



Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΑΡΒΑΝΙΤΗ ΘΩΜΑΗ

ΜΠΡΟΥΛΙΑ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΛΙΟΥΡΑ ΑΝΝΑ-ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΟΥΡΓΟΥΡΙΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Πάτρα, Φεβρουάριος 2011

Πάτρα, Φεβρουάριος 2011

© 2011 - All rights reserved



Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΑΡΒΑΝΙΤΗ ΘΩΜΑΗ
ΜΠΡΟΥΛΙΑ ΜΑΡΙΑ
ΠΑΛΙΟΥΡΑ ΑΝΝΑ-ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΟΥΡΓΟΥΡΙΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

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

Εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας στην επόπτιά μας κυρία Γουργουρίνη Αικατερίνη για την πολύτιμη βοήθειά της, την στήριξή της στην προσπάθειά μας και τις γνώσεις που μας μετέφερε για την καλύτερη διεξαγωγή της εργασίας μας. Επίσης, στις οικογένειές μας, οι οποίες υπήρξαν αρωγοί και υποστηρικτές καθ' όλη τη διάρκεια των προσωπικών μας προσπαθειών στην εκπόνηση της Πτυχιακής μας Εργασίας, καθώς επίσης και στα αγαπημένα μας πρόσωπα και φίλους για την ψυχολογική υποστήριξη που είχαμε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---------------|----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | i |
| ABSTRACT..... | ii |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 3 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

| | |
|--|----|
| 1.1 Ορισμός της ψυχικής υγείας..... | 5 |
| 1.2 Η αγωγή υγείας..... | 6 |
| 1.3 Η προαγωγή της ψυχικής υγείας..... | 7 |
| 1.4 Βασικοί στόχοι της προαγωγής της ψυχικής υγείας..... | 10 |
| 1.5 Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών..... | 11 |
| 1.6 Η διαφοροποίηση της ψυχικής υγείας από την πρόληψη ψυχικών διαταραχών..... | 13 |
| 1.7 Ποιότητα ζωής ψυχικά ασθενών..... | 14 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

| | |
|---|----|
| 2.1 Η έννοια της ψυχικής ασθένειας..... | 18 |
| 2.2 Μορφές ψυχικής διαταραχής..... | 19 |
| 2.3 Κοινωνικό στίγμα: Διαχρονική και Σύγχρονη πρόκληση..... | 24 |
| 2.4 Επιπτώσεις του στίγματος..... | 27 |
| 2.5 Μύθοι για την ψυχική ασθένεια..... | 30 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

| | |
|---|----|
| 3.1 Η αναγκαιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων..... | 32 |
| 3.2 Ρόλοι στην οικογένεια..... | 34 |
| 3.2.1 Οι ρόλοι στη συζυγική δυάδα..... | 35 |

| | |
|---|----|
| 3.3 Σχέση του ζευγαριού και επικοινωνία..... | 36 |
| 3.4 Επίδραση της συζυγικής σχέσης στην διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών..... | 39 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΖΥΓΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

| | |
|---|----|
| 4.1 Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών στα δύο φύλα..... | 42 |
| 4.2 Γάμος και συντροφικότητα..... | 43 |
| 4.3 Επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στα μέλη της συζυγικής διάδας και στη συζυγική σχέση..... | 45 |
| 4.3.1 Επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στον πάσχοντα..... | 45 |
| 4.3.2 Επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στο σύντροφο του πάσχοντα... | 47 |
| 4.3.3 Συνέπειες της ψυχικής διαταραχής στο ζευγάρι και τρόποι ομαλής συμβίωσης..... | 50 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

| | |
|---|----|
| 5.1 Η ψυχική ασθένεια στην οικογένεια..... | 52 |
| 5.2 Οικογενειακή επιβάρυνση..... | 53 |
| 5.3 Ο ψυχικά ασθενής γονέας..... | 55 |
| 5.4 Η επίδραση του ψυχικά ασθενή γονέα στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού..... | 58 |
| 5.5 Ψυχοκοινωνική προσαρμογή των παιδιών με γονέα ψυχικά ασθενή..... | 60 |
| 5.6 Οι επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας του γονέα στο παιδί..... | 61 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

| | |
|--|----|
| 6.1 Η παιδική ηλικία και παράγοντες που επηρεάζουν την ομαλή ανάπτυξή της..... | 65 |
|--|----|

| | | |
|-------|---|----|
| 6.2 | Παιδιά με ψυχική διαταραχή..... | 66 |
| 6.3 | Ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία..... | 67 |
| 6.3.1 | Βαριές εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης..... | 68 |
| 6.3.2 | Διαταραχές του συναισθήματος..... | 69 |
| 6.3.3 | Διαταραχή στη σίτιση της παιδικής ηλικίας..... | 72 |
| 6.4 | Παιδιά με ψυχική διαταραχή και οι επιπτώσεις στο οικογενειακό του περιβάλλον..... | 72 |
| 6.4.1 | Οι επιπτώσεις στα αδέρφια του παιδιού με ψυχική διαταραχή..... | 76 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

| | | |
|---------|--|----|
| 7.1 | Ορισμός της ψυχοθεραπείας και της ψυχανάλυσης..... | 78 |
| 7.2 | Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις..... | 79 |
| 7.2.1 | Συμβουλευτική..... | 79 |
| 7.2.1.1 | Ατομική συμβουλευτική..... | 80 |
| 7.2.1.2 | Ομαδική συμβουλευτική..... | 81 |
| 7.2.2 | Ατομική Ψυχοθεραπεία..... | 81 |
| 7.2.3 | Ομαδική Ψυχοθεραπεία..... | 83 |
| 7.2.4 | Θεραπεία στο ζευγάρι..... | 85 |
| 7.2.5 | Οικογενειακή θεραπεία..... | 87 |
| 7.2.5.1 | Οικογενειακή ψυχοθεραπεία με ψυχοσωματικό άρρωστο μέλος..... | 88 |
| 7.2.6 | Ψυχοεκπαίδευση οικογένειας..... | 89 |
| 7.2.7 | Ψυχοφαρμακοθεραπεία..... | 91 |
| 7.2.8 | Ψυχοθεραπεία μέσω τέχνης..... | 91 |
| 7.2.8.1 | Εικαστική θεραπεία..... | 91 |
| 7.2.8.2 | Δραματοθεραπεία..... | 92 |
| 7.2.8.3 | Μουσικοθεραπεία..... | 93 |
| 7.2.8.4 | Χοροθεραπεία..... | 94 |
| 7.2.8.5 | Πανγνιοθεραπεία..... | 94 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

| | |
|--|------------|
| 8.1 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού..... | 96 |
| 8.1.1 Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών..... | 98 |
| 8.1.2 Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην οικογένεια των ψυχικά ασθενών..... | 99 |
| 8.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας..... | 100 |
| 8.2.1 Κέντρα Ψυχικής Υγείας..... | 101 |
| 8.2.2 Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα..... | 102 |
| 8.2.3 Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής..... | 103 |
| 8.2.4 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία..... | 104 |
| 8.2.5 Κέντρο Ημέρας..... | 106 |
| 8.3 Η σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας στο χώρο της ψυχικής υγείας..... | 106 |

| | |
|--------------------------|------------|
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 108 |
|--------------------------|------------|

| | |
|--------------------------|------------|
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 113 |
|--------------------------|------------|

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Νομοθεσία για την ψυχική υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, η οποία επεξεργάζεται το θέμα των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ψυχικής διαταραχής στις σχέσεις της οικογένειας, έχει σκοπό την εμβάθυνση, κατά το δυνατόν, στην ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές καθώς και των επιπτώσεων της ψυχικής ασθένειας στους ίδιους αλλά και στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Στόχο της μελέτης αποτέλεσε η προσπάθεια κατανόησης και ενημέρωσης όσον αφορά στον τρόπο ζωής ενός ψυχικά ασθενή, γεγονός που ίσως συμβάλλει θετικά στην ολιστική προσέγγιση και αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών του ασθενούς και της οικογένειάς του, στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας.

Κατά τη διάρκεια της παρούσας μελέτης, διαφάνηκε ο σημαντικότερος ρόλος του θεσμού της οικογένειας στη διατήρηση και στην ανάπτυξη υγιούς προσωπικότητας των μελών της. Επίσης, δόθηκε έμφαση στις δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ψυχικά πάσχοντες και οι οικογένειες αυτών, οι οποίοι εκτός από την ψυχική διαταραχή έρχονται συχνά αντιμέτωποι με το φαινόμενο του κοινωνικού στίγματος, γεγονός που παρεμποδίζει την αναζήτηση ιατροφαρμακευτικής φροντίδας και τη βελτίωση της ποιότητας διαβίωσής τους.

Τέλος, το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάστηκε στη σπουδαιότητα της ψυχοεκπαίδευσης, της κοινωνικής εργασίας και του ρόλου του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της ψυχικής υγείας καθώς και στην αναγκαιότητα ύπαρξης της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των ειδικών ψυχικής υγείας, με απώτερο στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και των επιπτώσεων αυτής .

Λέξεις κλειδιά :ψυχική διαταραχή, κοινωνικό στίγμα, οικογένεια, ψυχική υγεία.

ABSTRACT

This project works on the effects of mental disturbance on society and family relations. The aim of the project is to penetrate, as far as possible, on the quality of life of the people who suffer from mental disorders and the impact of their mental illness on both themselves and their family's environment.

The main aim of the study was the effort of understanding and being aware of the life style of a mentally ill patient. This fact may positively contribute to an overall approach and encounter with the patient and family's specific needs. This effort will also help in combating the social stigma and create more effective mental services as far as family and community are concerned.

During this study the major role of the family institution in developing and maintaining its members' healthy personality was revealed. Moreover, emphasis was given on the difficulties that the mentally ill and their families are dealing with. Besides their health problems they often have to cope with the phenomenon of social stigma. This fact also hampers the search for medical care and the improvement of their quality of life.

Finally, our searching interest was focused on the importance of psychoeducation, social work and the role of the professional social worker in the field of mental health. Furthermore, we focused on the necessity of interdisciplinary cooperation among mental health specialists so as to find more effective ways to deal with mental illness and its effects.

Key words: mentally ill, social stigma, family, mental health

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το βασικό ερέθισμα για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η διάθεση για μελέτη, διερεύνηση και περαιτέρω ενημέρωση για ζητήματα που άπτονται της ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη εστίασε στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στις σχέσεις της οικογένειας.

Ο όρος «ψυχική διαταραχή» περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος δυσκολιών που έχουν σχέση με την ψυχική κατάσταση και την συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται σε εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο, άλλες σε ήπια μορφή και άλλες σε πιο βεβαρημένη, άλλες παροδικές και άλλες χρόνιες. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων, βιολογικών, σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών και ανάλογα διακρίνονται σε πολλές διαγνωστικές κατηγορίες.

Το μεγαλύτερο μέρος της πτυχιακής εργασίας εστιάζει στις ψυχολογικές αλλά και κοινωνικές επιπτώσεις στο εκάστοτε μέλος μιας οικογένειας (σύζυγος-γονέας- παιδί), το οποίο πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, αλλά και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, τα οποία επιβαρύνονται με το δυσβάστακτο συναισθηματικό αλλά και πρακτικό φορτίο της ασθένειας, λόγω της λειτουργικής έκπτωσης που προκαλεί στην οικογενειακή ζωή η ψυχική νόσος.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως οι ψυχικά ασθενείς εκτός από την αντιμετώπιση της ασθένειας έχουν να αντιμετωπίσουν το «κοινωνικό στίγμα», ένα φαινόμενο που τείνει να επηρεάζει αρνητικά και να περιθωριοποιεί οποιοδήποτε μέλος της κοινωνίας του οποίου η συμπεριφορά ή τα χαρακτηριστικά διαφέρουν από αυτά που η κοινωνία έχει ορίσει ως «φυσιολογικά». Ένα φαινόμενο το οποίο μόνο εμπόδιο μπορεί να αποτελέσει όσον αφορά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ψυχικά ασθενή αλλά και του οικογενειακού του περίγυρου.

Στην αρχή της βιβλιογραφικής αυτής ανασκόπησης, προσδιορίζεται η έννοια της ψυχικής υγείας καθώς και οι τρόποι προαγωγής αλλά και πρόληψης αυτής. Στη συνέχεια, αναφέρονται ο ορισμός της ψυχικής διαταραχής, ορισμένες από τις μορφές αυτής καθώς και η έννοια του κοινωνικού στίγματος το οποίο επωμίζονται οι ψυχικά ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον .

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τους ρόλους που διαδραματίζουν τα μέλη μιας οικογένειας και για τη σπουδαιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και της επικοινωνίας μεταξύ τους.

Έπειτα, αναφέρονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στις συζυγικές τους σχέσεις άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

Ακολουθεί το πέμπτο κεφάλαιο το οποίο παρουσιάζει και σκιαγραφεί τον ψυχικά πάσχοντα γονέα καθώς και τις επιπτώσεις που φέρει η ασθένεια του στο οικογενειακό του περιβάλλον και ιδιαίτερα στο παιδί ή στα παιδιά.

Εν συνεχεία, η μελέτη εκτείνεται στην περίπτωση που το παιδί βρίσκεται στη θέση του ψυχικά ασθενούς μέλους της οικογένειας και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι υγιείς γονείς και τα αδέρφια λόγω της κατάστασης αυτής.

Στο έβδομο κεφάλαιο, παρατίθενται ορισμένες γνωστές θεραπείες, οι οποίες έχουν ως στόχο την βελτίωση ποιότητας ζωής τόσο των ψυχικά ασθενών όσο και των μελών της οικογένειάς τους .

Τέλος, καταγράφονται, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας από τις οποίες μπορούν να επωφεληθούν οι ψυχικά πάσχοντες όπως επίσης και τα οικεία τους πρόσωπα, αλλά και η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αυτών.

Εν κατακλείδι, επισημαίνεται η κοινωνική επίδραση την οποία υφίστανται τα άτομα που νοσούν ψυχικά όσο και οι οικογένειες αυτών, οι επιπτώσεις της ψυχικής νόσου στα οικεία πρόσωπα των πασχόντων καθώς και ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στα ψυχικά ασθενή άτομα και κατ' επέκταση στα υπόλοιπα οικογενειακά μέλη – φροντιστές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1.1 Ορισμός της ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), «ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας κατά την οποία το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.» (Καφέτσιος, 2005)

Επίσης, είναι «η αναζήτηση της ισορροπίας όλων των πτυχών της ανθρώπινης ζωής, είτε πρόκειται για τη σωματική, τη διανοητική και την συναισθηματική, είτε για την πνευματική πτυχή του ανθρώπινου βίου. Είναι η ικανότητά μας να απολαμβάνουμε τη ζωή και να αντιμετωπίζουμε τις καθημερινές της προκλήσεις.» (www.camh.net)

Η ψυχική υγεία είναι μια αμφισβητούμενη ιδέα η οποία ορίζεται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Οι ορισμοί της εξαρτώνται από τις ατομικές εμπειρίες της ζωής μας και το πλαίσιο της. Πολλαπλοί κοινωνικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο της ψυχικής υγείας του ατόμου. Κάποιοι από αυτούς είναι :

- Η φυλή
- Το φύλο
- Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις
- Η κοινωνική τάξη
- Η εμπειρία στην οικογένεια (βία, παραμέληση, διαζύγιο)
- Οι προσδοκίες
- Οι πεποιθήσεις
- Ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής
- Ανθυγιεινός τρόπος ζωής
- Παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Οι παράγοντες αυτοί ονομάζονται «παράγοντες κινδύνου» και συνδέονται άμεσα με την κακή ψυχική υγεία του ατόμου. (www.who.int)

Τα προβλήματα της ψυχικής υγείας είναι κοινά και ευρέως παρεξηγημένα. Σύμφωνα με έρευνες, ανά πάσα στιγμή ένας ενήλικας στο 1/5 έχει υποφέρει από

προβλήματα ψυχικής υγείας ποικίλης σοβαρότητας. Άλλες έρευνες δείχνουν, ότι ένα στα τέσσερα άτομα θα αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό πως το να παραμένει κάποιος ψυχικά υγιής δεν είναι πάντα τόσο εύκολο, ειδικά κατά τη διάρκεια δύσκολων στη ζωή του περιόδων. Πρέπει συνεχώς να ενισχύουμε τη συναισθηματική και πνευματική μας αντοχή που μας δίνει τη δυνατότητα να επιβιώνουμε από τον πόνο, την απογοήτευση και τη θλίψη. (www.library.nhs)

Εν κατακλείδι, η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόφευκτο και βασικό στοιχείο της υγείας μας. Τονίζει την συναισθηματική ευεξία, την δυνατότητα να ζούμε μια πλήρη και δημιουργική ζωή καθώς και την ευελιξία να αντιμετωπίζουμε τις αναπόφευκτες προκλήσεις της ζωής. Έτσι, είναι σημαντικό να αναγνωρίζουμε πότε οι δυνάμεις μας δεν επαρκούν και να ζητάμε βοήθεια από κάποιον επαγγελματία. (www.iatronet.gr)

1.2 Η Αγωγή Υγείας

«Η Αγωγή Υγείας είναι μία διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά (ενημερωμένα) για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους». Ακόμη, ο όρος αγωγή υγείας, αναφέρεται στις ευκαιρίες μάθησης που παρέχονται με σκοπό τη βελτίωση και τον έλεγχο της υγείας, διαφοροποιώντας τη συμπεριφορά που εκούσια υιοθετεί ο άνθρωπος. (Σώκου, 1994)

Προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να ελέγξει την υγεία του με την ενίσχυση ή τη βοήθεια σε αποφάσεις και δραστηριότητες που είναι συμβατές με τις αξίες και τους στόχους του. (Μαδιανός, 1989) Εστιάζεται σε θέματα όπως η συναισθηματική υγεία του ατόμου, στην οποία περιλαμβάνονται οι ανθρώπινες σχέσεις, η κοινή συμβίωση και τα στοιχεία της προσωπικότητας που χρήζουν ενδυνάμωσης.

Σύμφωνα με το Υ.Π.Ε.Π.Θ. και Π.Ι (συνεδρία της 17/ 4-12 2001) οι στόχοι της αγωγής υγείας είναι:

- η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας

- η πρόληψη του αποκλεισμού ατόμων από την κοινωνία
- η ανάπτυξη δεξιοτήτων, και
- η διαμόρφωση ατόμων με κριτική στάση (Ιωαννίδη, 2006)

Η σύγχρονη μεθοδολογία της αγωγής υγείας δεν αποτελεί πλέον ενημέρωση και μεταφορά γνώσεων σε εξειδικευμένα θέματα υγείας. Αντίθετα, αφορά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για επιλογές που προασπίζουν και προάγουν την ψυχική και σωματική υγεία και την κοινωνική ευεξία μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση. Η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων βασίζεται στη βελτίωση της αυτοπεποίθησης του ατόμου και της δυνατότητας ως συνέπεια της ενδυνάμωσης της ικανότητας του να διαπραγματεύεται και να προβαίνει σε σωστές επιλογές. (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2001)

Στα βασικά αντικείμενα της αγωγής υγείας περιλαμβάνονται και θέματα ψυχικής υγείας, όπως ο έλεγχος του στρες, η σχολική παραπρωματική συμπεριφορά, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και οι χρόνιες ψυχικές παθήσεις. (Μαδιανός, 2000)

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως η αγωγή υγείας εμφανίζεται ως αναπόσπαστο μέρος της προαγωγής υγείας καθώς αποτελεί την εκπαιδευτική διαδικασία μέσω της οποίας θα επιτευχθούν οι στόχοι της προαγωγής. (Μαδιανός, 1989) Ακόμη θεωρείται σημαντική διότι θίγει επίκαιρα προβλήματα υγείας με έμφαση στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου, στην ψυχική και την κοινωνική ωρίμανση και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων. (Ιωαννίδη, 2006)

1.3 Η προαγωγή της ψυχικής υγείας

Η υγεία δεν είναι έννοια στατική. Η πρόληψη της αρρώστιας, η διατήρηση της υγείας και η προαγωγή της απαιτούν την ενεργητική συμμετοχή του ανθρώπου και αποτελούν προτεραιότητα και υποχρέωση κάθε πολίτη. (Σώκου, 1994)

Πιο συγκεκριμένα, η προαγωγή της υγείας με την εμπλοκή της στη δόμηση ενός κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος συμβάλλει σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής. (Ιωαννίδη, 2006)

Σύμφωνα με τον Καταστατικό Χάρτη της Οττάβα (1986), ο όρος « Προαγωγή της Υγείας πρωτοδιατυπώθηκε από περιβαντολόγους και υιοθετήθηκε από τον υγειονομικό και ιατρικό χώρο, που αναγνωρίζει τη σημασία,

στη βελτίωση της υγείας, παραγόντων άλλων από τους καθαρά βιολογικούς- το περιβάλλον, τη διατροφή και τη συμπεριφορά». Αποτελεί «μία διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους» που απαιτεί όμως τη συνδρομή πολλών επαγγελματικών κλάδων καθώς και τη συμμετοχή των μη ειδικών, των απλών πολιτών. (Σώκου, 1994) Είναι ο συνδυασμός κάθε εκπαιδευτικής, οργανωτικής, οικονομικής και περιβαλλοντικής υποστήριξης για την εκδήλωση συμπεριφορών που οδηγούν στην υγεία.(Μαδιανός, 1989) Οι εκπαιδευτικοί, οι κοινωνικοί επιστήμονες, οι γονείς και οι νέοι πρέπει να ενθαρρύνονται να αναπτύσσουν τέτοιου είδους δράση. (Σώκου, 1994)

Κατά τον Burrows και συνεργάτες (1995), το ιδιάζον στην προαγωγή υγείας είναι η προσοχή που δίνει στην προώθηση ενός υγιούς τρόπου ζωής. Η αντίληψη είναι ότι δεν αρκεί απλώς να λες στους ανθρώπους τι θα πρέπει να αλλάξουν στον τρόπο ζωής τους, χωρίς να αλλάξεις το κοινωνικό, το οικονομικό και το οικολογικό τους περιβάλλον. Οι άνθρωποι πρέπει να είναι σε θέση να έχουν έναν υγιή τρόπο ζωής. Η προαγωγή υγείας δεν έχει σκοπό να εργαστεί μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά και στο επίπεδο των κοινωνικο-οικονομικών δομών, προκειμένου να ενθαρρύνει τη δημιουργία και την εφαρμογή υγιών κρατικών πολιτικών. (Pilgrim, Rogers, 2004)

Η προαγωγή υγείας και κατ' επέκταση, ψυχικής υγείας, αποτελεί μια εκπαιδευτική μεθοδολογία, έναν τρόπο σκέψης και αντίληψης στις επιλογές και στα γεγονότα της ζωής. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., οι γενικές αρχές καθώς και οι στόχοι που έχουν οριστεί για την προαγωγή υγείας ενός πληθυσμού είναι οι εξής:

- Οι προσπάθειες για την προαγωγή υγείας πρέπει να αφορούν στο σύνολο των μελών μιας κοινωνίας.
- Οι ενέργειες για την προαγωγή υγείας πρέπει να αφορούν στους παράγοντες που καθορίζουν και επηρεάζουν την υγεία.
- Οι επιμέρους δράσεις για την προαγωγή υγείας συνδυάζουν διαφορετικές αλλά συμπληρωματικές μεταξύ τους μεθόδους και τρόπους προσέγγισης, όπως επικοινωνία, εκπαίδευση, νομοθεσία, οικονομικά μέτρα, οργανωτικές αλλαγές κ.ά.
- Η προσπάθεια για την προαγωγή υγείας πρέπει να στοχεύει ιδιαίτερα στην ενεργό κοινωνική συμμετοχή. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει την ανάπτυξη της

ικανότητας του ατόμου να αναγνωρίζει και να διακρίνει τα προβλήματα και τα αίτια αυτών, να κρίνει και να αποφασίζει. (Περάκη, 1994)

Η πολιτική της προαγωγής της υγείας, ως συνέχεια των παραπάνω, έχει ως βασικούς στόχους:

- Την αναβάθμιση του φυσικού και του κοινωνικού περιβάλλοντος
- Την ενίσχυση παραγόντων που επιδρούν θετικά στην υγεία καθώς και
- Στην διαμόρφωση υγιεινών στάσεων ζωής.

Τομείς δράσεις για την προώθηση της προαγωγής της υγείας είναι:

- Η δημιουργία υγιούς δημόσιας πολιτικής
- Η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Η ενδυνάμωση της κοινοτικής δράσης
- Η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και
- Ο επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, βασικές προϋποθέσεις για την επίτευξη των παραπάνω είναι:

- Η ειρήνη
- Η στέγη
- Η εκπαίδευση
- Η σταθερότητα του περιβάλλοντος
- Η κοινωνική δικαιοσύνη και
- Η ισότητα

Για να φθάσουν, λοιπόν, οι άνθρωποι στην κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να προσδιορίζουν και να πραγματοποιούν τις φιλοδοξίες τους, να ικανοποιούν τις ανάγκες τους, να μπορούν να αλλάζουν το περιβάλλον ή να προσαρμόζονται σε αυτό που υπάρχει. (Σώκου, 1994) Κύριοι συντελεστές μιας τέτοιας διαδικασίας θα είναι οι παράγοντες της αγωγής ή οι κοινωνικοποιητικοί φορείς, όπως η οικογένεια, το σχολείο, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και επικοινωνίας, οι υπηρεσίες υγείας κ.ά., γεγονός καθοριστικό για τη διαμόρφωση μιας συγκροτημένης προσωπικότητας του ατόμου μέσω θετικών περιβαλλοντικών επιρροών.

Η ιδιαίτερη σημασία της προαγωγής της υγείας αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι «διεθνείς οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα συμφωνούν ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας είναι η πλέον ενδεδειγμένη

μέθοδος για την πρόληψη και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Η μετάδοση έγκυρων γνώσεων, η ενίσχυση της προσωπικότητας και η ανάπτυξη δεξιοτήτων στη λήψη αποφάσεων είναι τα θέματα που προβλέπεται από τη σύγχρονη προσέγγιση τέτοιων προγραμμάτων και συμβάλλουν στον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου και της υγείας του».

Εν κατακλείδι, η προάσπιση, η διατήρηση, η προαγωγή της υγείας και της ψυχικής υγείας προϋποθέτει την ουσιαστική συμμετοχή του ατόμου και την υπευθυνότητα του απέναντι στον εαυτό του και το κοινωνικό σύνολο. Η συμπεριφορά του ατόμου επηρεάζεται από το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Ωστόσο, η τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου είναι αυτή που θα αποφέρει την διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του μέσα από τη διαμόρφωση νέων στάσεων. Η τροποποίηση, όμως, αυτή προϋποθέτει την κατανόηση του ρόλου των κοινωνικών, ψυχολογικών και πολιτισμικών παραγόντων και την επίδραση αυτών πάνω στη συμπεριφορά. (Ιωαννίδη, 2006)

1.4 Βασικοί στόχοι της προαγωγής της ψυχικής υγείας

- a) Η ανάπτυξη δεξιοτήτων που ενδυναμώνουν και διαφυλάσσουν την ψυχική υγεία
- b) Η ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και του άγχους
- c) Η ανάπτυξη δεξιοτήτων αναγνώρισης των ψυχικών διαταραχών
- d) Η καταπολέμηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών
- e) Η ευαισθητοποίηση σε σχέση με τις ανάγκες των ανθρώπων που πάσχουν από κάποιο ψυχικό πρόβλημα
- f) Η καταπολέμηση του στιγματισμού και η ανάπτυξη δεξιοτήτων για υποστήριξη των ανθρώπων που πάσχουν από κάποιο ψυχικό πρόβλημα
- g) Η διαμόρφωση πολιτικών αποφάσεων με στόχο την ενίσχυση των παραγόντων που ευνοούν την ψυχική υγεία
- h) Η ανάπτυξη υποστηρικτικών κοινωνικών δομών
- i) Η ανάπτυξη οικογενειακών, φιλικών, επαγγελματικών και κοινωνικών δεσμών αλληλεγγύης
- j) Ο διάλογος της Ιατρικής με τις Ανθρωπιστικές Επιστήμες

- k) Ο επανακαθορισμός του περιεχομένου του όρου «ψυχική υγεία»
- l) Ο καθορισμός «προτύπων υγείας» (www.mentalhealthpromotion.co.uk)

1.5 Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών

Η πρόληψη αποτελεί σημαντικό μέρος της πολιτικής μίας χώρας και το περιεχόμενό της ποικίλλει. Ο όρος πρόληψη «αποτελεί μία θετική διαδικασία. Ενδυναμώνει τα άτομα και τα συστήματα να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις των γεγονότων της ζωής και τις αλλαγές δημιουργώντας και ενισχύοντας τις συνθήκες που προάγουν υγιείς συμπεριφορές και τρόπους ζωής». (<http://beta.ctcdata.org>) Μπορεί να περιέχει πρωτοποριακά ιατρικά προγράμματα και θεραπεία ατόμων, καθώς και ερευνητικές πρωτοβουλίες με τεχνολογική υποστήριξη, μέχρι ευρύτερες πολιτικές σε επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης, κοινωνικής ενσωμάτωσης κ.λ.π. Έτσι κάθε πολιτική δύναται να είναι προληπτική, δηλαδή να παρέχει ενταξιακά προγράμματα, εκπαιδευτικά προγράμματα, επιμόρφωση εκπαιδευτικών, εμπλοκή των νέων στην εργασία, εκστρατείες ενημέρωσης για τους πολίτες. (Ιωαννίδη, 2006)

Πιο συγκεκριμένα, θα αναφερθούμε στα μέτρα πρόληψης των ψυχικών διαταραχών τα οποία κατανέμονται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Την πρωτογενή πρόληψη, που αναφέρεται στη μείωση της επίπτωσης, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών.
- 2) Την δευτερογενή πρόληψη, που αναφέρεται στη μείωση της διάρκειας της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών, με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία περιπτώσεων και
- 3) Την τριτογενή πρόληψη, που σκοπό έχει τη μείωση της έκπτωσης της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου. (Μαδιανός, 2000)

Αναλυτικότερα, τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης στοχεύουν στη βελτίωση των συνθηκών ζωής για όλο τον πληθυσμό, ιδιαίτερα δε για οικογένειες με μικρά παιδιά. Η βελτίωση της γενικότερης ποιότητας ζωής μέσα από αναβαθμισμένα προγράμματα υγείας, εκπαίδευσης, δικαιοσύνης μειώνει τις κοινωνικές ανισότητες και προσφέρει ισότητα ευκαιριών σε όλο τον πληθυσμό. (Τσιαντής, 1998)

Από τις τρεις βαθμίδες της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, η πρωτογενής είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων, στην οποία εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και φορείς της υγείας και της ψυχικής υγείας και καλύπτουν όλες τις φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου, από την προγεννητική, τη νεογνική, την παιδική, την εφηβική, την ενηλικίωση και το γήρας. (Μαδιανός, 1989) Ακόμη, τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης αφορούν όλες τις κοινωνικές ομάδες και αποσκοπούν στην αποφυγή έναρξης παθογενετικών καταστάσεων. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ενισχύονται τύποι συμπεριφοράς που ευνοούν τη διατήρηση της ψυχικής υγείας, καλλιεργούνται ικανότητες για την αντιμετώπιση του άγχους, προλαμβάνονται ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες και αναπτύσσονται δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης. (Ιωαννίδη, 2006)

Ο τύπος της δευτερογενούς πρόληψης στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν, ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα, όπως παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ή συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, άτομα σε οξεία έναρξη ψυχικής νόσου, άτομα υψηλού κινδύνου.(Μαδιανός, 1989) Το κύριο προληπτικό έργο περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά, την τακτική τους παρακολούθηση με πρόληψη των υποτροπών τους και την αποτροπή της εκδήλωσης μίας σοβαρής ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας. Με ειδικά προγράμματα το κοινό ευαισθητοποιείται στην έγκαιρη αντίληψη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και τροποποιεί τη στάση του απέναντι στην ψυχική αρρώστια, έτσι ώστε να καταφεύγει ευκολότερα σε κάποια ψυχιατρική υπηρεσία (Μαδιανός,2005, Παυλόπουλος-Τσιαντής, 2000)

Κατά την τριτογενή πρόληψη γίνεται επικέντρωση στο άτομο που πάσχει, με στόχο τη μείωση των βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας, την συμβολή στην αποκατάσταση της υγείας του και την επαναπροσαρμογή του στην κοινότητα. Συγκεκριμένα, βάση του Π.Ο.Υ., την πρόληψη αυτού του τύπου αναλαμβάνει η αυτόνομη επιστήμη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί μία συνεχής δυναμική διαδικασία που αρχίζει με τη διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής». Περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία της αρρώστιας, της έκπτωσης, της ανικανότητας, της αναπηρίας, με παράλληλη την κοινωνική ενσωμάτωση του πάσχοντα. (Ιωαννίδη, 2006)

Συμπερασματικά φαίνεται ότι σήμερα, μετά από την πολύχρονη ανάπτυξη τόσων προληπτικών προγραμμάτων σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, στα πλαίσια εθνικών συστημάτων υγείας, σε αρκετές χώρες η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών έχει αναγνωριστεί ως η τέταρτη ψυχιατρική επανάσταση μετά την απελευθέρωση των ψυχικά αρρώστων από τον Pinel στα τέλη του 1700, στη Γαλλία, την ανακάλυψη του ασυνειδήτου από τον Freud και την ψυχοφαρμακολογία. (Μαδιανός, 2000)

1.6 Η διαφοροποίηση της ψυχικής υγείας από την πρόληψη ψυχικών διαταραχών

Η Πρόληψη των Ψυχικών Διαταραχών έχει ως στόχο την πρόληψη και καταπολέμηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εγκατάσταση ή την υποτροπή μιας ψυχικής νόσου. Η Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας έχει ως στόχους αφ' ενός την ανάπτυξη και ενδυνάμωση των ατομικών δεξιοτήτων και των κοινωνικών δομών που ευνοούν και ενισχύουν την ψυχική υγεία, και αφ' ετέρου την δημιουργία των καταλλήλων συνθηκών για την πρόληψη και καταπολέμηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εγκατάσταση ή την υποτροπή μιας ψυχικής νόσου.

