φροντίδα και να μετατοπιστεί στην κοινότητα. Το γεγονός αυτό οδήγησε σταδιακά στην δημιουργία χώρων στέγασης και φιλοξενίας των ασθενών εκτός του νοσοκομείου, όπως και στην μεταρρύθμιση μέσω του εθνικού σχεδιασμού *Ψυχαργός*. Το πρόγραμμα αυτό προβλέπει την αποασυλοποίηση των ψυχικά πασχόντων μέσω της σταδιακής μείωσης των κλινών των ψυχιατρικών έως την κατάργηση αυτών, την ταυτόχρονη ανάπτυξη κλινών σε ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και τη μεταφορά των ασθενών σε ξενώνες ή άλλες δομές (οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα κ.ά.).

Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία, η διαδικασία της αποασυλοποίησης περιλαμβάνει δύο στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο, καταγράφονται λεπτομερώς οι συνθήκες που είχε ο ψυχικά ασθενής, ο τρόπος με τον οποίο ζούσε, αλλά και χαρακτηριστικά όπως το μέγεθος της νόσου, η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού και άλλων συναφών θεμάτων που σχετίζονται με την οικογένεια και δύνανται να επηρεάσουν την εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον, καταγράφονται στο στάδιο αυτό πληροφορίες σχετικές με την επαγγελματική του δραστηριότητα, τη δυνατότητα να βρει και να συντηρήσει μια στέγη και γενικά πληροφορίες σχετικές με το βαθμό στον οποίο ο ασθενής μπορεί να λειτουργήσει έξω από το χώρο του ασύλου (Μαδιανός 1994: 92).

Παρόλα αυτά, σήμερα παρατηρούνται προβλήματα τα οποία δυσχεραίνουν τη διαδικασία αυτή της από- ασυλοποίησης. Προβλήματα τα οποία σχετίζονται με ανεπάρκειες στον τρόπο με τον οποίο δομούνται και λειτουργούν τα ιδρύματα τα οποία ασχολούνται με την ψυχική υγεία, οι οποίες εγκλωβίζουν ακόμα περισσότερο τους εργαζομένους σε αυτό το ανεπιθύμητο κλίμα ιδρυματοποίησης. Οι εργαζόμενοι αρχικά αναλαμβάνουν το έργο τους με ενθουσιασμό και με θετικά συναισθήματα. Σταδιακά, όμως, οι ανεπάρκειες αυτές τους απογοητεύουν με αποτέλεσμα να

κουράζονται ψυχικά από το ίδιο το έργο τους. Στην εξουθένωση αυτή πέρα από τις συνθήκες εργασίας οδηγεί και η αργή πορεία των ασθενών. Πρόκειται για το λεγόμενο «Burnout Syndrome», ή αλλιώς το «Σύνδρομο Ψυχικής Εξουθένωσης» (Μεγαλοοικονόμου 1997: 10).

Για μια σωστή θεραπεία αλλά και αποασυλοποίηση των ασθενών θα πρέπει να δράσει με τον αποτελεσματικότερο τρόπο μια ολόκληρη ομάδα επαγγελματιών. Στο πλαίσιο αυτό αναβαθμίστηκε κι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος μπορεί πλέον να συμμετέχει και να καθορίζει με τον τρόπο του τους τομείς πρόληψης, θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (Παπαγεωργίου, 2002:402-407).

Σε κάθε περίπτωση, υπάρχει ακόμα αρκετός δρόμος που πρέπει να διανύσει η χώρα μας ώστε να μπορέσει να πραγματοποιήσει τους στόχους που έχει θέσει για την ανθρωπιστικότερη αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών και την παροχή όλων εκείνων των εφοδίων που όχι μόνο θα οδηγήσουν στη θεραπεία τους, αλλά θα τους βοηθήσουν να επανενταχθούν με τις καλύτερες προοπτικές μέσα στο σύνολο της κοινωνίας. Για το λόγο αυτό, απαιτείται ο ενεργός ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των κοινωνικών λειτουργών, αλλά και όλων όσων εμπλέκονται με το χώρο της υγείας ώστε να πάψει πια να στιγματοποιείται ο ψυχικά ασθενής και να βρει τη θέση και το ρόλο του μέσα στην κοινωνία.

Η δομή της εργασίας αυτής, λοιπόν, έχει ως εξής: στο πρώτο κεφάλαιο (*Κεφάλαιο 1*) αναφερόμαστε στον ορισμό της ψυχικής ασθένειας και στα χαρακτηριστικά εκείνων των ασθενειών, όπως είναι η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στον εγκλεισμό του ασθενούς σε κάποιο άσυλο ή σε κάποιο ίδρυμα αποκατάστασης. Στο ίδιο κεφάλαιο αναφερόμαστε στις προκαταλήψεις και το στίγμα που ακολουθούν την ψυχική νόσο και δυσχεραίνουν την ένταξη και τη λειτουργία του ψυχικά ασθενούς μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Στο κεφάλαιο που ακολουθεί (*Κεφάλαιο 2*), αναφερόμαστε στα βασικά δικαιώματα των ψυχικά ασθενών τα οποία η ελληνική έννομη τάξη προσπαθεί μέσα από νόμους και διατάγματα να προστατέψει, αλλά η προστασία αυτή παραμένει σε θεωρητικό επίπεδο. Στο *Κεφάλαιο 3* αναφερόμαστε στις βασικές δομές οι οποίες λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα με βάση το νομοθετικό πλαίσιο και στοχεύουν στην περίθαλψη και προστασία των ψυχικά ασθενών, ενώ στο *Κεφάλαιο 4* αναφερόμαστε στα βασικά κέντρα τα οποία λειτουργούν σήμερα σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας και ποιά

άσυλα έχουν λάβει ένα νέο ρόλο, ο οποίος παρέχει τη δυνατότητα στους ασθενείς όχι μόνο να λάβουν τη θεραπεία που απαιτείται αλλά και να αποκτήσουν όλα εκείνα τα εφόδια που θα τους βοηθήσουν να καταστούν και πάλι ενεργά μέλη της κοινωνίας. Στο *Κεφάλαιο 5* αναφερόμαστε στις βασικές έννοιες της ασυλοποίησης και της από-ασυλοποίησης, στα στάδια αλλά και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτή κατά την εφαρμογή της σήμερα, ενώ στο *Κεφάλαιο 6* αναφερόμαστε στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που συντελέστηκαν στην ελληνική ψυχιατρική μέσω του προγράμματος *Ψυχαργός*. Ακολουθούν τα *Συμπεράσματα* και η *Βιβλιογραφία*.

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μέσω της εργασίας αυτής επιχειρούμε μια βιβλιογραφική επισκόπηση των προσπαθειών που έχουν συντελεστεί στο πέρασμα των χρόνων αναφορικά με την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Πιο αναλυτικά, στόχος μας είναι να παρουσιάσουμε τη σταδιακά μετάβαση από τη δαιμονοποίηση και τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών μέσα σε ιδρύματα και άσυλα και τη συνειδητοποίηση της ανάγκης για μια πιο ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Η τελευταία επέβαλλε μια μεταρρύθμιση στον τρόπο λειτουργίας των ψυχιατρικών δομών, αλλά και στις ίδιες τις δομές. Παρόλα αυτά, αυτό που θέλουμε να δείξουμε μέσω της εργασίας αυτής είναι ότι ακόμα και μετά από όλες αυτές τις προσπάθειες, εξακολουθεί η κοινωνία μας να στιγματίζει τους ψυχικά ασθενείς, ενώ ακόμα και σήμερα η πρακτική του ασύλου δε φαίνεται να έχει ξεπεραστεί πλήρως.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

- **Ψυχική Υγεία:** είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1998)
- **Ψυχική Ασθένεια:** ορίζεται ως ένα σύνδρομο με κλινικά χαρακτηριστικά, το οποίο επηρεάζει την συμπεριφορά των ασθενών. Χαρακτηρίζεται από δυσφορία, με δυσλειτουργία σε όλα τα επίπεδα της συμπεριφοράς και της καθημερινότητας των ατόμων(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1998)
- **Αποασυλοποίηση:** αναφερόμαστε όχι μόνο στην έξοδο των ασθενών από τα νοσοκομεία και τα ιδρύματα, αλλά και την επανένταξή τους μέσα στην κοινωνία από την οποία προέρχονται. Αυτό φυσικά δε μπορεί να επιτευχθεί παρά μόνο μέσω των κατάλληλων προγραμμάτων τα οποία πρέπει να συντάξει η πολιτεία και οι υπεύθυνοι φορείς, ώστε να επιτευχθούν οι σκοποί της αποασυλοποίησης (Πολυζόπουλος, 2013)
- **Πρόγραμμα «Ψυχαργός»:** βάσει αυτού συντελείται η αποασυλοποίηση ψυχικά πασχόντων, προβλέπει τη σταδιακή μείωση των κλινών των ψυχιατρείων έως την κατάργηση αυτών, την ταυτόχρονη ανάπτυξη κλινών σε ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και τη μεταφορά των ασθενών σε ξενώνες ή άλλες δομές (οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα κ.ά.)(Ζακυνθινάκη, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

1.1 Ορισμός

Από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ανάπτυξης της επιστήμης της ψυχιατρικής, ένα ερώτημα το οποίο απασχόλησε τους ειδικούς και τους απασχολεί ακόμα και σήμερα είναι ο τρόπος με τον οποίο μπορούμε να αντιληφθούμε εάν κάποιος είναι ψυχικά υγιής ή εάν πάσχει από κάποια ψυχική νόσο. Και τούτο διότι φαίνεται πως δεν υπάρχει ένα ξεκάθαρο και σίγουρο κριτήριο για να καταφέρουμε να δώσουμε μια σαφή απάντηση στο ερώτημα αυτό. Με άλλα λόγια, ακόμα και σήμερα υπάρχει ασάφεια ως προς τη λεπτή εκείνη διαχωριστική γραμμή που χωρίζει τον ψυχικά πάσχοντα από τον υγιή (Χριστοδούλου, 2000: 21).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν επίσημοι ορισμοί της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν τους ειδικούς και όλους όσους ασχολούνται και δραστηριοποιούνται στον τομέα της ψυχικής υγείας να προσδιορίσουν τον ψυχικά ασθενή και να τον διαχωρίσουν από το υγιές άτομο. Στο πλαίσιο αυτό, ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1998) είναι ιδιαίτερα χρήσιμος και συνίσταται στα εξής σημεία: *«Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας»*. Πρόκειται για έναν ορισμό ο οποίος συμφωνεί με την άποψη ότι η υγεία προσδιορίζεται όχι μόνο από τη βιολογική σκοπιά, αλλά και από την ψυχοκοινωνική σκοπιά. Ακόμη μεγαλύτερη σημασία έχει η κεντρική έμφαση που δίνει στο στοιχείο της ευεξίας. Το στοιχείο αυτό, μάλιστα, φαίνεται ότι έχει αξιοποιηθεί ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες με την παράλληλη έμφαση που δίνεται στην ποιότητα ζωής (Τριχόπουλος, Τζώνου & Κατσουγιάννη, 2000).

Ο ορισμός της Ψυχικής Υγείας πάλι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δίνει και αυτό έμφαση στο στοιχείο της ευεξίας. Μάλιστα, στον ορισμό αυτό δε γίνεται λόγος για απουσία ψυχικής νόσου. Πρόκειται για τον ακόλουθο ορισμό: *«Ψυχική Υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα»* (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1998).

Βλέπουμε ότι εκτός από το στοιχείο της ευεξίας στον ορισμό αυτό δίνεται έμφαση στη λειτουργικότητα του ατόμου μέσα στα πλαίσια μιας κοινότητας. Υπογραμμίζεται έτσι ότι το άτομο δε ζει «εν κενώ» αλλά ζει σε έναν ευρύτερο κοινωνικό χώρο στον οποίο συμβιώνει και συνεργάζεται, λειτουργεί μαζί με άλλα άτομα (Τριχόπουλος, Τζώνου & Κατσουγιάννη, 2000).

1.2 Χαρακτηριστικά και Κατηγοριοποίηση των ψυχικών ασθενειών

Αναφορικά, τώρα, με τον ορισμό της ψυχικής ασθένειας θα λέγαμε πως αυτή ορίζεται ως ένα σύνδρομο με κλινικά χαρακτηριστικά, το οποίο επηρεάζει την συμπεριφορά των ασθενών. Χαρακτηρίζεται από δυσφορία, με δυσλειτουργία σε όλα τα επίπεδα της συμπεριφοράς και της καθημερινότητας των ατόμων. Φυσικά, δε μιλάμε πια για απλές παρεκκλίσεις από μια φυσιολογική συμπεριφορά, αλλά για συμπεριφορές οι οποίες οφείλονται σε παθολογικά αίτια. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2002) για να μπορέσει μια διαταραχή να θεωρηθεί ως ψυχική διαταραχή θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από διάρκεια, από υποτροπιασμό και να οδηγεί σε δυσφορία ή μείωση της λειτουργικότητας των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι ψυχικές διαταραχές καθώς και οι διαταραχές της συμπεριφοράς μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες:

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές
- Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, οι οποίες οφείλονται στη χρήση διάφορων ψυχοδραστικών ουσιών
- Σχιζοφρένεια και λοιπές διαταραχές που μπορεί να οδηγήσουν σε παραληρηματικές συμπεριφορές
- Διάφορες διαταραχές της συμπεριφοράς
- Διαταραχές της διάθεσης
- Διάφορα είδη διαταραχών τα οποία σχετίζονται με τις λειτουργίες του σώματος και λοιπές φυσιολογικές λειτουργίες
- Διάφορα είδη συναισθηματικών διαταραχών, οι οποίες φαίνεται ότι ξεκινούν ήδη από την παιδική ή την εφηβική ηλικία
- Γενικά ψυχικές διαταραχές, οι οποίες δε μπορούν να ταξινομηθούν σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε πως λόγω της δυσκολίας καθορισμού και προσδιορισμού του όρου της ψυχικής νόσου και ασθένειας δεν υπάρχει μια κοινά γενική και καθολική εικόνα για την επιδημιολογία και τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής. Αντίθετα, φαίνεται πως αυτή εξαρτάται από την κάθε μορφή της ψυχικής διαταραχής και για το λόγο αυτό στο κεφάλαιο αυτό θα

ασχοληθούμε με τα βασικά χαρακτηριστικά που εμφανίζουν οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές.

Πριν την αναφορά αυτή, όμως, θα πρέπει να σημειώσουμε πως οι ψυχικές διαταραχές προσβάλλουν ανθρώπους και πληθυσμιακές ομάδες σε όλες τις χώρες του κόσμου. Για την ακρίβεια, φαίνεται ότι δεν προσβάλλουν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, αλλά ανθρώπους όλων των περιοχών και των χωρών, ανεξάρτητα από το φύλο και ανεξάρτητα από την προέλευση (αν δηλαδή προέρχονται από ένα αστικό ή αγροτικό περιβάλλον) (Christodoulou, 1991). Και ενώ μέχρι πρόσφατα πολλοί θεωρούσαν ότι η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών σχετίζεται περισσότερο με τις βιομηχανικές περιοχές, φαίνεται πως κάτι τέτοιο δεν ισχύει πια (Ζήση& Στυλιανίδης, 2004).

1.3 Στατιστικά Δεδομένα

Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία σήμερα σε παγκόσμιο επίπεδο περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από μια ψυχική διαταραχή ή από μια διαταραχή της συμπεριφοράς, ένας αριθμός που φαίνεται να αγγίζει το 70% του συνολικού πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο. Παρόλα αυτά φαίνεται ότι μόνο μια μικρή μερίδα των ατόμων αυτών λαμβάνει έστω και την στοιχειώδη θεραπεία που απαιτείται (Cockburn & Bernard, 2004; Laurant et al, 2005; Serrano-Blanco, 2009).

Αντίστοιχα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από κάποια μορφή ψυχικής ή συναισθηματικής διαταραχής αναμένεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο. Ο λόγος για την αύξηση αυτή έγκειται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής της ηλικίας των ανθρώπων παγκοσμίως, αλλά και σε φαινόμενα και καταστάσεις τα οποία συνδέονται με κοινωνικούς παράγοντες. Έτσι, για την αναμενόμενη αύξηση του αριθμού των πασχόντων μπορεί να οφείλονται τα αυξανόμενα κοινωνικά προβλήματα, αλλά και η φτώχεια, η ανεργία, η οικονομική μετανάστευση ακόμα και η προσφυγιά (Green et al, 2004).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περίπου το 10% των ενηλίκων εμφανίζει κάποια ψυχική διαταραχή, ένα ποσοστό το οποίο δεν έχει σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Αντίστοιχα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι περίπου το 20% με 25% του συνολικού παγκόσμιου πληθυσμού θα εμφανίσει σε κάποια στιγμή της ζωής του κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής (Health Organization 2001).

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως σύμφωνα με διεθνή μελέτη που διεξήχθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 24% του συνολικού πληθυσμού το οποίο επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει εμφανίσει μία ή και περισσότερες ψυχικές διαταραχές (Ustun and Sartorius, 1995).

Μεταξύ των κυριότερων, των δέκα (10) πρώτων αιτίων αναπηρίας συγκαταλέγονται η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, ο αλκοολισμός, αλλά και οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές (Watt, 2004). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένας στους τέσσερις ασθενείς εμφανίζει τουλάχιστον μια ψυχολογική διαταραχή. Οι διαταραχές με το μεγαλύτερο επιπολασμό είναι οι καταθλιπτικές (12,5%) και ακολουθούν οι αγχώδεις (12%) (Ansseau et al, 2004).

Αντίστοιχα φαίνεται πως και στην Ελλάδα κατά τις τελευταίες δεκαετίες το 14- 20% του συνολικού πληθυσμού εμφανίζει κάποια ψυχική διαταραχή (Μαυρέας, 2000). Από σχιζοφρένεια πάσχουν περίπου 100.000 άτομα, από κατάθλιψη 200.000 άτομα, ενώ συνολικά από κάποια ψυχονοητική διαταραχή πάσχουν περίπου 750.000 άτομα. Η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι αυξανόμενη, με τις αγχώδεις διαταραχές να εμφανίζονται ως και στο 25% του πληθυσμού (Φωτιάδου κ.ά, 2004).

1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση των ψυχικών νόσων

Αντίστοιχα, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2002) ο επιπολασμός, η εκδήλωση και η πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών καθορίζεται από μια ποικιλία παραγόντων. Αυτοί μπορεί να είναι:

- **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες:** Φτώχεια (ανεργία, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, περιθωριοποίηση, έλλειψη στέγης). Έρευνες σε χώρες όπως η Βραζιλία, η Χιλή, η Ζιμπάμπουε και η Ινδία, δείχνουν πως η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών ασθενειών σε φτωχούς είναι η διπλάσια από ό,τι σε πλουσίους).

- **Φύλο:** Σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει πως εντέλει σημαντική διαφορά στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών δεν υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων. Ωστόσο υπάρχει διαφορά στα είδη των ασθενειών που αναπτύσσουν. Για παράδειγμα στις γυναίκες είναι πιο συχνή η ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης ενώ στους άνδρες πιο συχνές είναι οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών και η διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας.

- **Ηλικία:** Από έρευνες έχει φανεί πως όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος τόσο αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ψυχικής ασθένειας όπως έχει βρεθεί είναι η τρίτη ηλικία με συνηθέστερη ασθένεια αυτή της κατάθλιψης. Άνθρωποι άνω των 65 παρουσιάζουν σε ποσοστό 11.2%.

- **Σοβαρές απειλές όπως συγκρούσεις, καταστροφές, πόλεμοι, κοινωνικές αναταραχές,** επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ατόμων και έχουν ως επακόλουθο ψυχικά προβλήματα. Το ένα τρίτο έως το ήμισυ των εμπλεκομένων, πάσχουν από ψυχολογικές διαταραχές. Η συχνότερη διάγνωση είναι η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (Posttraumatic stress disorder -PTSD), συχνά συνοδευόμενη από καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα που δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε να ονομαστούν διαταραχές.

- **Υπαρξη σοβαρών σωματικών ασθενειών** (πχ. Aids, καρκίνος, αναπηρία) συχνά κάνει τους ανθρώπους να υποφέρουν από ψυχολογικές επιπτώσεις (διαταραχές καθώς και άλλα προβλήματα). Οι επιπτώσεις του έντονου στιγματισμού και των

διακρίσεων εναντίον ανθρώπων είναι μεγάλες. Συνήθως αναπτύσσουν αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές προσαρμογής, διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών κ.α.

- **Οικογενειακό περιβάλλον:** Μελέτες έχουν δείξει πως πέραν το ότι το οικογενειακό περιβάλλον συχνά ευθύνεται για την ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών, έχει παρατηρηθεί πως το εκπεφρασμένο συναίσθημα παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Ασθενείς που επέστρεψαν μετά τη θεραπεία τους στο οικογενειακό τους περιβάλλον και αντιμετώπισαν θετικό κλίμα απέναντί τους, βοηθήθηκαν στο να καλυτερεύσει η κατάστασή τους ενώ αντιθέτως αντιμετωπίζοντας αρνητική στάση χειροτέρευε η κατάστασή τους.

Ας δούμε, όμως, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα κάποιων από τις βασικότερες ψυχικές νόσους, όπως είναι η σχιζοφρένεια που αποτελεί τον κύριο λόγο εισαγωγής σε ένα άσυλο και η κατάθλιψη, η οποία σε βαριά μορφή μπορεί να οδηγήσει τον πάσχοντα να εισαχθεί σε κάποιο άσυλο ή κάποιο ίδρυμα αποκατάστασης.

1.5 Οικυριότερες ψυχικές ασθένειες που οδηγούν στην ασυλοποίηση

1.5.1 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια, η βασίλισσα των ψυχώσεων κατά τον καθηγητή Πατρίκιο, κατέχει δεσπόζουσα θέση στο φάσμα των ψυχικών διαταραχών. Δεν είναι τόσο η συχνότητα της που προβληματίζει όσο το εύρος των λειτουργιών που προσβάλλει, η διάρκειά της, οι ατομικές και κοινωνικές επιπτώσεις και η ακόμα και σήμερα αδιευκρίνιστη αιτιολογία της. Τα κλινικά συμπτώματα της νόσου έχουν κιόλας περιγραφεί από τους πρώτους ιστορικούς χρόνους, παρότι η νοσολογική τους οριοθέτηση έγινε μόλις τα τελευταία 100 χρόνια. Για την ερμηνεία της συμπτωματολογίας της νόσου δοκιμάστηκαν όλες οι πιθανές εκδοχές από τη θεϊκή και δαιμονική παρέμβαση μέχρι τη βιολογική, πολιτισμική και ενδοψυχική της προέλευση. Η νόσος φαίνεται να διαπερνά τα χρονικά, πολιτισμικά, φυλετικά και γεωγραφικά όρια και αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως (Χριστοδούλου κ.ά., 2000: 276).

Η επικράτηση της σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της ζωής του γενικού πληθυσμού κυμαίνεται από 1-1.5%. Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Υφίστανται όμως διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς την έναρξη της νόσου, την κλινική πορεία και την επίδραση των διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι η κλινική συμπτωματολογία αρχίζει πρωιμότερα στους άνδρες (μέση ηλικία έναρξης τα 20 έτη) σε σχέση με τις γυναίκες (μέση ηλικία έναρξης τα 30 έτη) και προγνωστικά ευνοούνται περισσότερο οι γυναίκες. Η νόσος σπάνια αρχίζει πριν από τα 10 έτη ή μετά τα 50 και γενικά θεωρείται ως αρρώστια της νεότητας. Η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες πόλεις είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρουσιάζεται στις αγροτικές περιοχές (Cannonetal, 1998: 67- 74).

Τα κλινικά συμπτώματα της νόσου μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής (Στεφανήςκ.ά, 1990: 124-128):

- *Διαταραχές της σκέψης*: αποτελούν θεμελιώδη συμπτώματα της σχιζοφρένειας και διακρίνονται σε διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης, σε διαταραχές στη ροή της σκέψης, διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης και διαταραχές στο περιεχόμενο της σκέψης.

- *Διαταραχές της αντίληψης.* Εδώ υπάγονται οι ψευδαισθήσεις που είναι αντιλήψεις σε απουσία πραγματικού ερεθισμού και οι παραισθήσεις που αφορούν σε παραποίηση υπαρκτών ερεθισμάτων.
- *Διαταραχές του συναισθήματος.* Οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν αμφιθυμία, όπου κυριαρχούνται την ίδια στιγμή από αντιθετικά μεταξύ τους συναισθήματα, εμφανίζουν συναισθηματική δυσαρμονία, δηλαδή διάσταση μεταξύ της βαρύτητας και του μεγέθους του συγκινησιακού ερεθίσματος και της ανταπόκρισης του ασθενούς, καθώς και συναισθηματική έκπτωση. Και με τον όρο συναισθηματική έκπτωση αναφερόμαστε σε μια προοδευτική συρρίκνωση του εύρους του κραδασμού του συναισθήματος, το οποίο γίνεται αμβλύ και ρηχό. Στις άλλες συναισθηματικές διαταραχές των σχιζοφρενών υπάγονται η κατάθλιψη και η ευφορία, το άγχος, η αμηχανία και η συναισθηματική ακαμψία.
- *Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας.* Δεδομένου ότι το συναίσθημα και η βούληση είναι δυο λειτουργίες που συμπορεύονται, οι διαταραχές της πρώτης αντανακλούν διαταραχές της δεύτερης. Ως προς τη θέση και στάση του ασθενούς μπορούν να παρατηρηθούν θέσεις που μοιάζουν αφύσικες και επιτηδευμένες. Ως προς την ομιλία ο ασθενής μπορεί να επαναλαμβάνει άχρωμα σαν ηχώ της λέξης που ακούει, να μην απαντά καθόλου ή να επαναλαμβάνει στερεότυπα αδόκιμες δικές του λέξεις. Τέλος, η εκφραστικότητα του προσώπου του είναι μειωμένη, το βλέμμα υποκινητικό, σα να διαπερνάει το συνομιλητή κοιτάζοντας πίσω από αυτόν.

1.5.2 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή, από την οποία πάσχουν εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο. Η σημασία της κατάθλιψης δεν έγκειται μόνο στο μεγάλο αριθμό των ατόμων που υποφέρουν, καθώς πρέπει να συνεκτιμηθεί ο μεγάλος κίνδυνος αυτοκαταστροφής που απορρέει από αυτήν, καθώς και οι επιπτώσεις στην οικογένεια, την εργασία και το ευρύτερο περιβάλλον. Ωστόσο, οι βιωματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης για το ίδιο άτομο είναι αυτές που έχουν τη μεγαλύτερη σημασία. Μέτρο της οδύνης του καταθλιπτικού αρρώστου είναι ότι συχνά βλέπει το θάνατο ως λύτρωση, άρα η κατάθλιψη αποτελεί την πάθηση που οδηγεί συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη σε αυτοκτονία (Χριστοδούλου κ.ά., 2000: 327-329).

Η κατάθλιψη, όπως ήδη έχουμε πει, είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή με έναν στους δέκα ανθρώπους να νοσεί σε κάποια περίοδο της ζωής του. Ωστόσο, μόνο το 10-25% των πασχόντων υποβάλλονται σε θεραπεία. Η επικράτηση της νόσου είναι περίπου διπλάσια στις γυναίκες από τους άνδρες.

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης δεν είναι η ίδια σε όλους τους ασθενείς. Έτσι, άλλοι ασθενείς είναι λυπημένοι και τα βάζουν με τον εαυτό τους, άλλοι παραπονούνται για επίμονα σωματικά ενοχλήματα και σπανιότερα μπορεί να εκφράζουν ιδέες που χαρακτηρίζουν συνήθως παρανοειδείς καταστάσεις, όπως ότι κάποιος τους παρακολουθούν και θέλουν το κακό τους. Ωστόσο και οι τρεις αυτές κατηγορίες περιπτώσεων αποτελούν κλινικές εκφάνσεις της ίδιας νόσου, δηλαδή, της κατάθλιψης, και ανταποκρίνονται στην ίδια ή παραπλήσια θεραπευτική αγωγή. Όσον αφορά στην εμφάνιση ενός καταθλιπτικού αρρώστου παρατηρούνται άτονο και ικετευτικό βλέμμα, κυρτωμένη ράχη και ώμοι, παραμελημένη αμφίεση και μειωμένη κινητικότητα. Ο ασθενής φαίνεται κουρασμένος και δίνει την εντύπωση ότι η ηλικία του είναι μεγαλύτερη από την πραγματική. Τόσο η λεκτική όσο και η εξωλεκτική επικοινωνία είναι μειωμένες (Gelder, Mayou&Geddes,1999).

Στο 90% των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη παρατηρείται καταθλιπτικό συναίσθημα. Το συναίσθημα αυτό είναι κυριαρχικό και διαπεραστικό καταδυναστεύοντας όλη την ψυχική ζωή του αρρώστου. Δεν έχει κέφι, δε χαμογελά, συγκινείται και δακρύζει εύκολα για πράγματα που θα τον άφηναν άλλοτε αδιάφορο,

χάνει το ενδιαφέρον του για τη δουλειά στο σπίτι ή την εργασία του, είναι αναποφάσιτος και αναβλητικός. Τα βλέπει όλα μαύρα υποτιμώντας τα ευχάριστα γεγονότα και μεγαλοποιώντας τα δυσάρεστα με συνέπεια να κλείνεται στον εαυτό του. Ο ασθενής συνήθως αισθάνεται χειρότερα τις πρωινές ώρες, ενώ η κατάθλιψη του υποχωρεί το απόγευμα. Ο καταθλιπτικός ασθενής δε μπορεί πια να αντλεί ευχαρίστηση από τη ζωή. Η ομιλία του είναι διστακτική, μεγαλόφωνη και αργή, ενώ παρατηρείται επιβράδυνση στη σκέψη του. Ο ασθενής κουράζεται εύκολα και παρουσιάζει βραδύτητα στην επιτέλεση των σωματικών και ψυχικών λειτουργιών (Bloch&Singh, 2000).

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να επισημάνουμε πως οι ψυχικά ασθενείς, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους αλλά και μετά το πέρας αυτής δεν έχουν να αντιμετωπίσουν μόνο την ίδια τη νόσο. Δυστυχώς, έχουν να αντιμετωπίσουν και το στίγμα από ένα μεγάλο μέρος της κοινωνίας. Ακόμα και σήμερα, κοινωνίες όπως είναι η ελληνική διακατέχονται από προκαταλήψεις και στερεότυπα, τα οποία προέρχονται περισσότερο από το φόβο τους και την άγνοιά τους απέναντι στην ψυχική νόσο(Οικονόμου κ.ά, 2008). Ο φόβος, άλλωστε, απέναντι στο άγνωστο και το διαφορετικό είναι συνδεδεμένος με την ίδια την ανθρώπινη ύπαρξη, ο οποίος σε συνδυασμό με την άγνοια μπορούν να στιγματίσουν και να περιθωριοποιήσουν ένα άτομο το οποίο φέρει διαφορετικά χαρακτηριστικά, εν προκειμένω έναν ψυχικά ασθενή. Ας δούμε, όμως, ποια είναι τα αίτια αλλά και οι πτυχές της στιγματοποίησης των ψυχικά ασθενών.