Επειδή σε πραγματικές συνθήκες είναι δύσκολο να νοηθεί ως αποτελεσματική μια παρέμβαση για την πρόληψη της νόσου, χωρίς να αναπτύσσονται ταυτόχρονα οι παράγοντες που εξασφαλίζουν την υγεία, το αντικείμενο της Πρόληψης των Ψυχικών Διαταραχών φαίνεται, από αυτή την άποψη, ως περιορισμένο σε σχέση με το αντικείμενο της Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας.

Για παράδειγμα, για την Πρόληψη των Ψυχικών Διαταραχών είναι αρκετό να ενημερωθεί το άτομο ότι η έκθεσή του σε στρεσογόνους παράγοντες αυξάνει τους κινδύνους για την εγκατάσταση ή την υποτροπή μιας ψυχικής διαταραχής και να γίνουν προσπάθειες ώστε να αποφευχθεί η έκθεση του σε αυτούς. Για την Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας οι παραπάνω ενέργειες θεωρούνται ανεπαρκείς, εάν ταυτόχρονα δεν αναπτυχθούν οι δεξιότητες του ατόμου ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει παραγωγικά κάθε στρεσογόνο παράγοντα, αφού θεωρείται ότι είναι αδύνατον στην πραγματικότητα να αποφευχθούν ή να καταπολεμηθούν όλοι οι παράγοντες που προκαλούν στρες. Για παράδειγμα, ακόμα και εάν θα γινόταν να εξασφαλισθεί για το άτομο ένα περιβάλλον το οποίο θα του έλυνε εύκολα όλα

τα προβλήματα, οι πραγματικές συνθήκες της ζωής θα λειτουργούσαν όπως συνήθως με τρόπο ώστε σε κάποια στιγμή το άτομο να εκτεθεί σε στρεσογόνους παράγοντες όπως ο θάνατος ενός προσφιλούς προσώπου ή κάποια άλλη σημαντική απώλεια. Αφού, επομένως, είναι αδύνατον να δημιουργηθούν «αποστειρωμένες» από στρες συνθήκες διαβίωσης, η Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας προτείνει και στοχεύει την ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινωνιών με στόχο να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις εκάστοτε δυσκολίες της ζωής, φροντίζοντας ταυτόχρονα να ευαισθητοποιεί τις συνειδήσεις των κοινωνικών φορέων ώστε να αναγνωρίζουν την ανάγκη και να αγωνίζονται για την καταπολέμηση των παραγόντων που απειλούν την ανάπτυξη και διατήρηση της ψυχικής και της σωματικής υγείας (www.mentalhealthpromotion.co.uk)

1.7 Ποιότητα ζωής ψυχικά ασθενών

Η έννοια «ποιότητα ζωής», έχει επικρατήσει στις μέρες μας ως επιστημονικός όρος σε διάφορους τομείς, κοινωνικού ιδίως προσανατολισμού, με εξειδικευμένο και διαφορετικού εύρους κατά τομέα περιεχόμενο. Ως έννοια, όμως, δεν είναι πρωτόγνωρη καθώς έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλοσόφους. (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη, Χριστοδούλου, 2005)

Ο όρος «ποιότητα ζωής» εμφανίστηκε για πρώτη φορά μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο και έκτοτε έχει οριστεί με ποικίλους τρόπους. (www.mentalhealthpromotion.co.uk) Ως έννοια η ποιότητα ζωής στην ψυχιατρική εμφανίστηκε το 1980 και περιλαμβάνει την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς, την ικανότητα να απολαμβάνει τη ζωή, τη γενική ευεξία του και τις απόψεις για τις συνθήκες διαβίωσης. (Μαδιανός, 2005)

Έτσι, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του». (<http://helios-eie.ekt.gr>)

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα ισοζύγιο μεταξύ ψυχοπιέσεων, ψυχοπιεστικών γεγονότων, περιβαλλοντικών-κοινωνικών παραγόντων και πόρων

(γνώση, αίσθηση ανταγωνιστικότητας, ασφάλεια, δεξιότητες προσαρμογής, ένα σταθερό σύστημα αξιών, ένα υποστηρικτικό σύστημα) και προγραμμάτων ψυχικής υγείας που στοχεύουν στην επέκταση των πόρων και στη μείωση των ψυχοπιέσεων. (Μαδιανός, 2005)

Σήμερα, η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας. Η ποιότητα ζωής έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από μια σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή και ειδικά της σχιζοφρένειας, κυρίως λόγω της αναπηρίας και ανικανότητας που αυτή επιφέρει στο άτομο αλλά και λόγω της αναγκαιότητας για ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πλαισίου παροχής ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών για την κάλυψη των πολλαπλών αναγκών των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών. (www.mednet.gr)

Το γεγονός όμως που έφερε την ποιότητα ζωής στο επίκεντρο της επιστημονικής κοινότητας και έρευνας, ήταν η είσοδος νέων και βελτιωμένων φαρμάκων που οδήγησαν στη δραστική μείωση των κρεβατιών στα ψυχιατρεία της δυτικής Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής, στις δεκαετίες του '60 και '70. Το κλείσιμο των ψυχιατρείων έφερε πολλές εκατοντάδες πασχόντων στην κοινότητα και στις οικογένειές τους, και ως εκ τούτου, ήταν αναγκαίο να αναπτυχθούν νέα πλαίσια ψυχικής φροντίδας, δηλαδή τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας και γενικότερα οι εξωνοσοκομειακές μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης. Η νέα τάξη πραγμάτων ταυτίστηκε με τη στροφή της ψυχιατρικής προς την κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική, στο πλαίσιο της οποίας η ποιότητα ζωής των ψυχικά πασχόντων απέκτησε σταδιακά πολύ σημαντική θέση. (<http://helios-eie.ekt.gr>)

Στην ψυχιατρική, η χρήση της έννοιας ποιότητα ζωής και η μέτρησή της αποτελούν σημαντικά ζητήματα για διάφορους λόγους:

- Σε αρκετές περιπτώσεις χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών, ένα καλύτερο επίπεδο ζωής αποτελεί έναν περισσότερο ρεαλιστικό στόχο από ότι η θεραπεία με την απόλυτη έννοια του όρου.
- Το ενδιαφέρον για την ψυχολογική ευεξία του ψυχικά ασθενή καθώς και το πόσο ικανοποιημένος είναι από τη συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητά του συνιστούν βασικά κριτήρια της θεραπευτικής και αποκαταστασιακής διαδικασίας.

- Η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την ικανοποίηση του ψυχικά πάσχοντα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η μέτρησή της αποτελεί δείγμα σωστής ψυχιατρικής φροντίδας και πολιτικής.
- Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια με υποκειμενικές και αντικειμενικές παραμέτρους και επομένως κατάλληλη για να αξιολογήσει θεραπευτικά αποτελέσματα συνδεδεμένα με σύνθετες ψυχιατρικές, ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.
- Οι πάσχοντες και οι συγγενείς φαίνεται να αντιμετωπίζουν θετικά τις αξιολογήσεις ποιότητας ζωής, γεγονός που συμβάλλει στην ανάπτυξη συνεργασίας με τους θεραπευτές.
- Η ποιότητα ζωής αποτελεί σημαντικό δείκτη στην αξιολόγηση θεραπευτικών παρεμβάσεων και υπηρεσιών υγείας, και τέλος
- Η έννοια της αντανάκλα την ολιστική προσέγγιση στην υγεία.
(www.mentalhealthpromotion.co.uk, <http://helios-eie.ekt.gr>)

Ωστόσο, καλό είναι να αναφερθούν πιο συγκεκριμένα κάποιοι ανασταλτικοί παράγοντες για την καλή ποιότητα ζωής των ψυχικά ασθενών, όπως είναι η ψυχοφαρμακοθεραπεία και το γνωστό σε όλους μας κοινωνικό «στίγμα». Είναι στενή η σχέση της ποιότητας ζωής του ασθενούς με την ψυχοφαρμακευτική του αγωγή. Έχουν σημαντική εμπλοκή η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η υποκειμενική ανεκτικότητα της αγωγής, ενώ οι προσωπικές απόψεις περιλαμβάνουν: 1) τις παρενέργειες, 2) την άρνηση της ανάγκης να πάρει ο ασθενής το φάρμακο, 3) την πεποίθηση ότι δεν του αρέσει να παίρνει φάρμακα, 4) την πεποίθηση ότι τα φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά.

Όσον αφορά το στίγμα, είναι γνωστό ότι οι ψυχικές διαταραχές σχετίζονται με αρνητικά στερεότυπα και προκαταλήψεις που προκαλούν διακρίσεις, άρα προκατειλημμένη συμπεριφορά των άλλων έναντι των ψυχικά αρρώστων και της ποιότητας ζωής τους. Είναι πολύ συχνό το φαινόμενο του αυτοστιγματισμού του ασθενούς μέσα από τα βιώματα της ανεπάρκειας που προκαλεί η ψυχοπαθολογία του, πράγμα που επιδεινώνει την γενικότερη εικόνα αλλά και την ποιότητα της ζωής του.

Είναι αναγκαίο να κατανοήσουμε πως η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενός ψυχικά ασθενή έχει πολλά να προσφέρει, όπως πληροφορίες:

- Για τη σχέση ποιότητας θεραπευτικών σχημάτων και ποιότητας ζωής των θεραπευομένων.

- Για την ικανοποίηση των αρρώστων-πελατών.
- Για την διαβίωση των αρρώστων στην κοινότητα και την παρακολούθησή τους
- Για το κόστος των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- Για την ανάπτυξη πολιτικής του αποϊδρυματισμού.
- Για τον σχεδιασμό νέων υπηρεσιών. (Μαδιανός, 2005)

Συνοψίζοντας, λοιπόν, γίνεται ξεκάθαρο πως η εκτίμηση της ποιότητας ζωής σηματοδοτεί μια ιατρική η οποία θα μπορεί να δίνει πρωταρχική σημασία στον πάσχοντα τονίζοντας την ανθρωπιστική και θετική διάσταση και αναδεικνύοντας κατά κύριο λόγο την υποκειμενική και προσωπική άποψη του ασθενή. (www.mentalhealthpromotion.co.uk)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

2.1 Η έννοια της ψυχικής ασθένειας

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι κυρίαρχη στον κλάδο της Ψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Νομικής και άλλων επιστημών, και είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς ορίζεται. Δεν ισχύουν όμως τα ίδια για κάθε επιστήμη, ούτε για κάθε χώρα, ούτε για κάθε χρονική περίοδο, ούτε για κάθε πολιτισμό, ούτε καν για κάθε οικογένεια! Η σχετικότητα της έννοιας της ψυχικής ασθένειας, δεν πρέπει όμως να μας κάνει να πιστέψουμε πως δεν συλλαμβάνεται νοητικά ή ακόμα χειρότερα πως δεν υπάρχει αντικειμενικά. Απλά πρέπει να καθιστά ιδιαίτερα προσεκτικούς όσους ασχολούνται επαγγελματικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί η ψυχική ασθένεια στον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και στον κοινωνικό περίγυρό του. (<http://psi-gr.tripod.com>)

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή στο θέμα της ψυχικής ασθένειας, θα παρατηρήσουμε πως οι ψυχικές αρρώστιες μέσα από τους αιώνες και άσχετα εάν άλλοτε το πνεύμα θεωρήθηκε ξεχωριστό και άλλοτε ενωμένο με το σώμα, υπήρξαν πάντοτε δύσκολες και στην κατανόηση τους και στην θεραπεία. Αναφέρεται χαρακτηριστικά πως δύο αιώνες πριν, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνταν αντικείμενο της φιλοσοφίας κι ακόμα πιο παλιά και μέσα από τον Μεσαίωνα ο ψυχικά άρρωστος, εάν δεν αγνοούνταν, θα «φροντίζονταν» (δηλαδή θα φυλακίζονταν, θα τιμωρούνταν ή θα ξορκίζονταν) από «γιατρούς» και κληρικούς. (Μάνος, 1997)

Κατά τον 4^ο αιώνα π.Χ., ο Ιπποκράτης, ο οποίος δικαιωματικά θεωρείται ο πατέρας ολόκληρης της ιατρικής, διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την «ιερή νόσο» της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού.

Περνώντας πλέον στον 19^ο αιώνα, συναντούμε τη θεωρία του Adler περί κατωτερότητας ορισμένων οργάνων και τις απόψεις του για τους κοινωνικούς παράγοντες ως αιτιών νεύρωσης και για το στυλ ζωής που αναπτύσσει κάθε

άνθρωπος και μέσα στο οποίο κινείται. Η αιτιολογία πλέον των ψυχικών νόσων κυμαίνεται από κληρονομικότητα, υπερβολικό αυνανισμό, πάθη και έντονο στρές μέχρι δυστυχισμένη παιδική ηλικία, λανθασμένη διαπαιδαγώγηση και επίδραση του γενικότερου περιβάλλοντος. (Μάνος, 1997)

Σήμερα οι γιατροί, μην απέχοντας και πολύ από τους παλαιότερους, πιστεύουν ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε μια ψυχική ασθένεια και αυτοί είναι:

- Χημική αστάθεια στον εγκέφαλο
- Άγχος και καθημερινά προβλήματα
- Πολύ οδυνηρές εμπειρίες στη ζωή

Υποστηρίζεται πως είναι δύσκολο να είναι κάποιος απόλυτα σίγουρος για τις αιτίες της ψυχικής ασθένειας σε όλες τις περιπτώσεις. Το μόνο σίγουρο είναι πως η ψυχική ασθένεια δεν είναι αποτέλεσμα προσωπικής αδυναμίας, αδύναμου χαρακτήρα ή κακής ανατροφής, δεν αποτελεί σφάλμα κανενός και δεν είναι κάτι για το οποίο πρέπει κάποιος να ντρέπεται.

Η ψυχική ασθένεια περιγράφει την εκάστοτε ομάδα ψυχικών διαταραχών η οποία περιλαμβάνει συγκεκριμένα είδη νοσημάτων όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η κρίση πανικού, η σχιζοφρένεια, η βουλιμία, η εξαρτητική διαταραχή της προσωπικότητας και πολλές άλλες. (<http://vasilikiveneti.blogspot.com>)

Οι ψυχικές ασθένειες, λοιπόν, μπορεί να είναι καταστάσεις που αναστατώνουν τη σκέψη ενός ατόμου, το συναίσθημα, τη διάθεση, την ικανότητα να συνδέεται με τους άλλους και την καθημερινή του λειτουργία στην εργασία ή στην ευχαρίστηση της ζωής ωστόσο είναι αποδεδειγμένο πως οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια μπορούν να βρουν την ανακούφιση από τα συμπτώματά τους συμμετέχοντας ενεργά σε ένα ατομικό σχέδιο θεραπείας. (www.health.gld.gov)

2.2 Μορφές ψυχικής διαταραχής

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (1994) στο ταξινομικό σύστημα DSM-III και IV, «ψυχική διαταραχή είναι ένα κλινικά σημαντικό, συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που εμφανίζονται σε ένα άτομο και τα οποία συνδέονται με παρούσα ψυχοπίεση (π.χ. ένα επώδυνο σύμπτωμα) ή ανικανότητα (π.χ. έκπτωση

σε μια ή περισσότερες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας) ή με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να υποφέρει από επικείμενο θάνατο, πόνο, ανικανότητα ή απώλεια της ελευθερίας του». (Μαδιανός, 2005)

Ο Μάνος (1997) αναφέρει κάποιες από τις σημαντικότερες μορφές ψυχικής διαταραχής.

➤ Ψύχωση

Η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο τι είναι πραγματικό και τι όχι, όταν οι αποδείξεις πραγματικότητας είναι ξεκάθαρες, ορίζει την ψύχωση. Το άτομο έχει δηλαδή διαταραγμένη την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας και δεν μπορεί να ξεχωρίσει τι προέρχεται από το μυαλό του και τι από τον εξωτερικό κόσμο (απώλεια των ορίων του εγώ). Το ψυχωτικό άτομο πιστεύει ότι μπορεί να ελέγξει την σκέψη των άλλων, ότι ξένες δυνάμεις έχουν «τοποθετήσει» σκέψεις στο μυαλό του και ότι μπορούν να διαβάσουν την σκέψη του. Οι ψευδαισθήσεις, είναι εσωτερικά ερεθίσματα π.χ. φωνές, οι οποίες πιστεύεται από το άτομο ότι προέρχονται από εξωτερικά ερεθίσματα. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι του περιεχομένου της σκέψης, δηλαδή οι παραληρητικές ιδέες, της αντίληψης, όπως ψευδαισθήσεις, οι αλλόκοτοι τρόποι συμπεριφοράς και ομιλίας, έκπτωση της λειτουργικότητας, έλλειψη εναισθησίας και αποδιοργανωμένος λόγος.

Τέτοιες διαταραχές είναι: η σχιζοφρένεια, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η παραληρητική διαταραχή, η επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή, η ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, η προκαλούμενη από ουσίες και η ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

➤ Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι τα ίδια με την Σχιζοφρένεια (όσον αφορά τα συμπτώματα) με δύο διαφορές: α) την ολική διάρκεια της διαταραχής (συμπεριλαμβανομένης της ενεργού, πρόδρομης και υπολειμματικής φάσης) που είναι τουλάχιστον ένας μήνας, αλλά λιγότερο από έξι (αν και κάποιες φορές μπορεί να συμβεί), β) δεν απαιτείται κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση. Επίσης απουσιάζει το απρόσφορο ή αμβλύ συναίσθημα. Η διαφορά της από την σχιζοφρένεια ή από την βραχεία ψυχωτική διαταραχή, βασίζεται κυρίως στην

διάρκεια της διαταραχής (περισσότερο από έξι μήνες στην πρώτη, λιγότερο από ένα μήνα στην δεύτερη).

➤ **Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή**

Σε κάποια χρονική στιγμή εκτός από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας εμφανίζεται καταθλιπτικό ή μανιακό ή μεικτό επεισόδιο. Θα πρέπει να υπάρχουν, από την μία μεριά, παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για δύο εβδομάδες με απουσία έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης και από την άλλη τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης να είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής. Επίσης πρέπει να αποκλεισθούν οργανικές αιτίες και γενικές ιατρικές καταστάσεις. Η ελάχιστη διάρκεια είναι ένας μήνας. Ο τύπος αυτής της διαταραχής μπορεί να είναι: α) διπολικός, αν η διαταραχή περιλαμβάνει μανιακό ή μεικτό επεισόδιο, β) καταθλιπτικός, εάν η διαταραχή περιλαμβάνει μόνο μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

➤ **Παραληρητική Διαταραχή**

Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών διαφόρων τύπων, όπως ζηλοτυπίας, ερωτομανίας, σωματικών, μεγαλείου κ.τ.λ. γι' αυτό στο DSM-IV χρησιμοποιείται αυτός ο όρος σε αντίθεση με τον όρο παρανοϊκή διαταραχή που υπήρχε παλιότερα, ο οποίος υπονοούσε την ύπαρξη μόνο παρανοϊκών ιδεών. Χαρακτηριστικό των ιδεών αυτών είναι ότι δεν είναι αλλόκοτες, αλλά τις συναντάμε στην πραγματικότητα. Μπορεί να υπάρχουν οπτικές, οσφρητικές και ακουστικές παραισθήσεις και η γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου δεν είναι παράξενη. Αν υπάρχουν επεισόδια διαταραχής της διάθεσης, αυτά είναι βραχείας διάρκειας σε σχέση με την διάρκεια των παραληρητικών ιδεών που πρέπει να είναι ενός μηνός για να μπει η διάγνωση.

➤ **Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή**

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η αιφνίδια έναρξη ενός ψυχωτικού επεισοδίου που διαρκεί τουλάχιστον μία ημέρα και λιγότερο από ένα μήνα, με επάνοδο τελικά στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας. Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασυναρτησία, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, κατατονική εμβροντησία ή διέγερση, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και γενικά η εικόνα είναι έντονης αναστάτωσης με σύγχυση,

αμηχανία και ταχεία εναλλαγή συναισθημάτων. Περισσότερο επιρρεπή είναι άτομα με παρανοειδή, ναρκισσιστική, σχιζότυπη ή μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, όταν βρίσκονται σε συνθήκες πίεσης και έντονου άγχους.

➤ **Επινερόμενη Ψυχωτική Διαταραχή**

Η διαταραχή αυτή είναι σπάνια και συχνότερη στις γυναίκες. Μία παραληρητική ιδέα αναπτύσσεται σε ένα άτομο στο πλαίσιο μιας σχέσης με ένα άλλο άτομο που έχει ήδη εγκατεστημένη παραληρητική ιδέα. Αυτή η ιδέα είναι παρόμοια στο περιεχόμενο με αυτήν του ατόμου που ήδη έχει την εγκατεστημένη παραληρητική ιδέα και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχωτική διαταραχή. (DSM-IV).

➤ **Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση**

Στην διαταραχή αυτή κυριαρχούν παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, οι οποίες αποδεικνύονται από το ιστορικό, την φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι άμεση φυσιολογική συνέπεια μίας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή

➤ **Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες**

Το βασικό χαρακτηριστικό είναι οι ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, που προκαλούνται από κάποια ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή τοξίνη και που το άτομο δεν αναγνωρίζει, ότι προέρχονται από την ουσία. Αν το άτομο αναγνωρίζει ότι προέρχονται από την ουσία, τότε η διάγνωση είναι Τοξίκωση ή Στερητική Διαταραχή από Ουσίες, με Διαταραχές της Αντίληψης.

➤ **Ψυχωτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς**

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ψυχωτική συμπτωματολογία, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο ή έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, για την οποία όμως υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση, για να μπει κάποια συγκεκριμένη διάγνωση ή η πληροφόρηση είναι αντιφατική ή διαταραχές με ψυχωτικά συμπτώματα που δεν

πληρούν τα κριτήρια ταξινόμησης για καμία συγκεκριμένη Ψυχωτική Διαταραχή. Για παράδειγμα η επιλόχειος ψύχωση, η οποία δεν πληρεί τα κριτήρια για διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία, βραχεία ψυχωτική διαταραχή, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση και προκαλούμενη από ουσίες.

➤ Διαταραχές της Διάθεσης

Οι Διαταραχές της διάθεσης ή Συναισθηματικές Διαταραχές είναι μία ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψή για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Περιληπτικά οι διαταραχές της διάθεσης είναι οι εξής:

- Μανιακό επεισόδιο: υπομανία, μανία με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
- Διπολική συναισθηματική διαταραχή: Επεισόδιο υπομανιακό ή μανιακό, επεισόδιο κατάθλιψης με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.
- Καταθλιπτικό επεισόδιο: Ήπιο, μέτριας βαρύτητας, βαρύ με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.
- Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- Επίμονες διαταραχές της διάθεσης: Κυκλοθυμία, δυσθυμία.
- Άλλες διαταραχές της διάθεσης
- Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης.

➤ Αγχώδης Διαταραχή

Το άγχος είναι μία κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κτλ.). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου-οπότε και έχουμε κάποια Αγχώδη Διαταραχή.

Οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Οι ειδικές ή απλές φοβίες είναι οι πιο συχνές από αυτές, αλλά άτομα με τις φοβίες αυτές σπάνια ζητούν θεραπεία. Η Διαταραχή Πανικού και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είναι οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές στα άτομα που ζητούν θεραπεία. Οι αγχώδεις διαταραχές, κατά το DSM-IV παίρνουν διάφορες μορφές, όπως:

- Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία
- Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία
- Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού
- Ειδική φοβία
- Κοινωνική φοβία
- Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή
- Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρές
- Διαταραχή από οξύ στρές
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση
- Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες
- Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Μάνος, 1997)

2.3 Κοινωνικό στίγμα: Διαχρονική και Σύγχρονη Πρόκληση

Το στίγμα που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια και ειδικότερα με την σχιζοφρένεια έχει ρίζες που εισδύουν στο βάθος του χρόνου. (<http://tvxs.gr>)

Σήμερα, παρά την πρόοδο της επιστημονικής σκέψης και την υποχώρηση προγενέστερων νοητικών σχημάτων αντίληψης και ερμηνείας του κόσμου, οι ψυχικές διαταραχές συνεχίζουν να αποτελούν για ένα αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού ένα ομιχλώδες τοπίο γεμάτο προκαταλήψεις και μυθολογικές δοξασίες. (www.mentalhealthpromotion.co.uk)

Στην ελληνική γλώσσα στίγμα σημαίνει κηλίδα, ανεξίτηλο σημάδι, λεκές. Μεταφορικά το στίγμα πρεσβεύει έναν έντονα μειωτικό χαρακτηρισμό που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο δεν είναι εύκολο να απαλλαχθεί. Είναι η κακή φήμη και η ηθική απαξία που συνοδεύει κάποιον για όλη του σχεδόν τη ζωή. (www.iatronet.gr)

Στον Μεσαίωνα στιγματίζαν με πυρακτωμένο σίδηρο για να διαπομπεύσουν τους παρεκκλίνοντες ώστε να καταστεί ευδιάκριτη η μιαρή συμπεριφορά τους. (<http://tvxs.gr>) Τους σημάδευαν, τους κατηγορούσαν, τους απέδιδαν βαρύς χαρακτηρισμούς με απώτερο σκοπό την οριστική ηθική τους μείωση και εξόντωση. (www.iatronet.gr) Ο Ιουδαιοχριστιανικός πολιτισμός, συνδέοντας την τρέλα με τη δαιμονοκατοχή, διαμόρφωσε την ηθική έννοια του στίγματος για την ψυχική αρρώστια. Το στίγμα είναι το σημάδι που 1) διακρίνει ένα ψυχικά άρρωστο άτομο από τα άλλα άτομα και 2) αποδίδει στο στιγματισμένο άτομο ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά, με επακόλουθη την απόρριψη και την απομόνωση του ατόμου αυτού. (Μαδιανός, 2005)

Στον σύγχρονο κόσμο, ο χώρος των ψυχικών διαταραχών αποτελεί ένα από τα τελευταία προπύργια που βιώνει με τόση ένταση ο ανορθολογικός φόβος και η συλλογική παράκρουση απέναντι στη συλλογική παράκρουση απέναντι στο «διαφορετικό» και βιώνεται ως απειλή. Μια απειλή είτε συμβολική, απέναντι στη συλλογική ταυτότητα, είτε περισσότερο πραγματική με όρους κοινωνικής αλληλεπίδρασης. (www.mentalhealthpromotion.co.uk)

Το στίγμα ως φαινόμενο καταγράφηκε θεωρητικά και εμπειρικά για πρώτη φορά από τον Goffman (1963), ο οποίος μιλά για την «κατεστραμμένη ταυτότητα» του ατόμου και την απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται στη σχέση του ατόμου που φέρει ένα ανεπιθύμητο κοινωνικά χαρακτηριστικό με το κοινωνικό του περιβάλλον, που το διαφοροποιεί από την υπόλοιπη κοινωνία και το οδηγεί στο να χάνει σχεδόν την ανθρώπινή του οντότητα και να ταυτίζεται με το ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό. Πρόκειται εντέλει για μια «ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στο άτομο και του στερεί το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής ενώ ταυτόχρονα το αναγκάζει να κρύβει την αιτία που προκαλεί αυτή την αρνητική κοινωνική αντιμετώπιση». (<http://tvxs.gr>) Ο Goffman (1963) διακρίνει, επίσης, τρεις βασικές κατηγορίες στίγματος: το φυσικό στίγμα, το στίγμα της εκφραζόμενης συμπεριφοράς και το φυλετικό στίγμα.

α) Ο εμφανής τύπος του φυσικού στίγματος μπορεί να προέρχεται από μία χρόνια αρρώστια ή αναπηρία με ορατά σημάδια. β) Η εκφραζόμενη συμπεριφορά προκαλεί στίγμα (π.χ., μια παράδοξη συμπεριφορά). γ) Η τρίτη κατηγορία στίγματος αφορά το χρώμα του δέρματος. (Μαδιανός, 2005) Διαπιστώνεται, λοιπόν, πως ανάμεσα στις αιτίες, εκτός από ειδικές συμπεριφορές και κα-

ταστάσεις, κατατάσσονται και νοσολογικές οντότητες στις οποίες αποδίδονται ιδιαίτερα αρνητικοί χαρακτηρισμοί. (<http://tvxs.gr>)

Έτσι, σε διάφορες εποχές και κοινωνίες, πολλές ήταν οι ασθένειες που πήραν τον χαρακτήρα του στίγματος όπως : ο καρκίνος, η φυματίωση, το AIDS. Οι διαταραχές που στιγματίζονταν θεωρούνταν ανυπόληπτες και εξευτελιστικές. Η πιο στιγματισμένη, όμως, μεταξύ όλων είναι η ψυχική νόσος και ιδιαίτερα η σχιζοφρένεια. (www.iatronet.gr)

Η σχιζοφρένεια υπό το βάρος της ετυμολογίας της λέξης αλλά και λόγω της φύσης των συμπτωμάτων της θεωρείται ως η εντονότερα στιγματισμένη διαταραχή. Στο άκουσμα της και μόνο εμπνέει φόβο και ενστικτώδες αναπόφευκτες συμπεριφορές, που έρχονται να δικαιολογηθούν από αντιλήψεις για τον πάσχοντα σχετικές με το απρόβλεπτο της συμπεριφοράς του, την επικινδυνότητα, την κοινωνική δυσλειτουργικότητα, την ανικανότητα ανταπόκρισής του σε απαιτήσεις της εργασιακής και οικογενειακής του ζωής.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν αντιλήψεις που αντανακλώνται στον κοινό νου αυτόματα. Εκφράζουν στερεότυπα και προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική νόσο, προδιαγράφουν την αρνητική αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή και εκφράζονται άμεσα ή έμμεσα, ρητά ή άρρητα, επηρεάζοντας τόσο τις αντιλήψεις που διαμορφώνονται απέναντί του, όσο και τις συμπεριφορές και πρακτικές διακρίσεων που υιοθετούνται στο κοινωνικό πεδίο και που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό. (www.mentalhealthpromotion.co.uk)

Ο κοινωνικός αποκλεισμός, λοιπόν, ως επακόλουθο του στιγματισμού οφείλεται κυρίως στην έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της νόσου. Η ψυχική ασθένεια δεν είναι κάτι το χειροπιαστό, είναι άοριστο και γενικό και ότι δε γνωρίζουμε είναι σύνηθες να του επιτρέπουμε να μας φοβίζει. (www.iatronet.gr)

Δυστυχώς, παρόλη την επιστημονική πρόοδο και εξέλιξη η ετικετοποίηση αποτελεί ένα συχνό, δυσάρεστο φαινόμενο. Υπάρχουν κάποια παραδοσιακά στερεότυπα στα οποία οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μνηθεί από την παιδική ηλικία και τα οποία συνεχώς επιβεβαιώνονται με επιπολαιότητα στα πλαίσια των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων. (Μαδιανός, 1999)

Όλα τα παραπάνω στοιχειοθετούν τους λόγους για τους οποίους ακόμη και σήμερα η ψυχική διαταραχή εξακολουθεί να είναι συνώνυμη με την «τρέλα», το ανεξήγητο, το μυστηριώδες, το τρομακτικό και να συνοδεύεται από πολλές

λαθεμένες απόψεις, προκαταλήψεις, δοξασίες και φόβους που της προσδίδουν τον χαρακτήρα του μύθου και το στοιχείο του στίγματος. (www.veresies.com)

2.4 Επιπτώσεις του Στίγματος

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας έχει δυσμενείς επιπτώσεις στο άτομο. Σε κάθε περίπτωση οι επιπτώσεις αυτές επηρεάζουν άμεσα τη ζωή των ανθρώπων που νοσούν. Η ήδη βεβαρημένη ψυχική τους υγεία μπορεί να επιδεινωθεί λόγω της ψυχολογικής πίεσης και των δυσχερών συνθηκών που διαμορφώνουν την καθημερινότητά τους. (www.mentalhealthpromotion.co.uk)

Οι συνέπειες, λοιπόν, του στίγματος στο άτομο φαίνεται να είναι πολλές και σημαντικές για την ψυχοκοινωνική του εξέλιξη. Βάση της θεωρίας ετικετοποίησης του Bruce Link και συνεργατών (1997, 1989, 1991 και 1997) ερμηνεύεται η γένεση του στίγματος και της ετικετοποίησης, καθώς και τα αρνητικά επακόλουθα (υποτροπές, απόσυρση) στον άρρωστο. Τα ακόλουθα στοιχεία της συγκεκριμένης θεωρίας αποτελούν τη διαδικασία στιγματισμού:

1. Προσδοκίες απόρριψης λόγω κοινωνικών-πολιτιστικών παραγόντων. Το στιγματισμό ενισχύουν τα αρνητικά στερεότυπα και οι προκαταλήψεις σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς (όπως π.χ., η αντίληψη ότι είναι άχρηστοι ή και επικίνδυνοι), οι οποίες αποδίδονται σε κάθε άτομο με ψυχική νόσο. Το άτομο αυτό βιώνει τα στερεότυπα αυτά και πιστεύει ότι η κοινωνία το απορρίπτει (προσδοκίες απόρριψης-χαμηλή αυτοεκτίμηση).
2. Εμπειρίες απόρριψης. Το ετικετοποιημένο άτομο βιώνει εμπειρίες απόρριψης ή αποκλεισμού που ποικίλουν σε ένταση από πολύ έντονες έως ασήμαντες οι οποίες ακολουθούνται από
3. Προσπάθειες για την αντιμετώπιση του στίγματος με απόκρυψη ή επιλεκτική αποκάλυψη ή και κοινωνική απόσυρση, οι οποίες ετικετοποιούν περισσότερο το άτομο ενώ το οδηγούν σε ανεργία και σε χαμηλό εισόδημα. (Μαδιανός, 2005)

Γενικά, άπαξ και κάποιος χαρακτηριστεί ως άτομο μειωμένης λογικής αλλάζουν καθοριστικά η ταυτότητα και η κοινωνική του θέση καθώς ποτέ πια δε θα είναι ο ίδιος στα μάτια των άλλων. Απογυμνώνεται από την παλιά του ταυτότητα και μια νέα παίρνει την θέση της, σε μια τελετή που ο Goffman αποκαλεί «τελετή αποκαθίλωσης». Μέρος αυτής της διαδικασίας οδηγεί τον

χαρακτηρισμένο στην εσωτερίκευση της νέας ταυτότητας που του αποδόθηκε. Το άτομο που χαρακτηρίστηκε «άρρωστο» παίζει τον ρόλο του αρρώστου και αυτοί που τον παρακολουθούν ερμηνεύουν την συμπεριφορά του βάση του κώδικα της αρρώστιας. (Pilgrim, Rogers, 2004)

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, το άτομο που φέρει τη σφραγίδα της ψυχικής ασθένειας αντιμετωπίζεται με φόβο και δυσπιστία στις διαπροσωπικές και κοινωνικές του σχέσεις. Η τάση για εφαρμογή διακρίσεων, άνισης και μεροληπτικής μεταχείρισης εξαιτίας της κακής του ψυχικής υγείας και, ως εκ τούτου, στέρησης δικαιωμάτων που απολαμβάνει κάθε πολίτης, εμφανίζεται σε καίριους τομείς που σχετίζονται με την κοινωνική υπόσταση του ατόμου : στην αγορά εργασίας, στην εύρεση κατοικίας ακόμα στην αντιμετώπιση που λαμβάνει από τις υπηρεσίες υγείας. Νιώθει απόρριψη από φίλους, χάνει την κοινωνική υποστήριξη, δυσκολεύεται να δημιουργήσει νέες σχέσεις. (Garske & Stewart, 1999)

Έτσι, το βίωμα του στίγματος από τον κοινωνικό τους περίγυρο διαβρώνει την αυτό-εικόνα τους οδηγώντας τελικά στον αυτό-στιγματισμό τους. Σε αυτή την περίπτωση, εμφανίζεται εκ μέρους του ψυχικά πάσχοντα εσωτερίκευση αισθημάτων ενοχής, άγχους, ντροπής, κατωτερότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης. (<http://economics.ca>)

Η κατάσταση αυτή είναι ικανή να στρέψει τον άνθρωπο μακριά από τη θεραπεία της ψυχικής του πάθησης. Οι αρνητικοί συνειρμοί και τα στερεότυπα που αποτελούν παρελκόμενα της ψυχικής ασθένειας, η «ταμπέλα» του ψυχικά ασθενή που συνοδεύει τη διάγνωση (ειδικά όταν αυτή απαιτεί και σχετική φαρμακευτική αγωγή), συχνά αποθαρρύνουν το άτομο να αναζητήσει θεραπεία. Τα στερεότυπα και οι αρνητικές αντιλήψεις γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή (τα φάρμακα θεωρούνται εθιστικά ή «εργαλεία» καταστολής) δεν υιοθετούνται μόνο από το γενικό πληθυσμό αλλά και από τα ίδια τα άτομα που καλούνται να την ακολουθήσουν. Αυτή η μη «συναίνεση» με τη φαρμακευτική αγωγή έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή τα περιστατικά ανάρμοστης ή βίαιης συμπεριφορά των ανθρώπων με ψυχική ασθένεια αποτελούν φαινόμενα τα οποία εκδηλώνονται κυρίως στις περιπτώσεις που δεν ακολουθείται η κατάλληλη θεραπεία.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό πως οι επιπτώσεις του στίγματος δεν περιορίζονται μόνο στο άτομο που βιώνει τις ανάλογες δυσκολίες αλλά επεκτείνονται και σε όλους αυτούς με τους οποίους το άτομο σχετίζεται,

όπως: η οικογένεια του πάσχοντα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα, οι θεσμοί παροχής ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών και τις μεθόδους θεραπείας. (<http://video.minipress.gr>)

Πιο συγκεκριμένα, θα αναφερθούμε στις συνέπειες του στίγματος που είτε με τη μορφή της κοινωνικής απόρριψης, είτε με τη μορφή του αυτοστιγματισμού επεκτείνονται και στα άτομα του στενού περιβάλλοντος του ασθενή, στην οικογένειά του. (www.mentalhealthpromotion.co.uk)

Για την οικογένεια το στίγμα σημαίνει φόβος, απώλεια, μείωση της εκτίμησής της, δυσπιστία, οργή, αγωνιστικότητα και συχνά καλείται να υπομείνει τις κατηγορίες πως η ίδια είναι υπεύθυνη για την πρόκληση της ασθένειας. (<http://economics.ca>)

Μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο αναπτύχθηκαν ποικίλες θεωρίες γύρω από τον ρόλο της οικογένειας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας, οι οποίες γνώρισαν την ακμή τους στην δεκαετία του '60. Οι υποθέσεις της σχιζοφρενιογόνου μητέρας, της παθογόνου μητρομέριμνας, της διαταραγμένης ενδοοικογενειακής επικοινωνίας, η οποία μπορεί να εκφράζεται είτε ως σχιζοφρενιογόνος επικοινωνία, είτε ως διαταραγμένες διασυζυγικές σχέσεις και άλλες ανάλογες, οι οποίες θεωρούσαν ότι στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας παίζουν κύριο ρόλο παράγοντες εσφαλμένου χειρισμού του ασθενούς από μέλη της οικογένειάς του. Οι θεωρίες αυτές δεν επιβεβαιώθηκαν αλλά στιγματίσαν τους ανθρώπους του οικογενειακού περιβάλλοντος που έχουν και τον πρώτο λόγο στη μέριμνα των ψυχικά ασθενών. Οι οικογένειες ενοχοποιούνταν, με βάση τις απόψεις αυτές, σε σχέση με την εμφάνιση ψύχωσης σε μέλος της οικογένειας και αποκλείονταν από τη θεραπευτική διαδικασία. (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη, Χριστοδούλου, 2005)

Παρόλα αυτά, η οικογένεια είναι αυτή που σηκώνει το δυσβάσταχτο φορτίο, συναισθηματικό αλλά και πρακτικό, λόγω των λειτουργικών συνεπειών της νόσου στην οικογενειακή ζωή, των επαναλαμβανόμενων, σε αρκετές περιπτώσεις, υποτροπών και νοσηλειών αλλά και της οικονομικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται η χρονιότητα της νόσου. Αυτό το φορτίο η οικογένεια είναι συχνά αναγκασμένη να το σηκώσει ολομόναχη, χωρίς βοήθεια και υποστήριξη, χωρίς ενημέρωση προσπαθώντας να κρύψει το πρόβλημά της από τον κοινωνικό περίγυρο. Έτσι, τα μέλη της οικογένειας γίνονται και αυτά ένας παράλληλος

ασθενής που υποφέρει από την κοινωνική, αυτή τη φορά, παθολογία του στίγματος. (www.mentalhealthpromotion.co.uk)

Το κοινωνικό στίγμα αν και διαχρονικό φαινόμενο με ποικίλες εκφάνσεις στην ιστορική πορεία της ανθρωπότητας συνεχίζει σήμερα να σημαδεύει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχική νόσο και το περιβάλλον του με τέτοιες επιπτώσεις ώστε να αποτελεί μια σύγχρονη πρόκληση. Γι' αυτό το λόγο, η καταπολέμηση του στίγματος αναδεικνύεται σε κομβικής σημασίας παράμετρο για τη σύγχρονη, ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και του ψυχικά ασθενή, ενώ, ταυτόχρονα, αποτελεί και παγκόσμιο ζητούμενο. (<http://video.minipress.gr>)

Κλείνοντας, παραθέτονται τα λόγια μιας δυναμικής προσωπικότητας του κινήματος διεκδίκησης των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική ασθένεια και τα οποία καλό είναι να χαραχτούν βαθιά στις συνειδήσεις όλων. Η Judi Chamberlin αναφέρει ότι: «Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δε διαφέρουν από τους άλλους ανθρώπους και διεκδικούν τα ίδια βασικά δικαιώματα στη ζωή: επαρκές εισόδημα, αξιοπρεπείς στέγη, δυνατότητες για μόρφωση, δουλειά, φίλους, κοινωνικές σχέσεις». (www.enet.gr)

2.5 Μύθοι για την ψυχική ασθένεια

Η κοινότητα αλλά συχνά και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν μία αρνητική εικόνα για τους ψυχικά αρρώστους και κυρίως για τους σχιζοφρενείς. Η εικόνα αυτή συνδέεται με μερικούς ή όλους από τους παρακάτω μύθους:

- 1) Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι στην πραγματικότητα ασθένειες, όπως είναι ο διαβήτης ή τα καρδιακά νοσήματα.
- 2) Η ψύχωση είναι μία εικοσιτετράωρη αρρώστια.
- 3) Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, μπορεί να είναι επικίνδυνα και βίαια.
- 4) Οι ψυχικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα κακής διαπαιδαγώγησης.
- 5) Η κατάθλιψη οφείλεται σε αδυναμία του χαρακτήρα. Τα άτομα που έχουν κατάθλιψη θα μπορούσαν να απαλλαγούν από τα συμπτώματά τους αν το ήθελαν πραγματικά.

- 6) Τα άτομα που υποφέρουν από ψύχωση παρουσιάζουν νοητική καθυστέρηση ή νοητική έκπτωση.
- 7) Τα άτομα που νοσούν από κάποια μορφή ψύχωσης παρουσιάζουν «διχασμό της προσωπικότητας» τους.
- 8) Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές δεν επηρεάζουν τα παιδιά και τους εφήβους.
- 9) Η αποδιοργάνωση/ έκπτωση του αρρώστου σε μακροπρόθεσμη βάση είναι σίγουρη.
- 10) Οι οικογένειες είναι παθογόνες. (Μαδιανός, 2005, www.kantartzis-sotirios.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

3.1 Η αναγκαιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων

Σύμφωνα με τον Harry Reis και την Helen Berseid (2001), οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν ίσως το πιο κεντρικό και ερευνητικά ενεργό κομμάτι της κοινωνικής ψυχολογίας σήμερα.

Ως διαπροσωπική σχέση ορίζεται μία αναπόφευκτη ενεργητική διαδικασία για κάθε άνθρωπο και αφορά περισσότερα από ένα άτομα. Είναι οι σκέψεις, οι πράξεις και τα συναισθήματα που βιώνει ένα άτομο, για κάποιο άλλο, χωρίς ωστόσο να είναι απαραίτητη η παρουσία, η επίγνωση ή η ανταπόκριση του άλλου ατόμου, ως προς αυτά. (Birtchnell, 1993)

Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων, αναφορικά με την ανθρώπινη ανάπτυξη, αναγνωρίστηκε από τον Carl Rogers και τον Ronald Laing. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για την μελέτη των διαπροσωπικών σχέσεων. Ο Lewis υποστήριξε την σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων στην ομαλή ανάπτυξη των παιδιών μέσα από κλινικές παρατηρήσεις και εμπειρικά δεδομένα. (Lewis, 1998) Την άποψη αυτή ασπάζεται, μέσα από το βιβλίο του και ο Καφέτσιος (2005) αναφέροντας πως οι σχέσεις που έχει το παιδί στην παιδική ηλικία επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξη της προσωπικότητας σε όλο το φάσμα της ζωής του.

Ο Marley βρήκε ότι τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα θεωρούσαν ότι η αλληλεπίδραση (διαφωνίες με τους άλλους ασθενείς, περιφρόνηση και κριτική στάση από το προσωπικό) προκάλεσε αλλαγή στα συμπτώματά τους. (Marley, 1998)

Ακόμη, ο Freud αναφέρει ότι, η ανάγκη για σχέση μπορεί να θεωρηθεί ένα από τα ένστικτα ζωής και αποτελείται από τους εξής παράγοντες:

- Την πηγή του ενστίκτου, που είναι η μοναξιά
- Τον στόχο, ο οποίος αποτελείται από την επιθυμία για συντροφικότητα και αγάπη
- Το αντικείμενο, που είναι η σχέση και
- Την ώθηση, που είναι η ένταση της μοναξιάς (Birtchnell, 1993)

Γενικά, οι διαπροσωπικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι:

- i. Η προσωπικότητα διαμορφώνεται με βάση τις πρωταρχικές αλληλεπιδράσεις
- ii. Η δομή του εαυτού, όταν εγκαθιδρυθεί είναι σχετικά σταθερή, καθώς προκαλεί διαπροσωπικές αντιδράσεις που την διατηρούν
- iii. Η προσωπικότητα κατευθύνει και κατευθύνεται από την διαπροσωπική συμπεριφορά μέσω ενός μηχανισμού κυκλικής ανάδρασης. (Henry, 1994)

Πέρα όμως από αυτές τις θεωρητικές προσεγγίσεις, η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων αναδεικνύεται στην καθημερινότητα γύρω μας. Κατά κανόνα η μοναξιά βιώνεται ως ανεπιθύμητη κατάσταση και καθημερινά επιζητάμε την παροχία των άλλων γύρω μας : φίλων, γνωστών, γονέων, συνεργατών, συντρόφου κ.ά. Όταν βρισκόμαστε μόνοι για μεγάλα χρονικά διαστήματα, επιδιώκουμε την ψυχική ισορροπία με τη διαπροσωπική επαφή (πραγματική, φαντασιακή ή και εικονική. (Καφέτσιος, 2005)

Έτσι, σύμφωνα με εκτεταμένες έρευνες επιβεβαιώνεται ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις επιδρούν καταλυτικά στην ψυχική υγεία. Η έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων είναι σε θέση να φέρει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του ατόμου.

Πρόσφατες μελέτες εστιάζονται στα συναισθήματα ως συνδετικούς κρίκους ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και την ψυχική υγεία. Η στενή σύνδεση ανάμεσα στα συναισθήματα και τις διαπροσωπικές σχέσεις φαίνεται και από το γεγονός ότι τα πιο έντονα συναισθήματα (θετικά ή αρνητικά) βιώνονται στα πλαίσια των διαπροσωπικών σχέσεων και εξαιτίας αυτών. Κάθε κατάσταση σχέσης, λοιπόν, μπορεί να είναι θετική ή αρνητική. (Ryff & Singer, 2001)

Οι άνθρωποι σχετίζονται θετικά ή αρνητικά ανάλογα με την ικανότητα τους να επιτύχουν την επιθυμητή σχέση με ευκολία ή δυσκολία, με φόβο ή ηρεμία και ανάλογα με την προσωπικότητά τους. Ένα ευπροσάρμοστο άτομο δηλαδή έχει μεγαλύτερη άνεση στην σύναψη θετικών σχέσεων, διαθέτοντας μια ευρεία γκάμα συμπεριφορών ανάλογα με την περίσταση, σε αντίθεση με ένα δυσπροσάρμοστο άτομο που έχει περιορισμένες ικανότητες συσχέτισης ήιώθει άγχος ή φόβο και έτσι αποφεύγει κάποιες περιοχές σχέσεων. (Birtchnell, 1993)

Από όλα τα παραπάνω, διαφαίνεται πως οι διαπροσωπικές σχέσεις προσφέρονται πραγματικά για διεπιστημονική έρευνα και επαφή ιδεών από διαφορετικούς χώρους (π.χ. ψυχιατρική, κοινωνιολογία, μελέτες της οικογένειας

κ.ά.) καθώς αδιαμφισβήτητο γεγονός αποτελεί η αλληλουχία των διαπροσωπικών σχέσεων με την ευτυχία, την ψυχική υγεία και την κοινωνική συνοχή. (Καφέτσιος, 2005)

3.2 Ρόλοι στην οικογένεια

Ως ρόλο μπορούμε να ορίσουμε το σύνολο των τρόπων συμπεριφοράς που μία κοινωνία περιμένει από το άτομο. (Κυριακίδης, 2000) Διάφοροι κοινωνιολόγοι, υιοθέτησαν την έννοια του ρόλου, ως συνδέσμου μεταξύ της κοινωνικής δομής και της συμπεριφοράς του ατόμου. Ο ρόλοι που αναλαμβάνουν τα άτομα, δείχνουν τι πρέπει, τι οφείλει και τι δύναται να κάνει το άτομο. Σε περίπτωση που κάποιος δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του ρόλου που έχει αναλάβει, εφαρμόζονται κάποιες ποινές. Κάθε άνθρωπος κατέχει πολλούς ρόλους ανάλογα με τον κοινωνικό χώρο μέσα στον οποίο κινείται. Υπάρχουν οι φυσικοί ρόλοι (φύλο, ηλικία και ανάλογη συμπεριφορά) και οι επίκτητοι (επάγγελμα, συμμετοχή σε σύλλογο). (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2000)

Το σύστημα της οικογένειας, λειτουργεί, όταν κάθε μέλος γνωρίζει τον ρόλο του ή σε περίπτωση που είναι νεότερο, όταν μαθαίνει τον ρόλο που περιμένουν οι άλλοι από αυτό. Η οικογένεια είναι ο βασικός χώρος μέσα στον οποίο τα νεότερα μέλη μαθαίνουν, όχι μόνο τον δικό τους ρόλο, αλλά και τους ρόλους των άλλων μελών. Ειδικά η παραδοσιακή οικογένεια παρουσιάζει ένα πολύπλοκο σύστημα ρόλων, οι οποίοι «δένουν» όλα τα μέλη της οικογένειας. Μέσα στην οικογένεια το κάθε μέλος αποκτά την ταυτότητα του. Συνειδητοποιεί ποιος είναι, πως θα πετύχει την αυτοπραγμάτωση και την καταξίωση του αρχικά ως μέλος της οικογένειας και έπειτα ως μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Η κατανομή των ρόλων και ευθυνών μεταξύ των μελών βοηθά στην ομαλή λειτουργία της οικογένειας και στις μεταξύ τους σχέσεις. Είναι πολύ σημαντικό για το κάθε μέλος της οικογένειας να γνωρίζει τον ρόλο του, τους ρόλους των άλλων και να παρουσιάζει ανάλογη συμπεριφορά. Κανένας ρόλος δεν είναι απομονωμένος και ανεξάρτητος. Όλοι οι ρόλοι του κάθε μέλους, συνδέονται με τους ρόλους των άλλων. Όσο πιο σαφή είναι τα όρια του κάθε ρόλου, τόσο περισσότερο τα άτομα μπορούν να επικοινωνούν μεταξύ τους και να μην αφήνουν περιθώρια παρεξήγησης και παρερμηνείας. Η άρνηση ή η σύγχυση των

ρόλων δημιουργεί δυσλειτουργίες. Η αγωγή λοιπόν, από τους συζύγους στα παιδιά είναι εξαιρετικής σημασίας. (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2000)

Ένα άλλο στοιχείο των ρόλων είναι η αλλαγή και η ευελιξία. Οι ρόλοι αλλάζουν σε κάποιο βαθμό, τόσο με την σωματική, ψυχική, κοινωνική εξέλιξη των ίδιων των μελών, όσο και με την αλλαγή της ευρύτερης κοινωνίας, η οποία επιδρά επίσης στους ρόλους των μελών. Η αλλαγή των ρόλων είναι φυσική και αναμενόμενη. Όταν κάποιο μέλος δεν μπορεί να προσαρμόσει τους ρόλους που διαδραματίζει, στις ευρύτερες κοινωνικές αλλαγές ή τις αλλαγές που συνδέονται με την εξέλιξη της συζυγικής ζωής ή της οικογενειακής, δημιουργούνται δυσλειτουργίες. Αναπόφευκτα οι ρόλοι βρίσκονται λοιπόν σε άμεση σχέση με τις αλλαγές στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η αλλαγή του ρόλου των γυναικών στις σύγχρονες κοινωνίες. (Κατάκη, 1998)

Οι ρόλοι που επιτελούν τα μέλη σε μία οικογένεια καθορίζονται συνήθως από το τι έχουν μάθει οι δύο σύζυγοι στην οικογένεια καταγωγής τους, από τους ρόλους τους οποίους το ζευγάρι έχει ορίσει για την σχέση του (ασυνείδητα αρκετές φορές), από τους ρόλους που επιβάλλει το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα και από την προσωπική εμπειρία του κάθε μέλους. Σε μια οικογένεια με σαφή όρια οι ρόλοι για το κάθε μέλος είναι ξεκάθαροι και διαφοροποιημένοι. Ο γονέας λόγου χάρη, δεν αναθέτει γονεϊκό ρόλο στο παιδί, ούτε ο ένας σύζυγος κάνει τον γονέα στον άλλο. (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2000)

3.2.1 Οι ρόλοι στη συζυγική δυάδα

Ο Talcott Parsons είναι ιδιαίτερα γνωστός για την θεωρία των εξαρτημένων από το φύλο ρόλων. Σημείο αναφοράς στην θεωρία του ήταν η πυρηνική οικογένεια (αμερικανική – μεσοαστική οικογένεια). Η πυρηνική οικογένεια αποτελεί την συνηθέστερη μορφή οικογένειας και στην Ελληνική πραγματικότητα και έχει συγκεκριμένη μορφή και συγκεκριμένη κατανομή ρόλων για τα μέλη της. Αποτελείται από τον πατέρα, ο οποίος εργάζεται για να εξασφαλίσει τα προς το ζην της οικογένειας, την μητέρα, η οποία έχει την κύρια ευθύνη για το νοικοκυριό και την ανατροφή των παιδιών. Η κατανομή διαφορετικών ρόλων σύμφωνα με τον Parsons συντελεί στο να μην υπάρχει ανταγωνισμός στα μέλη της οικογένειας και να εξισορροπείται ο ανταγωνισμός που υπάρχει στον χώρο της βιομηχανικής κοινωνίας. (Μισέλ, 1998)

Εναλλακτική δυνατότητα ως προς την κατανομή των ρόλων φαίνεται να δίνει η ελεύθερη ένωση. Σύμφωνα με αυτή, κεντρική σημασία έχει η έννοια του ατόμου. Αν συσχετίσουμε τις δύο θεωρίες, ο παρσονικός γάμος οδηγεί την γυναίκα να αναζητήσει την ολοκλήρωση της, μέσα από τον άνδρα, παρά στην πραγματοποίηση δικού της επιτεύγματος, αντίθετα στην ελεύθερη ένωση, στόχος είναι οι δύο σύντροφοι να αναπτύξουν την μοναδικότητά τους, να σέβονται τις διαφορές τους και να δημιουργήσουν ένα κλίμα, το οποίο να ενθαρρύνει την ανάπτυξη. (Μισέλ, 1998)

Οι κοινωνικές αλλαγές επέδρασαν στην ανακατανομή των ρόλων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το σουηδικό πρότυπο, το οποίο επηρέασε και την διεθνή κοινότητα. Κεντρική ιδέα αυτού του προτύπου είναι πως ο διπλός ρόλος δεν πρέπει να ανατίθεται αποκλειστικά στην γυναίκα και πως έχει το δικαίωμα συνδυασμού αμειβόμενης απασχόλησης με τον γονεϊκό ρόλο. Γίνεται λοιπόν μια προσπάθεια κατάργησης της αποκλειστικότητας του διπλού ρόλου της γυναίκας και δημιουργούνται δομές, οι οποίες θα επιτρέπουν στην σύζυγο να εργάζεται έξω από το σπίτι και στον σύζυγο να ασχολείται με τα παιδιά και την οικογένεια. Η ελαστικότητα των ρόλων και η κατανομή τους από τους συζύγους μεταξύ τους αντικαθιστούν τον διαχωρισμό των ρόλων.

Όσον αφορά στην Ελληνική πραγματικότητα, οι ρόλοι των συζύγων δείχνουν να ακολουθούν τον διαχωρισμό των ρόλων με βάση το φύλο. Η επαγγελματική απασχόληση της Ελληνίδας, συνδέεται με άρνηση των αυστηρά παραδοσιακών ρόλων. Δεν γνωρίζουμε όμως πόσο η απασχόληση της γυναίκας, επηρεάζει την αντίληψη των ρόλων των συζύγων και το αντίθετο. Η σύζυγος έχει μεγαλύτερη εξουσία, όταν εργάζεται (αυτό δεν σημαίνει ότι οι αποφάσεις της θίγουν απαραίτητα την θέση του συζύγου), ενώ η εξουσία του άνδρα είναι μικρότερη, όσο μεγαλύτερο και αν είναι το εκπαιδευτικό του επίπεδο και η επαγγελματική του θέση. (Μουσούρου, 1976)

3.3 Σχέση του ζευγαριού και επικοινωνία

Η κοινωνία είναι ένα σύμπλεγμα ανθρώπινων σχέσεων. Αν παρομοιάζαμε αυτό το σύμπλεγμα με ένα δίκτυο, οι κόμποι θα αντιπροσώπευαν τους ανθρώπους και τα σχοινιά τις μεταξύ τους σχέσεις. Στις ανθρώπινες υποθέσεις, αυτό το σχοινί αντιπροσωπεύεται από την επικοινωνία. (Αργκάουλ, Τράουερ, 1990)

Η επικοινωνία είναι μια διαδικασία ανταλλαγής ή αλληλοαντίδρασης, που περιλαμβάνει όλα τα σύμβολα και τα σημάδια που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι, για να μεταδίδουν και να προσλαμβάνουν έννοιες. Η επικοινωνία είναι από τις ανθρώπινες δραστηριότητες που όλοι αναγνωρίζουν, είναι μία από τις πιο σημαντικές πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αλλά παρουσιάζει δυσκολία στον ορισμό. Ο Πιπερόπουλος (1991) αναφέρει για την επικοινωνία, ότι «αποτελεί τέχνη της αποτελεσματικής ανταλλαγής πληροφοριών, η οποία ολοκληρώνεται με εδραίωση της αμοιβαίας κατανόησης ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα». Η επικοινωνία ορίζεται όχι μόνο από το περιεχόμενο, που είναι το μήνυμα, οι πληροφορίες, οι λέξεις με τις οποίες περιγράφουμε τις έννοιες, αλλά και μια πολύ σημαντική διάσταση, η οποία αναφέρεται στο βαθύτερο μήνυμα των συναισθημάτων που υπονοούνται. Σε αυτό το επίπεδο επικοινωνίας, που είναι βαθύτερο και ουσιαστικότερο, το νόημα της σχέσης μπορεί να μεταδοθεί με τα λόγια ή με την έκφραση του προσώπου, την συμπεριφορά ή την σιωπή ενός ατόμου. Ο καθένας μας στην καθημερινή του ζωή στέλνει εκατοντάδες τέτοια μικρά μηνύματα χωρίς καλά-καλά να το καταλαβαίνει. (Κυριακίδης, 2000), (Αργκάουλ, Τράουερ, 1990)

Ακόμη, επικοινωνία σημαίνει συμμετοχή όλης της ύπαρξής μας. Δηλαδή εκτός από τις λέξεις, σημαντικό ρόλο παίζουν ο τόνος της φωνής, η έκφραση του προσώπου, η αναπνοή και το σώμα. Το μήνυμα που περνά στον συνομιλητή έχει δύο διαστάσεις, δύο περιεχόμενα, το λεκτικό και το μη λεκτικό. Είναι σημαντικό στην ζωή του ζευγαριού να υπάρχει σταθερή και διαρκής επικοινωνία, επικοινωνία όχι επιφανειακή, αλλά ψυχική και πνευματική. Δεν είναι η κοινή γλώσσα που συνδέει δύο ανθρώπους, αλλά τα κοινά οράματα και οι κοινές επιδιώξεις. Αυτά γεννούν κοινά συναισθήματα, χαρές και αγωνίες, τα οποία ενισχύουν και ενισχύονται από την ουσιαστική επικοινωνία. (Καφέτσιος 2005)

Σύμφωνα με την Κατάκη (1998) υπάρχουν δύο επίπεδα επικοινωνίας. Το πρώτο ονομάζεται «επίπεδο περιεχομένου» και αφορά στο συγκεκριμένο και πραγματικό θέμα της συζήτησης. Το δεύτερο ονομάζεται «επίπεδο σχέσης» και αφορά στο πώς βλέπει ο ένας συνομιλητής τον άλλον και πώς αισθάνεται γι' αυτόν. Η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος, οι χειρονομίες, οι κινήσεις, η ένταση της φωνής και ο τόπος της, καθώς και οι λέξεις που επιλέγονται για να εκφραστούν τα μηνύματα στο πρώτο επίπεδο, είναι το μέσον

με το οποίο διαβιβάζονται τα μηνύματα που αφορούν το δεύτερο επίπεδο επικοινωνίας.