1.6 Το στίγμα που ακολουθείτην ψυχική νόσο

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει σε προηγούμενα κεφάλαια, η κοινωνία έχει την τάση να στιγματίζει τους ψυχικά ασθενείς και να τους περιθωριοποιεί. Βέβαια, θα πρέπει να τονίσουμε πως πρόκειται για μια συμπεριφορά, η οποία δεν σχετίζεται αποκλειστικά με τους ψυχικά ασθενείς. Αντίθετα, ανέκαθεν η κοινωνία είχε την τάση να περιθωριοποιεί και να στιγματίζει οποιονδήποτε είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά από το σύνολο. Ήδη από την εποχή του Μεσαίωνα, άλλωστε, οι άνθρωποι έβαζαν σημάδια στους δούλους για να τους διαχωρίσουν από τον υπόλοιπο πληθυσμό και να δείξουν ότι επρόκειτο για κοινωνικά ανεπιθύμητους ανθρώπους. Στο πέρασμα των χρόνων πολλοί μελετητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν το χαρακτήρα και τα αίτια του στίγματος. Έτσι, ο Coffman (1963) αναφέρει ότι η κοινωνία στιγματίζει κάποιο άτομο το οποίο διακρίνεται από ένα ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό λόγω του οποίου παρεκκλίνει από το σύνολο της κοινωνίας. Αντίστοιχα, ο Scaff (όπ. αναφ. στον Μοσχονά, 2009) υποστηρίζει ότι αυτός ο στιγματισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός οφείλεται κατά κύριο λόγο στην παρέκκλιση ενός ατόμου από το ρόλο και την «ετικέτα» που του έχει αποδοθεί από το σύνολο του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Και ενώ πολλά είναι εκείνα τα χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να στιγματίσουν κάποιο άτομο, φαίνεται ότι το φαινόμενο αυτό οξύνεται ιδιαίτερα στην περίπτωση των ψυχικά νοσούντων λόγω κυρίως του φόβου και της άγνοιας που έχει η κοινωνία για τα άτομα αυτά.

1.6.1 Προκαταλήψεις, Κοινωνικά Πρότυπα και Αυτοστιγματισμός

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κοινωνία είχε και έχει ακόμα την τάση να θέτει στο περιθώριο και να απομονώνει τα άτομα εκείνα τα οποία θεωρεί πως αποκλίνουν από τα συνήθη πρότυπα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να στιγματίζονται ακόμα και άτομα, τα οποία παρουσιάζουν προβλήματα υγείας.

Θα μπορούσε να πει κανείς πως τα ψυχικά νοσήματα είναι αυτά που επιφέρουν ίσως το μεγαλύτερο στιγματισμό. Μάλιστα, διάφορες μελέτες και έρευνες έχουν καταδείξει πως ο στιγματισμός που συνδέεται με τα ψυχικά νοσήματα είναι μεγαλύτερος από οποιαδήποτε άλλη μορφή στιγματισμού και ασθένειας. Ο λόγος είναι ότι τα άτομα αυτά τα οποία παρουσιάζουν κάποια ψυχική νόσο θεωρούνται πιο επικίνδυνα από τα άτομα τα οποία έχουν άλλες μορφές ασθενειών. Ο φόβος αυτός, βέβαια, σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την άγνοια που έχει σήμερα το σύνολο σχεδόν της κοινωνίας σχετικά με την ψυχική νόσο και τα χαρακτηριστικά αυτής. Αλλά και η κοινωνία έχει μια διαφοροποιημένη στάση απέναντι στα άτομα αυτά με αποτέλεσμα να υπάρχει μια εικόνα για την ψυχική νόσο και τα άτομα που πάσχουν από αυτήν διαφορετική και αρκετά μακριά από την πραγματικότητα (Corrigan and Watson, 2002; Imran and Haider, 2007; Pitre et al., 2007).

Σε γενικές γραμμές και σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, τα άτομα τα οποία πάσχουν από μια ψυχική νόσο συγκεντρώνουν, σύμφωνα με την άποψη που έχει το σύνολο σχεδόν της κοινωνίας, τα παρακάτω χαρακτηριστικά: δεν περιποιούνται τον εαυτό τους, παρουσιάζουν μια οξύθυμη συμπεριφορά, ενώ συνήθως προέρχονται από ένα χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι οι ψυχικές διαταραχές δε θεραπεύονται και ότι ο ασθενής ο οποίος πάσχει από μια ψυχική νόσο είναι επιρρεπής σε βίαιες συμπεριφορές, ακόμα και στην εγκληματικότητα. Έτσι, ο κόσμος θεωρεί ότι τα άτομα που πάσχουν ή είχαν διαγνωσθεί στο παρελθόν με μια ψυχική νόσο είναι επικίνδυνα για το κοινωνικό σύνολο, ενώ παράλληλα δεν είναι ικανά να συμμετέχουν σε παραγωγικές διαδικασίες ή σε κοινωνικές δομές και ομάδες. Για το λόγο αυτό, το σύνολο σχεδόν της κοινωνίας θεωρεί πως τα άτομα αυτά θα πρέπει να απομονώνονται από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο και να κλείνονται σε ιδρύματα, καθώς η ασθένειά τους δεν πρόκειται ποτέ να θεραπευθεί.

Το γεγονός αυτό, μάλιστα, του κοινωνικού στιγματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού που συνοδεύει τα άτομα τα οποία πάσχουν από μια ψυχική νόσο, κάνει πολλά από τα άτομα αυτά να μην αναζητούν τη θεραπεία, ακόμα και αν χρειάζονται βοήθεια. Δεν παραδέχονται τα σημάδια της νόσου, ενώ τις περισσότερες φορές κατηγορούν τον εαυτό τους τόσο για την εμφάνιση της νόσου όσο και για την εξέλιξη αυτής, ακόμα και για την επιδείνωσή της.

Αντίστοιχα, οι οικογένειες των ατόμων αυτών τα οποία πάσχουν από μια ψυχική νόσο βιώνουν πολλές φορές τον στιγματισμό, ο οποίος μπορεί να επηρεάσει καταλυτικά την εξέλιξη της νόσου, ακόμα και την πορεία της θεραπείας(Μοσχονάς, 2009).

Η πρώτη επίπτωση που επιφέρει ο στιγματισμός είναι φυσικά η απομόνωση. Αυτό σημαίνει πως τα άτομα τα οποία πάσχουν από μια ψυχική νόσο τις περισσότερες φορές λόγω του φόβου τους για την αντιμετώπισή τους από τους συμπολίτες τους επιλέγουν να απομονωθούν από το υπόλοιπο σώμα της κοινωνίας (Björkman et al., 2007; Pitre et al., 2007; Sartorius, 1998; Μαδιανός1997).

Σύμφωνα με τους Ανδρέου & Καραβάτου (2004) μπορούμε σήμερα να κάνουμε λόγο για τέσσερις (4) κατηγορίες στίγματος. Πρόκειται για το στίγμα αναφορικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις, το στίγμα αναφορικά με τις κοινωνικές αντιλήψεις και τον τρόπο με τον οποίο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αναφέρονται και προβάλλουν το στίγμα, το στίγμα αναφορικά με τις πολιτικές και κοινωνικές δομές και τέλος, το στίγμα αναφορικά με την πρόσβαση που έχει ο ψυχικά ασθενής στους διάφορους κοινωνικούς ρόλους. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το στίγμα που συνδέεται με την ψυχική νόσο πολλές φορές επηρεάζει όχι μόνο τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και τους συγγενείς τους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως ο ασθενής που πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα όχι μόνο την περίοδο της νοσηλείας τους, αλλά και κατά την περίοδο της εξόδου του από το νοσοκομείο ή το ίδρυμα στο οποίο νοσηλευόταν. Θα λέγαμε πως πρόκειται για μια πολύ ιδιαίτερη περίοδο της ζωής του κατά την οποία το άτομο αναγκάζεται να αλλάξει την συμπεριφορά του ώστε να ανταποκριθεί καλύτερα στα νέα δεδομένα που προκύπτουν αυτή τη φορά (Καρύδη κ.ά., 2004).

Το γεγονός, μάλιστα, ότι τις περισσότερες φορές μετά το πέρας της θεραπείας η υποδοχή που δέχεται ο ασθενής από τους δικούς του ανθρώπους δεν είναι η επιθυμητή, προκαλεί ακόμα περισσότερα προβλήματα στην ψυχολογία του και στην εικόνα που σχηματίζει για τον εαυτό του (Καρύδη κ.ά., 2004).

Φαίνεται, λοιπόν, πως το στίγμα είναι συνυφασμένο με την ψυχική νόσο, αποτελεί την άλλη πλευρά της. Και αφορά όχι μόνο τον ασθενή, αλλά ολόκληρη την κοινωνία, η οποία παγιώνει στερεότυπα και συμπεριφορές και εξακολουθεί να αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό τον ψυχικά ασθενή, ακόμα και όταν έχει ολοκληρώσει τη θεραπεία του. Από την άλλη, το κράτος δε φαίνεται να μεριμνά ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση και να αλλάξει η κατάσταση αυτή που οδηγεί στον στιγματισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά νοσούντων, ενώ φαίνεται πως ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση ώστε το ευρύ κοινό να πάψει να φοβάται τους ψυχικά ασθενείς.

Είναι, λοιπόν, τόσο έντονο το φαινόμενο του στίγματος ώστε πολλές φορές παρατηρείται το φαινόμενο του αυτοστιγματισμού. Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής διαχειρίζεται τα προβλήματα τα οποία βιώνει και τα οποία σχετίζονται με τη νόσο, αλλά και τις κοινωνικές αντιδράσεις που δέχεται από την κοινωνία (Καρύδη κ.ά., 2004). Σύμφωνα με όσα αναγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία ο αυτοστιγματισμός μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια του αυτοσεβασμού (Καρύδη κ.ά., 2004; Μαδιανός, 1997) και πολλές φορές στην επιθετικότητα, αλλά και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

1.6.2 Στίγμα, Πολιτική και ΜΜΕ

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει στο προηγούμενο κεφάλαιο, ακόμα και σήμερα οι πολιτικές πρακτικές δεν είναι οι κατάλληλες ώστε να αντιμετωπίσουν επαρκώς το πρόβλημα του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών. Αντίθετα, φαίνεται ότι πολλές φορές οι πρακτικές που ακολουθούν είναι τέτοιες που ενισχύουν το πρόβλημα αυτό.

Είναι κοινά αποδεκτό, άλλωστε, ότι δεν παρέχουν την οικονομική στήριξη στα νοσοκομεία και στα ιδρύματα τα οποία ασχολούνται με την ψυχική υγεία και τη θεραπεία ή την αποθεραπεία των ψυχικά ασθενών. Πολλές φορές, μάλιστα, οι γιατροί, τα νοσηλευτικό και όσοι ασχολούνται με την ψυχική υγεία αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο από τις άλλες ειδικότητες και υφίστανται και οι ίδιοι μια μορφή προκατάληψης από μεγάλο μέρος της κοινωνίας, αλλά και από συναδέλφους τους στο χώρο της υγείας.

Φαίνεται ότι προς την κατεύθυνση αυτή του στιγματισμού της ψυχικής νόσου καθοριστικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν τα ΜΜΕ. Και αυτό γιατί ο ρόλος της τηλεόρασης και πλέον και του διαδικτύου μπορούν να επηρεάσουν σε μέγιστο βαθμό τις αντιλήψεις της κοινής γνώμης. Έτσι, βλέπουμε ότι η κυρίαρχη εικόνα που παρουσιάζεται μέσα από τα ΜΜΕ είναι αυτή του βίαιου ασθενή ο οποίος αποτελεί ένα επικίνδυνο μέλος για την υπόλοιπη κοινωνία. Αλλά και η εικόνα που παρουσιάζεται μέσα από τις ταινίες δείχνουν μια ακραία και διαφοροποιημένη εικόνα για τους ψυχικά ασθενείς, μια εικόνα που προκαλεί το φόβο στο ευρύ κοινό.

Βέβαια, δε θα πρέπει να παραβλέπουμε το γεγονός πως τη τηλεόραση μπορεί να επηρεάσει και θετικά την εικόνα που σχηματίζει η κοινή γνώμη για τους ψυχικά ασθενείς, καθώς η δύναμή της να εισβάλλει ταυτόχρονα σε έναν πολύ μεγάλο αριθμό θεατών είναι αναμφισβήτητη (Δημέλης, 2004).

Και παρά το ότι σήμερα υπάρχουν πολλές και διαφορετικές απόψεις σχετικά με το ρόλο της τηλεόρασης και για το αν θα πρέπει να προβάλλεται η ψυχική υγεία, είναι γεγονός πως ολοένα και περισσότερες τηλεοπτικές εκπομπές ασχολούνται με το θέμα της ψυχικής υγείας. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τον Δημέλη (2004) θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί από τους ειδικούς και τους επαγγελματίες της υγείας, οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη δύναμη της τηλεόρασης προς όφελος της ενημέρωσης του κοινού σχετικά με την ψυχική υγεία.

Έτσι μπορούμε εύκολα να καταλάβουμε πως σημασία δεν έχει τόσο η προβολή του ζητήματος της ψυχικής υγείας από τα ΜΜΕ, αλλά ο τρόπος με τον οποίο προβάλλεται αυτή. Εάν δηλαδή δημιουργεί μια θετική εικόνα στο κοινό ή επιτείνει την εικόνα αυτή του επιθετικού και επικίνδυνου αρρώστου, ο οποίος πρέπει να τεθεί στο περιθώριο για χάρη της ασφάλειας του συνόλου της κοινωνίας. Γιατί στην τελευταία αυτή περίπτωση, ο στιγματισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά αρρώστων είναι ακόμα πιο έντονα (Δημέλης, 2004).

Σύμφωνα με τον Μοσχονά (2009) θα πρέπει να υπάρξουν συγκεκριμένες στρατηγικές ώστε να μειωθεί και να εξαλειφθεί το φαινόμενο του στιγματισμού των ατόμων αυτών που πάσχουν ή έπασχαν στο παρελθόν από κάποια ψυχική νόσο. Έτσι, υποστηρίζει ότι θα πρέπει να υπάρξει αφενός μια μορφή διαμαρτυρίας απέναντι στον τρόπο με τον οποίο τα ΜΜΕ απεικονίζουν τους ψυχικά ασθενείς, ώστε να σταματήσει η κοινωνία να τους φοβάται και να συμπεριφέρεται εχθρικά απέναντί τους. Επιπλέον, θα πρέπει να υλοποιηθούν εκείνα τα προγράμματα που θα στοχεύουν στην επιμόρφωση και την εκπαίδευση των ατόμων και του συνόλου της κοινωνίας αναφορικά με την ψυχική νόσο και τα χαρακτηριστικά των ατόμων που νοσούν από αυτήν. Σκοπός σε κάθε περίπτωση είναι να αλλάξει η διαφοροποιημένη και ανακριβής αυτή εικόνα που ισχύει για τα άτομα με ψυχική νόσο και να αλλάξει η κοινωνία στάση απέναντί τους.

1.7 Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να στιγματίζουν και να περιθωριοποιούν τους ψυχικά ασθενείς (Corrigan & Watson, 2002).

Χαρακτηριστικό είναι πως τα δεδομένα που μας παρέχει η τρέχουσα βιβλιογραφία για τη διεθνή εμπειρία και πρακτική φαίνεται να επιβεβαιώνει τα παραπάνω. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν περίπου την ίδια γνώμη, την ίδια αρνητική εικόνα απέναντι στους ψυχικά αρρώστους με αυτή που έχει το σύνολο της κοινής γνώμης. Αντίθετα, οι ψυχίατροι, όπως είναι αναμενόμενο, έχουν θετική στάση, θετικότερη τουλάχιστον στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς (Imran & Haider, 2007).

Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία για την περίπτωση της Ολλανδίας αναφορικά με την στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική υγεία και τους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν κατέδειξε ότι η αρχικά ουδέτερη στάση τους απέναντι στους ασθενείς αυτούς μετατρέπεται σταδιακά και όσο μεγαλώνουν σε παθητικοποίηση απέναντι στους ασθενείς αυτούς και στην αποστασιοποίηση των ίδιων των επαγγελματιών υγείας. Φαίνεται, μάλιστα, ότι οι διευθυντές των υπηρεσιών αυτών που ασχολούνται με τη μέριμνα και τη φροντίδα των ατόμων αυτών που νοσούν από μια ψυχική ασθένεια παρουσιάζουν το μεγαλύτερο βαθμό αποστασιοποίησης, γεγονός που πιθανότατα οφείλεται στην έλλειψη επικοινωνίας και επαφής με τα άτομα αυτά (van Doeselaar et al., 2008).

Αντίστοιχα είναι τα δεδομένα που μας παρέχει η βιβλιογραφία για την Αυστραλία, το Βέλγιο, τη Φιλανδία, την Ινδία, την Εσθονία και τη Λετονία. Φαίνεται πως στις χώρες αυτές οι φοιτητές αυτοί έχουν την τάση να σχηματίζουν μια αρνητική στάση απέναντι στους ασθενείς που πάσχουν από μια ψυχική νόσο, από σχιζοφρένεια ή κάποια μορφή κατάθλιψης. Οι Bell et al. (2008) παραθέτουν τα εξής:

- *«Το 52.5% των Αυστραλών φοιτητών και το 65.1% των Φιλανδών συμφώνησε ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια είναι ένας κίνδυνος. Το 30% των Αυστραλών και το 60% των Λετονών και των Εσθονών συμφώνησαν ότι οι σχιζοφρενείς είναι πολύ δύσκολο να μιλήσουν και να επικοινωνήσουν φυσιολογικά με τον κόσμο. Το 9.8% των Βέλγων και το 43.8% των Φιλανδών θεωρούν τους βαριά*

καταθλιπτικούς σαν άτομα που κρίνουν και τιμωρούν πολύ αυστηρά τους εαυτούς τους (Bell et al., 2008).

- Οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι παρερμηνείες σε σχέση με τους ανθρώπους με τη σχιζοφρένεια και τη βαριά κατάθλιψη ήταν κοινές μεταξύ των σπουδαστών φαρμακευτικής σε όλες τις χώρες. Έτσι γίνεται αντιληπτό πόσο υστερούν τα συγκεκριμένα προγράμματα σπουδών σε σχέση με την πληροφόρηση που παρέχει και τις αντιλήψεις τις οποίες αναπτύσσονται μέσα σε αυτές τις σχολές για την ψυχική υγεία. Τα προγράμματα σπουδών θα πρέπει να προσεγγίζονται με ιδιαίτερη προσοχή ειδικά στα επαγγέλματα υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι πάρα πολύ προσεκτικοί από την ίδια τους την συμπεριφορά ως τη λέξη που θα χρησιμοποιήσουν καθώς εύκολα μπορούν ακούσια να συμβάλουν στο στίγμα με μια απροσεξία που μπορεί να έχεισημαντικές συνέπειες («ιατρογενές στίγμα»).
- Η έρευνα ολοκληρώνεται τονίζοντας πόσο ανησυχητικά είναι τα αποτελέσματα που βρέθηκαν (αρνητική στάση των φοιτητών φαρμακευτικής Αυστραλίας, Βελγίου, Φινλανδίας, Ινδίας, Εσθονίας και τη Λετονίας) όχι μόνο για την επικοινωνία των ναυριανών φαρμακοποιών με τους μελλοντικούς πελάτες τους- ψυχικά ασθενείς αλλά και διευρωτούμενοι για το κατά πόσο θα μπορέσουν να εξυπηρετήσουν αλλά και να βοηθήσουν ουσιαστικά τα άτομα αυτά».

Αυτό που πρέπει να τονίσουμε στο σημείο αυτό είναι πως η στιγματοποίηση δεν επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα μόνο στον ασθενή, αλλά και στην ίδια την οικογένειά του. Το σημαντικότερο είναι, όμως, ότι το άτομο που νοσεί σχηματίζει μια εικόνα για τον εαυτό του με βάση την εικόνα που έχει σχηματίσει η κοινωνία και τη συμπεριφορά που έχει αναπτύξει απέναντί του. Αυτό σημαίνει πως τις περισσότερες φορές ο ψυχικά ασθενής αποδέχεται την εικόνα που του έχει αποδώσει το κοινωνικό του περιβάλλον, με αποτέλεσμα πολλές φορές να παραιτείται και να αφήνει τους άλλους να διαχειρίζονται ακόμα και θέματα και υποθέσεις που αφορούν τον ίδιο. Στην ουσία, ο ψυχικά ασθενής καταλήγει να παραιτηθεί από το δικαίωμά του να έχει μια καλύτερη ζωή και μια καλύτερη αντιμετώπιση από το σύνολο της κοινωνίας της οποίας εξακολουθεί να αποτελεί μέλος. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι φορές που ο ψυχικά ασθενής απομονώνεται ακόμα και από το ίδιο του το φιλικό περιβάλλον ή

αντίθετα, το ίδιο το φιλικό του περιβάλλον τείνει να τον απομονώνει, καθώς αδυνατεί να κατανοήσει ορισμένα στοιχεία της συμπεριφοράς και της σκέψης του ψυχικά ασθενούς. Αλλά το ενδεχόμενο στίγμα και η κοινωνική απομόνωση μπορεί να φοβίσει την ίδια την οικογένεια του ψυχικά νοσούντος, η οποία δε μπορεί να αποδεχθεί εύκολα ότι ένα μέλος της νοσεί ψυχικά και ως εκ τούτου κρατά μυστική την ίδια την ασθένεια. Έτσι, ο ασθενής απομονώνεται ακόμα περισσότερο, δεν έχει τη δυνατότητα να λάβει τη βοήθεια και τη θεραπεία που χρειάζεται και τελικά η ασθένειά του επιδεινώνεται (Καλογεροπούλου, 2011: 35).

Σε κάθε περίπτωση, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το στίγμα έχει και κοινωνικές συνέπειες, καθώς στερεί από τα άτομα που νοσούν να έχουν μια ίση αντιμετώπιση αναφορικά με τη δυνατότητα στέγασής τους, τη δυνατότητα να εργαστούν, ακόμα και να αναπτύξουν κοινωνικές συναναστροφές και διαπροσωπικές σχέσεις. Άλλωστε, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το στίγμα, το οποίο συνδέεται κατά κύριο λόγο με ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια, αναπαριστάται με διαστρεβλωμένο τρόπο από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, γεγονός που αντί να οδηγεί στην άμβλυνση των στερεοτύπων οδηγεί στη διαιώνιση αυτών.

Όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές να λαμβάνουν έναν δευτερεύοντα ρόλο σε σχέση με την σωματική υγεία και τελικά να παραμελούνται. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε πως ακόμα και τα θεμελιώδη δικαιώματα των ατόμων αυτών με ψυχικά νοσήματα παραβιάζονται. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται από τις δύο καταδίκες που υπέστη πρόσφατα η Ελλάδα από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου αναφορικά με τις διαδικασίες ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας¹ και της παράνομης στέρησης της προσωπικής ελευθερίας των ψυχικά ασθενών (Φυτράκης, 2011).

Ας δούμε, όμως, με ποιο τρόπο η ελληνική έννομη τάξη επιχειρεί να προστατέψει τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

¹Κατά το άρθρο 95 παρ. 1 του Ν. 2071/1992 ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, λόγω του στίγματος και των στερεοτύπων που εξακολουθεί να έχει το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας, τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών τείνουν να καταπατώνται. Παρόλα αυτά, η ελληνική νομοθεσία έχει θεσπίσει ορισμένα δικαιώματα για τους ψυχικά ασθενείς με σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη νοσηλεία και διαβίωσή τους.

Πιο αναλυτικά, θα λέγαμε πως ο Νόμος 2071/ 1992, ο Νόμος 2519/ 1992 και ο Νόμος 2716/ 1999 ρυθμίζουν τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να οργανώνονται οι υπηρεσίες της ψυχικής υγείας. Τους νόμους αυτούς συμπληρώνουν διάφορες διατάξεις του Ποινικού και του Αστικού Κώδικα, όπως τα άρθρα 1666 του Αστικού Κώδικα και τα άρθρα 34, 69, 70 του Ποινικού Κώδικα.

Συγκεκριμένα, το 1992 με το άρθρο 47 του Νόμου 2071/ 1992² τέθηκαν οι βάσεις για τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενούς. Στην ουσία φαίνεται πως η Ελλάδα

²**Άρθρο 47 του Ν. 2071/1992:** «1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του 2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση 3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη του πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του 4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του 5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ.3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ιδίου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή 6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος 7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων

ήταν η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα η οποία προέβη στην ψήφιση μιας τέτοιας διάταξης σε μορφή νόμου (Μπιλανάκης, 2004: 149). Το σημαντικότερο είναι ότι ο νόμος αυτός θεσμοθέτησε τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, ενώ έθεσε το πλαίσιο για την αναμόρφωση του καθεστώτος της ακούσιας νοσηλείας.

Παρά το γεγονός, όμως, πως ο νόμος αυτός ψηφίστηκε το 1992 τέθηκε σε εφαρμογή μόλις κατά το έτος 1997. Την εποχή εκείνη αρχίζουν να θεσπίζονται όργανα για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, ενώ την ίδια εποχή αρχίζει να διαδίδεται και να προωθείται δυναμικά και με κάθε τρόπο η ανάγκη να προστατευθούν τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών (Σκάγκου, 2013: 99). Τελικά, τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών κατοχυρώθηκαν μόνο όταν πραγματοποιήθηκε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση³ (για την οποία θα μιλήσουμε σε επόμενο κεφάλαιο), ενώ την ίδια εποχή άρχισαν να αναπτύσσονται μηχανισμοί για την προστασία αυτών.

Το ίδιο έτος, το 1997, με το νόμο 2519 θεσπίστηκε η Εθνική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών. Στο πλαίσιο της επιτροπής αυτής άρχισε να λειτουργεί και μια ειδική επιτροπή η οποία είχε ως αρμοδιότητά της τον έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

Ο νόμος 2716, ο οποίος εκδόθηκε το 1999 σχεδιάστηκε και αυτός πάνω στις αρχές και στα αιτήματα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Σύμφωνα με το νόμο αυτό, το κράτος είναι αρμόδιο να παρέχει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ώστε να συμβάλει στην πρόληψη, στη διάγνωση, στη θεραπεία, την περίθαλψη και γενικά την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών⁴.

8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων»

³Για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θα κάνουμε λόγο σε επόμενο κεφάλαιο. Πολύ συνοπτικά, θα πρέπει να αναφέρουμε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ξεκίνησε στην Ελλάδα προς το τέλος του 1997 με την ονομασία Ψυχαργός και προκάλεσε την θεσμική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών στη χώρα μας.

⁴Στο άρθρο 1§2 του Ν. 2716/1999 ορίζονται οι εξής αρχές: «Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της

Θα πρέπει να επισημάνουμε πως μέχρι και τη δεκαετία του 1999, στη χώρα μας διασφαλιζόταν με έμμεσο τρόπο η προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Έτσι, υπήρχαν κανόνες και κανονισμοί που έπρεπε να ακολουθήσουν οι ιατροί, κώδικες ιατρικής δεοντολογίας οι οποίοι δεν αναφέρονταν άμεσα στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Σε κάθε περίπτωση, οι αρχές πάνω στις οποίες βασίζεται η άσκηση της επιστήμης της ψυχιατρικής είναι η αρχή της ωφέλειας, η αρχή της ισοτιμίας και η αρχή της δικαιοσύνης, η οποία ορίζει ότι κάθε πολίτης θα μπορεί να ασκεί χωρίς κάποιο κώλυμα τα δικαιώματά του, αλλά και να προστατεύεται από πιθανές περιπτώσεις ή απόπειρες παραβίασής τους (Μπιλανάκης, 2004: 149- 150).

Τέλος, θα πρέπει να σημειώσουμε πως ένα από τα βασικά ζητήματα τα οποία ρυθμίζει η ελληνική νομοθεσία είναι η ακούσια νοσηλεία για την οποία κάναμε λόγο σε προηγούμενο σημείο της εργασίας αυτής. Βέβαια, δεν είναι λίγοι αυτοί που θεωρούν πως η ακούσια νοσηλεία περιορίζει τα συνταγματικά δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Η τελευταία, η ακούσια νοσηλεία, μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε προληπτικά, όπως ορίζει ο νόμος 2071/ 1992 είτε ποινικά όταν έχει πραγματοποιηθεί μια αξιόποινη πράξη, όπως ορίζεται από τα άρθρα 69- 70 του Ποινικού Κώδικα για όλα τα άτομα τα οποία έχουν κριθεί ως επικίνδυνα για τη δημόσια ασφάλεια (Κοσμάτος, 2002).

Ας δούμε, όμως, ποιες είναι οι δομές περίθαλψης των ψυχικά ασθενών, όπως αυτές ρυθμίζονται και προβλέπονται από το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΟΜΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

3.1 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Ο παραδοσιακός χώρος στον οποίο νοσηλεύονται όλοι οι ψυχικά ασθενείς και ο οποίος παρέχει όλες τις υπηρεσίες για την ψυχική υγεία δεν είναι άλλος από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Ήδη από τη δεκαετία του 1930 τα μέχρι τότε άσυλα μετονομάστηκαν Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και μαζί με το όνομα άλλαξε η δομή και ο τρόπος λειτουργίας τους.

Αυτό σημαίνει πως στους χώρους αυτούς η έμφαση δεν δίνεται μόνο στη καθεαυτή ιατρική θεραπεία. Αντίθετα, στους χώρους αυτούς των ψυχιατρικών νοσοκομείων επιχειρείται μια κοινωνική προσέγγιση των ψυχικών ασθενειών. Έτσι, κοντά στους θεράποντες ιατρούς δρουν ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας κ.ά. Βασικό μέλημα όλων είναι πλέον να επιστρέψει ο ασθενής στους χώρους στους οποίους ζούσε μέχρι τότε κι όχι ο εγκλεισμός του σε νοσοκομείο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του (Falloon&Fadden, 1995: 137-139).

Πλέον, οι ασθενείς εισάγονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία με βάση το είδος της ψυχικής νόσου, αλλά και με βάση τις νομοθετικές ρυθμίσεις, οι οποίες ορίζουν ότι το *«επικίνδυνον του ασθενούς για τον εαυτό του ή τους άλλους καθορίζει την ανάγκη για ακούσια εισαγωγή και κράτηση στο Ψυχιατρείο»* (Blue, 1999). Είναι οι περιπτώσεις, βέβαια, κατά τις οποίες ο ασθενής αναγκάζεται να παραμείνει περισσότερο από όσο χρειάζεται στο νοσοκομείο. Πρόκειται για τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες οι ψυχικά ασθενείς δεν έχουν οικογένεια ή κάποιον άλλο φορέα για να τους στηρίξει. Αναφορικά με το προσωπικό, τώρα, το τελευταίο πρέπει να είναι καταρτισμένο, να έχει γνώσεις και να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο ώστε να είναι σε θέση να μεριμνά για τις ανάγκες των ασθενών. Παρόλα αυτά, η εικόνα των σύγχρονων νοσοκομείων θέλει το προσωπικό να βιώνει μια καθημερινή ρουτίνα, να λείπουν τα ερεθίσματα εκείνα τα οποία θα τους βοηθήσουν στο να κάνουν καλύτερα τη δουλειά τους. Σε αυτό συμβάλλουν και οι παγιωμένες και ιεραρχικές σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ του προσωπικού του νοσοκομείου. Οι καταστάσεις αυτές φαίνεται ότι εμποδίζουν την ανάπτυξη των εργαζομένων και οδηγούν σύμφωνα με την Φαφαλιού (1995: 292) στην ιδρυματοποίηση των ίδιων των εργαζομένων.