Εκτός από την ύπαρξη της επικοινωνίας, αναγκαία φαίνεται να είναι και η αποτελεσματικότητα αυτής. Για τους συστημικούς, η επικοινωνία είναι αποτελεσματική, όταν και τα δύο μέρη συμφωνούν για την αλυσιδωτή πορεία των γεγονότων που καθορίζουν και ορίζουν την διαμόρφωση της αλληλεπίδρασής τους. Για τους συμπεριφορικούς, η επικοινωνία είναι αποτελεσματική, όταν το μήνυμα που λαμβάνει ο δέκτης δεν παρερμηνεύεται, αλλά εκλαμβάνεται όπως το εξέπεμψε ο πομπός. Η επικοινωνία για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να πληρεί κάποιες προϋποθέσεις:

- την διάθεση για αυτο-έκφραση, δηλαδή την διάθεση του ατόμου να εκφράσει τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του, σχετικά με τον εαυτό του, τον άλλον ή ένα γεγονός
- την ευαισθησία στα συναισθήματα του άλλου, δηλαδή την κατανόηση και την αποδοχή των συναισθημάτων και των σκέψεων που εκφράζονται από τον άλλον
- την αποδοχή της κριτικής εκ μέρους του άλλου, χωρίς αρνητικές αντιδράσεις και με την βεβαιότητα ότι η κριτική ασκείται μέσα σε καλοπροαίρετα πλαίσια
- την έκφραση του σεβασμού και εκτίμησης προς το πρόσωπο του άλλου (Guernsey, 1996)

Σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική επικοινωνία των συζύγων διαδραματίζει και η ευαισθησία στα συναισθήματα του συντρόφου ή αλλιώς η μέθεξη, η οποία είναι απαραίτητο στοιχείο, σε αυτόν που έχει τον ρόλο του ακροατή. Βοηθάει δηλαδή θετικά τόσο την γνώμη που διαμορφώνει κάποιος για ένα άλλο άτομο, όσο και την γνώμη που σχηματίζει το άλλο άτομο γι' αυτόν που του φέρεται μεθεκτικά. (Καφέτσιος, 2005)

Σε ένα κλίμα λοιπόν, όπου υπάρχει μέθεξη, μπορεί να εκδηλωθεί αποτελεσματική επικοινωνία, καθώς γενικά οι σύζυγοι έχουν ανάγκη να επικοινωνήσουν βαθύτερα ο ένας με τον άλλον, να μοιραστούν τον ψυχικό τους κόσμο και να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους ο ένας για τον άλλον. Με τον τρόπο αυτό, η επικοινωνία συντελεί στην «αλληλογνωριμία» των συζύγων και αργότερα των γονέων και των παιδιών. Ένας ζωντανός γάμος κρατά την επικοινωνία μονίμως ανοιχτή. Όσο πολυάσχολοι και αν είναι οι σύζυγοι,

οφείλουν να βρουν χρόνο για να επικοινωνήσουν μεταξύ τους. Πολλές συγκρούσεις στον γάμο, οφείλονται στην έλλειψη επικοινωνίας ή στην μη αποτελεσματική επικοινωνία (Κυριακίδης, 2000)

Ως συνέχεια των παραπάνω, η Κατάκη (1998) αναφέρει τρεις κατηγορίες δυσκολιών που συντελούν στην αναποτελεσματική επικοινωνία.

1. Οι διαφορετικές επιδιώξεις των ατόμων, οι προσωπικοί δηλαδή σκοποί και στόχοι, και από την άλλη πλευρά οι κοινοί σκοποί και στόχοι της συζυγικής δυνάδας.
2. Οι αξίες που πρεσβεύουν οι σύζυγοι και οι οποίες μπορεί να είναι αντιφατικές.
3. Οι κοινωνικοί ρόλοι που διαδραματίζουν τα άτομα, ως άνδρες και γυναίκες, και οι ενδοοικογενειακοί ρόλοι, ως σύντροφοι-γονείς.

Απόρροια όλων των παραπάνω είναι ότι με την βοήθεια της επικοινωνίας, της αναμενόμενης συμπεριφοράς, των ρόλων και των συμβόλων, οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και μέσω της αλληλεπίδρασης αποκτούν κοινή αντίληψη ο ένας του άλλου και της κατάστασης που βιώνουν όλοι μαζί. Όταν απουσιάζει η κοινή αντίληψη, τότε καθένας εργάζεται για το δικό του μόνο σκοπό και η σχέση μεταξύ των μελών χαρακτηρίζεται περισσότερο από την ανταγωνιστικότητα, την σύγκρουση ή την αδιαφορία, παρά από την συνεργασία, τον συναγωνισμό, την συμφωνία. (Κατσορίδου- Παπαδοπούλου, 1993)

3.4 Επίδραση της συζυγικής σχέσης στην διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών

Καθοριστικό ρόλο στην ομαλή ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών διαδραματίζουν οι γονείς/σύζυγοι, ήδη από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Ο τρόπος και ο βαθμός επικοινωνίας των συζύγων, η ωριμότητα τους, οι ρόλοι που έχουν ως ζευγάρι, η ισοτιμία ανάμεσα τους, η συνοχή, τα όρια και γενικότερα η αλληλεπίδραση τους, επιδρά στον τρόπο με τον οποίο κοινωνικοποιούνται τα παιδιά, στον τρόπο με τον οποίο σχηματίζουν την αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση τους. Όλα όσα εξετάστηκαν παραπάνω για το ζευγάρι έχουν άμεση σχέση με την ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών.

Παρόλο που η προσωπικότητα διαμορφώνεται εφ' όρου ζωής, οι γονείς εξαιτίας του ότι είναι τα πρώτα σημαντικά πρόσωπα, με τα οποία συσχετίζεται

και επικοινωνεί το παιδί και μάλιστα στα πιο εύπλαστα χρόνια της ζωής του, αποτελούν το σημαντικότερο περιβάλλον επίδρασης. Οι κύριοι παράγοντες στην οικογένεια, οι οποίοι συντελούν στην διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών, δεν είναι το κάθε άτομο χωριστά, ο ύπε η σχέση της μητέρας ή του πατέρα με το παιδί, αλλά ο τρόπος με τον οποίο συσχετίζονται και η δυναμική που αναπτύσσεται. Η σχέση και ο τρόπος συναλλαγής του ζευγαριού, μπορούν να επηρεάσουν την στάση της μητέρας ή του πατέρα προς το παιδί. Με γνώμονα αυτήν την αντίληψη, η σχέση μητέρας-παιδιού, όπως ισχυρίζεται ο Freud, κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του είναι πολύ βασική για την ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη, καθορίζεται όμως από το συνολικό πλαίσιο και ιδιαίτερα από την σχέση του ζευγαριού. (Καλαϊτζάκη, Birtchnell, Νέστορος, 1999)

Ο γονεϊκός ρόλος τροποποιεί την συζυγική δυάδα και της προσδίδει καινούρια χαρακτηριστικά. Η αμοιβαία αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού επιφέρει βασικές αλλαγές στο καθένα από τα δύο μέρη. Ενδεικτικά θα αναφερθούν για τους γονείς, οι αλλαγές που πραγματοποιούνται μέσα από την διαδικασία της ταύτισης. Δηλαδή ο γονέας μέσα από την διεργασία της ταύτισης εσωτερικεύει όχι μόνο την εικόνα του παιδιού του, αλλά την συμπεριφορά του απέναντι στο παιδί. Συνδέει ευχάριστες εμπειρίες του γονεϊκού ρόλου σε συνάρτηση με την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και αισθάνεται πιθανόν μία νέα ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του. Οι αναπτυξιακές φάσεις του παιδιού ξαναζωντανεύουν στις αντίστοιχες αναπτυξιακές φάσεις και συγκρούσεις του γονέα, που πιθανόν δεν έχουν επιλυθεί. Έτσι, δίνεται η ευκαιρία στους γονείς μέσα από την αναβίωση τους, να τις επιλύσουν. (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2000)

Μεγάλο ρόλο για την επιρροή που δέχονται τα παιδιά διαδραματίζει και η αυτοπεποίθηση που νιώθουν οι γονείς, για τις ικανότητές τους και την ετοιμότητά τους για τον γονεϊκό ρόλο. Σύζυγοι/γονείς, οι οποίοι είναι ανασφαλείς ως άτομα, αλλά και ως προς τον ρόλο τους, δεν μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να ορίσει τα δικά του όρια. Ορίζοντας η συζυγική δυάδα και κατ' επέκταση οι γονείς τα δικά τους όρια, ορίζουν συγχρόνως και των παιδιών τους. Η φύση των ορίων καθορίζει την λειτουργικότητα της σχέσης και του δεσμού που αναπτύσσεται. Οι ελλείψεις στους συζύγους δημιουργούν προβλήματα στην οριοθέτηση της σχέσης γονέων-παιδιού. Ελλείψεις- κενά στις σχέσεις των συζύγων έχουν άμεση επίδραση στα παιδιά, τόσο στις σχέσεις μεταξύ παιδιών-γονέων, όσο και στις σχέσεις των παιδιών μεταξύ τους. Η συναισθηματική απόσταση στην σχέση των

συζύγων μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία σχέσης με το παιδί, η οποία δεν ανταποκρίνεται στον ρόλο του και όντας πιο αδύναμο, υφίσταται την δυσλειτουργία της συζυγικής σχέσης.

Πλήθος ψυχικών νόσων και πολύπλευρες κοινωνικές δυσπροσαρμοστίες αποδίδονται στις μη φυσιολογικές σχέσεις των παιδιών μέσα στην οικογένεια, για τις οποίες κατά κύριο λόγο ευθύνονται οι γονείς και οι σχέσεις που είχαν μεταξύ τους, οι οποίες αντανακλώνται στην ψυχοκοινωνική εξέλιξη των παιδιών. Όταν οι γονείς δεν συνεργάζονται, τότε αναμένονται διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα στα παιδιά, όπως αδυναμία εκδίπλωσης των ικανοτήτων τους, αντικοινωνικές εκδηλώσεις, αδιαφορία, απάθεια, απουσία κινήτρου, ανάπτυξη λανθασμένης εικόνας για τον κόσμο, μη συμμετοχή σε αποδεκτές κοινωνικές ομάδες. (Κυριακίδης, 2000)

Όλα όσα ειπώθηκαν, έρχεται να επιβεβαιώσει η άποψη της Satir (1989) ότι «τα συμπτώματα ενός διαταραγμένου ατόμου είναι στην ουσία ένα μήνυμα ότι το άτομο αντιδρά στην δυσλειτουργία και αστάθεια που επικρατεί στην οικογένεια. Η διαταραγμένη συμπεριφορά ερμηνεύεται ως υποσυνείδητη αντίδραση σε μία παθολόγο κατάσταση, αλλά και ως προσπάθεια να ανακουφίσει και να απορροφήσει τον οικογενειακό πόνο». Με βάση αυτήν την αντίληψη, τα συμπτώματα μπορούν να θεωρηθούν ως σταθεροποιητικοί μηχανισμοί, που τίθενται σε λειτουργία προκειμένου να διατηρηθεί η οικογένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΖΥΓΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

4.1 Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών στα δύο φύλα

Η σωματική υγεία είναι στενά συνδεδεμένη με την ψυχική υγεία και όπως δικαιολογημένα θεωρείται “δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία”. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), αναφέρει πως ένα σημαντικό ποσοστό του γενικού πληθυσμού μπορεί να εμφανίσει ψυχικές διαταραχές, καταστάσεις που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή και αποτελούν σημαντική αιτία ανικανότητας. (www.psych.gr)

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία του Π.Ο.Υ., οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι αποκλειστικότητα μιας πληθυσμιακής ομάδας. Οι ψυχικές διαταραχές προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις περιοχές, χώρες και κοινωνίες. Παρουσιάζονται σε γυναίκες και άντρες σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. (www.2dype.gr)

Στην γενική κλινική ψυχιατρική αλλά και την ψυχολογική βιβλιογραφία για τις διαφορές των δύο φύλων ως προς την προσωπικότητα και την ψυχική υγεία οι γυναίκες παρουσιάζουν σταθερά υψηλότερα επίπεδα άγχους, νευρώσης και συναισθηματικότητας από τους άντρες. (www.google.gr) Ο Gove και οι συνεργάτες του, οι οποίοι έχουν ευρύ συγγραφικό και ερευνητικό έργο στο ζήτημα της ψυχικής υγείας των γυναικών, υποστηρίζουν ότι η έκταση και ο συγκεκριμένος τύπος του στρες που βιώνουν οι γυναίκες έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχιατρικής νοσηρότητας σε μεγαλύτερη συχνότητα (Pilgrim and Rogers, 2004)

Οι παραπάνω αναφορές επαληθεύονται και από μελέτες στο γενικό πληθυσμό που επικεντρώθηκαν στο άγχος και στην κατάθλιψη, αναδεικνύοντας ότι οι γυναίκες εκφράζουν συχνότερα και εντονότερα τα αισθήματα αυτά. (www.google.gr)

Βάσει ερευνών στην κοινότητα, διαφαίνεται ότι τα ποσοστά των συμπτωμάτων μπορεί να μην οφείλονται σε μεγαλύτερη επίπτωση των ψυχικών διαταραχών στις γυναίκες, αλλά να είναι αντανάκλαση της τάσης των γυναικών να αποκαλύπτουν τα συμπτώματά τους. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναγνωρίσουν και να χαρακτηρίσουν την ψυχική ασθένεια απ’ ότι οι άνδρες.

Συνοπτικά, οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να δουν τα προβλήματά τους ως ψυχιατρικά. Δεν έχουν την επιθυμία, όσο οι γυναίκες, να μιλήσουν για την ψυχική τους υγεία. Αυτό εξηγεί τον λόγο για τον οποίο πολλές από τις έρευνες για την ψυχική υγεία έχουν επικεντρωθεί στις γυναίκες. (Pilgrim and Rogers, 2004)

Παρόλα αυτά, οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο ότι ο εν γένει επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών είναι περίπου ο ίδιος μεταξύ αντρών και γυναικών. Οποιοσδήποτε διαφορές υπάρχουν, εξηγούνται από την διαφοροποιημένη κατανομή των διαταραχών. Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι περίπου εξίσου κοινές με την εξαίρεση της κατάθλιψης, η οποία είναι συχνότερη στις γυναίκες και των διαταραχών από χρήση ουσιών, οι οποίες είναι συχνότερες στους άνδρες. (www.2dype.gr)

4.2 Γάμος και συντροφικότητα

Οι ανθρώπινες σχέσεις είναι το σημαντικότερο πεδίο της προσωπικής ζωής των περισσότερων ανθρώπων. Είναι τα συναισθήματα που τρέφουν οι άνθρωποι ο ένας για τον άλλον. (Ντακ, 1999) Έτσι και ο θεσμός του γάμου βασίζεται στην αγάπη και τη στοργή δύο ατόμων. Το ζευγάρι αντιμετωπίζεται σαν ένας οργανισμός που προσπαθεί να επιτύχει μία κατάσταση αρμονίας και μόνιμης ισορροπίας. Η Rhona Rapoport πιστεύει πως ο γάμος είναι «μία διαδικασία κανονική βέβαια αλλά και προσδιοριστική μιας κρίσιμης και σημαντικής μετάβασης του ατόμου από μία θέση σε μία άλλη του συνόλου των κύκλων της οικογενειακής και επαγγελματικής του ζωής». Με βάση αυτή την προσέγγιση, τα άτομα νοούνται ως δρώντα, ως διαφορετικά προσαρμοζόμενα στις διάφορες φάσεις των κύκλων της ζωής τους και ως ικανά να βοηθηθούν προκειμένου να βελτιώσουν το επίπεδο της όποιας προσαρμογής τους. (Μισέλ, 1998)

Αναμφισβήτητα, λοιπόν, αποτελεί πρωταρχική ανάγκη επιβίωσης όλων των γενεών για τον άνθρωπο η αναζήτηση συντρόφου, ενός συντρόφου που σε ένα ιδεατό επίπεδο είναι εκείνος που θα μπορέσει να μας αγκαλιάσει, να μας κατανοήσει και να μας στηρίξει. Από την συντροφικότητα αντλούμε αλλά και προσφέρουμε συναισθηματική ασφάλεια, δύναμη και κουράγιο. Νιώθουμε ότι

έχουμε κάπου να στηριχτούμε σε κάποια δύσκολη στιγμή της ζωής μας, αλλά και τη διάθεση να στηρίζουμε τον σύντροφό μας. (www.iatro.gr)

Σύμφωνα με τον Kirkpatrick, εκείνοι οι παράγοντες που αναφέρονται στις συζυγικές σχέσεις και φαίνονται να συνδέονται συχνότερα με την επιτυχία τους είναι:

- Η εμπιστοσύνη στην αγάπη του συντρόφου.
- Η ικανοποίηση από τον βαθμό της στοργής που εκείνος επιδεικνύει.
- Οι ισότιμες παρά πατριαρχικές σχέσεις.
- Η φυσική και ψυχική υγεία.
- Η με βάση κοινά ενδιαφέροντα αρμονική συμφωνία.
- Η συζήτηση και η επικοινωνία, οι οποίες αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την ανάπτυξη και διατήρηση των σχέσεων, και τέλος
- Η θετική στάση προς τον γάμο και τον σύντροφο. (Μισέλ, 1998)

Εκτός όμως από τα παραπάνω, η συζυγική σχέση χρειάζεται συνεχώς φροντίδα. Τα προβλήματα της καθημερινής ζωής είναι αναπόφευκτα και μπορούν να επηρεάσουν τη σχέση στο ζευγάρι. Προκαλούν ένταση και νευρικότητα. Αποτελούν αιτία γένεσης δυσάρεστων καταστάσεων, προσωρινών ή κάποτε δυστυχώς μόνιμων που υποβιβάζουν την ποιότητα ζωής.

Αυτό που κάνουμε συνήθως στην καθημερινή μας ζωή είναι να «τα βγάζουμε πέρα». Τα βγάζουμε πέρα και ισορροπούμε τα δικά μας συναισθήματα που συγκρούονται με τα συναισθήματα του συντρόφου μας, ισορροπούμε τα καλά και τα κακά στοιχεία των σχέσεών μας και προσπαθούμε να ανταπεξέλθουμε στα προβλήματα της καθημερινότητας. (Ντακ, 1999) Θα ανταπεξέλθουμε, όμως, μόνο αν κατανοήσουμε και εφαρμόσουμε κάποια στοιχεία πρόληψης και αποφυγής διαταραχών στις σχέσεις μας μερικά από τα οποία είναι:

- Ο διάλογος.
- Η ισότιμη αντιμετώπιση του άλλου και η εκτίμηση του ρόλου και των αναγκών του ως ανθρώπου και ως φορέα του συγκεκριμένου ρόλου.
- Η ετοιμότητα για ανάληψη ευθυνών και αναγνώριση λαθών.

Σύμφωνα με όσα αναφέραμε, διαφαίνεται το πόσο αναγκαία είναι σε κάθε στιγμή και προς οποιαδήποτε κατεύθυνση η συμμετοχικότητα και η συναίσθηση της συνυπευθυνότητας για τη δίκαιη και ρεαλιστική αντιμετώπιση των ατομικών και συλλογικών προβλημάτων. Με άλλα λόγια οι διανθρώπινες σχέσεις είναι

ζήτημα-πρόβλημα που λύνεται με την αλληλοπροσαρμογή. Και αυτή δεν είναι τίποτε άλλο από το να κατορθώνει κανείς να ικανοποιεί τις ατομικές του ανάγκες σε συνάρτηση με τις ανάγκες και προσδοκίες των άλλων. Αν αγνοηθεί η μία ή η άλλη πλευρά, θα ανακύψει πρόβλημα και όσο πιο υπέρ της μίας και σε βάρος της άλλης πλευράς γίνεται κάτι, τόσο πιο δύσκολη γίνεται η λύση του προβλήματος. (Παπαδόπουλος, 1992)

Τέλος, σύμφωνα με τον Rice, η ευτυχία που απορρέει από την συντροφική σχέση συνεισφέρει στην προσωπική ευτυχία των συντρόφων περισσότερο από κάθε άλλη πηγή ικανοποίησης, συμπεριλαμβανομένης και της εργασίας. (<http://ithe.gr>) Παρακάτω θα εξετάσουμε πως επηρεάζεται η έννοια της ευτυχίας αυτής όταν ο ένας από τους δύο συζύγους νοσήσει από κάποια ψυχική ασθένεια, καθώς ένα άτομο που έχει κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει μη ομαλές συζυγικές και κατ' έκταση οικογενειακές σχέσεις. (Κυριακίδης, 2000)

4.3 Επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στα μέλη της συζυγικής διάδας και στη συζυγική σχέση

«Δεν φτάνουμε στην αγάπη βρίσκοντας έναν τέλειο άνθρωπο αλλά μαθαίνοντας να βλέπουμε έναν ατελή άνθρωπο τέλεια». (www.psychology.gr) Με βάση τα λόγια αυτά του Sam Keane, θα μελετηθούν παρακάτω τα συναισθήματα ενός ψυχικά ασθενή, του συντρόφου του, τα συναισθήματα που δημιουργούνται στη μεταξύ τους σχέση και οι αμοιβαίες προσπάθειες για τη διατήρηση της σχέσης.

4.3.1 Επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στον πάσχοντα

Ένα σύνηθες πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν, πρώτα απ' όλα, τα άτομα που μαθαίνουν ότι πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια είναι τα στερεότυπα. Το στερεότυπο του «επικίνδυνου ψυχικά ασθενή» που έχει μια σοβαρή ψυχική ασθένεια κι αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους, εγείρεται και τους τρομοκρατεί περισσότερο από το ίδιο το πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Καταρακώνει την αυτοεκτίμησή τους, τους κάνει να ντρέπονται και να νιώθουν καταδικασμένοι ανεξάρτητα από τη βαρύτητα και

το είδος των προβλημάτων τους ακόμα κι αν αποτελούν μια προσαρμογή του ψυχισμού τους σε δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντός τους.

Αποτέλεσμα αυτών είναι ότι πολλές φορές ο φόβος της ψυχικής διαταραχής τους δημιουργεί περισσότερα προβλήματα από την ίδια τη διαταραχή. Αυτό συμβαίνει καθώς συχνά αποφεύγουν να ζητούν βοήθεια από ειδικούς, μιας και αυτό θεωρούν πως προσυπογράφει την σοβαρότητα της κατάστασης τους και αποφεύγουν συστηματικά να γνωστοποιήσουν την ασθένεια τους και να τη συζητήσουν στο συγγενικό, κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον φοβούμενοι την απόρριψη. Οι συγκεκριμένες, όμως, ενέργειες οδηγούν τον πάσχοντα να διακόπτει πολλές από τις σχέσεις του και να στερείται τους δικούς του ανθρώπους στη φάση που τους έχει περισσότερη ανάγκη. Προσπαθεί να απαλλαγεί από οτιδήποτε έχει σχέση με το πρόβλημα του και από το στίγμα της ψυχικής διαταραχής, με σαφώς αρνητικά αποτελέσματα για την πορεία της κατάστασής του. (www.e-psychology.gr)

Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς εκτός από την προφανή δυστυχία που τους προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές, αναγκάζονται να κάνουν προσαρμογές και συμβιβασμούς που τους αποτρέπουν από το να εκπληρώσουν το δυναμικό τους στην εργασία, τις κοινωνικές σχέσεις και τη διασκέδαση (<http://mph.med.uoc.gr>) Νιώθουν έντονο το αίσθημα της κατωτερότητας, πράγμα που επιφέρει καθίζηση ή στασιμότητα των ψυχικών λειτουργιών (της νόησης, του συναισθήματος, της βούλησης), αδράνεια του νου, συναισθηματική φτώχεια, αβουλία και απουσία δράσης. (Γκίκας, 1994)

Το αίσθημα αυτό σε συνύπαρξη με την ψυχική νόσο κάνει τον πάσχοντα να αισθάνεται κουρασμένος, εξαντλημένος, ανάξιος και απελπισμένος. (www.depressionanxiety.gr) Δεν μπορεί να σκεφτεί καθαρά, να συγκεντρωθεί, να θυμάται καινούριες πληροφορίες νιώθοντας πως οι άνθρωποι μιλούν γρήγορα και αυτός δεν καταλαβαίνει καθαρά τι λένε ή τι θέλουν. Ακόμη, η αυτοεκτίμηση αρχίζει να χάνεται και οι σχέσεις με τον σύντροφο και όχι μόνο αρχίζουν να διαλύονται. Αμφισβητεί τις ικανότητες του και την αντίληψη του για τον κόσμο γύρω του. Νιώθει πως η θέση του στην σχέση και ο ρόλος του μέσα σε αυτή σιγά-σιγά παύει να υφίσταται, ότι στερείται το δικαίωμα στην εργασία, στον έρωτα και την αγάπη. Επιπροσθέτως, αρχίζει να φοβάται τους άλλους και να αποσύρεται από τις κοινωνικές δραστηριότητες χάνοντας, με το πέρασ του χρόνου, την ελπίδα

πως θα επανακτήσει τις ικανότητες του και ότι το μέλλον θα είναι καλύτερο. (<http://personalcoach.gr>)

Οι Noller και Gallois αναφέρουν ότι πολλοί άνθρωποι, ειδικότερα μάλιστα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, παρουσιάζουν μειωμένη την ικανότητα επικοινωνίας τους με τους άλλους. Έδειξαν ότι οι σύντροφοι σε τέτοιου είδους γάμους (ιδίως οι άνδρες) δεν είναι καθόλου καλοί στην αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων των συντρόφων τους, καθώς και στην κωδικοποίηση των δικών τους συναισθημάτων, δίνοντας συχνά την εντύπωση ότι μέσα τους έχουν αρνητικά συναισθήματα ενώ κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Οι McCabe και Gotlib έδειξαν επίσης ότι οι καταθλιπτικές γυναίκες εκφράζονται όλο και πιο αρνητικά απέναντι στους συζύγους τους. Οι άνθρωποι αυτοί βιώνουν την ασθένεια ως ιδιαίτερα επιβαρυντική όταν δεν τους επιτρέπει να διατηρούν ικανοποιητικές σχέσεις. (Ντακ, 1999)

Από τα παραπάνω, γίνεται εύκολα κατανοητό πως η ψυχική νόσος δεν επιφορτίζει μόνο το ίδιο το άτομο που την αντιμετωπίζει αλλά δυσκολεύει και τους ανθρώπους που τον περιβάλλουν, που ενδιαφέρονται για την ευημερία του και ειδικότερα τον ή την σύντροφο του. Ο καθένας επηρεάζεται διαφορετικά και είναι ανάλογα με την σοβαρότητα, την εξέλιξη και τα αποτελέσματα της ασθένειας, καθώς επίσης και της κατάστασης της ζωής του ίδιου του ατόμου και των γύρω του. (www.health.vic.gov)

4.3.2 Επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στο σύντροφο του πάσχοντα

Πράγματι, ο σύντροφος του ατόμου που εμφανίζει κάποια σημαντική ψυχολογική δυσκολία μπορεί να νιώθει έντονο άγχος, αγωνία, αμηχανία και αρκετές φορές απόγνωση για τον τρόπο που πρέπει να διαχειριστεί αυτή τη μεταβολή στην συμπεριφορά ενός τόσο κοντινού του ανθρώπου. (www.star.gr) Κατά κάποιον τρόπο, πενθεί για τον σύντροφό του που η ζωή του, συνήθως σε νεαρή ηλικία, αλλάζει τόσο δραματικά. Νιώθει πως γκρεμίζονται οι προσδοκίες και τα όνειρα που είχε κτίσει για το μέλλον του αγαπημένου του προσώπου. Κάνοντας τις σκέψεις αυτές, αναπτύσσονται συναισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης, ενοχής, ντροπής, φόβου, δυσαρέσκειας και οργής, πικρίας, θλίψης και απελπισίας. Το συναισθηματικό βάρος για τον υγιή σύντροφο είναι συνήθως δυσβάσταχτο και στα μάτια του η σχέση φαντάζει ετεροβαρής. (www.iatronet.gr)

Η ζωή του διαταράσσεται καθώς καλείται να παρέχει περισσότερη φροντίδα από όση κανονικά θα αναλογούσε σε κάποιον με την ηλικία του ατόμου που πάσχει. Στις περιπτώσεις αυτές, η κανονική φροντίδα μετατρέπεται σε παροχή φροντίδας με συνέπεια η μακροχρόνια φροντίδα του ασθενή με ψυχική νόσο να αποβεί επιβαρυντική τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο. (<http://mph.med.uoc.gr>)

Το κράτος και πολλές υπηρεσίες χρησιμοποιούν τη λέξη «φροντιστής» για να προσδιορίσουν τα άτομα του περιβάλλοντος του ψυχικά ασθενή που η ζωή τους επηρεάζεται επίσης από την ψυχική ασθένεια. Πολλοί είναι αυτοί που δεν αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως φροντιστή, αλλά αναλαμβάνουν τον ρόλο αυτό επειδή θεωρούν πως αποτελεί επέκταση των ευθυνών τους απέναντι στη σχέση που έχουν με το άτομο που ασθενεί. (www.health.vic.gov) Ο σύντροφος βοηθάει το άτομο να εκτελέσει τις καθημερινές του δραστηριότητες καθώς ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, έχουν σοβαρές επιπτώσεις στα ίδια τα άτομα μειώνοντας την ικανότητά τους για αυτοεξυπηρέτηση, περιορίζοντας την ικανότητά τους για σύναψη κοινωνικών σχέσεων και μειώνοντας την ευκαιρία για απασχόληση. (<http://mph.med.uoc.gr>)

Συχνά ο άντρας ή η γυναίκα που βλέπει τον/την σύντροφό του να δυσκολεύεται νιώθει έντονα το βάρος της ευθύνης να προσφέρει βοήθεια και να κινητοποιήσει τον άλλον. (www.star.gr) Η θέληση και η ευθύνη που αισθάνεται όμως για να βοηθήσει τον σύντροφό του όσο πιο αποτελεσματικά μπορεί δεν θα αποτρέψει τον ερχομό των υποτροπών και των ενδοσυζυγικών συγκρούσεων. Το αποτέλεσμα της ασθένειας του ατόμου στην συντροφική σχέση είναι επιβαρυντικό. Αυτό είτε πρόκειται για άτομο που μόλις αρρώστησε είτε έχει μακρά ιστορία ψυχικής ασθένειας. Ο σύντροφος συνήθως επικεντρώνεται στις ανάγκες του ασθενή συντρόφου και συχνά παραμελεί την δική του υγεία. Έχει τέτοια συναισθηματική φόρτιση από το πρόβλημα ώστε πολλές φορές να μην είναι σε θέση να αντιληφθεί την συναισθηματική και ψυχική πίεση την οποία ο ίδιος υφίσταται. (www.athina.org.gr)

Ωστόσο, ακόμη και αν ο υγιής σύντροφος αντιληφθεί τα συναισθήματά του συνήθως δεν έχει κάποιον για να τα εκφράσει. Δεν μπορεί να τα εκφράσει στο ταίρι του γιατί και αυτός σηκώνει το βαρύ φορτίο της αρρώστιας του με τον δικό του τρόπο. Δεν είναι σε θέση όμως αρκετές φορές να τα εκφράσει ούτε σε συγγενείς και φίλους λόγω της αρνητικής εικόνας που έχουν για την ψυχική

ασθένεια και του επηρεασμού τους από τα αρνητικά κοινωνικά στερεότυπα.(www.iatronet.gr) Συνέπεια αυτού, ο σύντροφος να μένει μόνος του να σκεφτεί και να αντιμετωπίσει την υγεία του ασθενή, το μέλλον, το κοινωνικό στίγμα, την ασφάλεια και την οικονομική κατάστασή του. (<http://mph.med.uoc.gr>)

Αναμφισβήτητα, λοιπόν, το άτομο που βρίσκεται αντιμέτωπο με μια τέτοια κατάσταση είναι ευάλωτο και επιβαρυνμένο και καλείται να ισορροπήσει ανάμεσα στα δικά του συναισθήματα και στην ανάγκη του να βοηθήσει τον σύντρόφό του. Βοήθεια, όμως, δε σημαίνει αυτοθυσία. Το άτομο θα πρέπει με ψυχραιμία να σταθεί στον σύντρόφό του, όχι για να τον σώσει, αλλά για να τον ενισχύσει. Η ειλικρινής και ανοιχτή επικοινωνία είναι πολύτιμη για το άτομο που υποφέρει ψυχικά. Είναι σημαντικό ο σύντροφος-φροντιστής να έχει επαφή με τα συναισθήματά του και να καταλαβαίνει μέχρι ποιο σημείο μπορεί να διαχειριστεί αυτό το ψυχικό βάρος. (www.star.gr) Τα συμπεράσματα διάφορων μελετών που αξιολογούν τον αρνητικό αντίκτυπο της ψυχικής διαταραχής στις συζυγικές σχέσεις, δείχνουν ότι 30-60% του συντρόφου-φροντιστή υφίσταται σημαντική ψυχολογική πίεση. Μάλιστα, τα επίπεδα της πίεσης αυτής ήταν υψηλότερα από αυτά που παρατηρούνται στον γενικό πληθυσμό και εκτιμάται ότι συνδέονται με τις απαιτήσεις που συνοδεύουν τον ρόλο της φροντίδας. (<http://mph.med.uoc.gr>)

Φαίνεται πως μια καλή επιλογή ενίσχυσης της ψυχοσυναισθηματικής ισορροπίας του υγιή συντρόφου είναι η αρωγή από έναν ειδικό ψυχικής υγείας καθώς ενδεχομένως θα προσφέρει:

- Υπεύθυνη ενημέρωση, για την κατανόηση της ψυχικής διαταραχής και των σύγχρονων θεραπειών.
- Εκπαίδευση για ανάπτυξη δεξιοτήτων ούτως ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της αρρώστιας και να επιλύει αποτελεσματικά τα προβλήματα και τις δυσκολίες, και τέλος
- Υποστήριξη, πρακτική και συναισθηματική, για να αντιπαλέψει τα συναισθήματα της απομόνωσης και του στίγματος. (www.iatronet.gr)

Είναι πλέον επιστημονική γνώση, ότι όταν το άτομο που αναλαμβάνει τη φροντίδα του πάσχοντα, του συντρόφου στην συγκεκριμένη περίπτωση, λάβει την απαιτούμενη εκπαίδευση και υποστήριξη, τότε επιτυγχάνεται καλύτερη θεραπεία και θετικότερη πορεία και έκβαση της ασθένειας. (www.athina.org.gr)

4.3.3 Συνέπειες της ψυχικής διαταραχής στο ζευγάρι και τρόποι ομαλής συμβίωσης

Μελετώντας τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό πως η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας σε έναν από τους δύο συζύγους έχει αντίκτυπο στην λειτουργικότητα και την κοινωνική υπόσταση του ζευγαριού. (<http://archive.enet.gr>) Τα συμπτώματα μεταμορφώνουν την καθημερινότητά τους και αλλάζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο οι δύο σύντροφοι λειτουργούσαν ως τώρα. (www.star.gr) Το οικονομικό κόστος, που πηγάζει από την απώλεια κυρίως της εργασίας και την μειωμένη παραγωγικότητα εκ μέρους του ψυχικά ασθενούς συντρόφου, έρχεται να συμπληρώσει το συναισθηματικό βάρος όπως επίσης την έκπτωση της ποιότητας ζωής, τον κοινωνικό αποκλεισμό, το στίγμα και την απώλεια ευκαιριών να βελτιώσουν τη ζωή τους οι δύο σύντροφοι. (<http://mph.med.uoc.gr>) Το ζευγάρι καταβάλλει μια συνεχή και έντονη προσπάθεια να γίνει μια κοινωνικά αποδεκτή μονάδα. Πρέπει να τις καταβάλλει αυτές τις συνειδητές και συστηματικές προσπάθειες μέσα στο κοινωνικό δίκτυο προκειμένου να αναγνωριστεί και να γίνει αποδεκτό από τους άλλους ανθρώπους. (Ντακ, 1999)

Ωστόσο, καλό είναι να δίνεται μεγαλύτερη σημασία στο κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον εντός του ζευγαριού το οποίο διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στις ψυχικές διαταραχές. Πολλές διεθνείς μελέτες δείχνουν πως το είδος και η ποσότητα συναισθημάτων όπως τα επικριτικά σχόλια, η εχθρότητα, η συναισθηματική εμπλοκή σε μέγιστο βαθμό και η έκφραση συμπάθειας συσχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση της νόσου. (<http://mph.med.uoc.gr>)

Χρειάζεται, λοιπόν, προσαρμογή των δύο συζύγων στις καινούριες συνθήκες ζωής. Γενικά, με τον όρο προσαρμογή αναφερόμαστε «στο γεγονός συμφωνίας των αναγκών, των επιδιώξεων και της συμπεριφοράς του ατόμου με τα δεδομένα ή τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του περιβάλλοντος». (Παπαδόπουλος, 1992) Έτσι, όταν έρθει κανείς αντιμέτωπος με την ψυχική ασθένεια, ο παλαιός τρόπος συμπεριφοράς του δεν επαρκεί. Χρειάζεται να αναπροσαρμόσει τις συμπεριφορές του στην καινούρια πραγματικότητα και ιδιαίτερα τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί και εκφράζει τα συναισθήματά του. (www.athina.org.gr)

Η θέληση, εκ μέρους του υγιή συντρόφου, να βοηθήσει τη σχέση είναι προτιμότερο να στραφεί προς τον εαυτό του και να προσπαθήσει να αλλάξει όσο μπορεί τον τρόπο με τον οποίο βλέπει και αντιμετωπίζει το ταίρι του. Να αποζητήσει νέους τρόπους κατανόησης και ερμηνείας της συμπεριφοράς του συντρόφου αλλά και νέου γόνιμους τρόπους για να του μεταφέρει τα δικά του μηνύματα. Ακόμη και η παραληρηματική έκφραση ενός σοβαρά ψυχικά ασθενή έχει το νόημα και τη σημασία της.

Σημαντικό, επίσης, είναι το αίσθημα της αποδοχής. Η ανάγκη του ανθρώπου για αποδοχή είναι συνυφασμένη με την αγάπη και την ασφάλεια οι οποίες είναι ανάγκες πρωτογενείς. Ο ασθενής σύντροφος ενδιαφέρεται κυρίως να νιώσει ότι τον σέβονται και τον αποδέχονται ως άνθρωπο ανεξάρτητα από τις αδυναμίες του. (www.psychе.gr) Επιθυμεί ένα περιβάλλον που να τον στηρίζει συναισθηματικά, να τον κατανοεί, να τον περιβάλλει με στοργή και να τον ενθαρρύνει. Να του παρέχει υποστήριξη με ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του και επιβεβαίωση της αξίας του. Η παρουσία καλών, στενών και εμπιστευτικών σχέσεων με τον σύζυγο προφυλάσσει από τις χειρότερες συνέπειες μιας ψυχικής διαταραχής. (Ντακ, 1999) Ακόμη τον προφυλάσσει από τις σκέψεις πως ο ίδιος ευθύνεται για το πρόβλημα του κουράζοντας, ταλαιπωρώντας και απογοητεύοντας τον σύντροφό του. (www.depressionanxiety.gr)

Κλείνοντας, θεωρείται σκόπιμο να αναφερθεί ότι σήμερα τα άτομα με ψυχικές ασθένειες απολαμβάνουν παροχές σύγχρονης ψυχιατρικής περίθαλψης. Μπορούν να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές συνέπειες της ασθένειας λαμβάνοντας θεραπεία και υποστήριξη. Επιπλέον, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διατηρήσουν καλούς δεσμούς με τον σύντροφό τους και να παραμείνουν σε μακροχρόνια σχέση. (www.athina.org.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΓΟΝΕΑΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

5.1 Η ψυχική ασθένεια στην οικογένεια

Η οικογένεια είναι ο σημαντικότερος θεσμός της κοινωνίας μας. Η οικογένεια είναι αυτή που ικανοποιεί τις ηθικές, οικονομικές, συναισθηματικές και άλλες ιδιαίτερες ανάγκες των μελών της. Από αυτήν πηγάζουν τα πιο συγκλονιστικά από τα βαθύτερα, τα πιο προσωπικά αλλά και τα πιο αποκαλυπτικά συναισθήματα μας. Στο πλαίσιο της οικογένειας βιώνουμε τα συναισθήματα της αγάπης, της έλξης, της στοργής αλλά και του πόνου. Μέσα σε αυτόν τον τόσο σημαντικό θεσμό, οι γονείς είναι αυτά τα πρόσωπα που μπορούν να λειτουργήσουν τόσο ως πρότυπο όσο και ως εμπόδιο για τα παιδιά τους. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999)

Ανεξάρτητα από το ποια είναι η δομή της οικογένειας, είναι ένα σύστημα του οποίου τα μέλη αλληλοεπηρεάζονται, λειτουργεί ως αποδέκτης των πληροφοριών για το εξωτερικό περιβάλλον, καθοδηγεί και προσφέρει αμοιβές στα μέλη της. Η οικογένεια λειτουργεί ως πηγή ιδεολογίας και αξιών που επηρεάζουν και καθοδηγούν την συμπεριφορά των μελών της, είναι ένας φορέας καθοδήγησης για την επίλυση προβλημάτων, παρέχει πρακτική βοήθεια στα μέλη της σε κατάσταση κρίσης, έχει το ρόλο του καταφυγίου για τα μέλη της όταν αυτά αντιμετωπίζουν δύσκολες και επείγουσες καταστάσεις. (Μαδιανός, 2000)

Η εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας σε ένα μέλος της οικογένειας σηματοδοτεί μια δύσκολη περίοδο, για όλη ανεξαρτήτως την οικογένεια, μιας περιόδου όπου όλα τα μέλη γίνονται ταυτόχρονα, θεατές και συμπρωταγωνιστές του οικογενειακού δράματος. Κανένας και καμία πλευρά της συναισθηματικής ζωής δε μένουν άθικτα. Η ασθένεια αγγίζει όλη την οικογένεια και τον καθένα χωριστά διαμορφώνοντας στάσεις απέναντι στον εαυτό και τη ζωή, προκαλώντας συμπτώματα και στα άλλα μέλη.

Η αναγνώριση και η παραδοχή της πραγματικότητας της ψυχικής αρρώστιας σε ένα αγαπημένο πρόσωπο, αποτελεί ψυχοφθόρα διαδικασία, η οποία επηρεάζει την ζωή της οικογένειας και εξελίσσεται με διαφοροποιήσεις των

μελών, προόδους, στασιμότητα και παλινδρομήσεις. Ο τρόπος που τα μέλη αντιδρούν στην ψυχική αρρώστια μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Ως ένα βαθμό εξαρτάται από αλλαγές στη συμπτωματολογία και στη δυναμική των δυσλειτουργικών οικογενειακών σχέσεων που συνδέονται με την εκδήλωση της νόσου, από παράγοντες που συνδέονται με την θεραπεία (π.χ. νοσηλείες επαφές με επαγγελματίες ανεπιθύμητες παρενέργειες φαρμάκων), αλλά και από την ανάπτυξη της ίδιας της οικογένειας καθώς και με γεγονότα που δε συνδέονται άμεσα με την ψυχική ασθένεια. (<http://hjn.gr>)

5.2 Οικογενειακή Επιβάρυνση

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ευνόησε την αποασυλοποίηση και την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Νέες δομές και υπηρεσίες εγκαθιδρύθηκαν, για να διευκολύνουν την μετάβαση από το άσυλο στην κοινότητα. Ωστόσο το μεγάλο οικονομικό, κοινωνικό και συναισθηματικό κόστος της επανένταξης των ψυχικά πασχόντων, κλήθηκε να καλύψει η οικογένεια η οποία συχνά αβοήθητη, απροετοίμαστη και απομονωμένη από το κοινωνικό περιβάλλον ανέλαβε τον ρόλο της αποκλειστικής φροντίδας τους. Τα μέλη της οικογένειας μιλούν για καθήκον και θυσία, για ελπίδα και ματαίωση, για απώλεια και θρήνο, για έκπληξη και απελπισία, για φυσική και ψυχική εξάντληση για σύγχυση και αναζήτηση νοήματος, για κοινωνικό στίγμα και απέραντο ψυχικό πόνο. (Τετράδια Ψυχιατρικής, 2004)

Τα άτομα με ψυχική ασθένεια και οι οικογένειές τους είναι ανάμεσα στις πλέον ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες στην κοινωνία μας. Με την εμφάνιση της νόσου αποσταθεροποιείται ολόκληρη η οικογένεια. Ακατανόητη συμπεριφορά, μη αναμενόμενες αλλαγές της διάθεσης, ασυνήθιστες αντιλήψεις ή ερμηνείες των γεγονότων, χαοτική χρήση των χρημάτων της οικογένειας, παραμέληση της φροντίδας του σπιτιού, αναποτελεσματική διαχείριση του χρόνου, αντιστροφή των ρόλων γονέα και παιδιού, υπερπροστασία και απόρριψη, εντάσσονται στην καθημερινή ζωή της οικογένειας. Και μια συνεχής προσπάθεια περιορισμού της ασθένειας και των συνεπειών της, που οδηγεί ακόμα και τα ενήλικα μέλη της οικογένειας σε μεγάλη επιβάρυνση και συναισθηματική αστάθεια.

Η διαδικασία περίθαλψης ενός ψυχωτικού ασθενή εγείρει διαφορετικά συναισθήματα στους φροντιστές που ανήκουν κυρίως στο οικογενειακό του

περιβάλλον. Σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τελέσει βασικές διεργασίες και δεν είναι λίγες οι φορές που ο ψυχωτικός ασθενής εξαρτάται κυρίως από το άτομο που το φροντίζει (όπως η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, που είναι κύριο μέλημα της οικογένειας). Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης βασίζεται σε ένα κύριο δεδομένο που προκύπτει μέσα από τις μελέτες που έχουν γίνει όλα αυτά τα χρόνια στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η οικογένεια αποτελεί το κύριο σύστημα φροντίδας για τον ασθενή. Γίνεται κατανοητό ότι οικογενειακό σύστημα μπαίνει σε διαδικασία αναπροσαρμογής και μάθησης με την έναρξη των ψυχωτικών συμπτωμάτων του ασθενή. (Καλαϊτζάκη, 2000)

Αρχικά η οικογενειακή επιβάρυνση ορίστηκε ως οι συνέπειες που βιώνουν τα άτομα που βρίσκονται σε στενή επαφή με ένα σοβαρά διαταραγμένο ψυχιατρικά άρρωστο. Έπειτα, στις δεκαετίες που ακολούθησαν ο όρος «επιβάρυνση» επεκτάθηκε και διαφοροποιήθηκε, αλλά όλοι οι ερευνητές συμφώνησαν ότι όλοι οι φροντιστές, οι οποίοι επωμίζονται αυτόν τον υποστηρικτικό ρόλο (οικογενειακό περιβάλλον), νιώθουν σε κάποιο βαθμό επιβάρυνση.

Το 1966 ο Hoening και Hamilton όπως αναφέρουν στα άρθρα τους οι Samele, Manning και Szmuckler, διαχώρισαν την επιβάρυνση σε αντικειμενική και υποκειμενική.

➤ **Αντικειμενική επιβάρυνση**

Η αντικειμενική επιβάρυνση αφορά στους εξής τομείς:

1. Ενδοοικογενειακές σχέσεις: Όπου οι ενδοοικογενειακή επικοινωνία και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας διαταράσσονται σημαντικά.
2. Επαγγελματικοί στόχοι και οικονομική κατάσταση: Η οικονομική κατάσταση επηρεάζεται αρνητικά ειδικά όταν ο άρρωστος είναι ο κύριος εργαζόμενος στην οικογένεια. Επίσης λόγω του μειωμένου χρόνου αλλά και δυνάμεων των συγγενών επηρεάζονται αρνητικά πολλά από τα επαγγελματικά σχέδια τους.
3. Καθημερινές δραστηριότητες: Τα μέλη κάθε οικογένειας αναλαμβάνουν και από έναν συγκεκριμένο ρόλο. Είναι ευνόητο ότι όταν ένα μέλος αρρωστήσει, το ρόλο του θα το επωμιστούν τα υπόλοιπα μέλη. Επίσης, πολλές φορές ο άρρωστος με τη συμπεριφορά του μπορεί να δημιουργήσει

προβλήματα ή να απαιτήσει περαιτέρω φροντίδα και επιτήρηση, ρόλους τους οποίους επιβαρύνεται η οικογένεια.

4. Κοινωνικές σχέσεις: Οι κοινωνικές σχέσεις, π.χ. επαφές με φίλους της οικογένειας, διαταράσσονται σημαντικά.
5. Ελεύθερος χρόνος: Σε συνάρτηση με τους προηγούμενους παράγοντες συνεπάγεται ότι μειώνεται σημαντικά ο ελεύθερος χρόνος για τα μέλη της οικογένειας λόγω της αυξημένης φροντίδας ή της επιτήρησης του αρρώστου.

➤ Υποκειμενική επιβάρυνση

Η υποκειμενική επιβάρυνση αναφέρεται στα ψυχολογικά προβλήματα και τις εντάσεις που βιώνει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να αφορούν στην ύπαρξη ψυχοπίεσης, έντασης, αισθημάτων ενοχής, θυμού, ανασφάλειας, ανημποριάς ή και παραίτησης. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί να εμφανίζουν ψυχοσωματικά προβλήματα, όπως μείωση της όρεξης, διαταραχές ύπνου ή συγκέντρωσης, διάφορους πόνους, π.χ. πονοκεφάλους. Η ψυχολογική επιβάρυνση που νιώθει το μέλος μπορεί να ποικίλει από τη μεγαλύτερη μελαγχολική διάθεση μέχρι και κατάθλιψη. (Τετράδια Ψυχιατρικής, 2004)

5.3 Ο ψυχικά ασθενής γονέας

Το να είναι κάποιος γονέας με ψυχική ασθένεια είναι μια αληθινή πρόκληση αλλά μπορεί να φέρει και πολλές ανταμοιβές. Συχνά η κοινή γνώμη πιστεύει πως τα παιδιά, τα οποία έχουν γονείς ψυχικά ασθενείς, κακοποιούνται ή παραμελούνται. Εξάλλου η πληροφόρηση που έχουν οι άνθρωποι για τέτοιες οικογένειες είναι από τα Μ.Μ.Ε., τα οποία από καιρό σε καιρό προβάλλουν κάποιες τραγικές ειδήσεις παραμέλησης ή κακοποίησης, όπου ο γονέας έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια, και έτσι ο μέσος άνθρωπος πιστεύει πως ο «τρελός» γονέας έτσι συμπεριφέρεται. Ακόμη όμως και να μην αναφέρεται κάτι τέτοιο, οι άνθρωποι πιστεύουν πως όποιος γονέας κακοποιεί ή παραμελεί τα παιδιά του, πρέπει να είναι «τρελός». Η κοινή λογική αυτό προστάζει. Η αλήθεια όμως είναι, σύμφωνα με τα στοιχεία, πως οι ψυχικά ασθενείς γονείς σπάνια κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους. Αντιθέτως, μπορεί να ειπωθεί ότι πολλοί γονείς με ψυχικές ασθένειες μεγαλώνουν επιτυχώς τα παιδιά τους και έχουν μια

επιτυχημένη ενασχόληση στην οικογενειακή ζωή, χωρίς ιδιαίτερα επεισόδια. (Μαδιανός, 2000)

Οι εμπειρίες γονέων με ψυχικές διαταραχές είναι παρόμοιες με αυτές που βιώνουν όλοι οι γονείς. Εκπληρώνουν τον γονεϊκό τους ρόλο και τον βιώνουν ως έναν ρόλο εξαιρετικά σημαντικό για τους ίδιους. Μπορεί να δίνουν έτσι, όπως πολλοί γονείς, προτεραιότητα στις ανάγκες των παιδιών τους και να αγνοούν τις δικές τους.

Μπορεί, επίσης, να αντιμετωπίζουν τεράστιο stress προσπαθώντας να εκπληρώσουν όλους τους ρόλους τους μέσα στην οικογένεια. Προσπαθούν να διατηρούν το νοικοκυριό τους, να αντιμετωπίζουν τις επαγγελματικές απαιτήσεις, να χειρίζονται την συμπεριφορά και τις δυσκολίες των παιδιών και του συντρόφου τους (αν υπάρχει) και ταυτόχρονα να προσπαθούν να δαμάσουν και τον πληγωμένο ψυχισμό τους. Ο γάμος και η οικογενειακή τους ζωή, κάτω από αυτές τις συνθήκες, μπορεί να βρίσκεται σε κίνδυνο, όπως βέβαια συμβαίνει και με πολλούς γονείς, οι οποίοι δεν είναι ψυχικά πάσχοντες. Όμως, οι ψυχικά πάσχοντες γονείς πολλές φορές -άλλες μπορεί και να συμβεί το αντίθετο όπως θα εξηγηθεί παρακάτω- ερμηνεύουν τις δυσκολίες αυτές σαν προσωπικά ελλείμματα λόγω της διαταραχής, δεν τις αποδίδουν στο «φυσιολογικό» καθημερινό stress και έτσι επιβαρύνουν τον εαυτό τους με ενοχές και επομένως με περισσότερο stress.

Γενικά, οι ψυχικά ασθενείς γονείς παρουσιάζουν ορισμένα συμπτώματα στην καθημερινή τους γονεϊκή ικανότητα, τα οποία σε γενικές γραμμές είναι τα εξής:

- Δυσκολία στο να ικανοποιήσουν τις συναισθηματικές αλλά όχι τις σωματικές ανάγκες των παιδιών τους, π.χ. μπορεί να κρατούν το σπίτι καθαρό αλλά να μην μπορούν να εκδηλώσουν αισθήματα ζεστασιάς προς το παιδί τους.
- Δυσκολία στο να μπορούν να εκτιμήσουν την αυτονομία τους παιδιού και τις ιδιαίτερες και εξατομικευμένες του ανάγκες.
- Δυσκολία στο να συγκεντρωθούν, να οργανώσουν την ζωή τους, να κάνουν τις δουλειές του σπιτιού ή να πάνε για ψώνια.
- Δυσκολία στο να διασφαλίσει ένα βασικό πλαίσιο φροντίδας και ασφάλειας.
- Δυσκολία στο να σηκωθούν από το κρεβάτι το πρωί και να ετοιμάσουν τα παιδιά για το σχολείο.

- Δυσκολεύονται να ελέγξουν τα συναισθήματά τους και έτσι πολύ εύκολα θυμώνουν ή εκνευρίζονται με τα παιδιά.
- Δυσκολεύονται πολύ να ακούσουν, να μιλήσουν και γενικότερα να επικοινωνήσουν με τα παιδιά τους. Επίσης, δεν μπορούν να αντέξουν ήχους τους οποίους μπορεί να δημιουργούν φυσιολογικά τα παιδιά μέσα σε ένα σπίτι π.χ. όταν τα μωρά κλαίνε ή όταν τα παιδιά παίζουν.
- Δυσκολεύονται να θέτουν λογικά όρια, να καθοδηγούν και να προβλέπουν τις ανάγκες του παιδιού.
- Δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τις ικανότητες του παιδιού ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξής του.
- Μπορεί να κάνουν κακό στο παιδί, είτε άμεσα αν το παιδί εμπλέκεται σε κάποια ψευδαίσθηση (π.χ. «δεν είναι παιδί μου, είναι ο αντίχριστος») ή αν έχει αυτοκτονικούς ιδεασμούς στους οποίους να εμπλέκεται και το παιδί, είτε έμμεσα αν δεν μπορεί να κατανοήσει τις ανάγκες του και έτσι τις παραμελεί.
- Πολλές φορές οι γονείς μπορεί να νιώθουν υπνηλικοί και αδύναμοι να ασχοληθούν με το στιδήποτε. Αυτό πολλές φορές είναι αποτέλεσμα των αντιψυχωτικών φαρμάκων.
- Νιώθουν έντονη ντροπή και φοβούνται να συζητήσουν με άλλους θέματα γονεϊκότητας. Φοβούνται επίσης πως αν κάνουν κάτι τέτοιο θα τους πάρουν τα παιδιά τους, γι' αυτό σιωπούν και προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματα μόνοι τους.

Επίσης, υπάρχουν και ορισμένες ενδείξεις αδυναμίας των γονέων να καλύψουν τις ανάγκες ασφάλειας και υγείας του παιδιού, τις οποίες θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας, με σκοπό την υγιή ανάπτυξη των παιδιών:

- Συνεχείς αρνητικές κρίσεις για το παιδί
- Ο γονιός σταθερά δεν είναι συναισθηματικά διαθέσιμος, δεν ανταποκρίνεται ή παραμελεί
- Αδυναμία να αναγνωρίσει ανάγκες του παιδιού και να τηρήσει όρια στη σχέση γονιού-παιδιού
- Συνεχής «χρησιμοποίηση» του παιδιού ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του γονιού

- Μηνύματα προς το παιδί που είναι διαστρεβλωμένα ή προκαλούν σύγχυση, (εχθρότητα, εκνευρισμός και κριτική του παιδιού, ασυνεπείς ή ακατάλληλες προσδοκίες από το παιδί. (www.athina.org.gr))

5.4 Η επίδραση του ψυχικά ασθενή γονέα στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού

Τη σύγχρονη εποχή, το μέγιστο ενός παιδιού είναι μια μακρόπνοη και επίπονη διαδικασία, όπου ασφαλώς οι γονείς δεν έχουν τη μοναδική ευθύνη για το αποτέλεσμα της διαδρομής αυτής. Τα παιδιά μεγαλώνουν και επηρεάζονται σημαντικότερα από ένα μακρύ κατάλογο ανθρώπων και δομών, όπως φίλους, δασκάλους, αθλητές, τραγουδιστές, επιστήμονες, πολιτικούς και πολιτευτές. Ωστόσο, η μητέρα και ο πατέρας ξεχωρίζουν για την τόσο καθοριστικά καθοδηγητική τους δύναμη, μέσω της άμεσης επαφής με το παιδί αλλά και της έμμεσης μέσω της παρέμβασής τους στα κοινωνικά δρώμενα. (www.ipse.gr)

Προκειμένου να προσεγγίσουμε, να κατανοήσουμε και να αναλύσουμε τις σχέσεις αλληλεπίδρασης που δημιουργούνται ανάμεσα σε ένα παιδί ή έφηβο και τον ψυχικά ασθενή γονέα του πρέπει πρώτα να ορίσουμε τα στάδια ανάπτυξής του.

Έχει προταθεί από διάφορους ειδικούς πως η ανάπτυξη των παιδιών διέρχεται μέσα από στάδια γνωστικής, κοινωνικής, ηθικής και κοινωνικό-συναισθηματικής ανάπτυξης. Σε κάθε τέτοιο στάδιο τα παιδιά βρίσκονται αντιμέτωπα με διάφορες σοβαρές προκλήσεις. Αν δεν καταφέρουν να ξεπεράσουν με επιτυχία τις προκλήσεις αυτές, τότε διαθέτουν σοβαρό κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κυρίως τρεις χρονικές περίοδοι έχουν χαρακτηριστεί από τους ειδικούς ως «ιδιαίτερα κρίσιμες» σχετικά με την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού:

- Η ηλικία των 18-24 μηνών κατά την οποία τα παιδιά αρχίζουν και κινούνται αυτόνομα και εξοικειώνονται σιγά-σιγά και με την χρήση της γλώσσας.
- Η ηλικία των 5 περίπου ετών στην οποία προβαίνουν σε σημαντικές γνωστικές ανακαλύψεις, και τέλος

- Η εφηβεία κατά την οποία αυξάνονται οι σεξουαλικές ορμόνες, αλλάζουν δραματικά τα εξωτερικά χαρακτηριστικά και εκδηλώνονται προετοιμασίες για την ζωή του ατόμου ως ενήλικα.

Οι βασικές ανάγκες για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού είναι της αγάπης, της στοργής και της κατανόησης, της ενθάρρυνσης, της υπευθυνότητας, της προστασίας και της ασφάλειας. Όλα τα παραπάνω είναι απαραίτητα προκειμένου αυτά τα ευαίσθητα πρόσωπα να μπορέσουν να λειτουργήσουν. Τέλος, η αναγκαιότητα της επικοινωνίας και της προσωπικής φροντίδας δεν πρέπει να παραγνωρίζονται μιας και αυτά γαλουχούν και ενδυναμώνουν μια διαπροσωπική σχέση και βοηθούν τα παιδιά στην κοινωνικοποίησή τους. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005)

Απαραίτητο στοιχείο της ψυχικής υγείας ενός ατόμου, και κατ' επέκταση και του παιδιού, είναι η κοινωνική του ζωή και υγεία. Έτσι λοιπόν, όταν το παιδί θα αρχίζει να σχετίζεται με άλλα άτομα, οι γονείς χρειάζεται να είναι πολύ προσεκτικοί προκειμένου να διευκολύνουν την κοινωνικοποίηση του παιδιού τους. Το να δέχονται τους φίλους του στο σπίτι σαν αγαπητούς επισκέπτες, του δείχνει πως είναι κοντά του και το στηρίζουν. Το να μην ελέγχουν και να μην τιμωρούν τα παιδιά τους μπροστά σε τρίτους επίσης είναι πολύ σημαντικό προκειμένου το παιδί να μην νιώσει απαξιωτικά αισθήματα για το ίδιο και να μην συνδέσει τις κοινωνικές επαφές με αρνητικά συναισθήματα. Τέλος, το να δίνουν προσοχή στα προτερήματα και να μην μεγαλοποιούν τα μειονεκτήματά τους, μπορεί να «χαλυβδώσει» τα παιδιά με αυτοπεποίθηση και να έχουν μια εσωτερική ηρεμία και μια φυσιολογική κοινωνική συμπεριφορά. (Ραγιά, 2005)

Παρατηρούμε λοιπόν πως η ομαλή ή όχι ψυχική εξέλιξη των παιδιών δεν βασίζεται μόνο στην κάλυψη των συναισθηματικών του αναγκών αλλά και των περιβαλλοντικών όπως και των κοινωνικών. Έτσι, ένα χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, άσχημες συνθήκες διαβίωσης, έλλειψη δεσμών με το κοινωνικό δίκτυο, έλλειψη επικοινωνίας με υποστηρικτικά συστήματα της κοινότητας είναι ικανά να αμβλύνουν την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού. (Κονταξιάκης, Χαβάκη-Κονταξιάκη, Χριστοδούλου, 2005)



5.5 Ψυχοκοινωνική προσαρμογή των παιδιών με γονέα ψυχικά ασθενή

Οι ανάγκες των παιδιών, τα οποία ζουν σε οικογένειες με γονική ψυχική διαταραχή, είναι πολυσύνθετες και παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία. Ο τρόπος αλληλεπίδρασης της γονικής ψυχικής διαταραχής με τη διεργασία ανάπτυξης των παιδιών είναι πολυσύνθετος. Εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η σχέση του ζευγαριού, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της οικογένειας (εκπαίδευση και επαγγελματική κατάσταση) και οι συνθήκες της ψυχικής διαταραχής. Συνήθως όμως, στις οικογένειες ψυχικά ασθενών υπάρχει διαταραγμένη επικοινωνία, συζυγική ασυμφωνία, αυξημένες συγκρούσεις γονέων-παιδιών και γενικότερα έλλειψη οικογενειακής συνοχής. (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη, Χριστοδούλου, 2005)

Ο κάτωθι πίνακας διαχωρίζει σε ομάδες τα παιδιά ανάλογα με τις ανάγκες που έχουν για στήριξη τόσο από την κοινότητα όσο και από εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Πίνακας 1

Εύρος των αναγκών παιδιών με γονείς που αντιμετωπίζουν μια ψυχική διαταραχή (Falkon, 1998)

| A. Τα παιδιά είναι «καλά» | B. Τα παιδιά είναι ανθεκτικά, αλλά έχουν ανάγκη υποστήριξης | Γ. Τα παιδιά είναι ευάλωτα και έχουν ανάγκη από υπηρεσίες | Δ. Τα παιδιά είναι ευάλωτα και έχουν ανάγκη από υπηρεσίες και προστασία | Ε. Θανατηφόρα ατυχήματα παιδιών |
|---|---|---|---|---------------------------------|
| Αυξανόμενες ανάγκες των παιδιών  | | | | |
| Μειωμένος αριθμός παιδιών  | | | | |

Είναι βέβαια προφανές πως αυτό είναι μια σχηματική απεικόνιση που δεν καλύπτει σε κανέναν βαθμό τις μοναδικές εμπειρίες των παιδιών στις οικογένειες στις οποίες ο ένας από τους δυο γονείς αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή.