Στα παραπάνω προβλήματα δε θα μπορούσαμε να παραλείψουμε και τη γραφειοκρατία, η οποία πλήττει κάθε πτυχή της ελληνικής κοινωνίας και δημόσιας ζωής. Έτσι, η γραφειοκρατία και το πλήθος των νόμων και των κανονισμών

επιηρεάζει αρνητικά και το έργο όσων ασχολούνται με τη ψυχική υγεία των ασθενών (Blue, 1999: 108).

Σήμερα, υπάρχουν στη χώρα μας τα εξής ελληνικά δημόσια ψυχιατρεία: το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων που εξυπηρετεί την περιφέρεια της Κρήτης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου για την περιφέρεια των νησιών Αιγαίου, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης για την Πελοπόννησο, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας για τα νησιά Ιονίου και την Ήπειρο, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί) και το Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο για την Κεντρική Ελλάδα, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου για τη Θεσσαλία και τη Μακεδονία και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης για την περιφέρεια της Μακεδονίας και της Θράκης. Κάθε ένα από τα νοσοκομεία αυτά καλύπτει μια συγκεκριμένη περιφέρεια της χώρας και στοχεύει στην προαγωγή της υγείας (Νόμος Υπ' Αριθ. 2716).

3.2 Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου

Εκτός από τα νοσοκομεία τα οποία είναι ψυχιατρικά, τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθούν τομείς ψυχικής υγείας μέσα στα γενικά νοσοκομεία. Ο σκοπός είναι να καλυφθούν οι ανάγκες όλο και περισσότερων ασθενών, αλλά και τις ανάγκες των γενικών νοσοκομείων, τα οποία καλούνται πολλές φορές να νοσηλεύσουν ψυχικά ασθενείς. Φυσικά, όπως μπορεί να γίνει κατανοητό, οι τομείς αυτοί δεν μπορούν να καλύψουν μακροχρόνιες νοσηλείες, αλλά μπορούν άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες (Σακκάς, 2004: 852).

Στους τομείς αυτούς παρέχονται στον ψυχικά ασθενή καλύτερες συνθήκες περίθαλψης και υγείας, ενώ φαίνεται πως η επαφή και η επικοινωνία που έχει ο τελευταίος με το προσωπικό είναι σαφώς πιο βελτιωμένες και πιο ανθρώπινες από αυτές των ασύλων.

Στην Ελλάδα η πρώτη ψυχιατρική κλινική μέσα στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1978 από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης στην Αλεξανδρούπολη και στη συνέχεια στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης (Ιεροδιακόνου, 1988: 423).

Θα λέγαμε πως οι τομείς αυτοί στοχεύουν αφενός στη περίθαλψη και νοσηλεία των ψυχικά ασθενών. Ταυτόχρονα, όμως, οι τομείς αυτοί αποσκοπούν και στην ψυχολογική φροντίδα των ασθενών μέσω της οργάνωσης ομάδων με τα ίδια προβλήματα στις οποίες ο ψυχικά ασθενής θα νιώσει ασφάλεια ώστε να εκφράσει τα συναισθήματά του (Σακκάς, 2004: 854).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε πως σε αντίθεση με το νοσοκομείο στο οποίο ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί μετά από εισαγγελική παρέμβαση, στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων οι ασθενείς εισέρχονται με τη θέλησή τους. Άλλωστε, όπως έχει ήδη αναφερθεί, στους χώρους αυτούς δίνεται προτεραιότητα στην επικοινωνία του ασθενούς με το προσωπικό και στην ευαισθητοποίηση του τελευταίου απέναντι στα προβλήματα των ασθενών.

3.3 Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ψυχικής Υγιεινής

Πρόκειται για κέντρα, τα οποία κάνουν για πρώτη φορά την εμφάνισή τους στην Αμερική κατά τη δεκαετία του 1960. Η δημιουργία τους προήλθε από την ανάγκη όχι μόνο να θεραπευθούν τα ψυχικά νοσήματα, αλλά και να προληφθούν. Τα τελευταία χρόνια τα κέντρα αυτά ήρθαν και στην Ελλάδα, τα οποία κάποιες φορές συμπληρώνουν τη λειτουργία και τις παροχές του ψυχιατρικού νοσοκομείου. Στους χώρους αυτούς χρησιμοποιούνται πολλές και διαφορετικές τεχνικές, όπως είναι οι ψυχοθεραπείες, η συμβουλευτική, η φαρμακοθεραπεία κτλ, γεγονός που δείχνει πως η θεραπεία δεν παρέχεται μόνο από το ιατρικό προσωπικό, αλλά και από ένα πλήθος κοινωνικών επαγγελματιών που εργάζονται μέσα σε αυτά.

Μέσα σε ένα τέτοιο κέντρο, λοιπόν, λειτουργούν τμήματα συμβουλευτικής, τμήματα ψυχοθεραπειών, αλλά και τμήματα αποκατάστασης και περίθαλψης. Σημαντικό είναι το γεγονός πως το κάθε κέντρο είναι συνδεδεμένο με ενδονοσοκομειακή μονάδα, αλλά και μονάδα ημερήσιας περίθαλψης και αποκατάστασης. Παράλληλα, έχει άμεση σύνδεση και με άλλες υπηρεσίες, όπως είναι οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, αλλά και εργαστήρια (Μαδιανός, 1994: 260).

3.4 Εξωτερικά Ιατρεία

Τα εξωτερικά ιατρεία βρίσκονται στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων. Ο σκοπός είναι να αποφεύγεται ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση των ασθενών, η οποία, όπως θα δούμε στην συνέχεια, είναι πολύ έντονη ακόμα και σήμερα στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι αναζητούν τη θεραπεία τους σε ιδρύματα και σε νοσοκομεία.

Και στην περίπτωση αυτή, οι ασθενείς εισέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία συνήθως μόνοι τους ή μπορεί να εισέλθουν μετά από την παραπομπή τους από άλλα ιατρεία και άλλες ειδικότητες. Ο αριθμός, μάλιστα, των ασθενών αυτών που επιθυμούν την προσέλευσή τους σε κάποιο εξωτερικό ιατρείο διαφοροποιείται από περιοχή σε περιοχή ανάλογα με το είδος και την ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στις περιοχές αυτές. Φαίνεται, μάλιστα, ότι ο ρόλος τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην περίπτωση των ασθενών εκείνων οι οποίοι έχουν άμεση ανάγκη από θεραπεία και δε μπορούν να μετακινηθούν ή να μεταφερθούν σε κάποιο άλλο χώρο ή σε κάποιο άλλο ίδρυμα.

3.5 Νοσοκομείο Ημέρας

Το Νοσοκομείο Ημέρας αποτελεί ίσως το φορέα εκείνο, ο οποίος μπορεί να εξασφαλίσει την επαφή και επικοινωνία των ασθενών με την κοινότητα από την οποία προέρχεται και στην οποία ανήκει και επιθυμεί να επιστρέψει. Στην Ελλάδα το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας λειτούργησε το 1977 στα πλαίσια της ψυχιατρικής κλινικής του Αιγινήτειου.

Σύμφωνα με όσα αναφέρει η Blue (1999: 131) στα Νοσοκομεία Ημέρας μπορούν να απευθύνονται ασθενείς έως 20- 30 στον αριθμό, οι οποίοι πάσχουν από σοβαρής μορφής σχιζοφρένεια, από ψυχοσθένεια και άλλα τέτοια ψυχικά νοσήματα και είναι σε θέση να μετακινούνται καθημερινά από το χώρο του σπιτιού τους στο χώρο του νοσοκομείου. Έτσι, μεταφερόμενοι στο νοσοκομείο ημέρας, παρακολουθούν ένα πρόγραμμα 6 ωρών, το οποίο περιλαμβάνει ένα πλήθος δραστηριοτήτων όπως είναι η ζωγραφική, η συζήτηση και φυσικά η φαρμακευτική αγωγή. Βέβαια, δεν εισάγονται όλοι οι ασθενείς, αλλά υπάρχουν και κάποια κριτήρια, τα οποία πρέπει να τηρούνται. Αντίστοιχα, το προσωπικό του νοσοκομείου ζητά από τους ασθενείς να προτείνουν οι ίδιοι κάποιες δραστηριότητες, ενώ στόχος τους είναι να τους παροτρύνουν ώστε να παίρνουν μόνοι τους τα φάρμακά τους. Μια φορά την εβδομάδα, μάλιστα, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν κάποια καφετέρια ή κάποιον άλλο χώρο διασκέδασης, ενώ η επαφή και η επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας ή ακόμα και η ομαδική θεραπεία αποτελούν στοιχεία του προγράμματος αυτού.

Το γεγονός ότι ο ψυχικά ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο μόνο για μία ημέρα του δίνει τη δυνατότητα να αποφύγει τον στιγματισμό και να διατηρεί τις επαφές και την επικοινωνία του με τα μέλη της οικογένειάς του ή με τα μέλη της κοινότητας και της κοινότητάς του. Παράλληλα, μπορεί να λάβει τη θεραπεία του μακριά από το οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο μπορεί να τον περιόριζε και με αυτόν τον τρόπο η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική (Μαντωνάκης, 1999: 855-858).

3.6 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Διαμερίσματα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης

Οι χώροι αυτοί, οι ξενώνες, δηλαδή, τα οικοτροφεία και τα διαμερίσματα ημιαυτόνομης διαβίωσης αφορούν κατά κύριο λόγο την επανένταξη των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι ξενώνες δέχονται να φιλοξενήσουν άτομα τα οποία πέραν της ψυχικής ασθένειας που εμφανίζουν, παρουσιάζουν και ένα πλήθος κοινωνικών προβλημάτων, τα οποία απειλούν και την ίδια τη διαβίωσή τους. Πολλά από τα άτομα αυτά δεν έχουν ένα οικογενειακό περιβάλλον για να τα στηρίξει, ενώ υπάρχουν και οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες κρίνεται απαραίτητο να απομακρυνθεί το άτομο λίγο καιρό από το περιβάλλον της οικογένειάς του, ώστε να μπορέσει να θεραπευθεί (Ν. 2716/99). Στους ξενώνες αυτούς υπάρχει η δυνατότητα να φιλοξενηθούν έως και 20 άτομα, τα οποία φροντίζουν μόνα τους για την καθαριότητα του χώρου, το μαγείρεμα κτλ. Παράλληλα, οι ασθενείς παρακολουθούν και προγράμματα αποκατάστασης ή ακόμα και εργασίας.

Στα οικοτροφεία, αντίστοιχα, φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές, με σκοπό να θεραπευθούν, αλλά και να μπορέσουν να επανενταχθούν στην κοινωνία και να εξακολουθήσουν να έχουν σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας μέσα στην οποία επιθυμούν να επιστρέψουν (Ν. 2716/99). Στους χώρους αυτούς μπορούν να φιλοξενοούνται μέχρι και 25 ασθενείς, οι οποίοι μπορούν να παραμείνουν όσο διάστημα κρίνεται απαραίτητο. Οι αυτόνομοι ασθενείς, αυτοί δηλαδή, οι οποίοι είναι σε θέση να συντηρήσουν τον εαυτό τους μένουν σε διαμερίσματα ημιαυτόνομης διαβίωσης, τη λειτουργία και συντήρηση των οποίων αναλαμβάνουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, όμως, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνούν με το υπόλοιπο προσωπικό, να λαμβάνουν βοήθεια από τους νοσηλευτές ή τους κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ ισχυρή είναι και η παρουσία των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι φροντίζουν για την προεπαγγελματική και επαγγελματική εκπαίδευση των ασθενών και την έξοδό τους στην κοινωνία με όλα τα εφόδια εκείνα που θα τους εντάξουν σε αυτή (ή καλύτερα, θα τους επανεντάξουν) (Ν. 2716/99).

3.7 Κινητές Μονάδες

Οι κινητές μονάδες δεν είναι τίποτε άλλο παρά μονάδες, οι οποίες αποτελούνται από έναν ψυχίατρο, έναν ψυχολόγο, έναν κοινωνικό λειτουργό και έναν επισκέπτη υγείας. Κάποιες καθορισμένες ημέρες, ο κινητές αυτές μονάδες επισκέπτονται τα κέντρα υγείας με σκοπό να εξετάσουν τους αρρώστους. Κάποιες φορές, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, επισκέπτονται τα σπίτια των αρρώστων. Ως εκ τούτου, η θεραπεία δε διακόπτεται, ακόμα και όταν οι ασθενείς δε μπορούν να μετακινηθούν, ενώ παράλληλα οι κινητές αυτές μονάδες εξασφαλίζουν την κοινωνική επανένταξη των αρρώστων αλλά και την επαγγελματική τους επανένταξη (Ιεροδιακόνου, 1988: 428).

Φαίνεται, μάλιστα, πως η πρώτη κινητή μονάδα η οποία λειτούργησε ήταν αυτή στη Φωκίδα, η οποία άρχισε να προσφέρει τις υπηρεσίες της από το 1981 σε μια περιοχή στην οποία δεν υπήρχε καμία μέριμνα για τους ψυχικά ασθενείς. Έκτοτε, η χρήση τους επεκτάθηκε και σήμερα αποτελούν πια μέρος της ελληνικής πραγματικότητας (Πλουμπίδης, 2004: 211).

3.8 Ιδιωτική ψυχιατρική φροντίδα

Φυσικά, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούμε και στην ιδιωτική ψυχιατρική φροντίδα, η οποία έχει πλέον εξέχουσα θέση στην ψυχική υγεία και θεραπεία. Πρόκειται για έναν τομέα, ο οποίος δίνει την ευκαιρία στους ασθενείς που έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν μεταξύ των παροχών που έχουν στη διάθεσή τους.

Στην Ελλάδα η εμφάνιση των ιδιωτικών κλινικών πραγματοποιήθηκε μόλις στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, όταν τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας είχαν μικρή χωρητικότητα και δε μπορούσαν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών τους. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τον αυξανόμενο αριθμό των ασθενών που έπασχαν από τις ανίατες ψυχικές νόσους έφερε στο προσκήνιο την ανάγκη και για άλλες παροχές. Δε έλειπαν, μάλιστα, και οι ασθενείς εκείνοι οι οποίοι προέρχονταν από οικονομικά αναπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες τάξεις και οι οποίοι αναζητούσαν την ιδιωτική θεραπεία. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως οι ιδιωτικές αυτές κλινικές δεν υπόκεινταν στους νόμους που ίσχυαν για τα υπόλοιπα δημόσια νοσοκομεία και ιδρύματα, αλλά ακολουθούσαν ειδικούς νόμους, οι οποίοι ιδρύθηκαν για τους σκοπούς και τις ανάγκες τους. Η πρώτη ελληνική ιδιωτική κλινική ιδρύθηκε στην Αθήνα το 1904 από τον Σ. Βλαβιανό. Στη συνέχεια, ιδρύθηκε η ιδιωτική κλινική του καθηγητή Μ. Κατσαρά, το 1910. Σταδιακά όλο και περισσότεροι γιατροί αναζητούσαν εργασία στο χώρο των ιδιωτικών κλινικών, οι οποίες ήταν συγκεντρωμένες, όπως είναι φυσικό, στα μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης (Χατζηδάκη, 1983: 61- 70).

Δε θα πρέπει να ξεχνάμε, άλλωστε, ότι ανέκαθεν οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους ήταν και είναι ακόμα και σήμερα κοινωνικά στιγματισμένοι. Έτσι, η ιδιωτική κλινική αποτελούσε ίσως και αποτελεί ακόμα και σήμερα τον διακριτικότερο τρόπο να αντιμετωπισθεί ένα ψυχικό νόσημα (Blue, 1999: 112).

Μετά από την παρουσίαση των βασικών μονάδων περίθαλψης των ψυχικά ασθενών, ας δούμε τα βασικότερα κέντρα τα οποία λειτουργούν στην Ελλάδα και αποσκοπούν στην περίθαλψη και τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Η ιστορία του ψυχιατρικού νοσοκομείου της Κέρκυρας αρχίζει ήδη από το έτος 1880 έως και το έτος 1904 κατά την οποία δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ανέγερση νέων κτιρίων και υποδομών, οι οποίες επρόκειτο να φιλοξενήσουν ψυχιατρικά ασθενείς. Ο λόγος είναι ότι τα χρόνια εκείνα αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα και ως εκ τούτου η ανάγκη για την ανέγερση νέων κτιρίων είναι πλέον επιτακτική (<http://www.psynk.ondsl.gr/>).

Η ιστορία των ψυχιατρικών δομών στο νησί της Κέρκυρας συνεχίζονται το έτος 1939, όταν εκδίδεται βασιλικό διάταγμα με το οποίο ορίζεται το Καταστατικό του Οργανισμού του Δημόσιου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Κέρκυρας. Το τελευταίο περιλαμβάνει μια Ψυχιατρική Κλινική η οποία διαθέτει 650 κλίνες και ένα Ακτινολογικό και ένα Μικροβιολογικό εργαστήριο (ΦΕΚ 22/Α/1939).

Κατά το έτος 1956, ο οργανισμός αυτός μετονομάστηκε σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, ενώ συστάθηκαν δύο ψυχιατρικές κλινικές. Κατά το έτος 1959 άρχισε να λειτουργεί στο νοσοκομείο ακτινολογικό εργαστήριο, ενώ ένα χρόνο αργότερα, το 1960, άρχισε να λειτουργεί και μικροβιολογικό εργαστήριο. Το 1961, μάλιστα, ιδρύεται και λειτουργεί και παθολογική κλινική. Τα παραπάνω φαίνεται ότι λειτουργούσαν έως και τα τέλη της προηγούμενης δεκαετίας (Εμμανουηλίδου & Καλαϊτζίδου, 2008).

Το έτος 1984 είναι ένα έτος ιδιαίτερα καθοριστικό για τη εξέλιξη των ψυχιατρικών δομών στην Ελλάδα και την υπέρβαση του ασύλου. Και τούτο διότι, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 815 έπρεπε να δοθούν στην Ελλάδα χρήματα για την ανέγερση αλλά και τον εξοπλισμό των ψυχιατρικών δομών σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Κατά συνέπεια, με πόρους από τον Κανονισμό 815/84 δημιουργήθηκε Νοσοκομείο Ημέρας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας και Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (ΚΕΠΕ). Το 1986 το Ψυχιατρείο εντάχθηκε στο Ε.Σ.Υ και αναδιαμορφώθηκε ο οργανισμός με αποτέλεσμα τον ακριβή καθορισμό των πεδίων δράσης του. Έτσι σύμφωνα με τις διατάξεις της Α3β/οικ. 19192/26.11.86 (ΦΕΚ 816 Β/86) το Ψυχιατρείο διαιρέθηκε σε τρεις Ψυχιατρικές Κλινικές με συνολική δύναμη 360 κλινών και συστάθηκε οδοντιατρικό τμήμα.

Τη δεκαετία του 90 τα δεδομένα μέσα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Κέρκυρας άλλαζαν διαρκώς. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση επέτασσε την αποασυλοποίηση όλων των χρόνιων ασθενών σε διάφορες δομές μέσα στην κοινωνία, μέσα στην κοινότητα, δίπλα στα σπίτια μας.

Το 1999 ξεκίνησε το πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ", στο πλαίσιο του οποίου στην Α' φάση δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν υπό την επίβλεψη του Ψυχιατρείου δύο ξενώνες στην Κέρκυρα για 24 ασθενείς, δύο εργαστήρια κατάρτισης για 45 ψυχικά ασθενείς και Κ.Ε.Κ. Ψυχικής Υγείας. Το 2006 μετά από μία μακροχρόνια διαδικασία μετασηματισμού και σε πλήρη εφαρμογή του Ψυχαργώς, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας πέρασε στην ιστορία δίνοντας τη θέση του στο "Κοινοτικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας". Ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας διαδικασίας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης κατέστη εφικτό αυτό που σε κάποιους φάνταζε ιδεατό, μακρινό και ακατόρθωτο: 'Η οριστική κατάργηση του Ασύλου'. Ο μεγάλος στόχος της οριστικής παύσης λειτουργίας του Ασύλου επιτεύχθηκε στις 10 Οκτωβρίου (<http://www.psynk.ondsl.gr/>).

Σήμερα, το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας διαθέτει κλινική οξέων περιστατικών - μονάδα βραχείας νοσηλείας, η οποία διαθέτει 20 κλίνες και εφημερεύει καθημερινά όλο το 24ωρο. Λειτουργεί προσωρινά στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, μέχρι να ολοκληρωθεί το Νέο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας όπου και θα μεταστεγαστεί. Νοσηλεύονται ενήλικα άτομα και των δύο φύλων, τα οποία αιτούνται για πρώτη φορά ψυχιατρικών υπηρεσιών και έχουν επείγοντα χαρακτήρα, καθώς και επανεισαγωγές παλαιών περιστατικών που είναι σε φάση υποτροπής. Η ύπαρξη ψυχικής νόσου και μόνο δεν αποτελεί λόγο εισαγωγής στη μονάδα νοσηλείας. Ο κίνδυνος αυτό- ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς, η άρνηση του ασθενούς να δεχθεί την αναγκαία θεραπεία, καθώς και η ανάγκη για συστηματική παρατήρηση σε περίπτωση διαφοροδιαγνωστικού προβλήματος, είναι ενδεικτικά μερικοί από τους πιο συνηθισμένους λόγους νοσηλείας. Η νοσηλεία των ατόμων με ψυχική διαταραχή διέπεται από το νόμο 2071/92 (άρθρα 94-100) και διακρίνεται σε εκούσια και ακούσια.

Μετά τη συμπλήρωση της νοσηλείας, η κλινική οξέων περιστατικών - μονάδα βραχείας νοσηλείας παραπέμπει το νοσηλευόμενο είτε στο νοσοκομείο ημέρας είτε στο μετανοσοκομειακό ξενώνα, είτε στο κέντρο ψυχικής υγείας - εξωτερικά ιατρεία με προοπτική την ομαλή μετάβαση του ασθενούς στην κοινωνία.

Το Νοσοκομείο Ημέρας άρχισε να λειτουργεί το 1992 σαν ανοικτό τμήμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας αποτελώντας ενδιάμεση δομή μεταξύ της κλειστής νοσηλείας και των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, Έκτοτε μέσα από δυναμικές διαδικασίες σε πολλούς και παράλληλους τομείς, έφτασε σήμερα να ανταποκρίνεται πλήρως στο ρόλο του, καθώς λειτουργεί θεραπευτικά συνδυάζοντας ψυχοθεραπευτικές, βιολογικές, και κοινωνικοθεραπευτικές προσεγγίσεις, μέσα σε συγκεκριμένο πλαίσιο λειτουργίας το οποίο εξυπηρετεί ρεαλιστικούς στόχους, από την αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των θεραπευόμενων μέχρι την τελική επαγγελματική και κοινωνική τους επανένταξη.

Ο μετανοσοκομειακός ξενώνας "Ν. ΜΩΡΟΣ" αποτελεί την πρώτη δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτούργησε στο Ψ.Ν.Κ. το 1992. Την επιστημονική ευθύνη του μετανοσοκομειακού ξενώνα ανέλαβε ένας από τους πρωτοπόρους της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα ο ψυχίατρος Νίκος Μώρος, από τον οποίο έλαβε και το όνομα του μετά τον αιφνίδιο θάνατο του το Φεβρουάριο του 1996.

Από την αρχή της λειτουργίας του μετανοσοκομειακού ξενώνα υπήρχε κανονισμός ο οποίος ήταν βασισμένος στις αρχές της νέας αντίληψης για την ψυχική νόσο και τον ψυχικά ασθενή. Ο μετανοσοκομειακός ξενώνας λειτούργησε με στόχο αφενός, την ανάπτυξη των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και αφετέρου, την υπευθυνοποίηση των ενοίκων με την ανάληψη πρωτοβουλιών από τους ίδιους.

Όσον αφορά την στελέχωση και τον τρόπο εργασίας του προσωπικού λειτούργησε με βάση την αρχή της πολυκλαδικής ομάδας.

Παράλληλα αναπτύχθηκαν δραστηριότητες καινοτόμες για τη εποχή, όπως η ομάδα μουσικοθεραπείας για δύο συνεχή χρόνια 1996-1998. Επίσης ποιητικές βραδιές με συμμετοχή Κερκυραίων καλλιτεχνών και μουσικές βραδιές με την συμμετοχή φοιτητών του μουσικού τμήματος του Ιονίου Πανεπιστημίου. Τον Δεκέμβριο του 2006 ο μετανοσοκομειακός ξενώνας μεταφέρθηκε προσωρινά στο κτίριο «Ασκληπιός» προκειμένου να επισκευαστεί.

Τον Σεπτέμβριο του 2007 ξεκίνησε τη νέα περίοδο λειτουργίας του με στόχο την τριτοβάθμια πρόληψη η οποία στόχο έχει την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των νεοεισερχόμενων ασθενών και την ελαχιστοποίηση των υπολειμματικών συμπτωμάτων των νέων χρόνιων ασθενών μέσω εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων και πλάνων ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ενοίκου.

Οι εισαγωγές στον μετανοσοκομειακό ξενώνα «Νίκος Μάρος» γίνονται από το τμήμα οξέων - μονάδα βραχείας νοσηλείας του Ψ.Ν.Κ. κατόπιν ενημέρωσης της πολυκλαδικής ομάδας εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις για την παραμονή στον ξενώνα.

4.2 Το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο⁵

Το Κουντουριώτειο αποτελεί Τμήμα του Α' Ψυχιατρικού Τομέα του Δρομοκαϊτείου, το οποίο στεγάζεται σε κτίριο που χτίστηκε το 1922 και ανακαινίστηκε το 1997. Το 1989 λειτούργησε σαν το πρώτο Τμήμα βραχείας νοσηλείας στα πλαίσια προγράμματος της ΕΟΚ. Στο τμήμα νοσηλεύονται κυρίως άτομα με σχιζοφρένεια, άντρες και γυναίκες, με μέσο όρο νοσηλείας ενός μήνα περίπου. Μετά την έξοδο τους από το τμήμα, οι ασθενείς, αν δεν πάρουν εξιτήριο, πάνε στους ξενώνες ή τα διαμερίσματα του νοσοκομείου. Οι κύριες δραστηριότητες του τμήματος αφορούν: α) καθημερινή εξέταση των ασθενών από ψυχίατρο, β) θεραπευτική δουλειά από ψυχολόγο, γ) υποστηρικτική της οικογένειας και δ) καθημερινή συνεργασία με τα τμήματα εργοθεραπείας του νοσοκομείου.

Ψυχιατρικός Τομέας Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου

Σύγγρειο

Το Σύγγρειο ήταν ένα παλιό τμήμα που λειτουργούσε από το 1901, αλλά τα τελευταία χρόνια έκλεισε με σκοπό να ανακαινιστεί και λειτουργεί στη σημερινή του μορφή από το Μάιο του 2003. Είναι Τμήμα θέσεων και φιλοξενεί ασθενείς ενός ευρέως φάσματος ψυχιατρικών παθήσεων. Θεωρείται τμήμα μέσης νοσηλείας, που φιλοξενεί δηλαδή ασθενείς μετά την έξοδο τους από το τμήμα βραχείας νοσηλείας αλλά πριν την είσοδο τους σε τμήμα χρόνιων περιστατικών. Είναι τμήμα μικτό και ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών είναι 1-2 μήνες. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά την εξέταση των ασθενών και την παρακολούθησή τους από έναν ψυχολόγο καθώς και την κοινωνική υπηρεσία. Ορισμένοι από τους ασθενείς του τμήματος απασχολούνται τα πρωινά στο τμήμα εργοθεραπείας.

Ταρσή Δρομοκαΐτη

Το Ταρσή Δρομοκαΐτη στεγάζεται σε ένα από τα καινούρια κτίρια του νοσοκομείου το οποίο κτίστηκε το 1938, επισκευάστηκε το 1990, ενώ άρχισε να λειτουργεί σαν Τμήμα βραχείας νοσηλείας από το 2001. Είναι Τμήμα μικτό (άνδρες και γυναίκες)

⁵Όλα τα στοιχεία που αναφέρονται στην ενότητα αυτή, τα αντλήσαμε από τον ιστότοπο <http://www.dromokaiteio.gr/>

που προβλέπεται να φιλοξενεί ασθενείς μόνο μέχρι 3 μήνες. Οι ασθενείς στο τμήμα πάσχουν από ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών παθήσεων, ενώ ένας αριθμός από αυτούς είναι ασθενείς με αναγκαστική νοσηλεία λόγω αξιόποινης εγκληματικής πράξης.

Ψυχιατρικός Τομέας Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου

Βελισσάρειο (Πρώην Α' Θέση Γυναικών)

Το τμήμα στεγάζεται σε ένα από τα παλαιότερα κτίρια του νοσοκομείου που ανεγέρθηκε το 1887, ενώ του έγιναν κάποιες επιδιορθώσεις το 1986, Είναι Τμήμα χρόνιων περιστατικών (μέχρι το 2001 ήταν και οξέων) στο οποίο νοσηλεύονται αποκλειστικά γυναίκες, με ένα εύρος ασθενειών όπως σχιζοφρένεια, νοητική στέρηση και άνοια. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά: α) εξέταση ασθενών, β) ομάδα ψυχοθεραπείας, γ) ομάδες επανάκτησης δραστηριοτήτων (επικοινωνίας, προσωπικής υγιεινής), δ) ομάδες προετοιμασίας ασθενών για τους ξενώνες.

Ελλήνων Αμερικής

Το τμήμα στεγάζεται στο δεύτερο όροφο ενός παλαιού κτιρίου (χτίστηκε το 1922) στο οποίο έχει γίνει ριζική ανακαίνιση το 1997. Λειτουργήσε σαν Τμήμα βραχείας νοσηλείας από το 2002, και οι ασθενείς φιλοξενούνται μέχρι 4 μήνες, με μέσο όρο παραμονής 40 ημέρες. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά την: α) εξέταση ασθενών από όλη τη θεραπευτική ομάδα (ψυχίατροι, ψυχολόγος, προϊσταμένη, υπεύθυνη, κοινωνική λειτουργός, εργοθεραπεύτρια) και β) εργασία των ασθενών στα εργαστήρια της Εργοθεραπείας του νοσοκομείου .

Παθολογικός Τομέας Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου

Παθολογικό Τμήμα

Το τμήμα στεγάζεται σε ένα από τα καινούρια κτίρια του νοσοκομείου που κτίστηκε το 1988 και ανακαινίστηκε το 1990. Συστεγάζεται μαζί με το Νευρολογικό, το Μικροβιοχημικό καθώς και το Ταρσή Δρομοκαΐτη. Το τμήμα λειτουργήσε για πρώτη φορά με διευθυντή το 1985 με την ένταξη του νοσοκομείου στο ΕΣΥ. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος περιλαμβάνει: α) εξέταση των νεοεισαχθέντων

ασθενών, β) άσκηση προληπτικής ιατρικής μέσω κάποιων απαραίτητων εμβολιασμών (π.χ. αντιγριπικοί, ηπατίτιδας), γ) εξέταση των ασθενών των τμημάτων επί κλίνης, και αν κριθεί απαραίτητο μεταφορά τους στο παθολογικό τμήμα, δ) τακτικά εξωτερικά ιατρεία τρεις φορές την εβδομάδα μόνο για τους εσωτερικούς ασθενείς και ε) εφημερία σε ετοιμότητα από τους γιατρούς του τμήματος που δεν σχετίζεται με τις γενικότερες εφημερίες του νοσοκομείου.