Αν αναλυθεί λίγο παραπάνω ο πίνακας αυτός, θα δούμε πως η ομάδα Α αναφέρεται σε παιδιά που δεν παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και έτσι

οι γενικές τους ανάγκες δεν αναγνωρίζονται καθώς δεν έχουν καμία επαφή με τις υπηρεσίες. Τα παιδιά και οι έφηβοι που στηρίζουν καθημερινά έναν γονέα με ψυχική διαταραχή, μπορεί να ανταποκρίνονται επαρκώς, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχουν τα ίδια ανάγκη από στήριξη (ομάδες Α και Β). Οι περισσότερες μελέτες που ασχολούνται τα τελευταία χρόνια με τα παιδιά αυτά εστιάζονται κυρίως στα παιδιά των ομάδων Γ και Δ, και επιμένουν στην αναγκαιότητα διεπαγγελματικής συνεργασίας. Ο αριθμός παιδιών της ομάδας Ε είναι ελάχιστος.

Όπως είναι ήδη γνωστό, τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων, κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα και προβλήματα υγείας, εμφανίζουν ανεπαρκείς κοινωνικές σχέσεις, δυσκολεύονται στο σχολείο και αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς και διαγωγής (διάσπαση προσοχής), καθώς και συναισθηματικές διαταραχές. Η σχολική επάρκεια χρησιμοποιείται συνήθως ως σημαντικός παράγοντας για την περιγραφή της λειτουργικότητας των παιδιών. (Μπίμπου-Νάκου, 2005)

5.6 Οι επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας του γονέα στο παιδί

Όταν αναφερόμαστε στις επιπτώσεις των ψυχικών ασθενειών στην οικογένεια, έχουμε στο μυαλό μας συνήθως τους γονείς ενός ασθενή, κάποιες φορές ίσως και ένα σύζυγο ή αδέρφια. Εξαιρετικά σπάνια σκεφτόμαστε τα παιδιά και ιδιαίτερα τα ανήλικα. Αλλά και οι ψυχικά ασθενείς έχουν παιδιά ιδιαίτερα εκείνοι που διαμένουν στην κοινότητα και δεν βίωσαν ποτέ την εμπειρία του μακροχρόνιου εγκλεισμού-ιδρυματισμού. Τα παιδιά αυτά θα βιώσουν, με καθοριστικό για την ζωή τους τρόπο, το πρόβλημα της ψυχικής ασθένειας μέσα από την κατάσταση των γονιών τους. Σε κάποιες περιπτώσεις θα αφορά προβλήματα από σύντομες ή ήπιες ψυχικές ασθένειες που με έγκαιρη θεραπεία και υποστήριξη θα σκιάσουν για λίγο μόνο χρόνο την οικογενειακή ζωή. Πολύ λιγότερα παιδιά θα μεγαλώσουν με έναν γονέα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, όπως η σχιζοφρένεια ή η μανιοκατάθλιψη, που θα επηρεάσει την ζωή τους σε όλα τα επίπεδα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή ίσως και για πάντα, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που η ασθένεια εμφανίζει πολλές υποτροπές και νοσηλείες. (<http://id65.tripod.com>)

Ο πόνος των παιδιών που μεγαλώνουν με γονείς με ψύχωση είναι μια άγραφη σελίδα στο βιβλίο της ψυχιατρικής. Έως σήμερα το ενδιαφέρον έχει κυρίως στραφεί στην πιθανότητα εμφάνισης της ψυχικής ασθένειας από τα ίδια τα παιδιά, παρά στα προβλήματα της καθημερινότητας τους.

Τα παιδιά των γονέων που νοσούν ψυχικά θα επηρεαστούν με καθοριστικό για τη ζωή τους τρόπο. Η επίδραση της ψυχικής ασθένειας στα παιδιά εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες όπως, την ηλικία του παιδιού, την σοβαρότητα της ασθένειας του γονέα, την θεραπευτική βοήθεια καθώς και από την ύπαρξη ενός υποστηρικτικού για την οικογένεια πλαισίου. Είναι γνωστό πως τα παιδιά με ψυχικά ασθενή γονέα έχουν μεγαλύτερη γενετική προδιάθεση να νοσήσουν ψυχικά σε σχέση με άλλους συνομήλικους τους, των οποίων οι γονείς είναι ψυχικά υγιείς. Η πιθανότητα αυτή αυξάνεται σημαντικά όταν και οι δύο γονείς πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια (π.χ. σχιζοφρένεια ή συναισθηματική διαταραχή).

Οι σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όμως τα παιδιά αυτά αφορούν στο φόβο του κοινωνικού στίγματος της οικογένειάς τους, στο αίσθημα της ανασφάλειάς που νιώθουν τα παιδιά και που συχνά συνδέεται με ασταθείς, συμπεριφορές του γονέα, οικογενειακές συγκρούσεις, παραμέληση της φροντίδας του παιδιού και του σπιτιού, αντιστροφή των ρόλων γονέα και παιδιού, οικονομικές δυσκολίες και κοινωνική απόσυρση.

Επίσης, τα παιδιά των ψυχικά ασθενών γονέων βιώνουν σημαντικά το αίσθημα του άγχους, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις σχολικές τους υποχρεώσεις, στις κοινωνικές-φιλικές τους σχέσεις και συχνά απομονώνονται. Επιπλέον, η άγνοια σε αρκετές περιπτώσεις για αυτό που συμβαίνει στο γονιό τους, τα οδηγεί να φαντάζονται συχνά εξηγήσεις, το οποίο έχει ως συνέπεια τα ίδια τα παιδιά να αισθάνονται ενοχές για την ασθένεια των γονέων τους και την αποδίδουν στη δική τους συμπεριφορά. (<http://happyparents-psychology.blogspot.com>)

Γενικά, το μέγιστο ενός παιδιού σε μια οικογένεια με έναν ψυχικά ασθενή γονέα δεν είναι εύκολη υπόθεση. Είναι μια κατάσταση που επηρεάζει όλη την υπόλοιπη ζωή του ατόμου.

Ιδιαίτερα επιβαρυντική είναι η κατάσταση στις περιπτώσεις που:

- τα παιδιά χωρίζονται από τον γονέα εξαιτίας της νοσηλείας του,
- αναγκάζονται να απομακρυνθούν έστω και προσωρινά από το σπίτι τους,

- είναι θύματα βίας ή κακής συμπεριφοράς,
- δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας,
- γίνονται αντικείμενα κοινωνικού στίγματος και υφίστανται διακρίσεις,
- αισθάνονται την ανάγκη να μοιραστούν αυτό που τους συμβαίνει και δεν μπορούν,
- αισθάνονται φόβο ή ενοχές,
- αναλαμβάνουν την φροντίδα του άρρωστου γονέα ή μικρότερων παιδιών της οικογένειας.

Όταν τα παιδιά ενηλικιωθούν και ο γονέας περάσει στην τρίτη ηλικία η φροντίδα δε σταματά. Η στενή σχέση διατηρείται και συχνά υπάρχουν προσδοκίες ότι κάποιο από τα παιδιά θα μείνει με τον άρρωστο γονέα εξασφαλίζοντάς του καλύτερες συνθήκες καθημερινής διαβίωσης. Ακόμα και στις ηλικίες αυτές, οι νέοι ενήλικες δυσκολεύονται να βάλουν όρια και να συνεχίσουν την ζωή τους χωρίς το βάρος της ψυχικής ασθένειας. Συχνά αναφέρουν ενοχές φεύγοντας από την πατρική οικογένεια, ενώ δε διακόπτουν τις προσπάθειες τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες διαβίωσης του γονέα τους. (<http://id65.tripod.com>)

Ενώ με το πέρασμα των χρόνων έχει αυξηθεί η αναγνώριση της πιθανής επίδρασης, την οποία μπορεί να ασκήσουν ψυχικές διαταραχές των γονέων σε ένα παιδί και ότι υπάρχει πιθανότητα να επηρεαστούν πολλές πτυχές της παιδικής του ανάπτυξης, όπως η σωματική, η νοητική, η κοινωνική, η συναισθηματική αλλά και η συμπεριφορική, η πολιτική της υγείας σε αυτόν τον τομέα υγείας έχει επικεντρωθεί στις πιο βαριές μορφές ψυχικές ασθένειες και ιδιαίτερα στους γονείς, οι οποίοι είναι ανάγκη να εισαχθούν στο νοσοκομείο, συνήθως σε περιπτώσεις σχιζοφρένειας ή διπολικής διαταραχής, με αποτέλεσμα να έχει δοθεί μικρότερη προσοχή σε άλλες διαταραχές, οι οποίες είναι πολύ πιο συχνές.

Για να μπορέσουν να βοηθηθούν τα παιδιά γονέων με ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να αναγνωριστούν, αλλά αυτό ενέχει αρκετές δυσκολίες. Δε γίνεται συχνά στους νοσηλευόμενους στο νοσοκομείο η ερώτηση αν έχουν παιδιά, και συνήθως δεν καταγράφονται στα ιατρικά αρχεία πληροφορίες σχετικά με παιδιά. Σε ψυχιατρικές κλινικές ενηλίκων δε συνηθίζεται να παρέχονται διευκολύνσεις, ώστε παιδιά να επισκέπτονται τους γονείς τους.

Είναι ακόμα πιο δύσκολο να αναγνωριστούν τα παιδιά, των οποίων οι γονείς πάσχουν από διαταραχή, αλλά είτε δεν έχουν επιζητήσει νοσηλεία σε

νοσοκομείο, είτε το πρόβλημά τους δεν είναι γνωστό στις υπηρεσίες υγείας. Παρόλο που υπάρχουν παραδείγματα καλής πρακτικής σε ορισμένες περιοχές, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ανεπάρκειες. Ο αντίκτυπος των γονικών ψυχικών διαταραχών στα παιδιά δεν περιλαμβάνεται συνήθως στην ιατρική εκπαίδευση και σπάνια γίνεται άσκηση πάνω στον ευαίσθητο τομέα της συζήτησης για θέματα σχετικά με τους γονείς. Το διαρκές στίγμα, το οποίο περιβάλλει τις ψυχικές ασθένειες, συμβάλλει επίσης στη δυσκολία συζήτησης τέτοιων θεμάτων. Επίσης, κρίνεται αναγκαίο οι γονείς να νιώθουν άνετα ώστε να εξομολογούνται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στους γενικούς γιατρούς ή ακόμα και στους δασκάλους όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. (www.inpsy.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

6.1 Η Παιδική ηλικία και παράγοντες που επηρεάζουν την ομαλή ανάπτυξη της

Η ανθρώπινη ύπαρξη που στοχεύει στη σωματική, συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξή της και στην ανοσοβιολογική της ολοκλήρωση, καθώς διέρχεται την ευαίσθητη και τρυφερή περίοδο του κύκλου της ζωής, αποκαλείται παιδί.

Η παιδική ηλικία του ανθρώπινου είδους είναι η μεγαλύτερη σε διάρκεια, σε σχέση με την παιδική ηλικία των άλλων θηλαστικών. Όσο μακρύτερη είναι χρονολογικά η παιδική ηλικία, τόσο η πνευματική και ψυχική τελείωση αποβαίνει πληρέστερη-μεγαλύτερη. Σταθερά εξελίσσεται η παιδική ηλικία επηρεαζόμενη από δύο σημαντικούς παράγοντες, το γενετικό του υπόστρωμα και το περιβάλλον στο οποίο ζει. Ακρογωνιαίους λίθους του οικοδομήματος της ηλικίας αυτής και της μετέπειτα εξέλιξης-ανάπτυξης της προσωπικότητάς του αποτελούν ο κληρονομικός και συγγενής παράγων, η ενδομήτρια ζωή, η περιγεννητική περίοδος, η νεογνική ηλικία (το λυκαυγές της ζωής), καθώς και άλλα χρονολογικά επίπεδα της ζωής που ακολουθούν, όπως τα εξελικτικά στάδια της βρεφικής, νηπιακής και παιδικής ηλικίας.

Τα βιομετρικά και κοινωνικά δεδομένα, η ιδιοσυγκρασία και η διάθεση του παιδιού στη διάρκεια της ανάπτυξής του επηρεάζουν την ανελκτική διαδικασία και την έκφραση της προσωπικότητάς του, η οποία δεν παραμένει σταθερή και αναλλοίωτη, αλλά μεταβάλλεται και εξελίσσεται. Προσαρμόζεται, όπως και ο οργανισμός και τα μέρη αυτού, προς το περιβάλλον δεχόμενα ερεθίσματα (μηνύματα) εκ των έσω και έξω.

Η ανάπτυξη του παιδιού θα εξαρτηθεί από το γενετικό του υπόστρωμα, δηλαδή τις γενετικές του καταβολές καθώς και από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Ο ανθρώπινος οργανισμός, όταν οι παραπάνω παράγοντες είναι ευνοϊκοί, μπορεί

να αναπτύσσεται και μετέπειτα να δημιουργεί και να μεταλλάσσεται, προσαρμοσμένος στο περιβάλλον.

Η συναισθηματική, σωματική και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού επιβάλλεται να παρακολουθείται συνεχώς. Η εναρμόνιση των παραπάνω καθώς και της κοινωνικής εξέλιξης του παιδιού υποδηλώνει ένα υγιές άτομο-παιδί. Κάθε εκτροπή από τη φυσιολογική κατάσταση από ενδογενή ή εξωγενή αίτια πιθανολογεί εμφάνιση προσωπείου άρρωστου παιδιού, υποκρύπτει διαταραχή, λειτουργική ανωμαλία, νόσο, αρρώστια, πάθηση, μειονεξία, αναπηρία. (Δρα. Αποστόλου, 2001)

6.2 Παιδί με ψυχική διαταραχή

Οι ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας είναι ένα σύνθετο και σημαντικό πρόβλημα εξαιτίας των σοβαρών επιπτώσεων που μπορεί να επιφέρουν: ο ψυχικός πόνος και η ελλειμματική λειτουργικότητα του ατόμου (διαταραγμένες σχέσεις με συνομηλίκους και οικογένεια, χαμηλές σχολικές επιδόσεις) που συχνά τις συνοδεύουν, η οικονομική επιβάρυνση των οικογενειών αλλά και της κοινωνίας είναι μερικές από αυτές. Εάν οι διαταραχές αυτές αφεθούν χωρίς θεραπεία, τείνουν να γίνονται σοβαρότερες με επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική ζωή του ατόμου καθώς συσσωρεύεται η ματαίωση εξαιτίας της σχολικής αποτυχίας και των άσχημων σχέσεων με οικογένεια, φίλους και άλλους ανθρώπους. Επιπλέον, μπορεί να συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή με επιπτώσεις στην επαγγελματική και γενικότερη ζωή των ανθρώπων (αυξημένα ποσοστά εμπλοκής με το νόμο, την αστυνομία και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πρόνοιας. (<http://child-psychiatry.med.uoa.gr>))

Ο όρος «Ψυχική Ασθένεια» χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τους άλλους. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια. Μπορεί να αναφέρεται σε καταστάσεις τόσο διαφορετικές μεταξύ τους, από την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές ή τις φοβίες, μέχρι την πιο σοβαρή που είναι η σχιζοφρένεια. (www.depressionanxiety.gr)

Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να ζει και να μεγαλώνει σε ένα υγιές περιβάλλον, το οποίο θα διασφαλίζει και θα προάγει την σωματική και ψυχική του υγεία.

Ψυχική Υγεία θεωρείται η κατάσταση εκείνη της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το παιδί μπορεί να ζει και να αναπτύσσεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Η ψυχική υγεία είναι μέρος της γενικής του υγείας και αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων που αφορούν τη φυσική, την ψυχική, καθώς και την κοινωνική του κατάσταση. Η αποκατάσταση της ψυχικής του υγείας (όταν αυτή διαταράσσεται) βρίσκεται στο επίκεντρο, εξετάζοντας το παιδί βάση της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον του (οικογενειακό, εκπαιδευτικό, ευρύτερη κοινότητα). (www.logos-ergo.gr)

6.3 Ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία

Γενικότερα τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν ένα παιδί ή έναν έφηβο που νοσεί ψυχικά είναι τα εξής:

- Χαμηλοί βαθμοί στο σχολείο, παρόλο που το παιδί προσπαθεί
- Μεγάλη ανησυχία και άγχος
- Προβλήματα στον ύπνο
- Δυσκολία να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι φυσιολογικές για την ηλικία του
- Άρνηση να πάει στο σχολείο
- Υπερκινητικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, προσοχή, παρορμητικότητα
- Επιμονή ανυπακοή ή θυμός, επιθετική συμπεριφορά
- Απόσυρση
- Αλλαγές στον ύπνο και τις διατροφικές συνήθειες (www.paidohosp.gr)

Βέβαια, τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζουν τα παιδιά διαφέρουν ανάλογα με το είδος της ψυχικής νόσου από την οποία πάσχουν.

Κάποιες από τις ψυχικές διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσει ένα παιδί-έφηβος είναι οι ακόλουθες:

6.3.1 Βαριές εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης

Σε αυτού του είδους τις διαταραχές περιλαμβάνονται η Αυτιστική Διαταραχή, η Διαταραχή Rett, η Αποδιοργανωτική Διαταραχή της παιδικής ηλικίας, η διαταραχή Asperger και η Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Όλες οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από σοβαρά και εκτεταμένα αναπτυξιακά προβλήματα, τα οποία αφορούν ποικίλους τομείς της ανάπτυξης του παιδιού. Εάν το παιδί πάσχει από κάποια τέτοια διαταραχή μπορεί να παρουσιάσει έντονα μειωμένη ικανότητα για ανταπόκριση διαπροσωπικά, για συναισθηματική αμοιβαιότητα ή για επικοινωνία, να εμφανίζει στερεότυπη συμπεριφορά και στερεότυπα ενδιαφέροντα.

Από τις παραπάνω διαταραχές θα αναφερθούμε συγκεκριμένα στην αυτιστική διαταραχή. Η διαταραχή αυτή αναφέρεται ως βρεφονηπιακός ή παιδικός αυτισμός του Kanner, χαρακτηρίζεται από έντονα διαταραγμένη κοινωνική διαντίδραση και επικοινωνία και από έντονα περιορισμένες δραστηριότητες και περιορισμένα ενδιαφέροντα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της αυτιστικής διαταραχής είναι τα ακόλουθα:

1. Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική διαντίδραση, η οποία χαρακτηρίζεται από:
 - Έντονη έκπτωση στη χρησιμοποίηση πολλαπλών μη λεκτικών συμπεριφορών, όπως βλεμματικής επαφής, έκφρασης προσώπου, στάσεων του σώματος και χειρονομιών για την ρύθμιση της κοινωνικής διαντίδρασης
 - Αδυναμία να αναπτύξει σχέσεις με συνομηλίκους που να ταιριάζουν στο αναπτυξιακό του επίπεδο
 - Έλλειψη αυθόρμητης αναζήτησης για να μοιραστεί χαρά, ενδιαφέροντα ή επιδόσεις με άλλα άτομα
2. Ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία, οι οποίες χαρακτηρίζονται από:
 - Καθυστέρηση ή πλήρης έλλειψη ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας
 - Αδυναμία ως προς την έναρξη αλλά και διατήρηση μιας συζήτησης με άλλους
 - Στερεότυπη ή και επαναληπτική χρήση της γλώσσας

- Έλλειψη ποικίλου αυθόρμητου παιχνιδιού φαντασίας ή παιχνιδιού κοινωνικής μίμησης που να ταιριάζει στο αναπτυξιακό του επίπεδο
3. Περιορισμένοι, επαναλαμβανόμενοι και στερεότυποι τύποι συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με ένα από τα παρακάτω:
- Περίκλειστη απασχόληση με έναν ή περισσότερους στερεότυπους και περιορισμένους τύπους ενδιαφερόντων
 - Προφανώς προσκόλληση σε συγκεκριμένες μη λειτουργικές ρουτίνες ή τελετουργίες (Μάνος, 1997)

6.3.2 Διαταραχές του συναισθήματος

Οι διαταραχές του συναισθήματος αντιπροσωπεύονται κυρίως από το άγχος και την κατάθλιψη, το εμφορικό συναίσθημα ή υπερθυμία και την αμφιθυμία.(εγκυκλοπαίδεια «Υγεία», 1995)

Κατάθλιψη στην παιδική ηλικία

Η κατάθλιψη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των εφήβων. Το βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι το επίμονο και διαρκές συναίσθημα θλίψης, η ευερεθιστότητα και η απουσία ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από οποιαδήποτε δραστηριότητα. Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από μια σειρά άλλων συμπτωμάτων που επηρεάζουν την όρεξη, τον ύπνο, τα επίπεδα δραστηριότητας και συγκέντρωσης, την αυτοπεποίθηση του ατόμου και την εικόνα του για τον εαυτό του.

Η κλινική κατάθλιψη είναι πολύ διαφορετική από το αίσθημα κακής διάθεσης ή από τα αισθήματα λύπης ή πένθους που συνήθως συνοδεύουν την απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου. Η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε προσωπική αδυναμία του ατόμου ούτε σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Πρόκειται για μια ψυχική ασθένεια που επηρεάζει όλο το σώμα και έχει αντίκτυπο στον τρόπο που ένα άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και συμπεριφέρεται.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη είναι συνήθως θλιμμένα, ενώ σε γενικές γραμμές βιώνουν την ασθένεια με παρόμοιο τρόπο με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η κατάθλιψη που δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά μπορεί

να έχει σαν αποτέλεσμα τη σχολική αποτυχία, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, αλλά και την αυτοκτονία, θλίψη και απελπισία (τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας και για αρκετές ώρες της ημέρας το παιδί κλαίει και είναι θλιμμένο).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία

- απομάκρυνση από φίλους και από δραστηριότητες από τις οποίες το παιδί αντλούσε χαρά και ικανοποίηση στο παρελθόν (το παιδί δεν επισκέπτεται πια τους φίλους του ή δεν κάνει καθόλου φίλους και περνά τον περισσότερο χρόνο του μόνο, ενώ δραστηριότητες που το ευχαριστούσαν στο παρελθόν δεν έχουν πλέον ενδιαφέρον για το παιδί)
- αυξημένος εκνευρισμός και ευερεθιστότητα (ακόμα και οι πιο μικρές δυσκολίες φέρνουν εκνευρισμό και θυμό που το παιδί δεν μπορεί να διαχειριστεί)
- πολλές απουσίες από το σχολείο και σημαντική μείωση στη σχολική επίδοση (το παιδί χάνει πολλά μαθήματα και η επίδοσή του στα μαθήματα μειώνεται σε σημαντικό βαθμό)
- αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες (αύξηση ή ελάττωση της όρεξης)
- προβλήματα στον ύπνο (το παιδί μπορεί να ξυπνά πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας ή να μην μπορεί να ξυπνήσει το πρωί)
- αναποφασιστικότητα, έλλειψη συγκέντρωσης (παιδιά που ήταν καλά οργανωμένα στο παρελθόν φαίνεται να ξεχνούν, να μην μπορούν να οργανώσουν το χρόνο και τις δραστηριότητές τους ή να συγκεντρωθούν σε ό,τι κάνουν)
- υπερβολικά συναισθήματα ενοχής και ανικανότητας, απουσία ενθουσιασμού ή κινήτρου και χαμηλή αυτοεκτίμηση (φράσεις όπως «Είμαι χαζός» ή «Εγώ φταίω για όλα» είναι συχνές στο καταθλιπτικό παιδί)
- συχνά παράπονα για κεφαλαλγίες και πόνους στο στομάχι (τα συμπτώματα αυτά συνήθως απορρέουν από την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών)
- χαμηλή ενεργητικότητα και χρόνια κόπωση. (www.depressionanxiety.gr)

Το άγχος

Το άγχος μπορεί να ορισθεί σαν ένα φαινόμενο παρόμοιο με το φόβο, από τον οποίο όμως διαφέρει όσον αφορά την έλλειψη ενός πραγματικού κινδύνου, τη μικρότερη ένταση και την πιο διαρκή-ελαφρά παραμονή στο χρόνο και αν θέλουμε στο χώρο. Το άγχος είναι ένας φόβος που υπεισέρχεται δόλια, τρέφεται από μόνο του, μεγαλώνει και διατηρείται σε επίπεδα επιφυλακής ή μπορεί να γίνει πιο έντονος και να φθάσει τα όρια έντονης αγωνίας. Αν και στην πραγματικότητα δεν έχει μια αιτία, το άγχος διαφοροποιεί τη συμπεριφορά του ατόμου, όπως ακριβώς θα έκανε και ο φόβος, αλλά λόγω της έλλειψης της αιτίας, η αγωνία προκαλεί λιγότερο άμεσες και έντονες αντιδράσεις, μεγαλύτερης όμως διάρκειας και για αυτό ίσως πιο οδυνηρές. (εγκυκλοπαίδεια «Υγεία», 1995)

Το άγχος στην παιδική ηλικία

Το άγχος επηρεάζει κάθε άτομο που έχει την αίσθηση ότι το βαραίνουν πολλά πράγματα που δυσκολεύεται να «σηκώσει» ή να αλλάξει. Από αυτό το βίωμα δεν εξαιρούνται τα παιδιά. Για παράδειγμα, ένα δίχρονο παιδί μπορεί να είναι αγχωμένο και ανήσυχο, επειδή ο άνθρωπος που χρειάζεται για να νιώσει ήρεμα και ευχάριστα-η μητέρα ή ο πατέρας του-δεν βρίσκεται, όσο θα ήθελε, κοντά του.

Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας η απομάκρυνση από τους γονείς τους είναι η σημαντικότερη πηγή άγχους και εκνευρισμού. Όσο μικρότερο σε ηλικία είναι το παιδί τόσο ισχυρότερη είναι και η επίδραση του αποχωρισμού από τους γονείς του. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, οι ακαδημαϊκές απαιτήσεις (από το δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο) και οι κοινωνικές πιέσεις-ιδιαίτερα η ανάγκη του παιδιού να ενσωματωθεί με επιτυχία στην ομάδα των συνομηλίκων του-γίνονται πηγές έντονου άγχους.

Επιπλέον, πολύ συχνά, ακόμα και οι πιο καλοπροαίρετοι γονείς συμβαίνει να προκαλούν άγχος στα παιδιά τους χωρίς να το καταλαβαίνουν. Για παράδειγμα, γονείς οι οποίοι έχουν πετύχει σε πολλές πλευρές της ζωής τους συχνά έχουν-χωρίς οι ίδιοι να το συνειδητοποιούν-υψηλές προσδοκίες από τα παιδιά τους. Αυτά όμως τα παιδιά που τυχαίνει να μην έχουν ούτε τα κίνητρα ούτε τις ικανότητες για υψηλά επιτεύγματα και επιδόσεις που είχαν οι γονείς

τους, συχνά καταλήγουν να νιώθουν απογοητευμένα από τον εαυτό τους και τη ζωή γενικά. (www.iatronet.gr)

6.3.3 Διαταραχή στη σίτιση της παιδικής ηλικίας

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η επίμονη αδυναμία του παιδιού όσον αφορά στην πρόσληψη τροφής, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να χάνει ή να μη βάζει βάρος.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της διαταραχής στη σίτιση της παιδικής ηλικίας είναι τα εξής:

- Επίμονη αδυναμία του παιδιού να φάει αρκετά, με αποτέλεσμα την σημαντική απώλεια βάρους
- Η διαταραχή αυτή δεν οφείλεται σε κάποια γαστρεντερική ή άλλη γενική ιατρική κατάσταση
- Η διαταραχή αυτή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Μηρυκαστική Διαταραχή)
- Η έναρξη της διαταραχής αυτής είναι πριν την ηλικία των 6 ετών

Τα παιδιά, τα οποία πάσχουν από αυτή τη διαταραχή χαρακτηρίζονται ως ευερέθιστα και δύσκολα ηρεμούν με την σίτιση. Επίσης, μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα με τις φάσεις ύπνου-εγρήγορσης, μηρυκασμού καθώς και από άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες, οι οποίες κάνουν τα παιδιά λιγότερο απαρνητικά. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι μπορεί να υπάρχει ψυχοπαθολογία στην οικογένεια, κακοποίηση ή παραμέληση παιδιού. (Μάνος,1997)

6.4 Παιδί με ψυχική διαταραχή και οι επιπτώσεις στο οικογενειακό του περιβάλλον

Η ψυχική ασθένεια και ιδίως αυτή που χαρακτηρίζεται ως σοβαρή και χρόνια έχει δυσμενείς και πολλές φορές αποδιοργανωτικές συνέπειες στον ίδιο τον άρρωστο αλλά παράλληλα έχει και διαλυτικές επιπτώσεις στην οικογένεια, μιας και επηρεάζει όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ζωής της και αποδιαρθρώνει τις οικογενειακές σχέσεις και την οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Πολλά και ποικίλα είναι τα συναισθήματα που νοιώθουν τα μέλη μιας οικογένειας, όταν μαθαίνουν ότι ένα αγαπημένο πρόσωπο πάσχει από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Είναι δύσκολο να αποδεχθούν την αλήθεια και να συμφιλιωθούν με τη νέα πραγματικότητα. Πενθούν για το συγγενή τους που η ζωή του, συνήθως σε τόσο νεαρή ηλικία, αλλάζει τόσο δραματικά. (www.iatronet.gr)

Ο κόσμος αλλάζει δραματικά με τη διάγνωση και ο χρόνος από το σημείο αυτό και μετά καθορίζεται με βάση αυτό το γεγονός-σταθμό. Όλα μοιάζουν να ακολουθούν μια γραμμική πορεία. Η εμπειρία παίρνει για την οικογένεια τη μορφή μιας αφήγησης με αρχή, μέση, αλλά χωρίς τέλος. Ο πρόλογος είναι η ζωή πριν από την αρρώστια, η αρχή της ιστορίας, όταν υποψιάζονταν ότι κάτι κακό συμβαίνει, η μέση είναι η καθημερινή ζωή, ενώ η φροντίδα και η ευθύνη μοιάζουν να μην τελειώνουν ποτέ.

Το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού που νοσεί ψυχικά διανύει ορισμένες φάσεις έως ότου αναγνωρίσει επίσημα αλλά και να δράσει αποτελεσματικά για την ψυχική ασθένεια του παιδιού οι οποίες είναι οι εξής:

Φάση I: Αγνοώντας αυτό που πλησιάζει

Σε αυτήν τη φάση οι γονείς περιγράφουν την ανάπτυξη των παιδιών τους κατά την πρώτη ηλικία ως φυσιολογική. Τονίζουν ιδιαίτερα κάποιες ικανότητές τους (αθλητισμός, καλλιτεχνία, φυσική εμφάνιση), αυτές που έμειναν αναλλοιώτες από την ψυχική αρρώστια. Τα αδέρφια περιγράφουν την αγωνιώδη προσπάθεια των γονιών να ενσωματώσουν στη ζωή της οικογένειας, ως φυσιολογικές, ορισμένες ακραίες συμπεριφορές, που αργότερα θα χαρακτηριστούν ως συμπτώματα της νόσου. Σε κάθε περίπτωση, οι παρεκκλίνουσες συμπεριφορές αντιμετωπίζονται ως μια παροδική αναστάτωση στη ζωή της οικογένειας. Βέβαια ,το αίσθημα του άγχους και άλλα αρνητικά συναισθήματα ότι «κάτι δεν πάει καλά» κυριαρχούν και η οικογένεια αναζητεί τη λύση των προβλημάτων, είτε αλλάζοντας τις περιβαλλοντικές συνθήκες, είτε αφήνοντας το χρόνο να κυλήσει, έχοντας την ελπίδα ότι η κατάσταση θα βελτιωθεί από μόνη της.

Φάση II: Η αναγνώριση και το πρώτο σοκ

Σε αυτό το στάδιο τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας κάνουν την εμφάνιση τους και η οικογένεια για πρώτη φορά αναγνωρίζει την ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων στο παιδί και κινητοποιείται για να βρει κάποιο τρόπο να αντιδράσει.

Ανεξάρτητα από τον ειδικό τρόπο παρέμβασης, την οργανωμένη επαγγελματική βοήθεια ή μη οργανωμένες προσπάθειες υποστήριξης του αρρώστου από τα άλλα μέλη της οικογένειας, το κυρίαρχο στοιχείο σε αυτή τη φάση είναι η άμεση αναζήτηση βοήθειας, το αυξανόμενο άγχος μπροστά στην πιθανότητα να εμφανιστούν πολλαπλασιαζόμενες παρεκκλίνουσες συμπεριφορές ή συμπεριφορές απειλητικές για τη ζωή.