Νευρολογικό Τμήμα Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου

Το τμήμα συστεγάζεται με το Παθολογικό, το Μικροβιοχημικό και το 8^ο Ψυχιατρικό Τμήμα βραχείας νοσηλείας στο κτίριο Ταρσή Δρομοκαΐτη, ένα από τα πιο καινούρια κτίρια του νοσοκομείου. Η λειτουργία του ξεκίνησε με την έναρξη του ΕΣΥ. Το είδος των νευρολογικών ασθενειών που συναντώνται πιο συχνά στους ψυχιατρικούς ασθενείς είναι φαρμακευτικό Parkinson, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, επιληπτικές κρίσεις, μηνιγγίτιδες, αιμορραγίες. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος περιλαμβάνει: α) εξέταση των εσωτερικών ασθενών επί κλίνης, και εάν κριθεί απαραίτητο τη μεταφορά τους στην παθολογική κλινική (όπου διατίθενται κρεβάτια για νευρολογικά περιστατικά), β) διενέργεια εξωτερικού ιατρείου 3 φορές την εβδομάδα όπου γίνεται εξέταση εξωτερικών ασθενών, γ) εκτέλεση και γνωμοδότηση ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων και ηλεκτρομυογραφημάτων για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς και δ) εφημερία ετοιμότητας 10 φορές το μήνα.

Διατομεακά Τμήματα Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου

Ψυχογηριατρικό

Το τμήμα στεγάζεται στο «Γεμέλειο» κτίριο και ανήκει στα Διατομεακά τμήματα του νοσοκομείου. Λειτουργεί από το 1988. Είναι Τμήμα βραχείας νοσηλείας για άτομα άνω των 65 ετών και είναι το μοναδικό ψυχογηριατρικό τμήμα βραχείας νοσηλείας στην Ελλάδα (υπάρχει και ένα στη Θεσσαλονίκη αλλά έχει χρόνιους ασθενείς). Φιλοξενούνται ασθενείς μεγάλου εύρους παθήσεων με διάφορα οργανικά προβλήματα λόγω ηλικίας, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχιατρικών παθήσεων που παρατηρούνται στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι κατάθλιψη και διπολική συναισθηματική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη). Το τμήμα εφημερεύει 2 φορές την

εβδομάδα στα πλαίσια της γενικής εφημερίας και δέχεται ασθενείς που έρχονται είτε εκούσια είτε ακούσια. Η κύρια λειτουργία του τμήματος εστιάζεται: α) στην εξέταση και θεραπεία των ασθενών και β) στην προσπάθεια εξεύρεσης τρόπων, ώστε να διοχετεύσουν τους ασθενείς, μετά το πέρας της παραμονής τους στο τμήμα είτε στις οικογένειες τους είτε αλλού καθώς οι ασθενείς στο τμήμα πληθαίνουν γρήγορα.

Ευεργετών

Το τμήμα καλύπτει τις ανάγκες ασθενών που βρίσκονται σε οξεία φάση συμπτωμάτων, παρόλο που στο τμήμα υπάρχουν και ορισμένοι χρόνιοι. Οι κύριες λειτουργίες του τμήματος αφορούν την: α) ατομική και ομαδική θεραπεία στους χρόνιους ασθενείς είτε υπήρξαν ασθενείς του νοσοκομείου είτε όχι, β) υποστήριξη και εκπαίδευση των οικογενειών των ψυχικά αρρώστων (που έχουν δημιουργήσει και σύλλογο) , γ) συμβουλευτική για προβλήματα σχέσεων ατόμων που δεν είναι ψυχικά άρρωστοι, δ) ομιλίες στην κοινότητα , ε) βοήθεια στο σπίτι αν χρειαστεί. Στο συμβουλευτικό σταθμό επίσης υπάρχει α) μια οργανωτική ομάδα που καθορίζει τις λειτουργίες, και β) μια ομάδα εποπτείας για τα διάφορα προβλήματα, καθώς επίσης γίνεται προσπάθεια για καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία.

Κέντρο Ψυχοθεραπειών

Το Κέντρο Ψυχοθεραπειών άρχισε να λειτουργεί το Νοέμβριο του 1996 και στεγάζεται σε ένα από τα καινούρια κτίρια του νοσοκομείου. Το δυναμικό του απαρτίζεται από ψυχιάτρους και ψυχολόγους οι οποίοι προσφέρουν εθελοντικά εργασία. Η κύρια λειτουργία του Κέντρου Ψυχοθεραπειών είναι η δωρεάν παροχή βραχείας ψυχοθεραπείας (μέχρι 20 συνεδρίες) σε άτομα εκτός νοσοκομείου που χρήζουν ψυχολογικών υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, οι ενδιαφερόμενοι, οι οποίοι συνήθως παραπέμπονται από επαγγελματίες υγείας και άλλους φορείς, κλείνουν ένα αρχικό ραντεβού με το κέντρο, στο οποίο γίνεται η πρώτη εκτίμηση της κατάστασης τους και αποφασίζεται το είδος της θεραπείας που κρίνεται πλέον κατάλληλη για τις ανάγκες του, ενώ ακολουθεί η ψυχοθεραπεία τους με ψυχοθεραπευτή. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο του κέντρου, αρχικά ήταν πλούσιο καθώς αποτελούνταν από α) εβδομαδιαίες διαλέξεις Ελλήνων ακαδημαϊκών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας, β) εκπαίδευση μέσω ζωντανής παρακολούθησης των

συνεδριών από μονόδρομο καθρέπτη , και γ) ανακοινώσεις σε συνέδρια , τα τελευταία χρόνια ωστόσο έχει ατονήσει σημαντικά.

Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος περιλαμβάνει την εξέταση των ασθενών από όλη την επιστημονική ομάδα του προσωπικού (ψυχίατροι, ειδικευόμενοι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι) και την προσαγωγή τους, αν κριθεί απαραίτητο, σε κάποιο από τα ψυχιατρικά τμήματα βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου. Τις ημέρες κατά τις οποίες το νοσοκομείο δεν βρίσκεται σε γενική εφημερία, οι ασθενείς που επισκέπτονται το Εφημερείο εκούσια έχουν προηγουμένως παραπεμφθεί από ψυχίατρο των Εξωτερικών ιατρείων, οπότε με την επίσκεψη τους καλείται ο εφημερεύων ιατρός και γίνεται η εισαγωγή τους σε κάποιο από τα τμήματα.

Εξωτερικά Ιατρεία

Τα Εξωτερικά Ιατρεία στεγάζονται (μαζί με τρία από τα διαμερίσματα των εξωνοσοκομειακών δομών του νοσοκομείου) στο ισόγειο πολυκατοικίας στην οδό Κωλέττη 17, πλατεία Κάνιγγος. Λειτουργούν καθημερινά, εκτός Σαββατοκύριακου, 9-11 πμ, και 5-8 μμ . Στα εξωτερικά Ιατρεία προσέρχονται: α) πρώην νοσηλεύόμενοι του νοσοκομείου όπου έχουν κλείσει ραντεβού για επανεξέταση και ανανέωση των φαρμάκων και β) ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που χρειάζονται πιστοποιητικό από ψυχίατρο με σκοπό να το χρησιμοποιήσουν για διάφορους λόγους.

Δομές Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου

Ενδονοσοκομειακές

Οι Ενδονοσοκομειακές δομές αποτελούνται από τους ακόλουθους ξενώνες: α) Ξενώνας 16 ατόμων, β) Ξενώνας 50 ατόμων, ή αλλιώς Ξενώνας Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και γ) Ξενώνας 13 ατόμων, Σκυλίτσειο Α'. Οι ξενώνες αυτοί λειτουργούν σαν τμήματα αποκατάστασης και προετοιμασίας των ασθενών για να μεταφερθούν σε ξενώνες και διαμερίσματα εκτός του νοσοκομείου.

Α) Ξενώνας 16 ατόμων

Λειτουργεί από το 1995 και είναι τμήμα αποκατάστασης και προετοιμασίας για ξενώνες και διαμερίσματα, ενώ φιλοξενεί ασθενείς όλης της γκάμας των ψυχικών

παθήσεων, που βρίσκονται όμως σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται. Υπάρχει προσωπικό μόνο κατά την πρωινή βάρδια, ενώ αν υπάρξει κάποιο πρόβλημα όταν δεν υπάρχει κάποιος υπεύθυνος, οι ασθενείς τηλεφωνούν στο Εφημερείο. Κατά τις πρωινές ώρες οι περισσότεροι ασθενείς απασχολούνται σε κάποιο από τα εργαστήρια του τμήματος της Εργοθεραπείας ή εργάζονται στα περίπτερα του νοσοκομείου και σε άλλες υπηρεσίες των τμημάτων.

Β) Ξενώνας 50 ατόμων-Ξενώνας Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης

Είναι τμήμα ενδιάμεσης δομής που προετοιμάζει ασθενείς (άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών) για τους ξενώνες και τα διαμερίσματα. Ξεκίνησε να λειτουργεί το 1998 και στόχος του προγράμματος είναι να ετοιμάσει τους ψυχικά πάσχοντες για την κοινωνική τους επανένταξη. Για τις δραστηριότητες του τμήματος υπάρχει ωριαίο, ημερήσιο και μηνιαίο πρόγραμμα τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό. Με βάση το πρόγραμμα γίνονται α) ομάδες ασθενών με ψυχοθεραπευτικό χαρακτήρα, β) ομάδες ασθενών με εκπαιδευτικό χαρακτήρα, που αποσκοπούν στην αποκατάσταση τους μέσω της ανάπτυξης της ικανότητας ιεράρχησης και ικανοποίησης των αναγκών τους. Οι ομάδες σχετίζονται και με την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοεξυπηρέτηση, όπως μαγειρική, χρήση πλυντηρίου, καθαριότητα του χώρου από τους ίδιους με την επίβλεψη του προσωπικού. Επειδή ο ξενώνας στοχεύει να λειτουργεί σαν θεραπευτική κοινότητα, λειτουργούν και ομάδες προσωπικού στις οποίες συζητείται ο προγραμματισμός του τμήματος και η λύση προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν .

Γ) Ξενώνας 13 ατόμων-Σκυλίτσειο Α'

Είναι ένα τμήμα ανδρών και γυναικών που δημιουργήθηκε σαν πρόγραμμα στεγαστικής αποκατάστασης και τέθηκε σε εφαρμογή το 1990 στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης του Ν.185 σαν πρόγραμμα της Ε.Ο.Κ.. Έτσι, ο συγκεκριμένος ξενώνας λειτούργησε σαν χώρος εκμάθησης δραστηριοτήτων και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, καθώς επίσης και σαν χώρος προετοιμασίας για τη μετάβαση τους σε εξωνοσοκομειακούς ξενώνες και διαμερίσματα. Φιλοξενεί ασθενείς όλου του φάσματος των ψυχικών παθήσεων (σχιζοφρένεια, μανιοκατάθλιψη), καθώς και ήπιας μορφής νοητικής στέρησης. Οι ασθενείς

επιλέγονται μεταξύ των ασθενών των τμημάτων, τόσο από τμήματα χρόνιων όσο και οξέων περιστατικών, με βασική προϋπόθεση να έχουν σταθεροποιηθεί τα ψυχιατρικά τους συμπτώματα και να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται. Γι αυτό το λόγο, στον ξενώνα υπάρχει προσωπικό μόνο για τις πρωινές και απογευματινές ώρες. Ο χρόνος παραμονής στο τμήμα εξαρτάται από την ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση του κάθε ασθενούς και μπορεί να κυμαίνεται από μερικούς μήνες μέχρι και χρόνια. Οι κύριες λειτουργίες του τμήματος στοχεύουν στο να εκπαιδευτούν οι ασθενείς να αναπτύξουν κάποιες βασικές δεξιότητες και δυνατότητες και να μπορέσουν τελικά να αφομοιωθούν στην κοινότητα. Γι αυτό το λόγο, το τμήμα λειτουργεί σαν «προθάλαμος» για τη μετάβαση των ασθενών στα διαμερίσματα (εξωνοσοκομειακές δομές). Στο τμήμα λειτουργεί θεραπευτική ομάδα από τον ψυχολόγο του τμήματος όπου συζητούνται θέματα συμβίωσης των μελών. Ορισμένοι από τους ασθενείς εργάζονται σε διάφορες δομές του νοσοκομείου (π.χ. κατάστημα δώρων, τυροπιτάδικο) ενώ άλλοι απασχολούνται στα εργαστήρια εργοθεραπείας. Τις ώρες που οι ασθενείς δεν εργάζονται υπάρχει σταθερό πρόγραμμα δραστηριοτήτων καθώς και απογευματινή έξοδος με τη συνοδεία προσωπικού, ενώ κατά καιρούς γίνεται και προγραμματισμός κοινωνικών εκδηλώσεων σε θέατρα ή ταβέρνες.

Εξωνοσοκομειακές

Οι εξωνοσοκομειακές δομές διακρίνονται σε αυτές που χρηματοδοτούνται από το νοσοκομείο και αυτές που χρηματοδοτούνται από το κοινοτικό πρόγραμμα «Ψυχαργός». Και τα δύο είδη των δομών στελεχώνονται με ιατρικό προσωπικό από το νοσοκομείο, το οποίο μοιράζει τον χρόνο του μεταξύ των δομών και του νοσοκομείου, ενώ το λοιπό προσωπικό των δομών είναι άτομα που έχουν προσληφθεί με σύμβαση αποκλειστικά για τη λειτουργία των δομών. Οι ένοικοι αυτών των δομών έχουν πλήρως ανεπτυγμένες ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης και ο βαθμός επίβλεψης και υποστήριξης τους είναι χαμηλός. Ένας μεγάλος αριθμός των ενοίκων εργάζεται σε δομές του νοσοκομείου, ενώ οι υπόλοιποι που παραμένουν στα διαμερίσματα έχουν αναλάβει την οικιακή φροντίδα αυτών. Σε εβδομαδιαία βάση τηρείται θεραπευτική ομάδα όπου γίνεται η θεραπευτική παρακολούθηση των ενοίκων και η αντιμετώπιση τυχών προβλημάτων. Επίσης γίνεται παρακολούθηση των ασθενών στον εργασιακό τους χώρο και παρέμβαση στην οικογένειά τους. Στόχος αυτών των δομών είναι η ανάπτυξη των ικανοτήτων των ασθενών για εργασιακή απασχόληση

και εκμάθηση τρόπων επικοινωνίας με στόχο την αποϊδρυματοποίηση. Συγκεκριμένα, μέχρι τις αρχές του 2009 έχουν οργανωθεί 5 ξενώνες:

- Ξενώνας «Νίκη» Κωλέττη 17 Αθήνα
- Ξενώνας «Το Όραμα» 25ης Μαρτίου 104 Περιστέρη
- Ξενώνας «Το όνειρο» Καραμήτσα 7 Πατήσια
- Ξενώνας «Ηλιος» Αιολίδας 12 Πετράλωνα
- Ξενώνας Πατησίων Νάζου 28

Επίσης από τον Οκτώβριο του 2005 λειτουργεί το οικοτροφείο «Η Ροδιά» στην περιοχή του Χαλανδρίου και φιλοξενεί 14 άτομα άνω των 60 ετών με καλό επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης. Μια άλλη δομή στην οποία διαμένουν ασθενείς (4 ως 6 άτομα) με μερική καθημερινή επιτήρηση είναι τα διαμερίσματα που βρίσκονται σε διάφορες περιοχές της Νομαρχίας Αθηνών και της Δυτικής Αττικής. Ειδικότερα υπάρχουν τα παρακάτω:

- Διαμέρισμα 1 ο Κωλέττη 17 3ος Όροφος Αθήνα
- Διαμέρισμα 2ο Κωλέττη 17 4ος Όροφος Αθήνα
- Διαμέρισμα 3ο Κωλέττη 17 5ος Όροφος Αθήνα
- Διαμέρισμα 4ο Κωλέττη 17 6ος Όροφος Αθήνα
- Διαμέρισμα 5ο Δοχειαρίου 6 Αθήνα
- Διαμέρισμα «Πατέλειο » Ξάνθου 21 Ψυχικό
- Διαμέρισμα Φλωρίνης 4 Αιγάλεω
- Διαμέρισμα Δουσμάνη 18 Αγ. Βαρβάρα
- Διαμέρισμα Ζεφύρου 23 Χαϊδάρι
- Διαμέρισμα Ολυμπιών 8 Πατήσια

Το νοσοκομείο ημέρας και η εργοθεραπεία

Το Νοσοκομείο Ημέρας ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1996 και στεγάζεται σε ένα από τα καινούρια κτίρια του νοσοκομείου. Το τμήμα έχει δύναμη 25 ασθενών και στόχος του είναι η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, η αποκατάσταση επαγγελματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων εξωτερικών ασθενών, καθώς επίσης και η ανακούφιση και στήριξη των οικογενειών τους. Η κύρια λειτουργία του τμήματος αφορά την απασχόληση ψυχιατρικά ασθενών μετά το εξιτήριο τους από το νοσοκομείο και την επαναφορά τους στην οικογένεια. Φιλοξενεί ασθενείς διαφόρων ψυχικών παθήσεων, με εξαίρεση α) ασθενείς που έχουν προβλήματα εξάρτησης από ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ), β) ασθενείς με νοητική στέρωση και γ) ασθενείς που βρίσκονται σε έξαρση της ψυχικής νόσου. Το τμήμα απασχολεί τους ασθενείς καθημερινά 9-3 (μετά το μεσημεριανό φαγητό) εκτός Σαββατοκύριακου. Οι δραστηριότητες του τμήματος περιλαμβάνουν α) ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, β) εβδομαδιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων (συζήτηση, μαγειρική, ζωγραφική, κλπ), γ) ομάδα απασχόλησης στα εσωτερικά εργαστήρια του νοσοκομείου στα οποία οι ασθενείς πληρώνονται για την εργασία τους, ενώ τα αντικείμενα που κατασκευάζονται πωλούνται σε εκθέσεις του νοσοκομείου άλλων φορέων όπως του Κέντρου Έκθεσης Πληροφόρησης και Κοινωνικής Έρευνας (ΚΕΠΚΕ). Τα έσοδα διατίθενται για διάφορες ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Από την άλλη πλευρά, η εργοθεραπεία ξεκίνησε από την έναρξη της λειτουργίας του νοσοκομείου, αλλά ήταν αρχικά μια μορφή καθημερινής κινητοποίησης και απασχόλησης σε γενικότερο πλαίσιο (όπως αγροτικές ασχολίες του νοσοκομείου-βουστάσιο, λιόδεντρα), και χωριζόταν σε εργοθεραπεία ανδρών και γυναικών.

4.3 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Αττικής

Το 1925 ιδρύεται στο Δαφνί το πρώτο Κρατικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο όπου μεταφέρονται οι ασθενείς της Αγίας Ελεούσας. Βρίσκονται εκεί με ποινικούς κρατούμενους (<http://www.psyhat.gr/>).

Το Νοσοκομείο προσφέρει τις υπηρεσίες του στους πάσχοντες με γιατρούς και νοσηλευτές υψηλού επιπέδου. Δημιουργούνται τα ιατρεία, οι χώροι νοσηλείας και γεωργικές και κτηνοτροφικές εγκαταστάσεις για τη σίτιση των ασθενών και του προσωπικού. Έρχεται ο πόλεμος και τα γεγονότα της δεκαετίας του 1940. Το Νοσοκομείο γεμίζει με τεράστιους αριθμούς ασθενών, καθυστερημένων παιδιών και αναπήρων. Το πρόβλημα δημιουργείται. Το Δαφνί αποκτά και παράρτημα. Την αποικία ψυχοπαθών Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας το 1956. Τα πράγματα πρέπει να αλλάξουν. Από το 1956 εγκαθιδρύονται τμήματα αποσχολησιοθεραπείας, κοινωνικής υπηρεσίας, ψυχολογικό εργαστήριο, εξωτερικά ιατρεία και άλλες μονάδες. Βελτιώνεται η μετανοσοκομειακή μέριμνα, ακόμη και η προώθηση στον επαγγελματικό προσανατολισμό των ασθενών (<http://www.psyhat.gr/>).

Το 1956 ιδρύθηκε η Επιστημονική Ένωση των Νευροψυχιάτρων του Ιδρύματος και οργανώθηκαν η κοινωνική υπηρεσία, τα ψυχολογικά και τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά εργαστήρια, η «αποσχολησιοθεραπεία» και το τμήμα φυσικοθεραπείας. Στη δεκαετία του 1980 το ψυχιατρείο είχε 23 βασικά περίπτερα νοσηλείας στα οποία προστέθηκαν, με τα προγράμματα του Κανονισμού 815/84, το τμήμα οξέων περιστατικών, το τμήμα βραχείας νοσηλείας και το νέο ψυχογηριατρικό. Χαρακτηριστική είναι η συχνή αλλαγή της ονομασίας του ψυχιατρείου. Έτσι, από Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών μετονομάστηκε σε Γενικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών το 1955, σε Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών Β (784 21/10/1965) και, τέλος, σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής του ΕΣΥ (<http://www.psyhat.gr/>).

4.4 Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο⁶

Η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών οφείλει την ύπαρξή της στην ίδρυση και εγκατάσταση της Νευρολογικής - Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1905 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια των πρώτων 58 χρόνων, η άσκηση της Ακαδημαϊκής Ψυχιατρικής στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο ήταν συνυφασμένη με τις ψυχιατρικές αντιλήψεις και θεραπευτικές πρακτικές εκείνης της περιόδου που χαρακτηρίζονταν από τις επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες και τις επακόλουθες προκαταλήψεις για τις ψυχικές διαταραχές. Παρά τις συνθήκες εκείνες, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έκανε κάθε προσπάθεια για την καλύτερη δυνατή φροντίδα προς τους ασθενείς.

Παράλληλα η προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην Ψυχιατρική, παρείχε τις βασικές γνώσεις για την άσκηση όχι μόνο των ιατρών αλλά και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας, εκείνη την περίοδο.

Η ίδρυση, το 1963, της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών ως αυτόνομης κλινικής, σηματοδοτεί ουσιαστικά την ανάπτυξη της σύγχρονης ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Κατά την περίοδο της λειτουργίας της υπό τη διεύθυνση του καθηγητού Δημητρίου Κουρέτα (1964 - 1966), η Ψυχιατρική απέκτησε διακριτή ταυτότητα, επεξέτεινε το γνωστικό της πεδίο και εμπλουτίστηκε με τις βασικές κοινωνικές και ανθρωπιστικές της διαστάσεις. Σημαντικό βήμα αυτής της περιόδου ήταν το άνοιγμα των θαλάμων νοσηλείας και η δυνατότητα κινητοποίησης των νοσηλευόμενων στους εξωτερικούς χώρους του Νοσοκομείου.

Αποφασιστική πρόοδος σε όλους τους τομείς της Ψυχιατρικής συνετελέσθη κατά την 25ετή περίοδο λειτουργίας της υπό τη διεύθυνση του Καθηγητού Κώστα Στεφανή (1971 - 1996). Κατά την περίοδο αυτή, δημιουργήθηκαν οι δομές ανοιχτής ψυχιατρικής περίθαλψης, όπως το Νοσοκομείο Ημέρας (1977) και το Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής (1978). Επίσης αναπτύχθηκαν και διευρύνθηκαν τα ψυχοθεραπευτικά προγράμματα με την εφαρμογή νέων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων στη θεραπεία των ασθενών. Ιδρύθηκε ερευνητικό κέντρο που στέγασε τα ερευνητικά εργαστήρια Νευροφυσιολογίας, Νευροψυχοφαρμακολογίας και άλλων Νευροεπιστημών. Κατασκευάστηκε επίσης, το κτήριο των εξωτερικών ιατρείων (1984) και αναβαθμίσθηκε και διευρύνθηκε η

⁶<http://www.eginio.gr/>

λειτουργία τους με τη δημιουργία ειδικών ιατρείων για ορισμένες ψυχικές διαταραχές που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας. Σημαντική εξέλιξη της περιόδου εκείνης ήταν η ανάπτυξη του μεταπτυχιακού προγράμματος εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική, που αφορούσε όλο το φάσμα των κλινικών υπηρεσιών που παρείχε πλέον η Κλινική καθώς και ο εμπλουτισμός της εκπαίδευσης με την ενσωμάτωση των ποικίλων ψυχοθεραπευτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Η πρόοδος της Κλινικής συνεχίστηκε κατά το διάστημα 1996-2003 υπό την διεύθυνση του Καθηγητού Γεωργίου Χριστοδούλου. Κατά την περίοδο αυτή επεκτάθηκαν οι δομές της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής με τη δημιουργία της μονάδας αναδόχων οικογενειών, της μονάδας αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ και της μονάδας τηλεφωνικής βοήθειας SOS. Παράλληλα, κατά την περίοδο αυτή, η Κλινική επέδειξε πλούσιο συγγραφικό έργο με την έκδοση και του δίτομου συγγράμματος της Ψυχιατρικής, ενώ εμπλουτίστηκε το μεταπτυχιακό εκπαιδευτικό της πρόγραμμα και εναρμονίστηκε με τις προδιαγραφές του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ψυχιατρικής.

Η παραγωγική πορεία της Κλινικής συνεχίστηκε κατά το επόμενο έτος (2003 - 2004) όταν τη διεύθυνση της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής ανέλαβε ο καθηγητής κ. Ανδρέας Ραμπαβίλας. Σημαντική πρωτοβουλία αυτής της περιόδου ήταν η συστηματική οργάνωση των επιμέρους τμημάτων ψυχοθεραπείας σε ενιαίο φορέα.

4.5 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης⁷

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης ήδη από τις αρχές του 2000 περιελάμβανε τα εξής:

A. Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας

1. Τμήμα Εισαγωγών με 12 κρεβάτια
 2. Ξενώνα Βραχείας Νοσηλείας με 26 κρεβάτια
 3. Ξενώνα Βραχείας Νοσηλείας με 28 κρεβάτια
 4. Διαμερίσματα Βραχείας Νοσηλείας με 6 κρεβάτια
- Όλα τα δωμάτια είναι το πολύ δίκλινα και έχουν όλα τουαλέτα και ντους
 - Φιλοξενούνται στα 72 αυτά κρεβάτια περί τους 1000 ασθενείς κάθε χρόνο με μέση νοσηλεία μικρότερη των 20 ημερών

B. Μονάδες Εξωνοσοκομειακής Ψυχιατρικής

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας στο κέντρο της Τρίπολης
2. Κέντρο Ημέρας
3. Γραφείο Επικοινωνίας σε Συνεργασία με το Δήμο Τρίπολης και την Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Αρκαδίας
4. Μονάδες Κατάρτισης ατόμων με Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα και ψυχικά ασθενών σε διάφορα αντικείμενα ενταγμένα σε ΚΕΚ (Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης) που λειτουργεί στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης για άτομα Κοινωνικά Αποκλεισμένα.
5. Μονάδες Απασχόλησης ατόμων με Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα και ψυχικά ασθενών σε διάφορα αντικείμενα (Κατάστημα στο κέντρο της Τρίπολης, Αγροτικές μονάδες, Κτηνοτροφικές μονάδες, Προστατευμένα Εργαστήρια) ενταγμένα σε Συνεταιρισμό ασθενών και Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας
6. Ξενώνα Μέσης και Μακράς διαμονής για 28 άτομα
7. Διαμερίσματα Μέσης και Μακράς διαμονής για 8 άτομα

⁷<http://arcadia.ceid.upatras.gr/>

Γ. Τμήματα Μακράς Νοσηλείας

Τα Τμήματα Μακράς Νοσηλείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης φιλοξενούν 200 ψυχικά ασθενείς και άτομα που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές σε έδαφος νοητικής καθυστέρησης ή κάποιας οργανικής νόσου.

Στις αρχές του 2000 υπάρχουν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης 6 Τμήματα Μακράς Νοσηλείας με δύναμη από 25 μέχρι 40 κρεβάτια, κατά κανόνα σε θαλάμους των 4 κρεβατιών, που όλα είναι κατειλημμένα.

Η προοπτική είναι η άμεση κατάργηση των Τμημάτων Μακράς Νοσηλείας στα πλαίσια του Προγράμματος «Ψυχαργός» του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Έτσι πάνω από 100 άτομα από τα νοσηλευόμενα στα Τμήματα αυτά, θα μεταφερθούν σε Ξενώνες και Οικοτροφεία μέχρι τα μέσα του 2000.

Οι Ξενώνες και τα Οικοτροφεία δημιουργούνται, με εποπτεία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης σε συνεργασία με τα τοπικά Γενικά Νοσοκομεία, σε διάφορες πόλεις που υπάγονται στον μέχρι σήμερα Ψυχιατρικό Τομέα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης (Τρίπολη, Πάτρα, Καλαμάτα, Σπάρτη, Κόρινθος, Ναύπλιο, Πύργος, Μεσολόγγι, Αργίλιο).

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης από τα μέσα του 2000 πέρα από τα Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας και τις Μονάδες και τα Τμήματα Εξωνοσοκομειακής Ψυχιατρικής άρχισε να περιλαμβάνει και καινούργια τμήματα που δημιουργήθηκαν με πλήρη κτιριακή αναμόρφωση (προγραμματίστηκαν μονάδες Νόσου Alzheimer, Ψυχογηριατρικές, Χρήσης Ουσιών όπως Αλκοολισμού και άλλες που θα στρέφονται κυρίως προς τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας).

Τα τρία Ψυχιατρικά Τμήματα που λειτουργούσαν μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '90 φιλοξενούσαν πάνω από 100 άτομα το καθένα σε θαλάμους των 12 με 15 ατόμων. Ταυτόχρονα είχαν μπει οι βάσεις για την απασχόληση των ασθενών με τη δημιουργία ενός κτιρίου που σήμερα φιλοξενεί προστατευμένα εργαστήρια, αλλά και για την εξωνοσοκομειακή διαμονή ασθενών με τη δημιουργία ενός Ξενώνα στα όρια της πόλης.

Η απουσία επαρκούς σε αριθμό και σταθερού ειδικευμένου ψυχιατρικού προσωπικού, προσδιόρισε τη λειτουργία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '90. Η ανεπαρκής κάλυψη του νοσοκομείου από ειδικούς επιστήμονες αποτελεί επίσης ιστορία για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης.

Οι μόνιμες θέσεις ειδικών Ψυχιάτρων του νοσοκομείου καλύπτουν πλέον τις ανάγκες σωστής λειτουργίας των ψυχιατρικών μονάδων, όπως καλύπτει η πλήρωση των θέσεων ειδικών Νευρολόγων και τις ανάγκες σύγχρονης λειτουργίας των Νευρολογικών Εργαστηρίων, που πλέον λειτουργούν στο κέντρο της Τρίπολης.

Η επιστημονική επάρκεια του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης στις αρχές είναι ασφαλώς ο σημαντικός παράγοντας που προσδιορίζει πλέον την ποιότητα των υπηρεσιών σε ένα σύγχρονο πλαίσιο που παρέχει και τη ξενοδοχειακή υποδομή του νοσοκομείου όπως τη δικαιούνται οι χρήστες των υπηρεσιών.

4.6 Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης⁸

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ιδρύθηκε για πρώτη φορά το 1917 ως "*Άσυλο φρενοβλαβών*" με αρχική δύναμη 300 κλινών, στην οδό Ειρήνης στο Βαρδάρη σε μία από τις κακόφημες περιοχές της Θεσσαλονίκης.

Το 1919 αρχίζει σταδιακά να μεταφέρεται στη σημερινή του τοποθεσία στο Δήμο Σταυρούπολης, στην επονομαζόμενη περιοχή "Λεμπέτ". Η περιοχή ονομαζόταν έτσι κατά μία εκδοχή γιατί εκεί βρίσκονταν τα κτήματα του πασά Λεμπέτ, κατά μία άλλη, γιατί εκεί βρίσκονταν εγκαταστάσεις (στάβλοι) του συμμαχικού στρατού που χρησιμοποιήθηκαν κατά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Το 1925 μετονομάζεται σε "*Δημόσιο Ψυχιατρείο*" και για πρώτη φορά θεσπίζονται οργανισμοί και κανόνες λειτουργίας. Η δύναμη των ασθενών ορίζεται σε 150. Μέχρι τότε, οι ψυχιατρικά ασθενείς οδηγούνταν μακριά από το κοινωνικό σύνολο και μέσα από τα "άσυλα" το τότε κοινωνικό μόρφωμα παρείχε μια ανεπαρκή ψυχιατρική περίθαλψη.

Από το 1919 ως το 1934 το ΨΝΘ διοικούνταν από μία ομάδα υπαλλήλων που πλαισιώναν και επιφανείς κοινωνικοί παράγοντες της πόλης. Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου, οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης έχουν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του αριθμού των ασθενών, κυρίως από ασιτία. Στη συνέχεια όμως, το 1956 συστήνεται νέος οργανισμός και ονομάζεται "Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης" ορίζοντας τον αριθμό των κλινών σε 800. Θεσπίζεται διάρθρωση υπηρεσιών και επιστημονικό συμβούλιο, ενώ παράλληλα γίνεται εισαγωγή της αγροτικής και βιοτεχνικής εργασίας δίνοντας τη δυνατότητα απασχόλησης σε αρρώστους. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές που καταλύουν την έννοια του "ασύλου" ακολουθούν τα κοινωνικά κινήματα και θεωρίες της Ευρώπης.

Το 1960 τροποποιείται η δύναμη των κρεβατιών σε 1000 ενώ το 1965 άρχισε η επισκευή των κτιρίων. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο καταλαμβάνει συνολική έκταση 130 στρεμμάτων. Το 1974 εκδίδεται κανονισμός λειτουργίας κρατικών ψυχιατρείων και η αναμόρφωση του Οργανισμού του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου γίνεται το 1986 βάσει του Ν. 1357/83 και του ΠΔ 87/86. Από τη στιγμή που οι δυτικές κοινωνίες

⁸<http://www.psychothess.gr/>

αναθεώρησαν τον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχιατρικά ασθενών, προχώρησαν σε μια λειτουργική και οργανωτική διαμόρφωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης. Στην Ελλάδα, μέχρι το 1980 ο ασθενής με σοβαρή δυσλειτουργία ζει συνήθως αβοήθητος στην κοινότητα ή ιδρυματοποιημένος σε άσυλο.

Στη συνέχεια όμως η ιατρική και κοινωνιολογική εξέλιξη, προσδίδουν ευελιξία στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που αρχίζουν να δραστηριοποιούνται ανάλογα. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο είναι κοινωνικό δεδομένο. Στις υπηρεσίες του απευθύνονται άνθρωποι κάθε κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου, εφόσον είναι θεμιτός ένας τέτοιος διαχωρισμός. Το προσωπικό που εργάζεται στο σύνολο των δομών που έχει αναπτύξει το Ειδικό πλέον Νοσοκομείο, που είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, παρέχει τις υπηρεσίες του για να "ξαναδέσει" τα νήματα της ζωής των ασθενών.

Δραστηριοποιείται με κατεύθυνση τον πλέον σημαντικό για το χώρο της ψυχικής υγείας στόχο που είναι η ζωή στην κοινότητα όπου όλοι μας ζούμε και εργαζόμαστε. Σήμερα τα ψηλά τείχη με περίφραξη που "έκρυβαν" την ψυχική νόσο από τον έξω κόσμο δεν υπάρχουν πλέον.

Η διάρθρωση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης με βάση το γενικότερο σχεδιασμό στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει τα εξής:

Διοικητική υπηρεσία

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

Τεχνική υπηρεσία

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

Νοσηλευτική υπηρεσία

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

Ιατρική υπηρεσία

Το σύνολο των γιατρών (ψυχιάτρων και γιατρών λοιπών ειδικοτήτων) καθώς και ειδικευομένων γιατρών συνιστά τον κορμό της ιατρικής υπηρεσίας που εργάζεται σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές δομές του ΨΝΘ. Στο προσωπικό του συγκαταλέγονται επίσης το παραϊατρικό προσωπικό, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί.

Ενδονοσοκομειακές δομές (Νοσηλεία - Εργαστήρια - Εξωτερικά Ιατρεία)

Για Ψυχιατρική Νοσηλεία στο ΨΝΘ λειτουργούν :

- Τέσσερα τμήματα βραχείας νοσηλείας
- Β' Πανεπιστημιακή κλινική Α.Π.Θ. βραχείας και μέσης νοσηλείας
- Ένα τμήμα παρατεταμένης νοσηλείας
- Επείγοντα περιστατικά
- Απογευματινά ιατρεία
- Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχιατρικής

Εντός του ΨΝΘ λειτουργούν επίσης οι επανενταξιακές δομές :

- Μονάδα Επανένταξης
- Νοσοκομείο Ημέρας

Για περιστατικά ειδικοτήτων λειτουργούν :

- Για Νοσηλεία:

Παθολογική κλινική: Στην παθολογική κλινική λειτουργεί επίσης καρδιολογική μονάδα με εργαστήριο υπερήχων καρδιάς

- Εργαστήρια:
 - Νευροφυσιολογικό
 - Ακτινοδιαγνωστικό
 - Βιοπαθολογικό:
 - Βιοχημικό
 - Αιματολογικό
 - Μικροβιολογικό
 - Ανοσολογικό
- Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικοτήτων για νοσηλευόμενους του ΨΝΘ και εξωτερικούς ασθενείς

Χώροι άθλησης

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

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

Βιβλιοθήκη ΨΝΘ

Η βιβλιοθήκη του ΨΝΘ είναι δανειστική για ενδιαφερόμενους εντός και εκτός του ΨΝΘ. Διαθέτει περίπου 2000 τόμους βιβλίων. Καλύπτει θέματα ψυχολογίας, ψυχιατρικής, νευροεπιστημών καθώς και άλλων ιατρικών τομέων, βιβλία νοσηλευτικής και παραϊατρικών ειδικοτήτων. Στόχος της βιβλιοθήκης είναι η κάλυψη των επιστημονικών αναγκών του προσωπικού του νοσοκομείου, ωστόσο να είναι ανοιχτή και στο ευρύτερο κοινό (φοιτητές, επαγγελματίες στο χώρο της υγείας κ.ά.). Στις υπηρεσίες της περιλαμβάνονται: αναγνωστήριο, δανεισμός, παραγγελίες άρθρων μέσω του πανελλήνιου δικτύου συνεργασίας επιστημονικών βιβλιοθηκών του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης προσφέροντας τη δυνατότητα εύρεσης και παραγγελίας άρθρων περιοδικών που δεν υπάρχουν στη συλλογή της. Η βιβλιοθήκη

είναι συνδρομήτρια σε 178 ξενόγλωσσα περιοδικά (κυρίως αγγλόφωνα) και 23 ελληνικά περιοδικά.

Μονάδα Πρασίνου

Η Μονάδα Πρασίνου είναι μία από τις υπηρεσίες του Ψ.Ν.Θ. η οποία άρχισε να λειτουργεί άτυπα ως Μονάδα το 1997. Στα χρόνια που ακολούθησαν έχει αναπτύξει πολλές και πρωτοποριακές δραστηριότητες, τις οποίες ολοένα και διευρύνει με περισσότερο ζήλο χάρη στη θετική ανταπόκριση του κοινού και πάντα με σεβασμό στο περιβάλλον και στον άνθρωπο.

Εξωνοσοκομειακές Δομές

- [Συμβουλευτικός σταθμός για τοξικοεξαρτημένους](#)
- [Σταθμός καθοδήγησης προγράμματος "ΑΡΓΩ"](#)
- [Θεραπευτική κοινότητα Καρτερών](#)
- [Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων "ΑΡΓΩ"](#)
- [Συμβουλευτικός Σταθμός για άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και φάρμακα](#)
- [Κέντρα Ψυχικής Υγείας](#)
- [Κέντρο Ημέρας](#)
- [Τμήμα ψυχοθεραπείας και στήριξης της οικογένειας](#)
- [Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο](#)
- [Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Παιδιών - Εφήβων](#)
- [ΟΨΣΑΤ Α΄ & ΟΨΣΑΤ Β΄](#)
- [ΟΨΣΕΤ Α΄ & ΟΨΣΕΤ Β΄](#)
- [Κοινωνική Λέσχη](#)
- [Εργαστήρια Κατάρτισης και Απασχόλησης](#)
- [Διαμονή στην κοινότητα](#)
- [Ταβέρνα "Κιβωτός"](#)
- [Κέντρο Ημερήσιας Απασχόλησης Ατόμων με Διαταραχές Μνήμης](#)

4.7 Ψυχιατρείο Πέτρας Ολύμπου

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.) πρωτολειτούργησε σαν ψυχιατρικό νοσοκομείο από το 1970, στο πλαίσιο της αποσυμφόρησης του ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), και της μείωσης του αριθμού των ασθενών του. Μεταφέρθηκαν τότε στην Πέτρα ασθενείς που νοσηλεύονταν για χρόνια στο Ψ.Ν.Θ., με σχετικά βαριά ψυχοπαθολογία (οι οποίοι είτε δεν είχαν καθόλου συγγενείς, είτε οι τυχόν υπάρχοντες συγγενείς τους δεν έδειχναν σημαντικό ενδιαφέρον για την κατάστασή τους) (<http://www.kepsykat.gr/>).

Το 1986, σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου περί ΕΣΥ και τοπροεδρικό διάταγμα 87/86, γίνεται η τελευταία αναμόρφωση, τροποποίηση και συμπλήρωση του οργανισμού, που ισχύει μέχρι και σήμερα. Μετονομάζεται σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, δυναμικότητας 450 κλινών, με προβλεπόμενες θέσεις προσωπικού 433 (<http://www.kepsykat.gr/>).

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, πρωτοπόρο στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, έχει μετεξελιχθεί από άσυλο σε ένα σύγχρονο και πρότυπο δίκτυο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Είναι το πρώτο νοσοκομείο στην Ελλάδα που προχώρησε στην κατάργηση του ασύλου και τη δημιουργία δικτύου με νοσοκομειακές, ενδιάμεσες και κοινοτικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και το καλύτερο σε όλη την Νοτιοανατολική Ευρώπη (Ζάραγκα, 2010).

Ειδικότερα με το Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαγωγίας Β' φάση (για το οποίο θα μιλήσουμε στο επόμενο κεφάλαιο), μέρος του οποίου εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία - Πρόνοια 2000 - 2006 του Γ' ΚΠΣ προβλέφθηκε η πλήρης αποασυλοποίηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου. Το κλείσιμο του ασύλου ξεκίνησε την 1-1-2002 και ολοκληρώθηκε στις 27-1-2004 όταν έφυγαν και οι τελευταίοι ασθενείς. Οι ψυχικά ασθενείς μετονομάστηκαν ένοικοι. Συγκαταλέγονται στους 250 περίπου που πλέον ζουν μέσα στην κοινότητα. Λίγοι επέστρεψαν στις οικογένειές τους, όμως οι περισσότεροι από αυτούς, είτε επειδή οι οικογένειές τους δεν τους θέλουν είτε επειδή δεν υπάρχουν οικογένειες, ζουν σε προστατευόμενους χώρους διαβίωσης, σε διαμερίσματα, σε ξενώνες και 21 οικοτροφεία, που έχουν αναπτυχθεί με τη φροντίδα του ψυχιατρείου. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου λειτουργεί σήμερα ως Πρότυπο Δίκτυο

Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας το οποίο διαρκώς διευρύνεται, αποτελούμενο από δομές που παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας (<http://www.kepsykat.gr>).

Το δίκτυο του Ψ.Ν.Π.Ο. παρέχει ένα εύρος μονάδων πρόληψης προς τον πολίτη οι οποίες είναι:

- Κέντρο ψυχικής υγείας
- Εξωτερικά ιατρεία
- Μονάδα κατ'οίκον φροντίδας ψυχικής υγείας (Μ.Ο.Φ.Ψ.Υ.)
- Κινητή μονάδα

Σε κάθε περίπτωση, η εξέλιξη της ψυχιατρικής, η ανάπτυξη κοινωνικών κινημάτων, αλλά και διάφορες μελέτες - έρευνες - εφαρμογές, απέδειξαν στο πέρασμα των χρόνων και επέβαλαν ριζικές αλλαγές στον τρόπο που αντιμετωπίζονταν και γενικά στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονταν οι ψυχικά άρρωστοι, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα τη σύγχρονη ψυχιατρική. Για να κατανοήσει, όμως, κανείς τις συνθήκες της δημιουργίας του ασύλου και τις συνθήκες της ψυχιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να λάβει υπόψη του το κοινωνικό και οικονομικό σύστημα, αλλά και τις πολιτικές εξελίξεις μέσα στο οποίο γεννήθηκε η τελευταία (η ψυχιατρική περίθαλψη). Και αυτός είναι ο σκοπός του επόμενου κεφαλαίου. Με άλλα λόγια, στο επόμενο κεφάλαιο εξετάζουμε τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες μέσα στις οποίες θεσπίστηκε και εξελίχθηκε η ψυχιατρική στην Ελλάδα, αλλά και οι συντονισμένες προσπάθειες που έγιναν τα τελευταία χρόνια για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία είχε ως στόχο την πιο ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών και τη δυνατότητα αποασυλοποίησής τους και ένταξής τους στην κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΠΟ-ΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

5.1 Ορισμοί

Η έννοια της αποασυλοποίησης ή αποϊδρυματοποίησης έχει την αφετηρία της στα μισά περίπου του 20^{ου} αιώνα, μια εποχή κατά την οποία ο ψυχικά ασθενής και η θεραπεία αυτού ήταν αποκλειστικά συνδεδεμένη με τα άσυλα και τα ψυχιατρεία. Στην προσπάθειά του, λοιπόν, ο Μαδιανός να ορίσει τον όρο αυτό της αποϊδρυματοποίησης τον ορίζει ως *«διαδικασία κοινωνικής αλλαγής, από τον προσανατολισμό της φροντίδας των ψυχικά αρρώστων που βασίζεται στον εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα (άσυλα) προς την μέριμνα των αρρώστων στην κοινότητα σε συνθήκες ισότητας»* (Μαδιανός, 2005:487).

Από τον παραπάνω ορισμό καταλαβαίνουμε ότι η διαδικασία της αποασυλοποίησης περιλαμβάνει καταρχάς την παραδοσιακή θεραπεία που παρέχεται από τον θεράποντα ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και την ιδέα της χειραφέτησης του ασθενούς, ο οποίος πρέπει να επιστρέψει μέσα στο κοινωνικό σύνολο από το οποίο προήλθε. Η τελευταία, μάλιστα, έχει ιδιαίτερη σημασία στην σύγχρονη ψυχιατρική, καθώς απομακρύνεται σταδιακά από τον παραδοσιακό τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονταν οι άρρωστοι. Ο Μαδιανός παρέχει και τους παρακάτω ορισμούς σχετικά με τους στόχους και το περιεχόμενο της αποασυλοποίησης:

«ο αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του ψυχιατρείου». «Αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητούμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει».

«αποϊδρυματισμός είναι το να έρθουμε στη θέση του αρρώστου, να του δώσουμε τη δυνατότητα να διαπραγματευθεί τη θεραπεία του» (Μαδιανός, 1994:35-36).

Με άλλα λόγια, όταν κάνουμε λόγο για αποϊδρυματοποίηση μιλάμε για ένα σύνολο μεταρρυθμίσεων, οι οποίες αφορούν ακόμα και την ίδια τη δομή και το εσωτερικό του ψυχιατρικού ιδρύματος, με στόχο πάντα την αναβάθμιση ολόκληρης της θεραπείας. Αυτό σημαίνει πως όταν αναφερόμαστε στον όρο αποϊδρυματοποίηση δεν αναφερόμαστε σε μια απλή έξοδο του ψυχικά ασθενούς από το άσυλο, αλλά την μέριμνα ώστε να μπορεί ακόμα και να διαθέσει χρήματα για προσωπική του χρήση,

ακόμα και να διαχειριστεί τους ρόλους του και τη θέση του μέσα στην κοινωνία (Μεγαλοοικονόμου, όπως αναφέρεται στον Παπάνη, 2010).

Αντίστοιχα, όταν μιλάμε για αποασυλοποίηση αναφερόμαστε όχι μόνο στην έξοδο των ασθενών από τα νοσοκομεία και τα ιδρύματα, αλλά και την επανένταξή τους μέσα στην κοινωνία από την οποία προέρχονται. Αυτό φυσικά δε μπορεί να επιτευχθεί παρά μόνο μέσω των κατάλληλων προγραμμάτων τα οποία πρέπει να συντάξει η πολιτεία και οι υπεύθυνοι φορείς, ώστε να επιτευχθούν οι σκοποί της αποασυλοποίησης (Πολυζόπουλος, 2013).

Από τα παραπάνω μπορεί να αντιληφθεί κανείς ότι η αποασυλοποίηση δεν αποτελεί μια εύκολη διαδικασία. Αντίθετα, πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη και απαιτητική διαδικασία, η οποία πρέπει να λαμβάνει υπόψη της το πλήθος των ατομικών αλλά και κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την ένταξη του ασθενούς, την επανένταξή του μάλλον, μέσα στους κόλπους της κοινότητας. Πρόκειται με άλλα λόγια για μια διαδικασία κοινωνική, αλλά και ψυχολογική, η οποία φαίνεται πως εξυπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως αυτή ορίστηκε στην προηγούμενη ενότητα (Λιακός, 1999: 57).

Φυσικά, όπως θα φανεί και στη συνέχεια, η ανάγκη αποασυλοποίησης προήλθε από τη δυσμενή θέση των ψυχικά νοσούντων έξω και μέσα από το ίδρυμα, ειδικά αυτών των ασθενών, οι οποίοι είχαν νοσηλευθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο ή σε μια ψυχιατρική κλινική. Έτσι, στόχος της διαδικασίας αυτής δεν είναι τόσο η θεραπεία των ασθενών με αυστηρά ιατρικούς όρους, αλλά η «κοινωνική τους θεραπεία», αν μπορούμε να κάνουμε χρήση του όρου αυτού. Με άλλα λόγια, στόχος δεν είναι να γιατρευθεί πλήρως ο ασθενής από τη νόσο, αλλά να μπορέσει να ξαναμπει μέσα σε ένα κοινωνικό σύνολο, να βρεί τη θέση του μέσα στην κοινωνία με τους ρόλους, τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα που αυτή του προσφέρει (Συνοδινού, 2002: 86).

Ας δούμε, όμως, την πορεία και την εξέλιξη του ασύλου στην Ελλάδα, καθώς και τους λόγους εκείνους που οδήγησαν στην ανάγκη αυτή του αποϊδρυματισμού και της σταδιακής αποασυλοποίησης.

5.2 Η Ιστορία του ασύλου

Αρχικά οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπιζόνταν σαν άτομα τα οποία είχαν καταληφθεί από «δαιμόνια», ενώ για πολλά χρόνια η περίθαλψή τους ήταν σχεδόν ανύπαρκτη. Τα άτομα με ψυχικές νόσους ετίθεντο στο περιθώριο τόσο της κοινωνίας όσο και της υγείας και του κράτους.

Αλλά και τα νεότερα χρόνια δεν υπήρξαν ιδιαίτερα ευνοϊκά και ενθαρρυντικά για την εξέλιξη της ψυχικής περίθαλψης. Αυτό διότι για πολλά χρόνια ο ψυχικά ασθενής εξακολουθούσε να θεωρείται παρείσακτος μέσα σε μια κοινωνία και για το λόγο αυτό είτε τον έδιωχναν από την πόλη στην οποία ζούσε είτε τον άφηναν να περιφέρεται μέσα στην πόλη χωρίς να λαμβάνει την παραμικρή φροντίδα. Ακόμα και τα πρώτα άσυλα είχαν τη μορφή περισσότερο κέντρων τα οποία φιλοξενούσαν κάθε είδους περιθωριακών ανθρώπων μεταξύ των οποίων και τους ψυχικά ασθενείς (Καλογεροπούλου, 2011).

Φαίνεται πως το πρώτο άσυλο λειτούργησε στην Αγγλία κατά το έτος 1403 και το δεύτερο πέντε χρόνια αργότερα, το 1408 στην πόλη Βαλένθια της Ισπανίας. Όλα όμως ήταν γνωστά για τις άθλιες συνθήκες εντός των οποίων διαβιούσαν οι ψυχικά ασθενείς. Ο εγκλεισμός των ψυχικά ασθενών σε άσυλα άρχισε να πραγματοποιείται κατά το 17^ο αιώνα, όπου οι φτωχοί, οι ασθενείς και τα άτομα τα οποία έπασχαν από κάποια ψυχική νόσο ή ψυχική διαταραχή άρχισαν να εγκλείονται σε γενικά νοσοκομεία, το πρώτο από τα οποία λειτούργησε το 1657 στο Παρίσι (Αλεβίζος, 1997).

Σύμφωνα με τον Φουκώ, ο ψυχιατρικός ασθενής ταυτιζόταν με το επικίνδυνο άτομο, το άτομο δηλαδή το οποίο ενεργούσε με βάση τα άγρια και ζωώδη ένστικτά του. Και για το λόγο αυτό, συγκέντρωνε στο πρόσωπό του όλους τους ανομολόγητους φόβους και τις επιθυμίες των ανθρώπων της εποχής (Φουκώ, 2004). Ο ίδιος καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η εποχή του δε διαθέτει γνώση για την ψυχική ασθένεια ούτε κανένα μέσο για την αντιμετώπισή της και αναφέρει χαρακτηριστικά: *«η τρέλα φιμώνεται μέσα στην μακαριότητα μιας επιστημονικής γνώσης που την αναλύει τόσο υπερβολικά, ώστε στο τέλος την ξεχνάει. Το πέραςμα απ'τη μια εμπειρία στην άλλη έγινε μέσα σ'έναν κόσμο στημένο από εικόνες και θετικότητα κι οδήγησε σε ένα είδος σιωπηλής διαφάνειας, που εκδηλώνεται σα θεσμός βουβός, ασχολίαστη χειρονομία, γνώση επιφανειακή-δηλαδή μια τεράστια, ακίνητη δομή. Η δομή αυτή δεν ανήκει ούτε στο χώρο του δράματος ούτε και της γνώσης. Μας δείχνει το σημείο όπου η*

ιστορία καθηλώνεται ανίσχυρη μπροστά στην τραγικότητα του ανθρώπου, αυτήν που όσο επιχειρεί να εξαλείψει, τόσο καταφέρνει να παγιώνει» (Φουκώ, 2004: 42).

Η άνοδος του ασύλου, η οποία παρατηρείται κατά τον 19^ο αιώνα, οφείλεται στην παρουσία δύο κυρίως ερευνητών, του Pinel και του Tuke. Ο Pinel με το βιβλίο που δημοσιεύει και τιτλοφορείται «*Ιατροφιλοσοφική μελέτη της τρέλας*» το 1801 συνέβαλε καθοριστικά σε μια πιο ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχικά νοσούντων, η οποία, όπως είδαμε δεν υπήρχε μέχρι εκείνη την εποχή. Χάρη στο έργο του, λοιπόν, η ψυχική νόσος αποσυνδέθηκε από την ύπαρξη κάποιου «δαιμονίου» το οποίο είχε καταλάβει την ψυχή του ασθενούς και συνδέθηκε με τον παραλογισμό. Ταυτόχρονα, τα άσυλα έγιναν πλέον χώροι στους οποίους εισέρχονταν οι ασθενείς για να θεραπευθούν (Λασκαράτος, 2003: 367).

Αντίστοιχα, οι ψυχικά ασθενείς δεν αποτελούν πια θέαμα για τους περαστικούς. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα να πάψει πια να υπάρχει η βιαιότητα και η αγριότητα με την οποία αντιμετωπίζονταν οι ασθενείς αυτοί και πια να τους συμπεριφέρονται με σεβασμό και ευγένεια. Έτσι, οι ασθενείς άρχισαν να εγκαθίστανται σε χώρους καθαρούς και φωτεινούς, έπαψαν πια να φοράνε αλυσίδες, ενώ είχαν τη δυνατότητα ακόμα και να περιηγηθούν στον προαύλειο χώρο του ασύλου. Σταδιακά, η τιμωρία έπαψε να υφίσταται και τη θέση της πήρε η παρατήρηση και η έρευνα πάνω στις συμπεριφορές των ψυχικά ασθενών, αλλά και στον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσαν αυτοί να αντιμετωπιστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και να οδηγηθούν τελικά στη θεραπεία τους (Πατελάρου, 2012:23).

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, πως το έργο του Pinel δεν επηρέασε μόνο τις ψυχιατρικές δομές της Γαλλίας, αλλά επέφερε αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονταν οι ψυχικά ασθενείς σε ολόκληρη την Ευρώπη, ενώ θα λέγαμε πως έθεσε τη βάση για τη σύγχρονη ψυχιατρική μεταρρύθμιση, την οποία θα περιγράψουμε σε επόμενο κεφάλαιο. Ένα από τα σημαντικότερα βήματα, εξάλλου, τα οποία συντελέστηκαν χάρη στο έργο του Pinel είναι ότι οι ψυχικά ασθενείς αρχίζουν να αντιμετωπίζονται ως διαφορετικές κατηγορίες και δεν ταυτίζονται πια με άλλες κατηγορίες, όπως οι ζητιάνοι ή οι άνεργοι. Παράλληλα, χάρη στην προσπάθειά του αυτή πλέον διαμορφώνεται μία πιο ολοκληρωμένη άποψη και εικόνα σχετικά με την ψυχική νόσο, καθώς πλέον αρχίζουν να έρχονται στο προσκήνιο του ενδιαφέροντος έννοιες όπως η ψυχοπαθολογία, η υποκειμενικότητα του κάθε ασθενούς, αλλά και η ανάγκη για χρόνια και διαχρονική παρακολούθησή του.

Κατά τον 19^ο αιώνα παρατηρείται μια αντίφαση. Από τη μία εντατικοποιούνται οι προσπάθειες και οι έρευνες γύρω από την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά ασθενείς. Από την άλλη, ο αριθμός των ατόμων που έπασχαν από κάποια ψυχική ασθένεια άρχισαν να αυξάνονται και το γεγονός αυτό επέβαλε την αύξηση των ασύλων, τα οποία καλούνταν να φιλοξενήσουν έναν συνεχώς αυξανόμενο αριθμό νοσούντων. Παρόλα αυτά, οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών στα άσυλα αυτά εξακολουθούσε να είναι άθλια. Κατά το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα πλέον άρχισαν να πραγματοποιούνται αλλαγές και προσπάθειες μεταρρύθμισης του τρόπου λειτουργίας των ασύλων και των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ψυχικά ασθενείς. Έτσι, σταδιακά πραγματοποιούνται προσπάθειες ώστε το ψυχιατρείο να αποκτήσει ένα πιο έντονα θεραπευτικό ρόλο, ενώ γίνεται προσπάθεια να εφαρμοθούν νέες τεχνικές για την αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων (Μητροσύλη, 1997).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε πως η Ελλάδα παρουσίαζε μικρότερα ποσοστά εκδήλωσης ψυχικών νόσων σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Μάλιστα, την εποχή αυτή στη χώρα μας επικρατούσε η άποψη ότι οι ψυχικές ασθένειες οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες, αλλά και στον τρόπο ζωής των ατόμων που τελικά νοσούσαν. Άλλωστε, θα πρέπει να σημειώσουμε πως την εποχή αυτή η πλειοψηφία των πολιτών ασχολούνταν με γεωργικές και κτηνοτροφικές εργασίες, ενώ παρέμεναν απομακρυσμένοι από τα μεγάλα αστικά κέντρα. Το γεγονός αυτός και αυτός ο τρόπος ζωής αποτελούσε για την εποχή εκείνη έναν αρκετά ικανό και μεγάλο προστατευτικό παράγοντα (Καλογεροπούλου, 2011).

Τελικά, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε μετά από καθυστέρηση αρκετών δεκαετιών, όταν τελικά έγινε επιτακτική η ανάγκη να αλλάξει ριζικά ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονταν οι ψυχικά ασθενείς. Το θέμα αυτό, της εξέλιξης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, θα αναλύσουμε στο επόμενο κεφάλαιο.

5.3 Ιστορία του ασύλου στην Ελλάδα

Η ιστορία της ψυχικής περίθαλψης στον ελλαδικό χώρο, τουλάχιστον κατά τα πρώτα χρόνια δε φαίνεται να ξεφεύγει από τον κανόνα που ισχύει σε ολόκληρη τη Βαλκανική και τη Μ. Ασία των αρχών του 19^{ου} αιώνα. Οι μαρτυρίες που έχουμε σήμερα στη διάθεσή μας από την εποχή αυτή δείχνουν ότι κατά τον αιώνα αυτό οι ψυχικά ασθενείς κατέφευγαν για να βρουν τη σωτηρία τους στις εκκλησίες και τα μοναστήρια. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, άλλωστε, εκείνη την εποχή οι ψυχικά ασθενείς δε διαφοροποιούνταν από τους «δαιμονισμένους» και έτσι μοναδικός τόπος για την ίασή τους ήταν οι χώροι της εκκλησίας και «γιατροί» τους, υπεύθυνοι για τη σωτηρία τους ήταν οι πατέρες της εκκλησίας και οι ιερείς. Όπως περιγράφει χαρακτηριστικά ο Πλουμπίδης (1995: 21) έξω από τα μοναστήρια και τις εκκλησίες συσσωρεύονταν οι ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι έστηναν ακόμα και πρόχειρες σκηνές. Τόσο οι ίδιοι οι ψυχικά ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους προέβαιναν σε αυστηρή νηστεία και σε ολοήμερη και ολονύχτια προσευχή, ενώ χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως οι οικογένειες των αρρώστων τους έδεναν μέσα ή έξω από την εκκλησία. Η παραμονή των τελευταίων στο χώρο της εκκλησίας μπορούσε να κρατήσει ακόμα και ολόκληρους μήνες στο πέρασμα των οποίων τελούνταν λειτουργίες και εξορκισμοί ώστε να εξοβελισθεί το κακό και να απαλλαγούν οι ασθενείς από το «δαιμόνιο».

Όλα τα παραπάνω, όμως, επέβαλαν την ανάγκη να θεσπιστεί νόμος ο οποίος να ορίζει συγκεκριμένα μέτρα μέσω των οποίων θα αντιμετωπιζόταν με αποτελεσματικό τρόπο το πρόβλημα της ανυπαρξίας ασύλων και της ταυτόχρονης αύξησης των ψυχικά ασθενών. Έτσι, φαίνεται πως το 1862 ψηφίζεται νόμος, ο οποίος επιβάλλει στην κυβέρνηση να πληρώνει συνολικά το ποσό των 320 δραχμών το μήνα σε κάποια μοναστήρια στα οποία φιλοξενούνταν ψυχικά ασθενείς. Συγκεκριμένα, τα μοναστήρια αυτά προορίζονταν να φιλοξενούν 21 ψυχικά ασθενείς και ο αριθμός αυτός σε συνδυασμό με την παροχή χρηματικού ποσού για τη θεραπεία τους έδωσε στα άσυλα αυτά τη μορφή των πρώτων ασύλων της χώρας (Πατελάρου, 2012: 30).