Φάση III: Το αδιέξοδο

Σπανίως η πρώτη απόπειρα αναζήτησης βοήθειας έχει την αναμενόμενη θετική εξέλιξη. Συνήθως διακόπτεται είτε λόγω της άρνησης του ασθενούς, είτε της αδυναμίας των επαγγελματιών υγείας να διακρίνουν την έκταση του προβλήματος σε αυτή την πολύ πρόωμη φάση.

Φάση IV: Αναχαιτίζοντας τις επιπτώσεις της αρρώστιας

Μπροστά σε αυτές τις απρόσμενες και αντιφατικές εξελίξεις, η οικογένεια επιλέγει να περιορίσει την εμπλοκή της με τις συνέπειες της αρρώστιας, είτε παίρνοντας αποστάσεις από τον ασθενή, είτε πιστεύοντας ότι είναι αποτέλεσμα παροδικών περιβαλλοντικών συνθηκών. Μέχρι αυτό το χρονικό σημείο, η πιθανότητα η κατάσταση αυτή να είναι μόνιμη και να μην μπορεί να αλλάξει, η οικογένεια παραμένει γεμάτη αισιοδοξία και ελπίδα για την έκβαση των πραγμάτων.

Φάση V: Η επίσημη αναγνώριση της ψυχικής ασθένειας

Το πάσχον μέλος χάνει τον έλεγχο, επίσημα αναγνωρίζεται ως ψυχικά ασθενής και η σημασία της ύπαρξης της ψυχικής νόσου κατακλύζει κάθε διάσταση της οικογενειακής ζωής.

Η διάγνωση επιβεβαιώνει τις υποψίες των γονιών και αποτελεί, κατά κάποιο τρόπο, μια απάντηση στις ανησυχίες τους. Παρά την ύπαρξη ενδείξεων, η αναγνώριση της ψυχικής νόσου είναι μια επώδυνη και τρομακτική εμπειρία. Ωστόσο, η ίδια η διάγνωση δεν διαφωτίζει και έχει πολύ μικρή προγνωστική αξία

για την οικογένεια, καθώς το βασικό ερώτημα των γονιών είναι πώς θα διαμορφωθεί το παρόν και το μέλλον.

Φάση VI: Η αναζήτηση νοήματος

Μόλις η οικογένεια αναγκαστεί να αναγνωρίσει την ύπαρξη της ψυχικής νόσου, μπαίνει στη διαδικασία να αποδώσει νόημα στο βίωμά της. Πολλοί γονείς πιστεύουν στη συνεργεία βιολογικών και διαπροσωπικών παραγόντων, άλλοι δίνουν έμφαση στο γενετικό παράγοντα και άλλοι στη δυσλειτουργία της οικογένειας. Οι απόψεις διαφέρουν ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και διαφοροποιούνται με το πέρασμα του χρόνου.

Φάση VII: Αναζητώντας θεραπεία

Η αναζήτηση θεραπείας ξεκινάει μόνο όταν η οικογένεια έχει αποδεχθεί την ύπαρξη της αρρώστιας. Η κατεύθυνση που θα πάρει εξαρτάται (α) από το βαθμό αποδοχής της ύπαρξης της ψυχικής ασθένειας από τους γονείς, (β) από την αντίληψη που έχουν σχηματίσει για την αιτιολογία της και (γ) από τις διαθέσιμες υπηρεσίες.

Φάση VIII: Η κατάρρευση της αισιοδοξίας

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, καθώς η θεραπεία προχωράει, γίνεται φανερό ότι ο ασθενής δεν αποκτά το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας. Από τη μια μεριά οι γονείς θα πρέπει να διατηρήσουν την ελπίδα, έτσι ώστε να στηρίξουν τον άρρωστο στη θεραπεία του και να αντέχουν οι ίδιοι τη συνεχή επιβάρυνση. Από την άλλη μεριά, όμως, θα πρέπει να εγκαταλείψουν την ελπίδα μιας πλήρους αποκατάστασης, ώστε να προσαρμοστούν σε μια πιθανώς μειωμένη λειτουργικότητα του ασθενούς. Η προσαρμογή αυτή απαιτεί αναδιάταξη της δομής της οικογένειας, ανεκπλήρωτες ανάγκες των υγιών μελών, κοινωνική απομόνωση καθώς και συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως θυμός, ντροπή, ενοχή, υπερεμπλοκή.

Φάση IX: Η εγκατάλειψη του ονείρου

Σε αυτήν τη φάση η οικογένεια θρηνεί μπροστά στην απώλεια των ιδανικών εσωτερικών εικόνων που έχουν οι γονείς για τον παιδί, αλλά και για την ταυτότητά τους ως «καλών γονιών». Παρ' όλες τις ελπίδες για ένα καλύτερο

μέλλον, η εμπειρία και η γνώση, ότι η αρρώστια χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υποτροπές, διαβρώνουν την ελπίδα.

Φάση X: Ανασυνθέτοντας τα κομμάτια

Η πρόκληση για την οικογένεια είναι να μάθει να διαχωρίζει την ασθένεια και τις συνέπειές της από την υπόλοιπη οικογενειακή ζωή, έτσι ώστε η αρρώστια να θεωρείται μια από τις διαστάσεις της ζωής και όχι το μόνο και κεντρικό πρό βλημα. Παράλληλα, ο ι γο είς θα πρέπει να ανακαλύψω η ή να δραστηριοποιηθούν σε τομείς που δεν σχετίζονται με την αρρώστια και να δώσουν το δικαίωμα στον εαυτό τους να επενδύσουν σε άλλους στόχους, χωρίς αυτό να επηρεάζει την εμπλοκή τους με το άρρωστο παιδί. Ακόμη και αν η οικογένεια περάσει επιτυχώς όλα τα στάδια που περιγράφηκαν και ανταποκριθεί σε όλες τις προκλήσεις που απορρέουν απ' αυτά, έντονα προβλήματα θα υπάρχουν πάντα. (<http://hjn.gr>)

6.4.1 Οι επιπτώσεις στα αδέρφια του παιδιού με ψυχική διαταραχή

Επηρεάζοντας όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής λειτουργίας και της συμπεριφοράς του ασθενή, η σοβαρή ψυχική νόσος έχει σημαντικό αντίκτυπο στη λειτουργικότητα και την κοινωνική υπόσταση της οικογένειας, αλλά και την προσωπική ζωή των μελών της. Ωστόσο, οι συγγενείς δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα και η επιβάρυνση που υφίστανται διαφέρει για το καθένα από τα μέλη της οικογένειας ανάλογα με τον ρόλο τους. Άλλες είναι οι επιπτώσεις της ψυχικής νόσου στους γονείς και άλλες στα αδέρφια.

Μερικές πολύ κοινές αντιδράσεις και συναισθήματα των αδελφών ατόμου με ψυχική ασθένεια μπορεί να είναι η σύγχυση λόγω του τρόπου με τον οποίο ενεργεί ο ασθενής, ντροπή όταν θα πρέπει να εξηγήσουν την ασθένεια σε φίλους και γνωστούς, ενδεχομένως ζήλια για την προσοχή που δίνουν οι γονείς στο πάσχον μέλος της οικογένειας, θυμό που αυτό συνέβη στη δική τους οικογένεια, ματαιώση και απογοήτευση όταν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, πικρία που δεν μπορούν να έχουν μια "φυσιολογική" οικογενειακή ζωή, θλίψη για την απώλεια του προσώπου που ήξεραν, που μεγάλωσαν μαζί, πίεση ώστε να είναι εκείνοι το "τέλειο παιδί" που θα υλοποιήσει τα όνειρα και τις προσδοκίες των γονιών, αλλά κυρίως φόβος για τον αν θα αρρωστήσουν και εκείνοι, για το

αν μπορούν να κάνουν οικογένεια, και για τη φροντίδα που τελικά θα αναλάβουν ό ταν ο ι γο υείς θα φύγω από τη ζωή. Τα αδέλφια αποτελούν μια ιδιαίτερη "ομάδα υψηλού" κινδύνου για να αναπτύξουν και αυτά κάποιου τύπου ψυχική διαταραχή, που παίρνει συνήθως τη μορφή της κατάθλιψης ή κάποιας ψυχοσωματικής έκφρασης ως αντίδραση στη συναισθηματική καταπόνηση που τους προκαλεί η ψυχική νόσος του αδελφού τους. (<http://archive.enet.gr>)

Γενικότερα τα συναισθήματα που νιώθουν και βιώνουν τα αδέλφια των ψυχικά διαταραγμένων παιδιών είναι τα ακόλουθα:

- Τύψεις ή ενοχές που ο αδελφός-ή τους πάσχει από κάποια ασθένεια ενώ αυτά όχι
- Φόβος ότι ίσως αρρωστήσουν και αυτά
- Ζήλια, γιατί δεν είναι στο επίκεντρο προσοχής της οικογένειας
- Άγχος και αυξημένο αίσθημα ευθύνης, νιώθουν πως πρέπει να προσέχουν συνεχώς το αδελφάκι τους
- Αμηχανία απέναντι στις παρέες τους
- Άγχος και ψυχολογική πίεση για επιτυχία. Νιώθουν πως πρέπει αυτά να κάνουν τους γονείς τους περήφανους και χαρούμενους

Σε αυτό το σημείο οι γονείς και οι ειδικοί μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη της αδελφικής σχέσης με τους εξής τρόπους:

1. με την αποσαφήνιση του προβλήματος και της κατάστασης, κάτι που βοηθάει στο να δοθούν ερμηνείες οι οποίες δεν θα βλάψουν τη σχέση,
2. διδάσκοντας στα αδέλφια τρόπους επικοινωνίας και κοινές δραστηριότητες, κυρίως παιχνίδια που προκαλούν ικανοποίηση και ευχαρίστηση,
3. προτείνοντας στα αδέλφια να συμμετέχουν στις συζητήσεις και αποφάσεις της οικογένειας, εφόσον το επιθυμούν και όταν η ηλικία τους το επιτρέπει.

Προσοχή όμως, δεν πρέπει να φορτώνονται τα αδέλφια πολλές ευθύνες. Πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν πρωταρχικά οι δικές τους ανάγκες. Όπως έδειξαν και οι έρευνες στην πλειοψηφία τους, τα αδέλφια δείχνουν ενδιαφέρον να συμβάλλουν στην βελτίωση, η ανάθεση όμως υπερβολικών ευθυνών συνήθως τα κουράζει, προκαλεί άγχος και αγανάκτηση με αποτέλεσμα όλες τις δυσάρεστες συνέπειες αυτού. Επίσης, τα αδέλφια που αναλαμβάνουν από νωρίς μεγάλο μέρος της φροντίδας του παιδιού με αυτισμό. (www.autismhellas.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

7.1 Ορισμός της ψυχοθεραπείας και της ψυχανάλυσης

Η ψυχολογική θεραπεία είναι μία μορφή θεραπείας, η οποία αποσκοπεί κυρίως στην εσωτερική αλλαγή του ατόμου. Αυτό γίνεται κυρίως με την συζήτηση, όπου ο ειδικός προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει τι είναι εκείνο που του δημιούργησε το πρόβλημα. (Λόφερ, 1992)

Σύμφωνα με τον Wolberg, η ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των προβλημάτων συναισθηματικής φύσεως, κατά την οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο δημιουργεί σκόπιμα μια επαγγελματική σχέση με τον ασθενή με σκοπό την αφαίρεση, μετατροπή ή επιβράδυνση της εξέλιξης υπαρχόντων συμπτωμάτων, την μεταβολή διαταραγμένων διαδικασιών συμπεριφοράς και την προαγωγή θετικής ανάπτυξης και εξέλιξης της προσωπικότητας. Η ψυχοθεραπεία δεν είναι μόνο μια διαδικασία που μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιείται για να μειώσει τα βάσανα της ζωής, αλλά και για να βελτιώνει την ποιότητα ζωής. (Νέστορος, 1996)

Ως ψυχοθεραπεία, επίσης, ορίζεται κάθε μέθοδος και τρόπος αντιμετώπισης (θεραπείας) των ψυχοσωματικών διαταραχών. Γι' αυτή την αντιμετώπιση επιστρατεύονται διάφορα μέσα που βασίζονται κυρίως στο λόγο και στην επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων. Πρόκειται για εκείνη τη θεραπευτική αγωγή, που με συζήτηση, συμβουλές, διάφορες άμεσες παρεμβάσεις στη συμπεριφορά του ατόμου ο ψυχοθεραπευτής προσπαθεί να επαναφέρει την ψυχική ισορροπία, εσωτερική ηρεμία και ικανοποίηση του ατόμου, να το κάνει ικανό να «ζήσει» με το περιβάλλον του, να το βοηθήσει να αντιμετωπίζει ανεξάρτητο και ελεύθερο τα προβλήματά του, να το βοηθήσει να κατανοεί τον εαυτό του, να εκφράζει τις επιθυμίες του, τα συναισθήματά του, να ξεπερνά κάθε είδους φοβίες, νευρώσεις, καταναγκασμούς. (Νιτσοπούλου, 1986)

Αντιθέτως, η ψυχαναλυτική θεραπευτική προσέγγιση (ψυχανάλυση) αποσκοπεί στο φωτισμό του ασυνείδητου, στην ανάσχυση στην επιφάνεια των απωθημένων επιθυμιών που οδήγησαν στη νεύρωση, στην αναγνώριση του υποθάλλοντος προβλήματος, στην απελευθέρωση και ανακούφιση του ανθρώπου από την εσωτερική σύγκρουση. (Νιτσοπούλου, 1986)

Κατά τον Adler, έργο της ψυχανάλυσης δεν είναι μόνο να γνωρίσει τι συμβαίνει υποσυνείδητα στην ψυχή των ατόμων, αλλά και να βοηθήσει να καταλάβουν ότι οι ανωμαλίες τους είναι φανταστικές και ότι δεν είναι πραγματικοί ασθενείς. (Σπετσιέρης, 1960)

7.2 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

7.2.1 Συμβουλευτική

Η προσέγγιση της συμβουλευτικής είναι το άτομο και το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον όπου αυτό ζει με στόχο να δημιουργηθεί ένα ώριμο ψυχολογικό άτομο.

Η συμβουλευτική είναι από μία άποψη η προσπάθεια να βοηθηθεί το άτομο να λύσει ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας στο επίπεδο του συνειδητού, με ταυτόχρονη μείωση της διάρκειας του προβλήματος και με παράλληλη τροποποίηση του περιβάλλοντος. (κοινωνικού, συναισθηματικού) (Μαδιανός, 1989)

Σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Συμβουλευτικής, η συμβουλευτική ορίζεται ως η διαδικασία της αλληλεπίδρασης που ασκείται ανάμεσα στον σύμβουλο και το άτομο που απευθύνεται σε αυτόν. Επεξεργάζεται τα προβλήματα που απασχολούν το άτομο και διευκολύνει την επίλυσή τους. Επίσης, δίνει τη δυνατότητα σε ένα άτομο να διερευνήσει τα προβλήματά του, τις ρίζες των προβλημάτων του, τα συναισθήματά του, τις σκέψεις του και τις σχέσεις του. (www.thace.edu.gr)

Η συμβουλευτική μπορεί να παρέχεται άμεσα σε άτομα ή έμμεσα σε υπηρεσίες της κοινότητας. Βασική συμβουλευτική τεχνική είναι εκείνη που στοχεύει στην αλλαγή και βασίζεται στα ακόλουθα: ανάπτυξη της ανάγκης για αλλαγή, εγκατάσταση μιας σχέσης για αλλαγή, διευκρίνιση της διάγνωσης της φύσης του προβλήματος του ατόμου, εξέταση εναλλακτικών λύσεων και προθέσεων, μετατροπή των προθέσεων σε προσπάθειες για πραγματική αλλαγή,

σταθεροποίηση αλλαγής και δημιουργία μιας σχέσης. (Μαδιανός, 1989) Ο σύμβουλος έχει τη δυνατότητα να καταλάβει σε βάθος τα βιώματα του ασθενή μέσα από την εστίαση στη θεραπευτική σχέση και την προσεκτική ακρόαση. Η δουλειά αυτή βασίζεται πάνω στις αρχές του σεβασμού της διαφορετικότητας του άλλου και στην ικανότητα αποδοχής διαφορετικών προισμάτων, μέσα από τα οποία ο καθένας μας αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του. (www.thace.edu.gr)

Η διαφορά της συμβουλευτικής από την ψυχοθεραπεία είναι ότι αυτός που ζητά συμβουλευτική βοήθεια δεν έχει εξαρτημένη σχέση (θεραπευόμενου-θεραπευτή) με τον συμβουλευόντα. (Μαδιανός, 1989)

Στόχοι της συμβουλευτικής είναι:

- Η ανάπτυξη και εξέλιξη του ατόμου
- Η αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων
- Η καλύτερη αντιμετώπιση των δυσκολιών/κρίσεων
- Η βελτίωση επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων
- Η αλλαγή στις δυσλειτουργικές συμπεριφορές
- Η επίλυση προβλημάτων/λήψη αποφάσεων
- Η επίγνωση και αποδοχή εαυτού
- Η γνωστική αλλαγή (www.thace.edu.gr)

7.2.1.1 Ατομική Συμβουλευτική

Οι στόχοι μιας ατομικής συνεργασίας είναι να γίνει διευκρίνιση των ενδοψυχικών συγκρούσεων και, όπου είναι δυνατόν, λύση αυτών των συγκρούσεων. Επίσης, στην ατομική ψυχοθεραπεία συζητούνται θέματα αναφορικά με τα βαθύτερα συναισθήματα για την αρρώστια, το άγχος, καθώς και τις δυσκολίες που δημιουργούνται στη ζωή των ατόμων εξαιτίας της αρρώστιας. (Τσιαντής, 1998)

Συγκεκριμένα, ο έφηβος με την συμβουλευτική λύνει προβλήματά του καθημερινά ίσως ασήμαντα για το περιβάλλον του, αλλά πολύ σημαντικά για τον ίδιο. Επίσης, αναπτύσσει την κρίση του για άτομα, καταστάσεις και γεγονότα βλέποντάς τα από μία διαφορετική οπτική ωφέλιμη για τον ίδιο. Έτσι, μεγαλώνει την αυτοεκτίμησή του και αρχίζει συμπεριφορικά να λειτουργεί πιο θετικά κυρίως για τον ίδιο. Ο ενήλικας, καθώς στην καθημερινότητά του αντιμετωπίζει

πολλαπλές και πολύπλοκες καταστάσεις σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο, με την συμβουλευτική βρίσκει σε κάθε κατάσταση νέες οπτικές που του δίνουν διεξόδους πιο αποτελεσματικές και αποδοτικές για τον ίδιο. Ακόμη, με την συμβουλευτική σχέσης, το μέλος μαθαίνει την αντίληψή του να δέχεται το σύνολο των ερεθισμάτων που δέχεται μέσα σε αυτή την σχέση. Έτσι, αποσυμπιέζει τον εαυτό του από το βάρος δυσάρεστου συναισθήματος, αντιμετωπίζει τα καθημερινά με πιο γόνιμους τρόπους και γίνεται πιο λειτουργικό μέσα στη σχέση. (www.psychology.gr)

7.2.1.2 Ομαδική Συμβουλευτική

Όσον αφορά στην συμβουλευτική γονέων, επειδή οι γονείς καλούνται να αντιμετωπίσουν πολλά προβλήματα και δυσκολίες καθημερινά, με την συμβουλευτική αντιμετωπίζουν αυτά τα προβλήματα πιο γόνιμα και αποδοτικά τόσο για τους ίδιους όσο και για τα παιδιά τους. Έτσι, αυξάνεται η κατανόηση μεταξύ των μελών της οικογένειας και οι γονείς υιοθετούν τρόπους που τους βγάλουν από αδιέξοδα. (www.psychology.gr) Επίσης, στοχεύουν στο να εντοπίσουν τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στην οικογένεια εξαιτίας της χρονιότητας της αρρώστιας και να διευκολυνθεί η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας. (Τσιαντής, 1998)

Ένα ακόμη είδος συμβουλευτικής είναι συμβουλευτική σχέσης ζεύγους. Επειδή πολλές φορές μέσα στη σχέση υπάρχουν προβλήματα που διογκώνονται λόγω τρόπου επικοινωνίας, αυτό κάνει την σχέση τόσο προβληματική που δείχνει αδιέξοδη. Με την συμβουλευτική ζεύγους, το ζευγάρι βρίσκει και αναπτύσσει κοινούς διαύλους επικοινωνίας για οποιονδήποτε τομέα προβληματίζει. Μαθαίνει να εκφράζει ανοιχτά τις σκέψεις αλλά και τους προβληματισμούς με τρόπο αποδεκτό εντός της σχέσης, κάνοντάς την έτσι λειτουργικά ομαλή και ευχάριστη για τους δύο.

Τέλος, υπάρχει η συμβουλευτική ομάδας στην οποία γίνεται ανοιχτή κουβέντα όλων των μελών της, σχετική με κοινούς προβληματισμούς που θέλουν να βρουν τις λύσεις τους. (www.psychology.gr)

7.2.2 Ατομική Ψυχοθεραπεία

Η Ατομική Ψυχοθεραπεία είναι μια διαδικασία συζήτησης πρόσωπο με πρόσωπο, μεταξύ ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, ειδικευμένου στην ψυχοθεραπεία και ενός ανθρώπου που ζητά βοήθεια για κάποιο σοβαρό προσωπικό θέμα που τον απασχολεί.

Με την ατομική ψυχοθεραπεία ο άνθρωπος που ζητά βοήθεια, αρχικά βρίσκει ανακούφιση μιλώντας για καταστάσεις που τον πιέζουν σε συνθήκες ασφάλειας και εχεμύθειας, με ένα άνθρωπο που δεν θα τον κρίνει και δεν θα τον απορρίψει. Μπορεί να εκφράσει ελεύθερα συναισθήματα και σκέψεις που ίσως φοβάται να μοιραστεί ακόμα και με πολύ κοντινούς του ανθρώπους. (www.exelixi-psychotherapy.gr) Είναι μία μορφή θεραπείας, η οποία αποσκοπεί στην κατανόηση των αιτιών της διαταραχής ή στην εξάλειψη των συμπτωμάτων. (Λόφερ, 1992) Σταδιακά, με την υποστήριξη του θεραπευτή, μπορεί να διευρύνει την αντίληψη του για την ζωή, τις σχέσεις και τον εαυτό του και να βοηθηθεί να κάνει αλλαγές ανάλογα με τις προσωπικές ανάγκες και τους στόχους που θέτει ο ίδιος. (www.exelixi-psychotherapy.gr)

Η ατομική ψυχοθεραπεία έχει ένδειξη στην αποκατάσταση στο κοινοτικό επίπεδο και περιλαμβάνει την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και την ψυχοθεραπεία απόκτησης κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως επίσης έχει θέση στην αποκατάσταση των μεθοριακών ασθενών με σοβαρή ψυχοπαθολογία (π.χ. ψυχωσικά επεισόδια). (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη, Χριστοδούλου, 2005) Χρησιμοποιείται και εφαρμόζεται από όλα τα είδη θεραπειών (ομαδική, οικογενειακή, θεραπεία ζευγαριού), καθώς το άτομο είναι το επίκεντρο σε κάθε μία ξεχωριστά.

Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή στην ατομική θεραπεία είναι να βοηθήσει το άτομο να διαπραγματευτεί αποτελεσματικά τα συναισθηματικά και άλλα προσωπικά του προβλήματα. Αξιολογεί και αντιμετωπίζει συναισθηματικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο ψυχοθεραπευτής ενδιαφέρεται κυρίως για τις κρυμμένες δυνάμεις και δυνατότητες, και το υποστηρικτικό περιβάλλον του ενδιαφερόμενου - και του συστήματος στο οποίο ανήκει αυτός (π.χ. οικογένεια καταγωγής)-, για τους τρόπους επικοινωνίας και συνδιαλλαγής του ατόμου με αυτά τα περιβάλλοντα (συστήματα), τους ρόλους, τους κανόνες, και τους στόχους που υιοθετεί, καθώς και για το στάδιο της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται.

Οι στόχοι της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι οι εξής:

- Η κατανόηση και συνειδητοποίηση της προέλευσης και του τρόπου ανάπτυξης των συναισθηματικών προβλημάτων που βιώνει το άτομο, η οποία θα του επιτρέψει να ασκεί έλεγχο πάνω στα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του.
- Η ανάπτυξη θετικής στάσης του ατόμου απέναντι στον εαυτό του, σε συνδυασμό με ανάπτυξη της ικανότητάς του να αναγνωρίζει τις εμπειρίες εκείνες που έγιναν στο παρελθόν –ή και συνεχίζουν να γίνονται– αντικείμενο κριτικής και απόρριψης (Αυτο-αποδοχή και Αυτοπεποίθηση).
- Η ανάπτυξη και ολοκλήρωση του δυναμικού και των ικανοτήτων του ατόμου στην πληρέστερή τους μορφή, και/ή η επίτευξη της ενσωμάτωσης των πλευρών του εαυτού που προηγουμένως βρίσκονταν σε σύγκρουση.
- Η εύρεση λύσης σ' ένα συγκεκριμένο πρόβλημα που το άτομο δεν μπορούσε να λύσει μόνο του.
- Η απόκτηση μιας γενικής δεξιότητας στη λύση προβλημάτων.
- Η απόκτηση, μέσω εκπαίδευσης, από το άτομο ιδεών και τεχνικών με τις οποίες μπορεί να κατανοεί και να ελέγχει τη συμπεριφορά του.
- Η αλλαγή, ή η αντικατάσταση δυσπροσαρμοστικών ή αυτο-καταστροφικών μορφών συμπεριφοράς.
- Η σταδιακή απόκτηση δεξιοτήτων αυτογνωσίας και ενημέρωσης, έτσι ώστε να μπορέσει το άτομο να αντιμετωπίσει κοινωνικές ανισότητες.
(www.sitemaker.gr)

Η χρονική διάρκεια της θεραπείας διαφέρει ανάλογα από το ζήτημα και από το ρυθμό του κάθε ανθρώπου. Η συνεδρία διαρκεί 45 λεπτά από την ώρα της συμφωνημένης συνάντησης και μπορεί να συναντώνται μία, δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα. Η θεραπεία γίνεται μέσω της συζήτησης και υπάρχει απόλυτη εχεμύθεια και διατήρηση του απορρήτου από τον θεραπευτή. (www.daniilidou.gr)

7.2.3 Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Η ομαδική θεραπεία στην Ελλάδα δεν έχει διαδοθεί ίσως σε ικανοποιητικό βαθμό, όσο τουλάχιστον η ατομική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για λόγους γενικής αμφισβήτησης και έλλειψης πληροφόρησης για τις δυνατότητες της ομαδικής-αλλά και της ατομικής- ψυχοθεραπείας, καθώς επίσης

η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι δυνατή σε μεγάλα αστικά κέντρα μόνο, όπου προσφέρονται δυνατότητες διατήρησης της ανωνυμίας του συμμετέχοντα στην ομαδική συνάντηση, και η Ελλάδα δε διαθέτει τέτοια κέντρα. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια άρχισαν έλληνες ψυχοθεραπευτές να χρησιμοποιούν την ομάδα ως θεραπευτικό μέσο. (Νιτσοπούλου, 1986)

Η ομαδική ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στην ανάπτυξη της αυτονομίας, την αύξηση της δυνατότητας για επίλυση προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις και κυρίως στην αύξηση της εναισθησίας και των δυσλειτουργιών. (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη, Χριστοδούλου, 2005)

Η ομάδα αποτελείται συνήθως, από έξι ή οχτώ ασθενείς και έναν ψυχοθεραπευτή. Η συζήτηση που γίνεται αποσκοπεί στο να βοηθήσει τους ασθενείς να κατανοήσουν τη συμπεριφορά τους, καθώς και την συμπεριφορά των άλλων μελών της ομάδας. (Λόφερ, 1992) Αρχικά, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μαθαίνουν να μιλούν για τον εαυτό τους και τις σημαντικές σχέσεις και καταστάσεις της ζωής τους, να εκφράζουν ελεύθερα και ειλικρινά τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις ανάγκες τους μπροστά σε άλλους, (πάντα μέσα σε ένα πλαίσιο αποδοχής και εχεμύθειας). Στην πορεία μαθαίνουν να παρατηρούν τον εαυτό τους αλλά και να ακούνε και να αξιοποιούν τις παρατηρήσεις και τις αντιδράσεις των υπόλοιπων μελών της ομάδας. (www.exelixi-psychotherapy.gr)

Όπως και στην ατομική ψυχανάλυση, στην ομαδική ψυχοθεραπεία επιδιώκεται η συνειδητοποίηση των απωθημένων στο ασυνείδητο επιθυμιών, δίνεται μεγάλη σημασία στην παιδική ηλικία των μελών, στους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ. Τα όνειρα και ο ελεύθερος συνειρμός αποτελούν τα μέσα για το φωτισμό του ασυνείδητου, ενώ τα άλλα μέλη της ομάδας συμμετέχουν με τις δικές τους εμπειρίες προσπαθώντας να αναπαράγουν το οικογενειακό ή άλλο περιβάλλον, όπου εμφανίστηκε και συντηρήθηκε η διαταραχή, ή καλούνται να παίξουν τους ρόλους των γονιών, αδερφών ή άλλων προσώπων που σχετίζονται με την ανάλυση. Ο ψυχαναλυτής καθοδηγεί την ομάδα ερμηνεύοντας και διευκρινίζοντας τα προϊόντα των ονείρων και του συνειρμού.

Κλείνοντας, θα ήταν αξιοσημείωτο να αναφερθούν κάποια ενδεικτικά αποτελέσματα από έρευνες που έχουν γίνει πειραματικά: η ομαδική ψυχοθεραπεία δεν υπερτερεί από άλλους τύπους ψυχοθεραπείας, η ατομική συνδυασμένη από ομαδική θεραπευτική διαδικασία υπόσχεται τα καλύτερα

αποτελέσματα, ο ρόλος του αρχηγού της ομάδας είναι καταλυτικός και αυτός που θα προκαθορίσει την επιτυχημένη έκβαση της ομαδικής θεραπείας, τα αποτελέσματα της ομαδικής θεραπείας είναι μόνιμα, και τέλος η ύπαρξη ενός δεύτερου ψυχοθεραπευτή στην ομάδα είναι εποικοδομητική, όταν η συνεργασία μεταξύ τους στηρίζεται στην κατανόηση και αλληλοενημέρωση. Όταν το ζεύγος των θεραπευτών εκπροσωπεί τα δύο φύλα, διευκολύνεται η λειτουργία της ομάδας καθώς η ταύτιση με το αντρικό ή γυναικείο φύλο επενεργεί καταλυτικά. (Νιτσοπούλου, 1986)

7.2.4 Θεραπεία στο ζευγάρι

Η θεραπεία ζευγαριών μπορεί να αποτελέσει ολοένα και μεγαλύτερη πρόκληση, όταν οι δύο σύντροφοι βιώνουν σοβαρές ατομικές δυσκολίες. Αυτό συμβαίνει, επειδή τα ατομικά ζητήματα μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα της σχέσης του ζευγαριού ή επειδή η λειτουργικότητα της σχέσης μπορεί να επιταχύνει, να συντηρήσει ή να επιδεινώσει της ατομική κρίση του συντρόφου. (Norman, Epstein, Donald, 2005) Η κρίση στο ζευγάρι επιδεινώνεται επίσης, όταν το ζευγάρι προέρχεται από διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο. (Dattilio, Padesky, 1995)

Όταν ο ένας σύντροφος βιώνει τις απαιτήσεις ή τις δυσκολίες μιας εμπειρίας, συνήθως το βάρος δεν το επωμίζεται μόνο το άτομο αλλά και η σχέση του ζευγαριού. Αν το ένα άτομο, για παράδειγμα, έχει κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής, οι απαιτήσεις θα επηρεάσουν την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων του με το σύντρόφό του. Η διαταραχή αυτή θα εμποδίσει το άτομο να συμμετέχει σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου και να διεκπεραιώνει συντελεστικούς στόχους στο πλαίσιο μιας σχέσης.