Σταδιακά άρχισαν να ιδρύονται χώροι με τη μορφή των σύγχρονων νοσοκομείων τα οποία άρχισαν να δέχονται ψυχικά ασθενείς. Έτσι, τα πρώτα παραδοσιακά νοσοκομεία που κλήθηκαν να περιθάλψουν τον αριθμό αυτό των ψυχικά νοσούντων βρίσκονταν στη Χίο, την Κωνσταντινούπολη και τη Σμύρνη. Πρόκειται για περιοχές που την εποχή αυτή αναπτύσσονται οικονομικά, καθώς εκεί

συρρέει και δραστηριοποιείται πλήθος ελλήνων αστών που συγκεντρώνουν στα χέρια τους μια μεγάλη οικονομική δύναμη. Χαρακτηριστικό είναι ότι αντίθετα με τα μοναστήρια, τα οποία έπαιρναν πολλές φορές το ρόλο του ασύλου, τα νοσοκομεία αυτά δε διοικούνται και δεν ελέγχονται από τους φορείς και τις αρχές της εκκλησίας, αλλά από εφορίες, οι οποίες αποτελούνται και από επιφανείς ανθρώπους της εποχής, εμπόρους και κάποιους κληρικούς. Θα πρέπει να σημειώσουμε πως τα νοσοκομεία αυτά λειτούργησαν παράλληλα και ως άσυλα, αλλά και ως σωφρονιστήρια των οποίων ο στόχος δεν είναι τόσο να γιατρέψουν σωματικά και ψυχικά τους ασθενείς, αλλά να αποκαταστήσουν την κοινωνική συνοχή. Σκόπευαν, με άλλα λόγια, στη θεραπεία ολόκληρης της κοινωνίας από τους ασθενείς αυτούς που τάραζαν ενδεχομένως τις δομές της κοινωνίας θέτοντας στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος το όφελος της κοινωνίας κι όχι του αρρώστου. Αναφορικά με τα έσοδα των ιδρυμάτων αυτών, ο Πλουμπίδης (1995:24) αναφέρει ότι αυτά προέρχονταν από εράνους, από εισφορές, από κληροδοτήματα, αλλά και από την κτηματική περιουσία αυτών.

Το 1883 ιδρύεται στην Κέρκυρα το πρώτο φρενοκομείο, το οποίο λειτουργεί ακόμα και σήμερα. Στεγαζόταν σε έναν παλιό στρατώνα, ενώ έμοιαζε περισσότερο με κάποιο κέντρο κράτησης. Η αλήθεια είναι, όμως, ότι το φρενοκομείο αυτό ήταν προσαρμοσμένο στα ευρωπαϊκά πρότυπα και τις απαιτήσεις της εποχής, ενώ συνδέθηκε με το όνομα του Χρήστου Τσιργιώτη, ο οποίος υπήρξε διευθυντής του φρενοκομείου και αργότερα διευθυντής του Δρομοκαΐτειου θεραπευτηρίου. Λίγα χρόνια αργότερα, κατά την περίοδο 1856-1962 το ελληνικό κράτος πραγματοποιεί τις πρώτες μεγάλες προσπάθειες για την ίδρυση ψυχιατρικού ιδρύματος. Παρόλα αυτά, αυτό άργησε να πραγματοποιηθεί, οπότε και πέρασαν περισσότερα από 60 χρόνια έως ότου ιδρυθεί το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών απέναντι από τη μονή του Δαφνίου (Γρίβας, 1985, όπ.αναφ. στις Λαμπροπούλου & Ραπούδη, 2010:20).

Αντίστοιχα ιδρύματα φαίνεται ότι λειτούργησαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα στη Θεσσαλονίκη, την Ερμούπολη, αλλά και στη Σούδα, ενώ η περίοδος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου αποτελεί μια σκοτεινή για την ανάπτυξη της ψυχικής υγείας περίοδο. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως η ψυχιατρική κατά τα επόμενα από τον πόλεμο χρόνια αποτέλεσε όργανο στα χέρια των πολιτικών, οι οποίοι θέλοντας να αμαυρώσουν την εικόνα των πολιτικών τους αντιπάλων τους χαρακτήριζαν ως ψυχασθενείς. Αντίστοιχα, δεν ήταν λίγοι εκείνοι οι οποίοι στην προσπάθειά τους να

αποφύγουν μια καταδίκη ή μια ενδεχόμενη φυλάκιση δήλωναν οι ίδιοι πως νοσούσαν ψυχικά και επιθυμούσαν τον εγκλεισμό τους σε κάποιο ίδρυμα (Blue, 1999:74-75).

Αντίθετα, η εποχή που ακολουθεί τον πόλεμο είναι μια εποχή κατά την οποία «ανθίζει» η ψυχική υγεία. Και τούτο διότι αυξάνεται ο αριθμός των ιδιωτικών κλινικών, ενώ το δημόσιο ψυχιατρείο εξακολουθεί να αποτελεί το βασικό μέσο ίασης για όσους δεν έχουν την οικονομική άνεση να νοσηλευθούν σε ιδιωτικά κέντρα. Παρά τον αυξανόμενο, όμως, αριθμό των ασύλων και των κέντρων- ιδιωτικών και δημόσιων- νοσηλείας, οι θεραπείες παραμένουν καθαρά στη χρήση φαρμάκων, ενώ οι ασθενείς κλείνονται μέσα στα ιδρύματα και δεν έχουν τη δυνατότητα να βγουν από τους χώρους αυτούς. Σταδιακά, γίνεται αντιληπτό και στην Ελλάδα ότι ο συνθήκες εγκλεισμού των ασθενών μέσα στα ιδρύματα έχουν χάσει τον ανθρώπινο χαρακτήρα τους και χάρη στην πρωτοβουλία μερικών αρχίζουν να γίνονται κινήσεις προς την κατεύθυνση αυτή. Χαρακτηριστικό είναι ότι ως ένδειξη τέτοιας ανθρωπιστικής προσέγγισης των ασθενών τα κάγκελα στο Δρομοκαΐτειο εξαφανίζονται, καταργούνται τα σιδερένια κλουβιά, οι αλυσίδες και οι ζουρλομανδίες που μέχρι τότε δέσποζαν, ενώ η πύλη του ψυχιατρείου ανοίγει ώστε οι ασθενείς να μπορούν να έχουν επαφή με τον έξω κόσμο. Το 1968 εγκαινιάζεται το δημόσιο ψυχιατρείο της Τρίπολης, ώστε να καλύψει και τις ανάγκες της περιφέρειας, ενώ το 1973 ιδρύεται το «Σανατόριο Ψυχοπαθών Χανίων». Τελικά, *«το 1980 το δίκτυο ψυχιατρικών ιδρυμάτων στην Ελλάδα έφτασε να αποτελείται από οκτώ ψυχιατρεία, που λειτουργούσαν ως κύριοι φορείς της ψυχιατρικής περίθαλψης στον δημόσιο τομέα»* (Blue, 1999:75).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειώσουμε ότι προς τα τέλη της δεκαετίας του 1970 σημειώθηκε μια σημαντική ρωγμή ανάμεσα στην ιδεολογία της εποχής, τη θεωρία και την πράξη, τον τρόπο με τον οποίο, δηλαδή, αντιμετωπίζονταν οι ψυχικά ασθενείς. Άλλωστε την εποχή εκείνη πολλοί από τους έλληνες ψυχιάτρους είχαν βιώσει την εμπειρία του εξωτερικού και είχαν αντιληφθεί περισσότερο από όλους την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις. Έτσι, την εποχή αυτή αρχίζουν να σημειώνονται καινοτομίες σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας, όπως ήταν η ίδρυση του Νοσοκομείου Ημέρας στο Αιγινήτειο. Παράλληλα, την εποχή εκείνη έγινε σαφές ότι έπρεπε να ξεπεραστούν τα προβλήματα που έθετε η ισχύουσα νομοθεσία και η υπάρχουσα γραφειοκρατία. Γενικά, θα λέγαμε πως επρόκειτο για μια εποχή κατά την οποία δεν υπήρχε μια οργανωμένη πολιτική με στόχο την βελτίωση και την επεκταση

των ψυχιατρικών δομών, γεγονός που επέβαλε μια σειρά από μεταρρυθμιστικές προσπάθειες τις οποίες θα περιγράψουμε σε ενότητα που ακολουθεί (Τζανάκης, 2005).

5.4 Εμφάνιση και εξέλιξη αποασυλοποίησης

Επιχειρώντας μια ιστορική αναδρομή στην ιστορία της διαδικασίας της αποασυλοποίησης και στους λόγους που οδήγησαν σε αυτήν και στη βελτίωσή της θα λέγαμε πως ξεκίνησε καταρχάς από τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο όπου οι έρευνες έδειξαν ότι οι ψυχικά άρρωστοι ακόμα και μετά την περίοδο της νοσηλείας τους παραμένουν απομονωμένοι από την κοινότητα στην οποία υποτίθεται ότι έχουν ενταχθεί. Με άλλα λόγια, το πρώτο κοινό συμπέρασμα ήταν ότι οι ψυχικά άρρωστοι παραμένουν στο περιθώριο της κοινωνίας, γεγονός που επηρεάζει την αποασυλοποίηση. Επιπλέον, ένας ακόμη παράγοντας ο οποίος φαίνεται να επηρεάζει τη διαδικασία της αποασυλοποίησης είναι η παροχή των υπηρεσιών από τα κέντρα ψυχικής υγιεινής, αλλά και το ίδιο το οικογενειακό περιβάλλον το οποίο δε δέχεται πάντοτε τον ασθενή, γεγονός που πολλές φορές μπορεί να τον οδηγήσει να επιστρέψει στο χώρο του ασύλου. Επιπλέον, ένας παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει την διαδικασία της αποασυλοποίησης είναι η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής, ώστε να εμποδίζονται τυχόν υποτροπές, ενώ και ο ίδιος ο άρρωστος μπορεί να επηρεάσει την αποασυλοποίησή του. Αυτό σημαίνει πως θα πρέπει ο ίδιος να αποδεχθεί την πραγματικότητα ως έχει και να μην παραδίνεται. Αντίθετα, θα πρέπει να φροντίζει ώστε να υπερπηδά τα εμπόδια και να διεκδικεί τη θέση που του αρμόζει μέσα στην κοινωνία (Μαδιανός, 1994:36- 37). Ο Μαδιανός (1994: 41) συγκεντρώνει τους παράγοντες οι οποίοι δύνανται να συμβάλουν θετικά ή όχι στην έξοδο του ασθενούς από το ίδρυμα.

Πίνακας 1: οι δέκα κοινωνικοί, δημογραφικοί, οικονομικοί κ.ά. παράγοντες, από τους οποίους οι τυχόν αλλαγές τους σημαίνουν θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα

Παράγοντες Αποτέλεσμα	± Αλλαγή	Θετικό/ Αρνητικό
1. Ποσοστά υπερηλίκων		Αύξηση -
2. Αριθμός μελών ανά οικογένεια		Μείωση ±
3. Διαζύγια		Αύξηση -
4. Αστισμός/ Κοινωνική Αποργάνωση		Αύξηση -
5. Αναλφαβητισμός		Μείωση +
6. Κοινωνική οικονομική ανάπτυξη		Αύξηση +
7. Ανεργία		Αύξηση -
8. Οικονομική Ευημερία		Αύξηση +
9. Ασφαλιστική Κάλυψη		Αύξηση +
10. Ανάπτυξη Ψυχιατρικών Υπηρεσιών		Αύξηση +

Πηγή: Μ. Σ. Σαββίδης, 1994:41

Στην Ελλάδα η ψυχιατρική αυτή μεταρρύθμιση, η οποία εκφράζεται μέσα από την αποασυλοποίηση ξεκίνησε αρκετά χρόνια αργότερα, κατά τη δεκαετία του 1980 από τη Λέρο, όπου έγινε αντιληπτή η ανάγκη να μετατεθεί το ενδιαφέρον από την καθεαυτή ψυχιατρική φροντίδα και να μετατοπιστεί στην κοινότητα. Το γεγονός αυτό οδήγησε σταδιακά στην δημιουργία χώρων στέγασης και φιλοξενίας των ασθενών εκτός του νοσοκομείου, όπως και στην μεταρρύθμιση μέσω του εθνικού σχεδιασμού *Ψυχαργός* για την οποία θα κάνουμε λόγο σε επόμενη παράγραφο.

5.5 Στάδια αποασυλοποίησης

Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία, η διαδικασία της αποασυλοποίησης περιλαμβάνει δύο στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο, καταγράφονται λεπτομερώς οι συνήθειες που είχε ο ψυχικά ασθενής, ο τρόπος με τον οποίο ζούσε, αλλά και χαρακτηριστικά όπως το μέγεθος της νόσου, η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού και άλλων συναφών θεμάτων που σχετίζονται με την οικογένεια και δύνανται να επηρεάσουν την εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον, καταγράφονται στο στάδιο αυτό πληροφορίες σχετικές με την επαγγελματική του δραστηριότητα, τη δυνατότητα να βρει και να συντηρήσει μια στέγη και γενικά πληροφορίες σχετικές με το βαθμό στον οποίο ο ασθενής μπορεί να λειτουργήσει έξω από το χώρο του ασύλου (Μαδιανός 1994: 92).

Πρόκειται για μια φάση μεταβατική, καθώς ο ασθενής εξακολουθεί να επισκέπτεται συχνά τους χώρους στους οποίους μπορεί να του παρασχεθεί ιατρική και φαρμακευτική βοήθεια όπως είναι τα Κέντρα ή τα Νοσοκομεία Ημέρας για τα οποία μιλήσαμε στην προηγούμενη παράγραφο. Στο στάδιο αυτό, επομένως, ο ασθενής καλείται να μάθει από την αρχή να ζει μέσα στην κοινωνία στην οποία ζούσε πριν τον εγκλεισμό του στο χώρο του ασύλου και να μάθει τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να ξαναγίνει μέλος της. Με τη διαφορά ότι αυτή η ένταξη θα γίνει από την αρχή, με νέους αυτή τη φορά όρους (Μαυρατζώτου, 2003).

Με άλλα λόγια, το πρώτο αυτό στάδιο της αποασυλοποίησης φαίνεται ότι στρέφεται γύρω από την αγωγή. Η αγωγή αυτή είναι που θα δώσει στον ψυχικά ασθενή τα εφόδια εκείνα τα οποία θα τον βοηθήσουν να αποκτήσει το επιθυμητό επίπεδο λειτουργικότητας και να βγει ξανά στην κοινωνία. Βέβαια, η αποασυλοποίηση δεν περιορίζεται μόνο στην αγωγή του ασθενούς, αλλά αποκτά και άλλες διαστάσεις λόγω κυρίως του ψυχοκοινωνικού της σκοπού. Έτσι, φαίνεται ότι περιλαμβάνει την αγωγή του οικογενειακού περιβάλλοντος, του κοινωνικού περιβάλλοντος, αλλά και των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι, όπως θα δούμε στη συνέχεια, θα πρέπει να είναι σε θέση να συμβάλουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στο να ξεπεράσει ο ασθενής τις εμπειρίες της ασυλοποίησης και να βγει έτοιμος και δυνατός μέσα στην κοινωνία (Αλεξανδρή et al. 1998: 24-26).

Κατά τη δεύτερη φάση της αποασυλοποίησης, φεύγουμε πια από το στάδιο της μετάβασης και μπαίνουμε στο κύριο στάδιο. Εδώ πλέον επιχειρείται η κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Για το λόγο αυτό, στη διάθεση του ασθενούς βρίσκεται ένα πλήθος υπηρεσιών οι οποίες παρακολουθούν τους αρρώστους και μεριμνούν ώστε να ενταχθούν. Έτσι, οι υπηρεσίες αυτές μεριμνούν για τη στέγαση των αρρώστων σε ξενώνες ή προστατευόμενα διαμερίσματα, καθώς και για την επαγγελματική τους αποκατάσταση, η οποία αποτελεί βασική ανάγκη και προϋπόθεση για την επιτυχημένη και ολοκληρωμένη ένταξη μέσα στους κόλπους της κοινωνίας (Lamb, 1998: 8).

5.6 Υφιστάμενη κατάσταση

Όπως κάθε πρακτική, ειδικά όπως κάθε νέα πρακτική, έτσι και αυτή της αποασυλοποίησης προσκρούει σε διάφορους παράγοντες οι οποίοι πολλές φορές δυσχεραίνουν ή και εμποδίζουν την αποτελεσματικότητα της πρώτης.

Μια πρώτη δυσκολία εντοπίζεται στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας και στο βαθμό στον οποίο είναι ευχαριστημένοι από το περιβάλλον μέσα στο οποίο εργάζονται, άρα και αποτελεσματικοί σε αυτό που έχουν αναλάβει να φέρουν εις πέρας. Οι Αλεξανδρή et al. (1998: 24-26) αναφέρουν ότι *«ο παραδοσιακός τρόπος λειτουργίας του ολοπαγούς ιδρύματος, με την απομονωμένη από την κοινωνία, μαζική, καταναγκαστική και άνωθεν κατευθυνόμενη διαχείριση των αναγκών των τροφίμων, παράγει θέσεις και ρόλους εργασίας που απαιτούν από το προσωπικό μια ταυτοποίηση με τον κοινωνικό ρόλο που τους έχει ανατεθεί. Μέσω αυτής της ταύτισης επισυμβαίνει, τόσο η δική τους ιδρυματοποίηση, όσο και η αναπαραγωγή του ιδρυματικού θεσμού»*. Αυτό σημαίνει πως η απρόσωπη λειτουργία του ιδρύματος, το γεγονός πως οι ψυχικά ασθενείς δεν αποτελούν ξεχωριστές οντότητες παρά ένα σύνολο, αλλά και γενικά η φιλοσοφία που διατρέχει σήμερα την σκέψη και τη νοοτροπία των εργαζομένων του απομακρύνει από την ουσιαστική και σωστή άσκηση του έργου τους.

Για το λόγο αυτό, σύμφωνα με τους Χριστοδούλου et al. (2000: 176) απαιτείται ένα εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο θα στηρίξει τους πάσχοντες με τον πιο ουσιαστικό τρόπο. Η δική τους συναισθηματική κατάσταση, η δική τους θετική στάση είναι αυτή που θα μπορέσει να βοηθήσει τους ψυχικά ασθενείς να ξεπεράσουν τις όποιες δυσκολίες και να επανενταχθούν μέσα στην κοινωνία.

Επιπλέον, στα προβλήματα τα οποία παρατηρούνται σήμερα στα ιδρύματα και φαίνεται ότι δυσχεραίνουν το έργο των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την αποκατάσταση των ασθενών και την ένταξή τους στην κοινωνία, πρέπει να προστεθούν και οι ανεπάρκειες των ίδιων των δομών. Πρόκειται για ανεπάρκειες στον τρόπο με τον οποίο δομούνται και λειτουργούν τα ιδρύματα τα οποία ασχολούνται με την ψυχική υγεία, οι οποίες εγκλωβίζουν ακόμα περισσότερο τους εργαζομένους σε αυτό το ανεπιθύμητο κλίμα ιδρυματοποίησης. Οι εργαζόμενοι αρχικά αναλαμβάνουν το έργο τους με ενθουσιασμό και με θετικά συναισθήματα. Σταδιακά, όμως, οι ανεπάρκειες αυτές τους απογοητεύουν με αποτέλεσμα να

κουράζονται ψυχικά από το ίδιο το έργο τους. Στην εξουθένωση αυτή πέρα από τις συνθήκες εργασίας οδηγεί και η αργή πορεία των ασθενών. Πρόκειται για το λεγόμενο «BurnoutSyndrome», ή αλλιώς το «Σύνδρομο Ψυχικής Εξουθένωσης» (Μεγαλοοικονόμου 1997: 10). Εάν θέλαμε να ορίσουμε το σύνδρομο αυτό θα λέγαμε πως πρόκειται για *«την απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς»* (Maslach, 1982). Λίγα χρόνια μετά οι Maslach&Jackson (1986) υποστήριξαν ότι είναι για να μπορέσουμε να μετρήσουμε το βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι βιώνουν την ψυχική εξασθένιση από την εργασία τους θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε ως κριτήριο το βαθμό στον οποίο έχουν εξαντληθεί συναισθηματικά, το βαθμό στον οποίο έχει επέλθει αποπροσωποποίηση, αλλά και την αίσθηση που έχουν πολλοί εργαζόμενοι ότι τα επιτεύγματά τους στο χώρο εργασίας δεν είναι αρκετά.

Πρόκειται για έναν σύνδρομο το οποίο έχει μια σειρά από συμπτώματα, τα οποία δεν είναι μόνο ψυχολογικά, αλλά και σωματικά ακόμα και συμπεριφορικά. Μάλιστα, η Θεοφίλου (2009) ταξινομεί τις συνέπειες της ψυχικής εξασθένισης των εργαζομένων στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 2: Συμπτώματα ψυχικής εξασθένησης

<u>Σωματικά</u>	<u>Ψυχολογικά</u>	<u>Συμπεριφορικά</u>
Σωματική εξάντληση/ κούραση	Αυσκαμψία στις αλλαγές/ έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/ αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ Ευερεθιστικότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ.
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα

χοληστερόλης		
Σταφαναϊά νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Λισθήματα αδυναμίας	
	Καχυποψία	
	Λισθήματα ενοχής/αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	
	Υπερβολική αυτοπεποίθηση/λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	
	Αποτελμάτωση	
Προσαρμογή από το Don Unger, "Superintendent Burnout: Myth or Reality" (1980)		

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό πως θα πρέπει να υπάρχει η μέριμνα ώστε να δημιουργηθεί εκείνο το σύστημα το οποίο θα οδηγεί στην αποασυλοποίηση

των ασθενών, θα τους βοηθά να υπερβούν όλα όσα τους εμποδίζουν να ενταχθούν στην κοινωνία. Αυτό απαιτεί φυσικά τη σωστή λειτουργία μιας ολόκληρης ομάδας, η οποία όπως θα δούμε στη συνέχεια δεν αποτελείται μόνο από γιατρό, αλλά και από συμπληρωματικές και κοινωνικές ειδικότητες.

5.7 Ο ρόλος του προσωπικού στην αποασυλοποίηση

Για μια σωστή θεραπεία αλλά και αποασυλοποίηση των ασθενών θα πρέπει να δράσει με τον αποτελεσματικότερο τρόπο μια ολόκληρη ομάδα επαγγελματιών. Σύμφωνα με τους Παπαδάτο-Στογιαννίδου (1988: 219) αρχικά οι πρώτες ομάδες ψυχικής υγείας αποτελούνταν από έναν ψυχίατρο και έναν κοινωνικό λειτουργό. Στη συνέχεια εμπλουτίστηκε από άλλες ειδικότητες, όπως αυτή του ψυχολόγου και μεταφέρθηκε στη συνέχεια σε ιδρύματα, σε μονάδες εξωτερικής νοσηλείας, σε φοιτητικές εστίες, σε κέντρα ψυχικής υγιεινής.

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2002: 150) η ομάδα αυτή θα πρέπει να στοχεύει και να εργάζεται πάνω σε τρία επίπεδα:

- α. στο επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης,*
- β. στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας,*
- γ. στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης.*

Φυσικά, για τη σωστή λειτουργία και την επίτευξη των στόχων της ομάδας αυτής θα πρέπει να υπάρχει η σωστή και επαρκής κατάρτιση του εργαζομένου και των μελών της ομάδας, αλλά και η συνειδητοποίηση ότι αποτελούν μέρη μιας ομάδας, άρα θα πρέπει να συνεργάζονται και να λειτουργούν από κοινού. Αντίστοιχα, θα πρέπει μεταξύ της ομάδας να υπάρχει αλληλεγγύη, αλλά και να διαχωρίζονται οι αρμοδιότητες του κάθε μέλους ανάλογα με την ειδικότητα και την εκπαίδευση που έχει λάβει. Φυσικά, όλα τα μέλη της ομάδας έχουν την ευθύνη να θεραπεύσουν το καθένα με τις δικές τους δυνατότητες, τους ασθενείς να μάθουν μέσα από την τριβή τους και την καθημερινή επαφή και επικοινωνία με τους ασθενείς.

Κατά συνέπεια η λειτουργία της ομάδας δεν αφορά μόνο τη διάγνωση και τη θεραπευτική στρατηγική αντιμετώπιση αλλά και την περαιτέρω θεραπευτική στρατηγική. Βασικό πλεονέκτημα της ολιστικής και πολύπλευρης αυτής προσέγγισης του ασθενούς είναι ο υπολογισμός όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία και διατήρηση της ψυχικής νόσου, όπως π.χ. ενδοοικογενειακές σχέσεις, εργασιακές, κοινωνικές, κ.λ.π.

Η ομάδα ψυχικής υγείας αξιοποιώντας σωστά τις γνώσεις, τις ικανότητες και τις δεξιότητες των μελών της έχει δυνατότητες να κατανοήσει τις ανάγκες και τα προβλήματα του ατόμου σφαιρικά. Μπορεί έτσι να επιτύχει πληρέστερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του ατόμου μέσα από μία πιο αποτελεσματική σχέση και παρέμβαση. Μια θεραπευτική ομάδα ψυχικής υγείας μπορεί να αποτελείται

όπως έχει ήδη αναφερθεί από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, το νοσηλεύτη, τον εργοθεραπευτή, τον επισκέπτη υγείας καθώς και από άλλες ειδικότητες ανάλογα με τις ανάγκες του πλαισίου αναφοράς της ομάδας.

Ας δούμε πολύ συνοπτικά τον τρόπο με τον οποίο κάθε επαγγελματίας συμβάλλει στην αποκατάσταση των ασθενών.

5.7.1 Ο ρόλος του Ψυχιάτρου

Είναι κοινά αποδεκτό ότι ο ψυχίατρος έχει ως βασικό μέλημα να διαγιγνώσκει το μέγεθος της ασθένειας και να παρέχει στον ασθενή την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, θα πρέπει να παρακολουθεί την πορεία της υγείας του ασθενούς (Παπαδάτος- Στογιαννίδου, 1994: 223).

Θα ήταν λάθος μας όμως αν περιορίζαμε το ρόλο του σε αυτό μόνο το σημείο. Και τούτο διότι, ο ψυχίατρος έχει έναν πιο σύνθετο ρόλο, ο οποίος δεν συνίσταται μόνο στην πρόληψη της ασθένειας, αλλά και στην αποκατάσταση αυτού. Αυτό σημαίνει ότι ο ψυχίατρος είναι υπεύθυνος και για τη διάγνωση των κοινωνικών επιπτώσεων που έχει η νόσος. Έτσι, μέσα στο ρόλο του είναι και η εμπλοκή του στην κοινότητα, η ενημέρωση αυτής σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών, αλλά και η προσπάθεια να την ευαισθητοποιήσει προς όφελος του ψυχικά ασθενούς (Μαδιανός 2000: 151).

Φυσικά, για να το επιτύχει αυτό θα πρέπει να έχει και την κατάλληλη στήριξη από την πολιτεία, από τους υπεύθυνους πολιτικούς και οικονομικούς φορείς, οι οποίοι ευθύνονται στον ίδιο βαθμό για τη θεραπεία του ασθενούς και την ένταξή του μέσα στην κοινωνία (Μαδιανός 2000: 152)

5.7.2 Ο ρόλος του Ψυχολόγου

Αντίστοιχα με το ρόλο του ψυχιάτρου και ο ρόλος του ψυχολόγου είναι ιδιαίτερα σημαντικός αλλά και πολυσύνθετος. Αυτό σημαίνει πως ο ψυχολόγος είναι υπεύθυνος καταρχάς για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία αυτής. Παράλληλα, όμως, οφείλει να συμμετέχει στη διατήρηση της ψυχικής υγείας του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να προσπαθεί να βρίσκεται σε επαφή με την οικογένεια, ώστε να ενημερώνεται για την πορεία του ασθενούς, αλλά και να την ενημερώνει και να την ευαισθητοποιεί. Αντίστοιχα, οφείλει να παρεμβαίνει μέσα στην κοινότητα και να την ευαισθητοποιεί, να την ενημερώνει, να συμμετέχει στη δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης και συμβουλευτικής που θα βοηθήσουν στην ένταξη του ασθενούς μέσα στην κοινωνία (Μαδιανός 2000: 151).

5.7.3 Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Αλλά και ο νοσηλευτής ο οποίος εργάζεται μέσα στο χώρο της ψυχικής υγείας και της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών έχει διαφοροποιηθεί αρκετά. Αυτό σημαίνει ότι έχει χάσει πια τον παραδοσιακό ρόλο που τον ήθελε να προσέχει τους ασθενείς κι απλώς να εκτελεί μηχανικά τη χορήγηση των φαρμάκων. Πλέον ο ρόλος του είναι πιο ενεργός μέσα στα πλαίσια της ομάδας και αποτελεί θα λέγαμε έναν τρόπο σύνδεσης της κοινότητας με την κλινική. Ο νοσηλευτής, άλλωστε, βρίσκεται σε καθημερινή επαφή και επικοινωνία με τον ασθενή. Μέσω αυτής της επικοινωνίας, λοιπόν, είναι σε θέση να συγκεντρώνει όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται για να γνωρίσει καλύτερα το οικογενειακό του περιβάλλον και γενικά να συγκεντρώσει όλες εκείνες τις πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να θεραπευθεί πλήρως και να επανενταχθεί μέσα στην κοινωνία (Μαδιανός 2000: 151).

Αντίστοιχα, ο ρόλος του νοσηλευτή έγκειται και στην αποκατάσταση αυτού. Σύμφωνα με τους Χριστοδούλου κ.ά. (2000: 917-918) ο ρόλος του νοσηλευτή στον τομέα της ψυχικής υγείας συνίσταται στα εξής:

α. Θεραπευτικός. Μέσα από τη δημιουργία και τη διατήρηση μιας ειλικρινούς διαπροσωπικής σχέσης η οποία υποστηρίζει και ενισχύει τον ασθενή, η παρουσία του νοσηλευτή έχει θεραπευτικό χαρακτήρα. Ο νοσηλευτής δημιουργεί ένα σταθερό, ασφαλές περιβάλλον στον ασθενή με έντονη την ύπαρξη σεβασμού και αποδοχής ώστε να διασφαλίζεται η αξιοπρέπειά της.

β. Συμβουλευτικός. Ο νοσηλευτής παρέχει συμβουλευτική τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του με σκοπό την ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, την κατανόηση της νόσου και την αναγνώριση των συμπτωμάτων ώστε να υπάρχει έγκαιρη παρέμβαση.

γ. Εκπαιδευτικός– Ερευνητικός. Μέσα από το ρόλο αυτό ο νοσηλευτής οργανώνει προγράμματα εκπαιδευτικού χαρακτήρα με σκοπό την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση, κινητοποίηση των μελών της κοινότητας αλλά και των άλλων επαγγελματιών υγείας σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία».

Φυσικά, για να καταφέρει να επιτελέσει τους ρόλους αυτούς θα πρέπει να έχει λάβει την επαρκή κατάρτιση και θα πρέπει συνεχώς να επιμορφώνεται. Ακόμη, θα πρέπει να έχει και ένα πλήθος διοικητικών ικανοτήτων αλλά και οργανωτικών ικανοτήτων, οι οποίες θα μπορέσουν να βοηθήσουν τον ασθενή να θεραπευθεί και να επανενταχθεί πλήρως.

5.7.4 Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή

Στην αποκατάσταση του ασθενούς μπορεί να συμβάλει και ο εργοθεραπευτής. Αρχικά επιχειρεί μια αξιολόγηση του αρρώστου, ώστε να καταλάβει τις δεξιότητες που έχει. Αυτό σημαίνει πως ο εργοθεραπευτής σε μια πρώτη φάση προσπαθεί να αξιολογήσει τις καθημερινές και προσωπικές δεξιότητες του ασθενούς, ακόμα και τις εργασιακές δεξιότητες αυτού γεγονός που θα τον βοηθήσει στην ένταξη μέσα στην κοινωνία.

Έτσι, ανάλογα με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης αυτής ο εργοθεραπευτής προχωρά στην θέσπιση κάποιων στόχων, οι οποίοι πρέπει να ακολουθούνται από συγκεκριμένες δραστηριότητες. Έτσι, μπορεί να μεριμνήσει για δραστηριότητες σωματικές, για δραστηριότητες προσωπικής φροντίδας ή με δραστηριότητες οικιακής ασχολίας οι οποίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την καθημερινή του επιβίωση. Ακόμη, ο εργοθεραπευτής μπορεί να σχεδιάσει κοινωνικές δεξιότητες, όπως είναι η ζωγραφική ή η ενασχόληση με το θέατρο, καθώς και εργασιακές δεξιότητες, όπως είναι η εκμάθηση ηλεκτρονικού υπολογιστή ή η κηπουρική.

Σε κάθε περίπτωση στόχος των παραπάνω δραστηριοτήτων είναι και πρέπει να είναι η αυτονομία του ασθενούς, ώστε να είναι σε θέση να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, αλλά και η εργασιακή και κοινωνική του αποκατάσταση (Μαδιανός, 2000: 158).

Είναι κοινά αποδεκτό, άλλωστε, ότι η εργασιακή απασχόληση του ασθενούς συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην αποκατάστασή του και στην καλύτερη θεραπεία μέσω και της αλληλεπίδρασης με άλλους (Παπαδάτος- Στογιαννίδου 1994: 226).

5.7.5 Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας

Σε αντίθεση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, ο επισκέπτης υγείας εργάζεται τόσο με τον ίδιο τον ασθενή όσο και με την κοινότητα, αποτελεί δηλαδή τον συνδετικό κρίκο μεταξύ αυτών.

Αρχικά ασχολείται με την πρόληψη. Για το λόγο αυτό συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές και τους διάφορους φορείς με τη βοήθεια των οποίων οργανώνει προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας.

Επιπλέον, έχει τη δυνατότητα να ελέγχει το χώρο της κλινικής στον οποίο ζει ο ασθενής. Μέσα εκεί μπορεί να συνεργάζεται με τους υπόλοιπους επαγγελματίες για

το όφελος του ασθενούς. Τέλος, οφείλει να παρακολουθεί τον ασθενή, να ελέγχει το βαθμό στον οποίο τηρεί το πρόγραμμά του κι είναι συνεπής στην πρόσληψη των φαρμάκων του. Για το λόγο αυτό, άλλωστε, συνεργάζεται και με τον θεράποντα ιατρό, ώστε να καταφέρει ο ασθενής να αποκατασταθεί και να επανενταχθεί (Μαδιανός 2000: 154).

5.7.60 ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Σε προηγούμενα κεφάλαια έχουμε κάνει λόγο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία συντελέστηκε τα τελευταία χρόνια και σκοπό έχει πλέον όχι μόνο τη θεραπεία του ασθενούς, αλλά και την κοινωνική του επανένταξη.

Στο πλαίσιο αυτό αναβαθμίστηκε κι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος μπορεί πλέον να συμμετέχει και να καθορίζει με τον τρόπο του τους τομείς πρόληψης, θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (Παπαγεωργίου, 2002:402-407).

Για παράδειγμα, ο κοινωνικός λειτουργός στην προσπάθειά του να συμβάλει στην πρόληψη των ψυχικών ασθενειών μπορεί να απευθύνεται σε σχολεία, σε συμβουλευτικούς σταθμούς, αλλά και σε κέντρα όπου παρέχονται θεραπείες που απευθύνονται στην οικογένεια και την κρίση που αυτή μπορεί να αντιμετωπίζει. Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συμμετέχει στον τομέα αποκατάστασης στην εξωιδρυματική παρακολούθηση του ασθενή, στην συμμετοχή του σε προφυλαγμένες κοινότητες ή σε μονάδες μερικής περίθαλψης χωρίς όμως να συγχέει τον ρόλο του συμβούλου με τον ρόλο του θεραπευτή (Παπαγεωργίου, 2002:402-407).

Θα λέγαμε, λοιπόν, πως ο χώρος της ψυχικής υγείας είναι ο πλέον κατάλληλος για να εφαρμόσει τις μεθόδους. Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός αρχικά αποσκοπεί στο να συλλέξει στοιχεία τα οποία είναι απαραίτητα για την αξιολόγηση του ασθενούς. Πρόκειται για στοιχεία τα οποία σχετίζονται με την κοινωνική ζωή των ασθενών, όπως είναι οι σχέσεις του με την οικογένειά του (Παπαδάτος- Στογιαννίδου 1994: 225).

Για να το επιτύχει αυτό χρησιμοποιεί μεθόδους, όπως είναι η κοινωνική εργασία με το άτομο, με την ομάδα, με την κοινότητα, αλλά και πρακτικές όπως είναι η κοινωνική έρευνα και ο κοινωνικός σχεδιασμός. Μέσω αυτών των πρακτικών ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συμμετάσχει και να δρα σε όλους τους τομείς της περίθαλψης. Στο σημείο αυτό, όμως, δε θα αναφερθούμε στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, δηλαδή αυτή που αφορά στην πρόσληψη, αλλά κυρίως στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια.

Έτσι, αναφορικά με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συμμετέχει στην παρακολούθηση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία αλλά και στην εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Στο στάδιο αυτό φροντίζει για την

παροχή της κατάλληλης στήριξης στους ασθενείς, αλλά και για την ανεύρεση λύσεων σε θέματα που αφορούν την καθημερινή πρακτική. Επιπλέον, στο στάδιο αυτό οφείλει να στηρίζει και το οικογενειακό του περιβάλλον στο οποίο είναι λογικό ότι θα υπάρχει ένταση και προβληματισμός.

Μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού συνεχίζει να είναι το ίδιο σημαντικός. Και τούτο διότι θα πρέπει να ανιχνεύει και να συγκεντρώνει όλες τις πληροφορίες εκείνες οι οποίες θα βοηθήσουν στον σχεδιασμό της θεραπείας.

Οι ενέργειες στις οποίες θα προβεί ο κοινωνικός λειτουργός είναι οι ακόλουθες. Αρχικά, ο κοινωνικός λειτουργός θα προβεί στη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, είτε από τον ίδιο τον ασθενή, εάν υπάρχει η δυνατότητα αυτή, ή από το οικογενειακό του περιβάλλον. Στη συνέχεια, εμπλέκει τον ασθενή με βασικό συνεργάτη την οικογένεια, σε ένα σχέδιο δράσης-θεραπείας. Το σχέδιο δράσης αυτό διαμορφώνεται με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς και τις παρεμβάσεις οι οποίες απορρέουν από τη μοναδικότητα της κάθε περίπτωσης. Αναγνωρίζοντας τα παραπάνω ο κοινωνικός λειτουργός, δουλεύει με τον ασθενή και τον βοηθά να αναπτύξει τους μηχανισμούς του ώστε να κατορθώσει να ανταποκριθεί στην καθημερινότητά του (Χριστοδούλου κ.ά, 2000: 914).

Επίσης, πρέπει στο στάδιο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να επικοινωνεί με την οικογένεια και να ελαχιστοποιήσει τις συνθήκες που ενδεχομένως προκαλούν το πρόβλημα. Σε κάθε περίπτωση, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να επικοινωνεί τακτικά και ουσιαστικά με την οικογένεια. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Χριστοδούλου κ.ά (2000: 914) ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί στο στάδιο αυτό και με τη μέθοδο κοινωνική εργασία με ομάδα. Ο σκοπός, το είδος και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού καθορίζεται κυρίως από τη φιλοσοφία και τους στόχους της υπηρεσίας στην οποία εργάζεται. Μπορεί έτσι ο κοινωνικός λειτουργός να οργανώσει ομάδες επικοινωνίας κατά θάλαμο ή ανάπτυξης δεξιοτήτων ή ομάδες αυτοβοήθειας, κ.λ.π.

Τέλος και στο στάδιο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός κάνει χρήση των πόρων και πηγών της κοινότητας με σκοπό την επίλυση των πρακτικών θεμάτων του ατόμου. Έρχεται έτσι σε επαφή με οργανισμούς χορήγησης επιδομάτων, στεγαστικά προγράμματα, κέντρα ημερήσιας φροντίδας και γενικά με δίκτυα υπηρεσιών που αφορούν τη παροχή βοήθειας στο άτομο και την οικογένειά του.

Στο στάδιο της τριτοβάθμιας περίθαλψης, το έργο του κοινωνικού λειτουργού συνίσταται στην έξοδο του ασθενούς από το ίδρυμα ή το χώρο νοσηλείας και στη είσοδό του μέσα στην κοινωνία. Εδώ ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει το δύσκολο έργο να αντιμετωπίσει την άγνοια και τις προκαταλήψεις της κοινωνίας, η οποία αγνοεί τα πάντα σχετικά με την ψυχική ασθένεια και πολύ εύκολα στιγματοποιεί και απορρίπτει από τους κόλπους της τους ψυχικά ασθενείς. Στο στάδιο αυτό, λοιπόν, θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει και να διατηρήσει τις δεξιότητες εκείνες που θα τον βοηθήσουν τελικά να έχει ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής (Χριστοδούλου κ.ά, 2000: 915). Για να μπορέσει να το επιτύχει αυτό θα πρέπει να σχεδιάσει τα προγράμματα εκείνα τα οποία θα βοηθήσουν στην αποκατάσταση των ατόμων. Πρόκειται για ενδιάμεσες δομές, όπως ξενώνες μεταβατικοί ή μακράς διαρκείας παραμονής, κοινωνικές λέσχες, κέντρα επαγγελματικής προεργασίας και κατάρτισης, εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης, παραγωγικά εργαστήρια και καταστήματα προώθησης των προϊόντων τα οποία κατασκευάζονται.

Επιπλέον, στόχος του κοινωνικού λειτουργού είναι να στηρίξει την οικογένεια του ασθενούς, η οποία και αυτή μπορεί να υφίσταται διακρίσεις μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Για το λόγο αυτό, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα αναλαμβάνει να ευαισθητοποιήσει την οικογένεια, αλλά και να παρακολουθεί τον ασθενή παρέχοντάς του την κατάλληλη ψυχική και κοινωνική φροντίδα. Παράλληλα, βοηθά το άτομο να αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες, να δημιουργήσει δεσμούς με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας και να νιώσει πραγματικό μέλος αυτής.

Εξίσου σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως στο στάδιο και το επίπεδο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει να συνεργαστεί με τους κατάλληλους φορείς της πολιτείας, οι οποίοι ασχολούνται με το έργο της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και την αποβολή του στίγματος που μπορεί να ακολουθεί τη θεραπεία τους.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τους Χριστοδούλου κ.ά. (2000: 916) η συμβολή-συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση έγκειται και στα εξής:

- *«στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας για την ψυχική νόσο και τον ασθενή. Η αγωγή της κοινότητας είναι απαραίτητη γιατί αν τα μέλη της κοινότητας δεν είναι έτοιμα να αποδεχθούν το άτομο όσα προγράμματα αποκατάστασης και να γίνουν δεν θα έχουν επιτυχία. Σημαντικό είναι επίσης εκτός από την αποδοχή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και η ενεργός συμμετοχή της*

κοινότητας και των μελών της στη παραμονή και την γενικότερη αποκατάσταση των ατόμων αυτών.

- *στην κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση του πολιτικού κόσμου για τη δημιουργία περισσότερων δομών ενδιάμεσων που θα προετοιμάζουν κατάλληλα τον ασθενή, αναπτύσσοντας τη λειτουργικότητα, ώστε να ενταχθεί στην κοινότητα.*
- *προσπάθεια για τη βελτίωση των υπαρχόντων δομών και τη συνεχή βελτίωση και ενημέρωσή τους για νέες θεραπευτικές μεθόδους και για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, βασισμένες στην αρχή του σεβασμού, της προσωπικότητας του ατόμου».*

Ο πίνακας 3 συνοψίζει το ρόλο αυτό και τις παρεμβάσεις που οφείλει να κάνει ο κοινωνικός λειτουργός στο επίπεδο αυτό:

την ψυχική υγεία *Ψυχαργός*, τα βασικά σημεία του οποίου θα αναλύσουμε στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Το Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργός⁹

Σε προηγούμενο κεφάλαιο περιγράψαμε τις προσπάθειες που συντελέστηκαν σε ευρωπαϊκές χώρες στις αρχές του αιώνα για την αποασυλοποίηση και την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων που θα οδηγούσαν στην επίτευξη μιας περισσότερο ανθρωπιστικής αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών.

Η Ελλάδα δεν κατάφερε να ακολουθήσει τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που συντελέστηκαν στις ευρωπαϊκές χώρες της εποχής. Συγκριμένα, φαίνεται πως οι πρώτες αξιόλογες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Ελλάδα αρχίζουν να συντελούνται μόλις κατά τη δεκαετία του 1960, όταν εγκαινιάζεται το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης στο οποίο γίνεται μια προσπάθεια, ατελέσφορη δυστυχώς, να εφαρμοσθούν όλες οι τρέχουσες εξελίξεις στη διάγνωση της ασθένειας, αλλά και στη θεραπεία αυτής.

Οι μεταρρυθμιστικές αυτές προσπάθειες συνεχίζονται και φτάνουμε στην περίοδο του 1963, όταν το Αιγινήτειο Νοσοκομείο σε συνεργασία με φοιτητές ιατρικής και με κοινωνικούς λειτουργούς προσπαθούν να εφαρμόσουν νέες θεραπείες, πιο ανθρώπινες, ενώ επιχειρείται για πρώτη φορά η μέριμνα για την οργάνωση θεραπευτικών προγραμμάτων. Όλο το προσωπικό των νοσοκομείων πια, όλοι όσοι εμπλέκονται στη θεραπεία των ψυχικά ασθενών σέβονται τους τελευταίους, γεγονός που μεταφράζεται σε καλύτερη αντιμετώπισή τους και σε προσπάθεια εφαρμογής πιο ανεκτών θεραπειών. Στο επίκεντρο του κρατικού ενδιαφέροντος βρίσκεται πια η αποασυλοποίηση των ασθενών και η βελτίωση των άθλιων συνθηκών με τις οποίες ήταν συνυφασμένη η ζωή των ασθενών μέσα στο άσυλο και σιγά σιγά ψηφίζονται νόμοι που υποδεικνύουν το εντεινόμενο πια ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία (Δαμίγος, 2003: 6).

Νόμος- σταθμός για την εξέλιξη αυτή αποτέλεσε ο Νόμος 1397, ο οποίος ψηφίσθηκε το 1983, αλλά και ο Κανονισμός 815 του Ευρωπαϊκού Ταμείου για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Όπως προαναφέρθηκε, η μεταρρυθμιστική περίοδος για την ψυχική υγεία στη χώρα μας ξεκινά το 1983 με την ψήφιση του νόμου 1397. Ένα χρόνο μετά η τότε ΕΟΚ παρέχει στη χώρα μας μια οικονομική βοήθεια με σκοπό τη θέσπιση εκείνων των μέτρων τα οποία θα οδηγούσαν στην

⁹Οι πληροφορίες αυτές για το εθνικό σχέδιο Ψυχαργός αντλήθηκαν εξ ολοκλήρου από το έντυπο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης

αποασυλοποίηση και αποϊδρυματοποίηση των ασθενών. Πρόκειται για μια εποχή κατά την οποία τα νοσοκομεία βελτιώνονται, η νοσηλεία εντός των ιδρυμάτων τίθεται σε μια νέα βάση, οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών είναι σαφώς πιο ανθρώπινες και καλύτερες από αυτές της προηγούμενης περιόδου, οι οποίοι στοχεύουν όχι στον αποκλεισμό του ασθενούς, αλλά στην ένταξή του στην κοινότητα.

Σημαντικός είναι και ο νόμος 2716, ο οποίος θεσπίστηκε το 1999 και είχε ως στόχο την «ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Με άλλα λόγια, ο νόμος αυτός ήρθε να καλύψει τα κενά του προηγούμενου νόμου και να οδηγήσει στην υιοθέτηση εκείνων των πρακτικών, οι οποίες θα συνέβαλαν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της ψυχικής υγείας. Έτσι, ο στόχος πλέον δεν ήταν το άτομο να θεραπευθεί μένοντας αποκομμένο από την κοινωνία, αλλά να εξακολουθεί να αποτελεί ενεργό μέρος αυτής, να μπορεί να επανενταχθεί στην οικογένειά του, στο εργασιακό περιβάλλον, στο ευρύτερα κοινωνικό.

Σήμερα πια η χώρα διαιρείται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας. Αυτό σημαίνει πως κάθε νομός αποτελεί και έναν τομέα, με εξαίρεση τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, όπου λόγω του πληθυσμού και των αναγκών υπάρχουν περισσότεροι τομείς, καθώς και τομείς ψυχικής υγείας με μεγαλύτερη εξειδίκευση.

Το ευρωπαϊκών προδιαγραφών πρόγραμμα «Ψυχαργός», βάσει του οποίου συντελείται η αποασυλοποίηση ψυχικά πασχόντων, προβλέπει τη σταδιακή μείωση των κλινών των ψυχιατρείων έως την κατάργηση αυτών, την ταυτόχρονη ανάπτυξη κλινών σε ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και τη μεταφορά των ασθενών σε ξενώνες ή άλλες δομές (οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα κ.ά.). Στοχεύει, όπως αναφέρεται στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006 (ΕΠΥΠ), στην κοινωνικοποίηση των ασθενών, την επαγγελματική και θεραπευτική αποκατάστασή τους μέσα από προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία, μέσω Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ). Βασίζεται στην αρχή της τομεοποίησης, δηλαδή στο γεωγραφικό διαχωρισμό της χώρας σε τομείς που έχουν στην ευθύνη τους ένα συγκεκριμένο αριθμό υπηρεσιών υγείας και καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού μόνο σε αυτόν το γεωγραφικό χώρο. Ο τομέας -σύμφωνα με οδηγία της ΠΟΥ- θα πρέπει να περιλαμβάνει περίπου 70.000-150.000 κατοίκους.

Επίσης, βασίζεται και σε άλλες αρχές καθορισμένες από την Κοινωνική Ψυχιατρική (ολοκληρωμένη παροχή με το μικρότερο κόστος, θεραπευτικό συνεχές, ανταποκριτικότητα, αλληλοσυμπλήρωση, συλλογικότητα) (Ζακυνθινάκη, 2006).

Πιο αναλυτικά, το πρόγραμμα «Ψυχαργός» είναι ένα διαρκές- δεκαετούς ανάπτυξης- πρόγραμμα δράσεων, που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας. 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 (<http://www.psychargos.gov.gr/>).

Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε κατά το 1997 για την περίοδο 1997-2006 και, η περίοδος 1997 - 2006 αποτελεί την Α' φάση υλοποίησης και η περίοδος 2002 - 2006 τη Β' φάση υλοποίησης στο τέλος της οποίας προγραμματίζεται να πραγματοποιηθεί η δεύτερη Αναθεώρηση του Προγράμματος (για την περίοδο 2006 - 2015). Κάθε αναθεώρηση στοχεύει στην επικαιροποίηση των στοιχείων και δεδομένων ώστε να διαμορφώνεται ένας ακριβέστερος χρονικός προγραμματισμός και να επαναιεραρχούνται οι προτεραιότητες ανά περιφέρεια και τομέα καθώς και να επέρχονται επιμέρους αλλαγές, όπου αυτές προκύπτουν μέσω της αποκτηθείσας εμπειρίας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το πρόγραμμα αποτελείται από δύο μέρη: το πρώτο αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την αποασυλοποίηση των ασθενών από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και διαμορφώνεται με βάση τη διασπορά των ασθενών κάθε Ψυχιατρείου στους τόπους από τους οποίους αυτοί προέρχονται (τόπος κατοικίας πριν από τον εγκλεισμό στο Ψυχιατρείο). Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στις δομές στη κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

6.1 Η Α΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2000-2006):

Η Α΄ Φάση εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η Α΄ φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Τα αποτελέσματα της Α΄ φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» υπήρξαν τα εξής:

- Δημιουργία 49 ξενώνων και οικοτροφείων
- Δημιουργία 71 εργαστηρίων κατάρτισης
- Προκατάρτιση, κατάρτιση, απασχόληση 973 ασθενών
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές, (Ξενώνες, Οικοτροφεία), 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης φάσης είχε εγκριθεί ως πολιτική δράση η δημιουργία και λειτουργία «Μονάδας Υποστήριξης, Εμφύχωσης, και Παρακολούθησης, (Μ.Υ.Π.Ε.Π.), των Φορέων υλοποίησης» του προγράμματος.

Ο στόχος της Μονάδας ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποσυλοποίησης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:

- Συλλογή, επεξεργασία, και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων
- Σχεδιασμός και λειτουργία βάσεων δεδομένων και τηλεματικού συστήματος
- Εντοπισμός, ανάλυση, και επικύρωση της καινοτομίας
- Ενέργειες διάδοσης- ευαισθητοποίησης
- Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας
- Εμπύχωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπ. Υγείας- Πρόνοιας
- Οργάνωση ελληνικού δικτύου φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Κατά την Α' αυτή φάση, τομεγαλύτερο βάρος δόθηκε στην αποσυλοποίηση των ασθενών. Δημιουργήθηκαν 66 ξενώνες, 14 οικοτροφεία, και 10 διαμερίσματα στα οποία εγκαταστάθηκαν 1000 περίπου ασθενείς από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, 1 οικοτροφείο για αυτιστικά άτομα, 1 ξενώνας για πρόσφυγες ψυχικά ασθενείς και 35 εργαστήρια κατάρτισης ψυχικά ασθενών, ενώ προσελήφθησαν 1200 άτομα για τις δομές αυτές (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ο προγραμματισμός για την ανάπτυξη των δομών στην κοινότητα, ενώ αρχικά προέβλεπε σημαντικές δραστηριότητες, τροποποιήθηκε στην πορεία λόγω των καταστροφών που έφερε ο σεισμός της 7^{ης} Σεπτεμβρίου του 1999. Έτσι μεγάλο βάρος και αρκετά μεγάλο ποσοστό του προϋπολογισμού διατέθηκε για την αποκατάσταση του 80% των κτιριακών υποδομών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Παρ' όλα αυτά στο ίδιο χρονικό διάστημα δημιουργήθηκαν ένα Κέντρο Ημέρας για πρόσφυγες ψυχικά ασθενείς μουσουλμανικού θρησκευματος, ένα Κέντρο Ημέρας για ασθενείς Ρομά και κατασκευάστηκαν έξι νέα Ψυχιατρικά Τμήματα σε νέα κτίρια Γενικών Νοσοκομείων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Για την περίοδο 2001 – 2010 (1^η Αναθεώρηση), προβλέπεται όσον αφορά την αποσυλοποίηση, η δημιουργία 300 στεγαστικών δομών (κυρίως οικοτροφεία,

αλλά και ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα) για 3500 ασθενείς που διαβιούν σε Ψυχιατρεία ή νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων και χρειάζονται υποστηριζόμενη διαβίωση στην κοινότητα για κάποιο χρονικό διάστημα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που διαβιούν σήμερα στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών στην πλειονότητα τους ψυχογηριατρικοί ασθενείς, ενώ ένας μεγάλος αριθμός από τον πληθυσμό αυτό είναι ασθενείς με διπλή διάγνωση, (ψυχική ασθένεια και νοητική υστέρηση) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ως εκ τούτου επιβάλλεται η δημιουργία σημαντικού αριθμού οικοτροφείων στη φάση αυτή, αφού είναι αναγκαία η σε μακροχρόνια βάση προστατευμένη διαμονή των ατόμων αυτών. Στον πληθυσμό αυτό υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με ψυχική ασθένεια και άλλες αναπηρίες ή σωματικές ασθένειες ή οργανικά σύνδρομα. Για το λόγο αυτό οι προβλεπόμενες δομές (οικοτροφεία μακράς παραμονής) αναπτύσσονται έτσι ώστε κάθε μία εξυπηρετεί έως δεκαπέντε ασθενείς με αυξημένο αριθμό και ποικιλία ειδικοτήτων προσωπικού. Επίσης επιλέγονται περιοχές στα άκρα οικιστικών ιστών ώστε η εγκατάσταση και διαμονή των ασθενών να συντελεσθεί χωρίς προσκόμματα. Αντίθετα οι ξενώνες και οι προστατευόμενα διαμερίσματα αναπτύσσονται στις συνοικίες έτσι ώστε οι ένοικοι τους να μπορούν να λειτουργούν (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο μέρος που αφορά τις δομές στην κοινότητα προβλέπεται να αναπτυχθούν:

- 69 ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία
- 6 ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (κάθε ολοκληρωμένο τμήμα περιλαμβάνει τμήμα νοσηλείας, μονάδα βραχείας νοσηλείας, κέντρο παρέμβασης στην κρίση και μονάδα οξέων)
- 52 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες
- 51 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους
- 32 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην Κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία
- 15 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς

- 18 ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν κέντρο ημέρας, ξενώνα, κέντρο παρέμβασης στην κρίση, κέντρο εκπαίδευσης και έρευνας
- 34 κινητές μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης κέντρα ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους
- 56 ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα
- 46 Μονάδες επαγγελματικής επανένταξης
- 7 ειδικές μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την οικογένεια
- 34 ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3500 χιλιάδων ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- 5 κέντρα αντιμετώπισης της νόσου αλτσχαιμερ
- 2 μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα (σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης)
- 3 μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων (σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης)
- 55 κοινωνικοί συνεταιρισμοί Π.Ε ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Οι δομές αυτές αναπτύσσονται σε υποπρογράμματα του ενιαίου προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» προσαρμοσμένα ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες των επιμέρους ομάδων του πληθυσμού που καλούνται να εξυπηρετήσουν. Έτσι αποτελούν ένα υποπρόγραμμα κατά τη φάση υλοποίησης τους οι δομές στη κοινότητα για τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, άλλο οι δομές για τα άτομα με αυτιστικού τύπου διαταραχές, άλλο υποπρόγραμμα οι δομές για τα άτομα με ψυχική διαταραχή και πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές. Ο χωρισμός του συνολικού προγράμματος σε εξειδικευμένα υποπρογράμματα γίνεται ακριβώς για να υπάρχει διαφορετική και εξατομικευμένη προσέγγιση στις ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας και μέσα από την προσέγγιση αυτή να επέλθει η

σύνθεση των δράσεων στο σύνολο πλέον του πληθυσμού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η θεσμοθέτηση των αρχών της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, μέσω των Νόμων 2071 και 2716, έδωσε τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μια περιφερειακή πολιτική στον τομέα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τόσο στο σύνολο της χώρας, όσο και στην ευρύτερη περιοχή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Έτσι με το 10ετές πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργώς» πραγματοποιείται μια γενικότερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος παροχής υπηρεσιών. Μία από τις δύο κεντρικές κατευθύνσεις της μεταρρύθμισης αφορά στην έξοδο των χρόνιων ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και την ένταξή τους σε δομές στην κοινότητα. Για να υλοποιηθούν αυτές οι κατευθύνσεις προβλέπεται αφενός η ανάπτυξη κατάλληλων υποδομών και αφετέρου η δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων σχετικών με την προετοιμασία των ασθενών για την έξοδό τους στην κοινότητα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Μέχρι σήμερα έχουν επιτευχθεί αξιόλογα αποτελέσματα από την υλοποίηση της α΄ φάσης του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» όσον αφορά στην αποασυλοποίηση ενός ικανού αριθμού χρόνιων ψυχικά ασθενών και στην εγκατάστασή τους σε δομές στην κοινότητα. Αποτέλεσμα των προσπαθειών αυτών, μεταξύ άλλων, είναι ότι έχει αντληθεί σημαντική εμπειρία και τεχνογνωσία από τις μέχρι σήμερα αποτελεσματικές παρεμβάσεις στον τομέα της Ψυχικής Υγείας (κυρίως κατά την εφαρμογή της Α΄ φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώς») και έχουν τεθεί οι βάσεις για τις δράσεις της νέας προγραμματικής περιόδου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Παράλληλα, ωστόσο, συνεχίζουν να υφίστανται κάποιες αδυναμίες. Κατ' αρχήν η μακρόχρονη λειτουργία του μοντέλου κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης έχει πλέον δημιουργήσει μια πραγματικότητα που συχνά δυσκολεύει την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Την ίδια στιγμή οι υπάρχουσες δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας δεν επαρκούν για την κάλυψη των ολοένα αυξανόμενων αναγκών, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να οδηγούνται σε κλειστές ψυχιατρικές δομές. Επιπλέον, ο τομέας Ψυχικής Υγείας δε διαθέτει ακόμη ικανό αριθμό εξειδικευμένων στελεχών για

να ολοκληρώσουν την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών. Σε αυτά θα πρέπει να προστεθεί το γεγονός ότι η υποδομή σε ορισμένα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (όπως και το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) είναι πλέον πεπαλαιωμένη (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συνολικά, διαπιστώνεται αυξημένη ζήτηση για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Αυτό φαίνεται να οφείλεται αφενός στο σύγχρονο τρόπο ζωής που δημιουργεί αυξητικές τάσεις στην εμφάνιση ψυχικών νόσων και αφετέρου στην αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με ειδικές ομάδες πληθυσμού (όπως άτομα με αυτισμό, χρήστες τοξικών ουσιών, μετανάστες και ποινικοί παραβάτες με προβλήματα ψυχικής υγείας) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Οι παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν την τελευταία δεκαετία στο χώρο της ψυχικής υγείας είχαν ως αποτέλεσμα τη σταδιακή κοινωνική επανένταξη ενός μέρους των χρόνιων ψυχικά ασθενών. Για το λόγο αυτό αναπτύχθηκαν ενδιάμεσες δομές στην κοινότητα, που αφορούσαν τόσο στην εκτός ιδρυμάτων διαβίωση, (οικοτροφεία-ξενώνες-προστατευμένα διαμερίσματα), όσο και στην ένταξη και προώθηση στην αγορά εργασίας, (ένταξη σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και σε άτυπες μορφές απασχόλησης στο πλαίσιο του κοινωνικού τομέα της οικονομίας) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η απόκτηση εμπειρίας από τις μέχρι και σήμερα παρεμβάσεις της Α΄ φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώς» έχει δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την ολοκλήρωση και την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Παρόλα αυτά, παραμένει ελλειμματική η ανάπτυξη και λειτουργία δομών και προγραμμάτων πρόληψης ή και πρόληψης της υποτροπής που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό καθώς και σε ειδικούς πληθυσμούς. Στη συνολική καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης πρέπει να συνυπολογιστούν και προϋπάρχουσες δομές ψυχικής υγείας, οι οποίες εμφανίζουν μερική λειτουργικότητα λόγω του ότι δεν είναι πλήρως στελεχωμένες (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Τέλος, φανερό είναι η ανάγκη δημιουργίας ενός δικτύου στην κοινότητα, προκειμένου να συγκρατηθεί η σημερινή ανεξέλεγκτη ροή προς τα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη καθώς και στην είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποιδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η πρώτη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» πραγματοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001-2010. Η δεύτερη αναθεώρηση του προγραμματίστηκε για το 2004, οπότε και θα ισχύει για μια δεκαετία. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

6.2 Η Β΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2007-2010):

Η υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος, (1^η Αναθεώρηση 2001-2010), χωρίζεται σε δύο χρονικές περιόδους, την περίοδο 2001-2006, η οποία αποτελεί τη Α΄ φάση, και την περίοδο 2007-2010, η οποία αποτελεί τη Β΄ φάση (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η Β΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» του Γ΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες και εφήβους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η ανάπτυξη των δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που προβλέπεται να αναπτυχθούν ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας, είναι ενδεικτικά οι παρακάτω:

1. 36 Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε γενικά νοσοκομεία. Κάθε ολοκληρωμένο τμήμα περιλαμβάνει: κλασσικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων
2. 34 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες
3. 32 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους

4. 11 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην Κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία
5. 10 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς
6. 8 Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου περιλαμβάνουν: Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας
7. 21 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης, (κυρίως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές)
8. 12 Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους
9. 16 Ξενώνες υψηλού ήμεσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα
10. 46 Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης
11. 15 Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την οικογένεια
12. 211 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 χιλιάδων περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
13. Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης
14. Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης
15. 15 κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στη ίδια περίοδο προβλέπεται ακόμη η πρόσληψη 5.500 νέων επαγγελματιών ψυχικής υγείας όλων των κλάδων και ειδικοτήτων καθώς και η κατάρτιση τους. Επίσης, προβλέπεται στο τέλος αυτής της περιόδου να έχουν αντικατασταθεί από ψυχιατρικές υπηρεσίες των Γενικών Νοσοκομείων, οι

υπηρεσίες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και να κλείσουν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία:

- $\frac{3}{4}$ Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
- $\frac{3}{4}$ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
- $\frac{3}{4}$ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Κέρκυρας
- $\frac{3}{4}$ Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης επιτρέπει τη μείωση μεγέθους και του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συγχρόνως, η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη του ρόλου των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και η αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανάταξης εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη ειδικών μονάδων που ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των γενικών νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είτε κατά την φάση της κρίσης, είτε κατά το στάδιο υποστήριξης, διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανάταξη των ατόμων αυτών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το προσωπικό των Ψυχιατρικών αυτών Νοσοκομείων θα αξιοποιείται σταδιακά στις νέες δομές, ενώ η κτιριακή τους δομή θα χρησιμοποιηθεί για την κατάρτιση και απασχόληση ασθενών καθώς και για την ανάπτυξη διαφόρων πανεπιστημιακών τμημάτων (Κέρκυρα, Τρίπολη, Χανιά). Παράλληλα, για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, «Δρομοκαΐτειο» και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης προβλέπεται ημείωση του αριθμού των κλινών τους σε 500, 350 και 250 αντίστοιχα, που θα καλύπτουν μόνο οξεία περιστατικά με νοσηλεία μέσης διάρκειας. Η ολοκλήρωση των δομών στην κοινότητα έως το διάστημα 2012 - 2015 θα επιτρέψει την οριστική κατάργηση και των τριών αυτών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ανάλογη είναι η πρόβλεψη και για το κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου, με την ανάπτυξη του εξειδικευμένου προγράμματος «Ειδική Δράση για τη Λέρο» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ' 2011-2020 αποτελεί συνισταμένη των ακόλουθων παραμέτρων:

1. Του αξιακού υποστρώματος της κοινοτικής ψυχιατρικής
2. Του προγενέστερου στρατηγικού σχεδιασμού της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ 2001-2009)
3. Του προγενέστερου επιχειρησιακού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
4. Των σημείων του Συμφώνου Spidla
5. Των αξόνων δράσης του ΕΣΠΑ
6. Των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Ευρωπαϊκού Συμφώνου Ψυχικής Υγείας
7. Των αξιολογήσεων και της αποτίμησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Β και των σχετικών προτάσεων εμπλεκόμενων θεσμικών φορέων
8. Της πολιτικής ψυχικής υγείας που εφαρμόζεται με κοινοτικούς και εθνικούς πόρους.

6.3 Η Γ΄ Φάση του Προγράμματος ¹⁰«Ψυχαργός» (2011-2020¹¹):

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανωτέρω παραμέτρους, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και της πρόληψης της κακής ψυχικής υγείας. Το τρίτο αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

1. Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών
2. Προαγωγή – Πρόληψη Ψυχικής Υγείας
3. Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας

Αναλυτικότερα, οι προτάσεις της επιτροπής αφορούν:

• Τη σύσταση Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας με τέσσερες διαφορετικές επιλογές:

1. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα υπάρχοντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
2. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα Γενικά Νοσοκομεία
3. Δημιουργία “Περιφερειακών Συστημάτων Ψυχικής Υγείας” στο πρότυπο των “MentalHealthTrusts” της Μ. Βρετανίας, στο πλαίσιο του νέου διοικητικού συστήματος των περιφερειών, η οποία και φαίνεται να αποτελεί την πλέον προτιμώμενη επιλογή.
4. Ευέλικτα συστήματα με τοπικές παραλλαγές.

¹⁰Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ (2011-2020)

¹¹Θα πρέπει να σημειώσουμε πως η φάση αυτή δεν έχει ολοκληρωθεί, καθώς σταμάτησε η συγχρηματοδότηση από το ευρωπαϊκό ταμείο.

- Προτεραιότητα στη λειτουργία των ΤοΨΥ ως δίκτυο συντονισμένων υπηρεσιών.
- Προσδιορισμός προτύπων υπηρεσιών με προτεραιότητα τις κοινοτικές.
- Πλήρωση των κενών στα παιδιά–εφήβους, 3^η ηλικία, “αδικημένες ομάδες”.
- Πρόβλεψη για τους νέους ασθενείς μακράς παραμονής.
- Έλεγχος των κενών στις στεγαστικές υπηρεσίες.
- Κάλυψη των προβλημάτων στη μισθοδοσία του προσωπικού.
- Πρόβλεψη μηχανισμών λογοδοσίας.
- Δημιουργία μηχανισμών και μοντέλων για την εκτίμηση των τοπικών αναγκών.
- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου των νέων αλλαγών με συμμετοχή χρηστών και οικογενειών.
- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.
- Προτεραιότητα στην κοινοτική και κοινωνική φροντίδα και στον συντονισμό και αξιολόγηση του συστήματος.
- Προτεραιότητα στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.
- Προτεραιότητα στην εκπαίδευση του προσωπικού κύρια στα πρακτικά προβλήματα και σε οδηγίες και πρωτόκολλα με βάση την τεκμηριωμένη ψυχιατρική.
- Προώθηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) ή άλλων μοντέλων εργασιακής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.
- Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
- Ενίσχυση της έρευνας υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της αξιολόγησης κυρίως μέσω των ακαδημαϊκών τμημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, μέσω της εργασίας αυτής επιχειρήσαμε μια βιβλιογραφική επισκόπηση των προσπαθειών που έχουν συντελεστεί στο πέρασμα των χρόνων αναφορικά με την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Πιο αναλυτικά, στόχος μας ήταν να παρουσιάσουμε τη σταδιακά μετάβαση από τη δαινομονοποίηση και τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών μέσα σε ιδρύματα και άσυλα και τη συνειδητοποίηση της ανάγκης για μια πιο ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Η τελευταία επέβαλλε μια μεταρρύθμιση στον τρόπο λειτουργίας των ψυχιατρικών δομών, αλλά και στις ίδιες τις δομές. Παρόλα αυτά, αυτό που θελήσαμε να δείξουμε μέσω της εργασίας αυτής είναι ότι ακόμα και μετά από όλες αυτές τις προσπάθειες, εξακολουθεί η κοινωνία μας να στιγματίζει τους ψυχικά ασθενείς, ενώ ακόμα και σήμερα η πρακτική του ασύλου δε φαίνεται να έχει ξεπεραστεί πλήρως.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περίπου το 10% των ενηλίκων εμφανίζει κάποια ψυχική διαταραχή, ένα ποσοστό το οποίο δεν έχει σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Αντίστοιχα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι περίπου το 20% με 25% του συνολικού παγκόσμιου πληθυσμού θα εμφανίσει σε κάποια στιγμή της ζωής του κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής (HealthOrganization 2001).

Αντίστοιχα φαίνεται πως και στην Ελλάδα κατά τις τελευταίες δεκαετίες το 14- 20% του συνολικού πληθυσμού εμφανίζει κάποια ψυχική διαταραχή (Μαυρέας, 2000). Από σχιζοφρένεια πάσχουν περίπου 100.000 άτομα, από κατάθλιψη 200.000 άτομα, ενώ συνολικά από κάποια ψυχονοητική διαταραχή πάσχουν περίπου 750.000 άτομα. Η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι αυξανόμενη, με τις αγχώδεις διαταραχές να εμφανίζονται ως και στο 25% του πληθυσμού (Φωτιάδου κ.ά, 2004).

Το στίγμα είναι συνυφασμένο με την ψυχική νόσο και αποτελεί την άλλη πλευρά της. Και αφορά όχι μόνο τον ασθενή, αλλά ολόκληρη την κοινωνία, η οποία παγιώνει στερεότυπα και συμπεριφορές και εξακολουθεί να αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό τον ψυχικά ασθενή, ακόμα και όταν έχει ολοκληρώσει τη θεραπεία του. Από την άλλη, το κράτος δε φαίνεται να μεριμνά ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση και να αλλάξει η κατάσταση αυτή που οδηγεί στον στιγματισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά νοσούντων, ενώ φαίνεται πως ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει

η κατάλληλη ενημέρωση ώστε το ευρύ κοινό να πάψει να φοβάται τους ψυχικά ασθενείς.

Αυτό που πρέπει να τονίσουμε στο σημείο αυτό είναι πως η στιγματοποίηση δεν επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα μόνο στον ασθενή, αλλά και στην ίδια την οικογένειά του. Το σημαντικότερο είναι, όμως, ότι το άτομο που νοσεί σχηματίζει μια εικόνα για τον εαυτό του με βάση την εικόνα που έχει σχηματίσει η κοινωνία και τη συμπεριφορά που έχει αναπτύξει απέναντί του. Αυτό σημαίνει πως τις περισσότερες φορές ο ψυχικά ασθενής αποδέχεται την εικόνα που του έχει αποδώσει το κοινωνικό του περιβάλλον, με αποτέλεσμα πολλές φορές να παραιτείται και να αφήνει τους άλλους να διαχειρίζονται ακόμα και θέματα και υποθέσεις που αφορούν τον ίδιο. Στην ουσία, ο ψυχικά ασθενής καταλήγει να παραιτηθεί από το δικαίωμά του να έχει μια καλύτερη ζωή και μια καλύτερη αντιμετώπιση από το σύνολο της κοινωνίας της οποίας εξακολουθεί να αποτελεί μέλος. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι φορές που ο ψυχικά ασθενής απομονώνεται ακόμα και από το ίδιο του το φιλικό περιβάλλον ή αντίθετα, το ίδιο το φιλικό του περιβάλλον τείνει να τον απομονώνει, καθώς αδυνατεί να κατανοήσει ορισμένα στοιχεία της συμπεριφοράς και της σκέψης του ψυχικά ασθενούς. Αλλά το ενδεχόμενο στίγμα και η κοινωνική απομόνωση μπορεί να φοβίσει την ίδια την οικογένεια του ψυχικά νοσούντος, η οποία δε μπορεί να αποδεχθεί εύκολα ότι ένα μέλος της νοσεί ψυχικά και ως εκ τούτου κρατά μυστική την ίδια την ασθένεια. Έτσι, ο ασθενής απομονώνεται ακόμα περισσότερο, δεν έχει τη δυνατότητα να λάβει τη βοήθεια και τη θεραπεία που χρειάζεται και τελικά η ασθένειά του επιδεινώνεται (Καλογεροπούλου, 2011: 35).

Σε κάθε περίπτωση, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το στίγμα έχει και κοινωνικές συνέπειες, καθώς στερεί από τα άτομα που νοσούν να έχουν μια ίση αντιμετώπιση αναφορικά με τη δυνατότητα στέγασής τους, τη δυνατότητα να εργαστούν, ακόμα και να αναπτύξουν κοινωνικές συναναστροφές και διαπροσωπικές σχέσεις. Άλλωστε, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το στίγμα, το οποίο συνδέεται κατά κύριο λόγο με ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια, αναπαριστάται με διαστρεβλωμένο τρόπο από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, γεγονός που αντί να οδηγεί στην άμβλυνση των στερεοτύπων οδηγεί στη διαίωνιση αυτών.

Όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές να λαμβάνουν έναν δευτερεύοντα ρόλο σε σχέση με την σωματική υγεία

και τελικά να παραμελούνται. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε πως ακόμα και τα θεμελιώδη δικαιώματα των ατόμων αυτών με ψυχικά νοσήματα παραβιάζονται. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται από τις δύο καταδίκες που υπέστη πρόσφατα η Ελλάδα από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου αναφορικά με τις διαδικασίες ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας και της παράνομης στέρησης της προσωπικής ελευθερίας των ψυχικά ασθενών (Φυτράκης, 2011).

Παρόλα αυτά, ανέκαθεν πραγματοποιούνταν προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών. Στην Αρχαία Ελλάδα η αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών γινόταν στα «Ασκληπεία». Στο Μεσαίωνα η ψυχική αρρώστια ήταν ταυτόσημη με την αμαρτία και οι ασθενείς καίγονταν στην πυρά, ενώ κατά την περίοδο της Αναγέννησης «τα πλοία των τρελών» γέμιζαν τα ποτάμια της Ευρώπης. Δεισιδαιμονία, προκατάληψη και βαθύ σκοτάδι χαρακτήριζε την Ψυχιατρική στις αρχές του 18ου αιώνα. Επίσης σε αρκετές χώρες, όπως στην Ελλάδα, ο ψυχικά άρρωστος αντιμετωπιζόταν στα μοναστήρια, στις εκκλησίες, οι οποίες είχαν αναλάβει τη φύλαξη, «θεραπεία» της «τρέλας» και της «δαιμονοκατοχής».

Στο τέλος του 18ου αιώνα ιδρύθηκαν τα πρώτα ψυχιατρικά ιδρύματα (το 1774 στη Γαλλία). Από τότε ακολούθησε η ίδρυση παρόμοιων ιδρυμάτων και σε άλλες χώρες. «Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ιδρύθηκε το 19ο αιώνα με το ωραίο όνομα του ασύλου, έλεγε ο Ewguirou ως μια προσπάθεια σύνθεσης ανάμεσα σ' αυτή τη διπλή κοινωνική απαίτηση της θεραπείας των αρρώστων και της εξουδετέρωσης των παρεκκλινόντων (επικίνδυνων για τον εαυτό τους και τους άλλους) (Ζακυνθινάκη, 2006).

Στην Ελλάδα η πρώτη εκδήλωση κρατικής μέριμνας ήταν η δημοσίευση του νόμου ΨΜΒ της 19ης Μαΐου του 1862 «περί συστάσεως φρενοκομείων», ο οποίος έμεινε για πολλά χρόνια ανεφάρμοστος. Η Ελλάδα απέκτησε το πρώτο ψυχιατρείο με την προσάρτηση των Επτανήσων το 1864 στην Κέρκυρα, το οποίο είχε ιδρυθεί το 1838 και λειτουργούσε ως «φρενοκομείο» από την Αγγλική Αρμοστεία. Ακολούθησαν το Δρομοκαΐτειο 1889 και το Αιγινήτειο 1905. Αυτά τα τρία ιδρύματα μαζί με μερικές ιδιωτικές κλινικές «κάλυπταν» στις αρχές του 20ού αιώνα τις ανάγκες των ασθενών για ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα.

Αργότερα (1910-1912) ιδρύθηκε το πρώτο δείγμα κρατικού ψυχιατρικού καταστήματος, το Ασυλο της οδού Κυδαθηναίων (ο ρόλος του δεν είχε καμιά σχέση

με ψυχιατρείο). Οι αυξημένες ανάγκες οδήγησαν τελικά στην ίδρυση του «Δαφνιού» το 1926. Στο τέλος του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου τα ψυχιατρεία ήταν γεμάτα και έτσι δημιουργήθηκαν οι πρώτες «αποικίες ανιάτων» (η πρώτη στη Σαλαμίνα και η δεύτερη στη Λέρο).

Σε κάθε φάση, όμως, της πορείας και εξέλιξης της αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών, την ψυχική νόσο ακολουθούσε ένα πλήθος προκαταλήψεων και στερεοτύπων που τελικά οδηγούσε στην στιγματοποίηση των ασθενούς και στον κοινωνικό του αποκλεισμό.

Βέβαια, δε μπορούμε να παραβλέψουμε το γεγονός πως και στην Ελλάδα συντελέστηκαν αλλαγές ως προς την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Θεσπίστηκαν νόμοι και διατάγματα για την προστασία των δικαιωμάτων των τελευταίων, ενώ προωθήθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία απέβλεπε στην από-ασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και τελικά στην παροχή των κατάλληλων ευκαιριών, ώστε να ενσωματωθούν μέσα στην κοινωνία και να καταστούν ενεργά μέλη της.

Στην Ελλάδα η ψυχιατρική αυτή μεταρρύθμιση, η οποία εκφράζεται μέσα από την αποασυλοποίηση ξεκίνησε αρκετά χρόνια αργότερα, κατά τη δεκαετία του 1980 από τη Λέρο, όπου έγινε αντιληπτή η ανάγκη να μετατεθεί το ενδιαφέρον από την καθεαυτή ψυχιατρική φροντίδα και να μετατοπιστεί στην κοινότητα. Το γεγονός αυτό οδήγησε σταδιακά στην δημιουργία χώρων στέγασης και φιλοξενίας των ασθενών εκτός του νοσοκομείου, όπως και στην μεταρρύθμιση μέσω του εθνικού σχεδιασμού *Ψυχαργώς*. Το πρόγραμμα αυτό προβλέπει την αποασυλοποίηση των ψυχικά πασχόντων μέσω της σταδιακής μείωσης των κλινών των ψυχιατρείων έως την κατάργησή τους, την ταυτόχρονη ανάπτυξη κλινών σε ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και τη μεταφορά των ασθενών σε ξενώνες ή άλλες δομές (οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα κ.ά.).

Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία, η διαδικασία της αποασυλοποίησης περιλαμβάνει δύο στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο, καταγράφονται λεπτομερώς οι συνήθειες που είχε ο ψυχικά ασθενής, ο τρόπος με τον οποίον ζούσε, αλλά και χαρακτηριστικά όπως το μέγεθος της νόσου, η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού και άλλων συναφών θεμάτων που σχετίζονται με την οικογένεια και δύνανται να επηρεάσουν την εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον, καταγράφονται στο στάδιο αυτό

πληροφορίες σχετικές με την επαγγελματική του δραστηριότητα, τη δυνατότητα να βρει και να συντηρήσει μια στέγη και γενικά πληροφορίες σχετικές με το βαθμό στον οποίο ο ασθενής μπορεί να λειτουργήσει έξω από το χώρο του ασύλου (Μαδιανός 1994: 92).

Παρόλα αυτά, σήμερα παρατηρούνται προβλήματα τα οποία δυσχεραίνουν τη διαδικασία αυτή της από- ασυλοποίησης. Προβλήματα τα οποία σχετίζονται με ανεπάρκειες στον τρόπο με τον οποίο δομούνται και λειτουργούν τα ιδρύματα τα οποία ασχολούνται με την ψυχική υγεία, οι οποίες εγκλωβίζουν ακόμα περισσότερο τους εργαζομένους σε αυτό το ανεπιθύμητο κλίμα ιδρυματοποίησης. Οι εργαζόμενοι αρχικά αναλαμβάνουν το έργο τους με ενθουσιασμό και με θετικά συναισθήματα. Σταδιακά, όμως, οι ανεπάρκειες αυτές του απογοητεύουν με αποτέλεσμα να κουράζονται ψυχικά από το ίδιο το έργο τους. Στην εξουθένωση αυτή πέρα από τις συνθήκες εργασίας οδηγεί και η αργή πορεία των ασθενών. Πρόκειται για το λεγόμενο «Burnout Syndrome», ή αλλιώς το «Σύνδρομο Ψυχικής Εξουθένωσης» (Μεγαλοοικονόμου 1997: 10).

Για μια σωστή θεραπεία αλλά και αποασυλοποίηση των ασθενών θα πρέπει να δράσει με τον αποτελεσματικότερο τρόπο μια ολόκληρη ομάδα επαγγελματιών. Στο πλαίσιο αυτό αναβαθμίστηκε κι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος μπορεί πλέον να συμμετέχει και να καθορίζει με τον τρόπο του τους τομείς πρόληψης, θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (Παπαγεωργίου, 2002:402-407).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αλεβίζος Β. (1997). Το σκεπτικό του Νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60

Αλεξανδρή Ε. - Δαμιανίδου Κ. - Καρατζολίδου Α. - Μεγαλοοικονόμου Θ., (1998). «Επαγγελματικοί ρόλοι και αποκατάσταση», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 62, Απρίλιος-Ιούνιος.

Ανδρέου, Χ., Καραβάτος, Α. (2004). Το στίγμα της ψυχικής νόσου. *Archives of Hell*

Blue, A. (1999). *Η Δημιουργία της Ελληνικής Ψυχιατρικής: Πολιτισμός, εαυτός και ιατρική*. Αθήνα: Εξάντας Εκδοτική.

Δημέλης, Δ. (2004). Ψυχιατρική και Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης: Εξοικείωση με την ψυχική αρρώστια ή Διαστρέβλωση-Εκμετάλλευση της πραγματικότητας; *Εγκέφαλος*, τεύχος 3 τόμος 41 enicMedicine. 21(3). 213-216

Εμμανουηλίδου, Ό. Καλαϊτζίδου, Ε. (2008). *Η ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα*. Πτυχιακή Εργασία. ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Ζακυνθινάκη Α. (2006). *Ψυχική Υγεία*. Διαθέσιμο στο <http://www.komep.gr/> [Πρόσβαση στις 30- 08- 2014]

Ζήση, Α., Στυλιανίδης, Σ. (2004) Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Εγκέφαλος - Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 41(1), σελ. 27-35

Ιεροδιακόνου (επιμ.), (1988). *Ψυχιατρική*, Θεσσαλονίκη: Μαστορίδης.

Καλογεροπούλου Μ. (2011). *Η συμβολή των οργανώσεων χρηστών των υπηρεσιών υγείας στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος*. Διαθέσιμο στο e-a.gr/e-nets.gr/.../Stigma_ipiresies_psihikis_ygeias.pd [Πρόσβαση στις 15/05/2014]

Καρύδη, Μ., Τζεδάκη, Μ., Παπακωνσταντίνου, Κ., Στεφανής, Ν., Στεφανής, Κ. (2004). Μελέτη αξιολόγησης αυτοστιγματισμού σε ψυχωσικούς ασθενείς, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Ν. 87.

Κοσμάτος Κ (2002). *Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας. Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του νόμου 2071/1992*, εκδ. Αντ. Σάκκουλα.

Λασκαράτος Ι., (1984). *Πρόληψη της αρρώστιας και κοινωνική προστασία στα επτάνησα επί αγγλοκρατίας (1815-1864)*, Διατριβή επί Υφηγεσίας, Αθήνα

Λιακός Α. (1999). «Φιλοσοφία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και οι επιπτώσεις της στην εκπαίδευση», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 66, Ιανουάριος-Μάρτιος.

Μαδιανός, Μ. (1994). *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαδιανός, Μ. (1997). Η ψύχωση στην κοινότητα: Σχέδιο για ένα πρότυπο κοινοτικής ψυχοθεραπείας *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Ν. 55

Μαδιανός Μ (2000) *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*, Αθήνα: Καστανιώτης.

Μαδιανός Μ. (2002) *Κλινική ψυχιατρική*. Αθήνα : Καστανιώτης.

Μαντωνάκης Ι. (2004). «Ψυχιατρική σε Μονάδες Μερικής Νοσηλείας», στο Χριστοδούλου et al, Αθήνα,: Βήτα, τόμος Β΄, 2004.

Μαυρατζώτου, Κ. (2003) «Σχεδιασμός και ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», στο *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, Επιμ. έκδοσης Δαμίγος Δ., εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Μαυρέας Β. (2000). *Ψυχιατρική*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

Μεγαλοοικονόμου Θ. (1997). Αφιέρωμα στην Ψυχική Υγεία και τα Δικαιώματα. «*Τετράδια Ψυχιατρικής*» Νο. 60

Μοσχονάς Δ. (2009) «Το στίγμα για την ψυχική διαταραχή και οι διαφορετικές απόψεις για αυτό», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος τεύχος Νο 105, σελ. 11- 15

Μπιλανάκης Ν. (2004). *Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Οδυσσέας

Οικονόμου Μ. Λουκή Ε. Χαρίτση Μ. Μπρισκόλας Γ. Μπάφη Ι. Στεφανής Κ. (2008) «Τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας στο χώρο της ψυχικής υγείας: Το παράδειγμα της Τηλεφωνικής Γραμμής του ΕΠΨΥ», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, Τεύχος 103, σελ 56-61

Παπαγεωργίου Ε. Γ, (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα

Παπαδάτος Γ., Στογιαννίδου Αρ. (1994), *Κοινωνική Ψυχική Υγεία*. Αθήνα,

Πλουμπίδης Δ. (2004). «Ψυχιατρική σε άλλες Δομές της Κοινότητας», στο Χριστοδούλου et al, Αθήνα: Βήτα, τόμος Β΄.

Πολυζόπουλος Ε. (2013). *Αποασυλοποίηση: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση; Διαθέσιμο στο <http://www.psychomed.gr/psychargos.html> [Πρόσβαση στις 20/08/2014]*

Σακκάς Π., «Ψυχιατρική στο Ψυχιατρικό τομέα του Γενικού νοσοκομείου», στο Χριστοδούλου et al., Β΄ τόμος, Αθήνα, Βήτα, 2004, σ. 852-856.

Σκάγκου Μ. (2013). *Τα Δικαιώματα Των Ψυχικά Ασθενών Στην Ευρωπαϊκή Έννομη Τάξη*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Στεφανής Κ, & συνεργάτες. (1990). *Θέματα Ψυχιατρικής*. Εκδόσεις Συμμετρία. Αθήνα. Επανεκδοση.

Συνοδινού Κ. (2002). «Εισαγωγή στις θεραπευτικές τεχνικές», *Σημειώσεις*, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Τζανάκης Μ. 2008 «Πέραν του ασύλου: η κοινωνική Ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου» *Κοινός τόπος Ψυχιατρική, Νευροεπιστημών και Επιστήμων ανθρώπου*

Τριχόπουλος Δ, Τζώνου Α, Κατσουγιάννη Κ (2000) *Βιοστατιστική*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος.

Φαφαλιού Μ. (1995). *Ιερά Οδός 343. Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο*, Αθήνα: Κέδρος.

Φουκώ Μ. (2004). *Η ιστορία της τρέλας*, Αθήνα: Ηριδανός.

Φυτράκης Ευγ. (2011). *Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών: από την ανοχή στην υποστήριξη*. Διαθέσιμο στο <http://www.esaea.gr/files/documents/T25.pdf> [Πρόσβαση στις 20/08/2014]

Φωτιάδου, Α., Πρίφτης, Φ., Κυπριανός, Σ. (2004) Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή. *Εγκέφαλος- Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 41(1)

Χατζηδάκη Ρ., «Ψυχιατρική ‘περίθαλψη’ και ψυχιατρική ‘μεταρρύθμιση’ στην Ελλάδα: το έγκλημα με τη φορεσιά της αθωότητας», *Σύγχρονα Θέματα*, τ.19, 1983, σ. 61-70.

Χριστοδούλου Γ.Ν. (2000). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα

Χριστοδούλου Γ. - Κονταξάκης Β. - Οικονόμου (2000). *Προληπτική ψυχιατρική*, Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Ξενόγλωσση

AnsseauM., DierickM., BuntinkxF., CnockaertP., DeSmedtJ., VanDenHauteM. &VanderMijnsbruggeD. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care.*Journal of Affective Disorders* 78, 49-55

Bell, S., Aaltonen, E., Bronstein, E., Desplenter, F., Foulon, V., Vitola, A., Muceniece, R., Manjiri, S., Gharat., Volmer, D., Marja S., Airaksinen., Timothy, F., Chen. (2008). Attitudes of pharmacy students toward people with mental disorders, a six country study.*Pharmacy World & Science International Journal of Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Care*

Björkman, T., Svensson, B., Lundberg, B. (2007). Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences. *Nordic Journal of Psychiatric*, 61(5): 332-338

Bloch, S., & Singh, B.S. (Eds.). (2002). *Foundations of clinical psychiatry* (2nd ed.). Melbourne: MelbourneUniversity Press.

Cannon, T.D., Kaprio, J., Lonnqvist, J. (1998) The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort. A population-base modeling study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 67 -74.

Christodoulou, GN (1991). The delusional misidentification syndromes. *Br J Psychiatry*. 159 (14): 65- 69

Cockburn, K., Bernard, P. (2004) Child and Adolescent Mental Health within Primary Care: A study of general practitioners' perceptions. *Child Adoles Ment Health*, 9(1), pp. 21-24.

Corrigan, P., Watson, A. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1): 35–53.

Falloon I., Fadden G. (1995). *Integrated mental health care*, New York: Cambridge University Press, 1995.

Gelder, M., Mayou, R., Geddes, J (1999). *Psychiatry*. Oxford : Oxford University Press

Green, L.A., Phillips, R.L., Fryer, G.E. (2004) “The nature of primary medical care”, In Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press, 1, pp. 3–10

Imran, N., Haider, I. (2007). The stigmatization of psychiatric illness: What attitudes do medical students and family physicians hold towards people with mental illness?. *Pakistan journal of medical sciences*. *Professional Medical Publications*, 23(3).

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2005) Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(2), CD001271.

Pitre, N., Stewart, S., Adams, S., Bedard, T., Landry, S. (2007). The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness. *Journal of Mental Health*, 16(3):415-429

Sartorius N. (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, Vol. 352.

Serrano-Blanco, A., Palao, D.J., Luciano, J.V., PintoMeza, A., Lujan, L., Fernandez, A., et al. (2009) Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiol*, 45, pp.201-210

Üstün TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. John Wiley & Sons; New York, NY: 1995.

van Doeselaar, M., Slegers, P., Hutschemaekers, G. (2008). *Professionals' Attitudes Toward Reducing Restraint: The Case of Seclusion in The Netherlands. Psychiatric Quarterly*

Νόμοι- Διαδικτυακές πηγές

Νόμος 2071/ 1992

Νόμος 2519/ 1992

Νόμος 2716/ 1999

Νόμος Υπ' Αριθ. 2716

ΦΕΚ 22/Α/1939

<http://www.psynk.ondsl.gr/>

<http://www.dromokaiteio.gr/>

<http://www.psyhat.gr/>

<http://www.eginitio.gr/>

<http://arcadia.ceid.upatras.gr/>

<http://www.psychotes.gr/>

<http://www.kepsykat.gr>

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

Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003

Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς Γ (2011-2020)

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1998.

HealthOrganization 2001

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2002)