Για μερικούς κλινικούς και θεωρητικούς, ιδίως εκείνους που υιοθετούν την οπτική των συστημάτων, η ατομική λειτουργία και η λειτουργία της σχέσης δεν μπορούν να διαχωριστούν μεταξύ τους. (Norman, Epstein, Donald, 2005) Στις περιπτώσεις αυτές συστήνεται ατομική θεραπεία, ώστε να αντιμετωπιστούν αυτές οι επιπρόσθετες διαταραχές ή άλλοι προβληματικοί τομείς. Το ιδανικό είναι η ατομική θεραπεία να γίνεται από διαφορετικό θεραπευτή και όχι από αυτόν που παρακολουθεί το ζευγάρι. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, ο ίδιος θεραπευτής μπορεί να κάνει και τα δύο, παρόλο που πρέπει να είναι προσεκτικός στον καθορισμό

των θεμάτων που σχετίζονται με το απόρρητο της θεραπείας. Εάν οι σύζυγοι όμως, παρακολουθούνται ατομικά από θεραπευτή, θα πρέπει ο ένας να συντονίζεται με τον θεραπευτή του ζευγαριού, έτσι ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί συνδυαστική θεραπεία σε κάθε ιδιαίτερη ανάγκη που υπαγορεύουν τα ατομικά προβλήματα του κάθε συντρόφου. (Dattilio, Padesky, 1995)

Τα συμπτώματα που προκύπτουν από την ατομική ψυχοπαθολογία μπορεί να δημιουργήσουν κρίση στη σχέση, και η κρίση στη σχέση μπορεί να πυροδοτήσει, να επιδεινώσει ή να συντηρήσει τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας ενός ατόμου. Ο θεραπευτής θα πρέπει να γνωρίζει τους διάφορους τρόπους παρεμβάσεων με τους οποίους μπορεί να ερευνησει τα ατομικά ζητήματα στο πλαίσιο της σχέσης. Υπάρχουν τουλάχιστον τρία είδη παρεμβάσεων στα ζευγάρια που μπορεί ο θεραπευτής ζευγαριού να χρησιμοποιήσει, όταν υφίσταται ατομική ψυχοθεραπεία:

- Οι υποστηριζόμενες από το σύντροφο παρεμβάσεις
- Οι ειδικές παρεμβάσεις για ζευγάρια με διαταραχή
- Η θεραπεία ζευγαριού

Οι δύο πρώτες προσεγγίσεις μπορούν να γίνουν ανεξάρτητα από το αν το ζευγάρι αναφέρει ότι η σχέση βρίσκεται σε κρίση. Εξ ορισμού, το τρίτο είδος παρέμβασης είναι η θεραπεία ζευγαριών των οποίων η σχέση βρίσκεται σε κρίση.

Πρώτη παρέμβαση: Κάποιες παρεμβάσεις μπορούν να θεωρηθούν ως παρεμβάσεις υποστηριζόμενες από το σύντροφο. Σε αυτές, ο σύντροφος χρησιμοποιείται ως αναπληρωτής θεραπευτής ή καθοδηγητής, για να βοηθήσει τον πάσχοντα στην αντιμετώπιση των ατομικών προβλημάτων. Ο θεραπευτής θα πρέπει να αντιληφθεί την ατομική ψυχοπαθολογία και τις αλλαγές που χρειάζεται να κάνει το συγκεκριμένο άτομο για να βελτιώσει τη λειτουργία του. Ο σύντροφος καλείται απλώς να βοηθήσει το άτομο στην πραγματοποίηση των αλλαγών αυτών. Όταν όμως η σχέση του ζευγαριού βρίσκεται σε σοβαρή κρίση, ίσως να θεωρούν την τοποθέτηση του ενός συντρόφου στο ρόλο του «καθοδηγητή» ως μεταβολή της ισορροπίας της εξουσίας στη σχέση τους, με κυρίαρχο το σύντροφο που καθοδηγεί.

Δεύτερη παρέμβαση: Ένας άλλος τρόπος εμπλοκής ενός συντρόφου στην αντιμετώπιση της ατομικής ψυχοπαθολογίας μέσα στη σχέση είναι η ειδική παρέμβαση για ζευγάρια με διαταραχή. Τέτοιες παρεμβάσεις εστιάζουν στη σχέση και, συγκεκριμένα στους τρόπους με τους οποίους τα πρότυπα ή οι ρόλοι

αλληλεπίδρασης του ζευγαριού συμβάλλουν στην επιτάχυνση, επιδείνωση ή στη συντήρηση των ατομικών συμπτωμάτων. Έτσι, οι παρεμβάσεις αυτές έχουν ως στόχο τη σχέση του ζευγαριού, αλλά μόνο όταν η σχέση εμφανίζεται να επηρεάζει άμεσα την ατομική διαταραχή ή όταν η ατομική διαταραχή επηρεάζει τη σχέση.

Τρίτη παρέμβαση: Η θεραπεία ζευγαριών είναι το τρίτο είδος παρέμβασης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν υπάρχουν ατομικές διαταραχές. Ανάλογες παρεμβάσεις βασίζονται στη λογική ότι η συνολική λειτουργία του ζευγαριού συντείνει στη δημιουργία και τη διατήρηση των ατομικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, αν ένα άτομο είναι ευάλωτο στην κατάθλιψη και βρίσκεται σε μία σχέση με προβλήματα, ενδέχεται να επιταχυνθούν ή να επιδεινωθούν τα συμπτώματά του.

Προκειμένου να είναι αποτελεσματικός ο θεραπευτής στη θεραπεία των ατομικών διαταραχών σε μία σχέση, χρειάζεται να αντιληφθεί τη διαταραχή από την οποία πάσχει ένα άτομο. (Norman, Epstein, Donald, 2005) Όπως όταν ένα μέλος του ζευγαριού πάσχει από κατάθλιψη, ο θεραπευτής θα πρέπει να περιμένει ότι οι αντιλήψεις του καταθλιπτικού συντρόφου θα χαρακτηρίζονται από αρνητισμό και απαισιοδοξία. Το μέλος ανησυχεί για διάφορες πλευρές της σχέσης και οι σκέψεις του περιστρέφονται συνήθως στην αδυναμία του να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της σχέσης. (Dattilio, Padesky, 1995) Ο θεραπευτής θα πρέπει να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο επιδεινώνονται ή συντηρούνται αυτά τα ατομικά συμπτώματα μέσα σε μία ερωτική σχέση, όπως επίσης τον τρόπο με τον οποίο η ατομική ψυχοπαθολογία επηρεάζει, αφενός, την ικανοποίηση των αναγκών και των κινήτρων και των δύο προσώπων και, αφετέρου, τα πρότυπα αλληλεπίδρασης του ζευγαριού.

Πολλές φορές οι σύντροφοι μπορούν να αποδεχτούν χαρακτηριστικά του άλλου ατόμου που δεν είναι τα ιδανικότερα. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις, τα ακραία αυτά χαρακτηριστικά αποτελούν τη βάση για την απόφαση ενός ατόμου να εγκαταλείψει τη σχέση. (Norman, Epstein, Donald, 2005)

7.2.5 Οικογενειακή Θεραπεία

Η θεραπεία της οικογένειας είναι η νεότερη ψυχοθεραπευτική τεχνική που κατεξοχήν ασκείται στην κοινοτική ψυχική υγιεινή από ειδικά εκπαιδευμένα μέλη

της ομάδας ψυχικής υγείας, καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας και διαταραχών στην επικοινωνία μέσα στην οικογένεια και δεν έχει ένα συγκεκριμένο μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης ή παρέμβασης αλλά περισσότερο, που προέρχονται από τις διάφορες σχολές και θεωρίες γύρω από την ερμηνεία της ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια και τη θεραπεία της. (Μαδιανός, 1989)

Στην οικογενειακή θεραπεία αξιοποιείται όλη η οικογένεια για να βοηθηθεί ένα μέλος, παιδί ή ενήλικας, που στην συγκεκριμένη φάση παρουσιάζει κάποιο ιδιαίτερα σοβαρό σύμπτωμα ή δυσκολία στην προσωπική του εξέλιξη. Συνήθως αυτή η δυσκολία του ατόμου, αντανακλά και εκφράζει κάποια κρίση ή δυσκολία ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος που χρειάζεται να προχωρήσει σε σημαντικές αλλαγές. (www.exelixi-psychotherapy.gr)

Βασίζεται πάνω στην πεποίθηση ότι τα προβλήματα για τα οποία ένα μέλος της οικογένειας χρειάζεται βοήθεια είναι συνδεδεμένα με διάφορους παράγοντες μέσα στην οικογένεια και ότι τα διάφορα μέλη της μπορεί να χρειάζονται επίσης βοήθεια ή θεραπεία. Γι' αυτό είναι δυνατόν διάφορα μέλη να παίρνουν μέρος στις συζητήσεις και πιθανόν και στη θεραπεία. (Λόφερ, 1992)

Σε κάθε περίπτωση η οικογένεια εμπλέκεται άμεσα ως πληροφοριοδότης, ως «θεραπευτής» και ως αποδέκτης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης με ειδικές ψυχοεκπαιδευτικές συνεδρίες ή κοινές υποστηρικτικές ομάδες οικογενειών. (Μαδιανός, 2005)

Οι ενδείξεις για τη θεραπεία της οικογένειας προέρχονται από τη θέση ότι κάθε ατομική αλλαγή στη συμπεριφορά απαιτεί την αλλαγή στη συμπεριφορά των μελών της οικογένειας. (Μαδιανός, 1989)

7.2.5.1 Οικογενειακή θεραπεία με ψυχοσωματικό άρρωστο μέλος

Η θεραπεία οικογένειας με ψυχοσωματικό άρρωστο μέλος στοχεύει στην απάλειψη της παθολογικής επικοινωνίας και συμμαχιών που παρατηρούνται μεταξύ των μελών.

Οι στόχοι της θεραπείας αυτής είναι:

- Η μείωση του στρες στην οικογένεια που προέρχεται από τα συμπτώματα της σωματικής αρρώστιας .

- Η μείωση του ρόλου των σωματικών συμπτωμάτων στη διατήρηση της οικογενειακής ομοιόστασης.
- Η βοήθεια της οικογένειας στην ανάπτυξη της αυτονομίας των μελών της και ιδιαίτερα του ψυχοσωματικού μέλους.

Βασικές αρχές στη θεραπεία οικογένειας με ψυχοσωματικό άρρωστο μέλος (αν πρόκειται για π.χ. παιδί) είναι οι εξής:

- Να αρχίσουν οι γονείς να αντιμετωπίζουν την αρρώστια.
- Ενθάρρυνση του πιο αδιάφορου γονέα να ασχοληθεί με το παιδί.
- Έμφαση γύρω από την ανωριμότητα και τη δυσκολία του μέλους να αντιμετωπίσει το σύμπτωμα .
- Προσπάθεια ώστε οι γονείς να συνεργάζονται για να ενισχύσουν την αυτονομία, την υπευθυνότητα και την ωριμότητα του μέλους.
- Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των τυχόν αδερφών.
- Προοδευτική μετατόπιση από την αρρώστια, που είναι αυτή την στιγμή το κέντρο του ενδιαφέροντος, προς τη φυσιολογική ψυχοκοινωνική προσαρμογή της οικογενειακής ζωής, όπου η σωματική αρρώστια αποτελεί μέρος της καθημερινής ζωής.
- Όσο υπάρχουν τα συμπτώματα, τόσο δίνεται έμφαση στα συζυγικά θέματα σχέσεων.

7.2.6 Ψυχοεκπαίδευση οικογένειας

Η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μία μέθοδο διαχείρισης της ψυχικής νόσου που στηρίζεται στην εργασία/συνεργασία με τις οικογένειες πασχόντων από χρόνια ψυχική νόσο και στοχεύει στο να τους παρέχει γνώσεις και να τις βοηθήσει να αναπτύξουν δεξιότητες τέτοιες, ώστε να συμβάλλουν ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του πάσχοντος μέλους τους, μειώνοντας παράλληλα την πολυεπίπεδη επιβάρυνση για τις ίδιες. Ο σκοπός της ψυχοεκπαίδευσης είναι να φέρει κοντά στον πάσχοντα την οικογένεια του και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, ώστε να συνεργαστούν για την θεραπεία του πάσχοντα και την καλύτερη ποιότητα ζωής του.

Η ψυχοεκπαίδευση υπολογίζει και σέβεται την προσωπική, οικογενειακή και πολιτισμική πραγματικότητα των εμπλεκόμενων μερών και των αντιλήψεών

τους και είναι μια δυναμική διαδικασία που προσδιορίζει κάθε φορά τις ανάγκες του πάσχοντα και της οικογένειάς του.

Η ψυχοεκπαίδευση των ατόμων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια και των οικογενειών τους συνολικά, αποσκοπεί στην πλήρη συμμετοχή του πάσχοντα στην κοινωνία και την εξασφάλιση όσο το δυνατόν της ανταπόκρισης και συνέχειας στην θεραπεία.

Πιο αναλυτικά, οι στόχοι της ψυχοεκπαίδευσης για κάθε εμπλεκόμενο είναι οι παρακάτω:

Για τον πάσχοντα:

- την μείωση των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου
- την αποφυγή υποτροπών και νέων νοσηλειών
- την αποκατάστασή του, ώστε να επιτυγχάνεται το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα
- την ανάρρωσή του μέσα από τη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων μερών στη διαδικασία θεραπείας και αποκατάστασης

Για την οικογένεια ή τους οικείους:

- την εξασφάλιση της συμμετοχής τους στην υποστήριξη της θεραπείας και βελτίωσης της υγείας του πάσχοντα
- την εξασφάλιση της υποστήριξής τους που να στηρίζεται σε γνώσεις και δεξιότητες
- την ανακούφισή τους από τον πόνο, την θλίψη και τα άγχη και την υποστήριξή τους στις προσπάθειες στήριξης του πάσχοντα

Για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας:

- το συντονισμό όλων των παραμέτρων της θεραπείας και αποκατάστασης ώστε να εξασφαλιστεί ότι όλοι εργάζονται με τον ίδιο σκοπό σε μια συνεργατική και υποστηρικτική σχέση που περιλαμβάνει και την οικογένεια
- την προσοχή και το σεβασμό τόσο στις κοινωνικές όσο και στις ιατρικές ανάγκες του πάσχοντα
- την συνεργασία με τον πάσχοντα και την οικογένειά του και την αποδοχή τους ως ίσους συνεργάτες
- την εκτίμηση τόσο των δυνατοτήτων όσο και των αδυναμιών της οικογένειας

- την επίλυση των οικογενειακών συγκρούσεων με ευαισθησία απέναντι στη συναισθηματική φόρτιση που βιώνει η οικογένεια
- την ενθάρρυνση της ανοιχτής και ξεκάθαρης επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, καθώς και την ευελιξία αλλά και την ικανοποίηση των αναγκών της οικογένειας και του πάσχοντα. (Τετράδια Ψυχιατρικής, 2008)

7.2.7 Ψυχοφαρμακοθεραπεία

Η ψυχοφαρμακοθεραπεία ανήκει στις βιολογικές θεραπείες, μέσω των οποίων θεραπεύονται οι άρρωστοι που πάσχουν από σχιζοφρένεια. (Μαδιανός, 2005) Οι βιολογικές μέθοδοι θεραπείας αποσκοπούν στην ανακούφιση του ασθενή από το άγχος, την ένταση ή την κατάθλιψη. Δεν εξαλείφουν τις αιτίες των προβλημάτων για τα οποία ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια, αλλά κυρίως προσφέρουν ανακούφιση. (Λόφερ, 1992) Στις βιολογικές θεραπείες ανήκουν επίσης, η ψυχοθεραπευτική και η ψυχοκοινωνική προσέγγιση, οι οποίες στις περισσότερες περιπτώσεις συνδυάζονται.

Η ψυχοφαρμακοθεραπεία αποτελεί το θεραπευτικό πυρήνα της αντιμετώπισης των ψυχικών συμπτωμάτων, κυρίως των παραληρητικών ιδεών. Τέτοια φάρμακα είναι τα νευροληπτικά, τα νεότερα άτυπα αντιψυχωσικά και άλλα φάρμακα, όπως είναι τα ηρεμιστικά. (Μαδιανός, 2005)

7.2.8 Ψυχοθεραπεία μέσω τέχνης

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται πέντε μορφές: η εικαστική θεραπεία (art therapy), η δραματοθεραπεία (drama therapy), η μουσικοθεραπεία, η χοροθεραπεία και η παιγνιοθεραπεία, οι οποίες χρησιμοποιούν, αντίστοιχα, τη ζωγραφική, το θέατρο, την μουσική, το χορό και το παιχνίδι για να επιτευχθεί η αύξηση της εκφραστικότητας μέσω μορφών της μη λεκτικής επικοινωνίας.

Οι μορφές αυτές «θεραπείας» χρησιμοποιούν την τέχνη ως ένα τρόπο έκφρασης συγκεκριμένων και δύσκολα κατανοητών από το άτομο συναισθημάτων και βιωμάτων, σε μία προσπάθεια να αποκτήσουν σαφήνεια και τάξη. (Κονταξιάκης, Χαβάκη-Κονταξιάκη, Χριστοδούλου, 2005)

7.2.8.1 Εικαστική θεραπεία

Η θεραπεία μέσω της τέχνης προσφέρεται στο χώρο της ψυχικής υγείας και ως διαγνωστικό εργαλείο ψυχολογικής αξιολόγησης για κάθε άτομο ξεχωριστά, για ζευγάρια, για οικογένειες και για ομάδες ατόμων, τα οποία έχουν κάποιο πρόβλημα κοινό . Αφορά παιδιά, εφήβους και ενήλικες που θέλουν να έρθουν σε επαφή με το δημιουργικό συναίσθημα, ή που έχουν κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα ή κάποια πιο σοβαρή ψυχολογική διαταραχή, ή που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τους ανθρώπους από τους οποίους περιβάλλονται.

Σκοπός αυτής της θεραπείας δεν είναι φυσικά το καλλιτεχνικό αποτέλεσμα, αλλά η έκφραση και η απελευθέρωση των συναισθημάτων των ασθενών και η επεξεργασία αυτών. Το άτομο χρησιμοποιώντας τις δημιουργικές του δυνατότητες, εκφράζει άλυτες συγκρούσεις, προβλήματα και τον τρόπο που σκέφτεται. Συχνά αυτό γίνεται χωρίς να το συνειδητοποιεί, απλά ζωγραφίζει ή επιδίδεται σε κάποιο άλλο είδος καλλιτεχνικής δημιουργίας. Παρατηρώντας όμως, μετά το δημιούργημά του μαζί με τον θεραπευτή και την βοήθεια που του προσφέρει, ερμηνεύει τα σύμβολα που ο ίδιος έχει χρησιμοποιήσει .

Ο πιο δύσκολος ρόλος που έχει ο εικαστικός θεραπευτής σε αυτή την διαδικασία είναι να βοηθήσει το άτομο να εκφραστεί ελεύθερα και να ερμηνεύσει τα σύμβολα που χρησιμοποιεί. (Κουκουρίκος, 2007)

7.2.8.2 Δραματοθεραπεία

Η δραματοθεραπεία είναι μία μορφή ψυχοθεραπείας μέσα από την υπόδυση ρόλων και αντίστοιχων συμβολικών εκδραματίσεων με τελικό στόχο την ψυχοκάθαρση. Είναι μία ατομική και ομαδική διαδικασία που αξιοποιεί τη μεταφορά στην επικοινωνία και τη δραματοποίηση της έκφρασης των συναισθημάτων. Ο εαυτός αποτελεί τη βάση της διεργασίας. Η τελετουργική διαδικασία έχει τελικό καθαρτικό χαρακτήρα με το κτίσιμο ταυτότητας μέσα από την παράσταση (Μαδιανός, 2005)

Στόχος της δραματοθεραπείας είναι να αναπτύξει την υγιή πλευρά του ατόμου, να τους διδάξει νέους τρόπους διαπραγμάτευσης και αντιμετώπισης των

καταστάσεων της ζωής επιφέροντας έτσι την ψυχική και συναισθηματική ισορροπία. Μέσα από τις μεθόδους που χρησιμοποιεί, διευκολύνει τη δημιουργικότητα, τη φαντασία, την αυτογνωσία, προσφέρει δυνατότητες για εξερεύνηση, αναγνώριση, επεξεργασία, αλλαγή συναισθημάτων και σχέσεων, διευρύνει τα όρια των εμπειριών και μεγαλώνει το φάσμα των συναισθηματικών και κοινωνικών ρόλων που διαδραματίζει το άτομο στη ζωή του. (Κουκουρίκος, 2007)

Οι τεχνικές του ψυχοδράματος περιλαμβάνουν το βοηθητικό εγώ, αυτοσχεδιασμούς (role playing), την αναπαράσταση ρόλων, την αντιστροφή ρόλων, τους μονολόγους, τον κατοπτρισμό. Το τελευταίο είναι βασικό αφού το άτομο βλέπει τον εαυτό του μέσα από τα μάτια των άλλων και οι άλλοι βλέπουν τον εαυτό τους μέσα από τα μάτια του ατόμου. (Μαδιανός, 2005)

7.2.8.3 Μουσικοθεραπεία

Η μουσικοθεραπεία «δανείζεται» τεχνικές από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Η μουσική επιδρά στη συναισθηματική απαρτίωση του ατόμου σε συνειδητό και ασυνείδητο επίπεδο. Διευκολύνει τη συνειδητοποίηση ασυνείδητων μηχανισμών σε επίπεδο ψυχοκαθαρκτικό, ενώ διεγείρει-ενεργοποιεί στοιχεία της προσωπικότητας, τα συναισθήματα, τη φαντασία, τη δημιουργικότητα, τις κρυμμένες μουσικές δεξιότητες σε επίπεδο κινητοποίησης του ατόμου. (Μαδιανός, 2005)

Η μουσική αγγίζει την καλλιτεχνική φύση του ανθρώπου και δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για αυτοπραγμάτωση αφυπνίζοντας την γενετήσια ικανότητά του για δημιουργική δράση και συνύπαρξη με το περιβάλλον του. (Κουκουρίκος, 2007) Φέρνει το άτομο σε συνειδητή επαφή με τον εαυτό του και το πρόβλημα. Με την μουσική το άτομο βοηθιέται να εκφραστεί (μη λεκτικά) και να μοιραστεί το πρόβλημά του και αντιλαμβάνεται ότι αυτό δεν είναι μοναδικό, ενώ η μουσική το βοηθά να μετουσιώσει τα παθολογικά βιώματά του σε αποδεκτή διεργασία, όπως είναι η μουσική, ενώ αναπτύσσεται η συλλογικότητα. (Μαδιανός, 2005)

Επίσης, η μουσική διευκολύνει το άτομο να διατηρήσει και να ενθαρρύνει συναισθηματικές και πνευματικές πτυχές του εαυτού του όπως η ανεξαρτησία, η ελευθερία της αλλαγής, η ισορροπία. Φροντίζει ουσιαστικά την ανάπτυξη της

συναισθηματικής νοημοσύνης του ανθρώπου και μπορεί να καλύψει κάθε άνθρωπο σε οποιαδήποτε ψυχοσωματική κατάσταση. Στόχος της είναι ο θεραπευόμενος να συλλογιστεί με τον εαυτό του και να ανακαλύψει πτυχές που ενδεχομένως δεν είχε δει. (Κουκουρίκος, 2007)

7.2.8.4 Χοροθεραπεία

Η χοροθεραπεία ανήκει και αυτή στην κατηγορία των θεραπειών μέσω της τέχνης και είναι η ψυχοθεραπευτική χρήση της εκφραστικής κίνησης και του χορού μέσα από την οποία το άτομο μπορεί να εμπλακεί δημιουργικά σε μια διαδικασία προσωπικής ολοκλήρωσης και ανάπτυξης. Είναι η ψυχοθεραπευτική τεχνική, η οποία χρησιμοποιεί την κίνηση σαν μια διαδικασία προώθησης της συναισθηματικής, νοητικής και φυσικής ολότητας του ατόμου.

Αφορά σε άτομα με πρόβλημα στην εικόνα που έχουν για το σώμα τους, ή εμφανίζουν συναισθηματικές διαταραχές ή νοητική καθυστέρηση. (Μαδιανός, 2005). Τα βασικά χαρακτηριστικά της χοροθεραπείας είναι ότι χρησιμοποιείται η γλώσσα του σώματος και η μη λεκτική διάσταση της επικοινωνίας, η οποία αποτελεί τρόπο έκφρασης για να παρακινηθεί η επικοινωνία. (Κουκουρίκος, 2007) Περιλαμβάνει τη δυνατότητα της έκφρασης του εαυτού του αρρώστου μέσα από σύγχρονη χορογραφία ελεύθερης μορφής και κινήσεων των μελών του σώματος που υποσημαίνουν μηνύματα, αντιλήψεις, επιθετικότητα, ικανοποιήσεις. (Μαδιανός, 2005)

7.2.8.5 Παιγνιοθεραπεία

Η παιγνιοθεραπεία αποτελεί την «αρχαιότερη» μορφή θεραπείας, με ευρεία εφαρμογή για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς, κυρίως στις ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας (3-13 ετών) και στηρίζεται στη φυσική ανάγκη του ανθρώπου για παιχνίδι. (Μαδιανός, 2005) Η παιγνιοθεραπεία είναι μια διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στο παιδί να εξελίξει και να δοκιμάσει τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του, χωρίς να διακινδυνεύσει. (www.efmathia.gr)

Τα παιδιά χρησιμοποιούν το παιχνίδι με βάση τις δικές τους ικανότητες και το δικό τους ρυθμό, ώστε να εκφράσουν συμβολικά τις ανησυχίες τους, τις επιθυμίες και τους φόβους τους. Το παιχνίδι επομένως, θεωρείται ως μια μορφή

φυσικής και αβίαστης διαδικασίας μάθησης, ως ο αμεσότερος τρόπος απελευθέρωσης από εντάσεις, ενώ παράλληλα διευκολύνει την επικοινωνία των ενηλίκων με τον εσωτερικό κόσμο του παιδιού. (www.efmathia.gr)

Το παιδί παίζει με διαφορετικού τύπου παιγνιοκατασκευές, οι οποίες έχουν συμβολικό χαρακτήρα. (Μαδιανός, 2005) Έχει στη διάθεσή του μια ποικιλία από παιχνίδια και υλικά, τα οποία θα μπορεί να χρησιμοποιήσει, για να εκφραστεί δημιουργικά. Το παιχνίδι αποτελεί μέσο έκφρασης για το παιδί και μέσο κατανόησης για τον θεραπευτή, όπου μέσω αυτού κατανοεί το πρόβλημα του παιδιού και προσπαθεί να το βοηθήσει. (www.efmathia.gr) Ο θεραπευτής μέσα από την παρατήρηση και την επαφή με το παιδί προσφέρει το έδαφος για ερμηνείες, απαντήσεις και συζήτηση με θεραπευτικούς τελικούς στόχους. (Μαδιανός, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

8.1 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Ο κοινωνικός λειτουργός προάγει την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις σχέσεις των ανθρώπων και την ενδυνάμωση και ενίσχυσή τους με στόχο την επαύξηση της ευημερίας τους. Η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας χρησιμοποιεί θεωρίες της συμπεριφοράς των ανθρώπων και των κοινωνικών συστημάτων, για να παρέμβει στα σημεία εκείνα όπου τα άτομα αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους. Οι αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι θεμελιώδεις για την κοινωνική εργασία. (www.teiath.gr)

Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού μπορεί να πάρει έναν ή και περισσότερους ρόλους ανάλογα με το ποια θα είναι η κοινωνική υπηρεσία που θα συνεργαστεί αλλά και τις ανάγκες που έχει ο κάθε εξυπηρετούμενος. Επιπλέον, συνεργάζεται με τους εξυπηρετούμενους, την υπηρεσία του και με άλλες υπηρεσίες προκειμένου να εφαρμόσει διάφορες τεχνικές παρέμβασης. Οι διάφοροι ρόλοι ενός κοινωνικού λειτουργού αποκαλύπτουν τις επαγγελματικές του δεξιότητες και τα προσόντα του. Οι ρόλοι αυτοί εμφανίζονται ταυτόχρονα κατά την άσκηση του επαγγέλματός του.

Μερικοί από τους ρόλους, τους οποίους μπορεί να αναλάβει ένας κοινωνικός λειτουργός κατά την άσκηση του στο επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας παρουσιάζονται παρακάτω: (Καλλινικάκη, 1998)

- Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ένας «μεσολαβητής» μεταξύ του ατόμου ή της ευπαθούς ομάδας, στην οποία ανήκει, και του εξωτερικού του περιβάλλοντος με σκοπό την προστασία του και την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. (www.bestrong.org.gr)

- Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι «συνήγορος», ο οποίος ερευνά συγκεκριμένες παραβιάσεις δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων από φορείς ή άτομα και προτείνει τρόπους προστασίας τους. Προσπαθεί να κάνει γνωστά τα δικαιώματά τους σε όλους και φροντίζει, ώστε να συμμετέχουν και να ακούγεται η φωνή τους στα θέματα που τους αφορούν. Παρακολουθεί την εφαρμογή των νόμων και κάνει προτάσεις προς την Πολιτεία για να λάβει μέτρα προς το συμφέρον τους. Συναντά τους εξυπηρετούμενους στους χώρους όπου ζουν, εκπαιδεύονται και περνούν την καθημερινότητά τους, συζητά τα προβλήματα που τους απασχολούν και ακούει τις απόψεις και τις προτάσεις τους. (<http://0-18.gr>)
- Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να λειτουργήσει ως «εκπρόσωπος» των εξυπηρετούμενων και έχει ως στόχο του την έγκριση της χορήγησης των παροχών που ζητούν από την διοίκηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ένας «αξιολογητής», ο οποίος συγκεντρώνει πληροφορίες, αξιολογεί προβλήματα και συσχετίζει αντιδράσεις με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Από τα συμπεράσματα που προκύπτουν αποφασίζει για παρέμβαση και δράση και εκτιμά τα αποτελέσματα των εισηγήσεων και των παρεμβάσεών του.
- Επίσης, ένας Κοινωνικός Λειτουργός λειτουργεί συχνά ως «εμψυχωτής». Σκοπός του είναι να βοηθήσει το άτομο να βελτιώσει την ποιότητα των σχέσεων και της ίδιας της ζωής του, μέσα από την αναγνώριση και την αποτελεσματική διαχείριση των σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών του.
- Ένας άλλος ρόλος που ασκεί, είναι αυτός του «συμβούλου». Μέσω της συμβουλευτικής διαδικασίας ο άνθρωπος δύναται να επιτύχει ενόραση και αυτεπίγνωση, το οποίο επιτρέπει την αποτελεσματικότερη ανταπόκριση στις καθημερινές προκλήσεις, που δημιουργούν άγχος. Ο άνθρωπος έχοντας γνώση των γνωρισμάτων του χαρακτήρα και των ιδιαιτεροτήτων του, έχοντας δηλαδή ολοκληρωμένη αίσθηση αυτού που αποκαλούμε «εαυτό», επιτυγχάνει αυτοεκτίμηση και παραγωγικότητα. (www.therapyplus.gr)
- Επιπλέον, ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ένας «παιδαγωγός». Διδάσκει στον εξυπηρετούμενο δεξιότητες, οι οποίες είναι απαραίτητες για την προσαρμογή του στην κοινωνία αλλά και για την προσωπική του επιτυχία.

Παράλληλα, οριοθετεί την επαγγελματική σχέση και επισημαίνει τους περιορισμούς που υπάρχουν ή έχουν ορίσει από κοινού με τον εξυπηρετούμενο και λειτουργεί ως πρότυπο μίμησης.

- Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι «κοινωνικός σχεδιαστής», ο οποίος εφαρμόζει τη μέθοδο του σχεδιασμού, της μελέτης, της επιλογής κατάλληλων μελλοντικών ενεργειών και της εξασφάλισης των απαραίτητων πόρων για την υλοποίησή τους, με στόχο τη μεγιστοποίηση της ικανότητας του συστήματος παροχής κοινωνικών υπηρεσιών για επαρκή κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. (Καλλινικάκη,1998)
- Τέλος, ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι «κλινικός-θεραπευτής». Συμμετέχει στη θεραπευτική αντιμετώπιση περιπτώσεων, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει συμβουλευτική γονέων, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία σε εξυπηρετούμενους, πραγματοποίηση εξωτερικών προγραμμάτων εκπαίδευσης στην κοινωνική συναλλαγή και στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής. (www.krechios.gr)

8.1.1 Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Ο Κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, κοινοτικών, πολιτιστικών παραγόντων) που παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και αποδρομή της ψυχικής αρρώστιας. Για παράδειγμα, εργάζεται με την οικογένεια (άμεσα και έμμεσα), με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής (ασφαλιστικοί φορείς, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας και άλλους οργανισμούς). Παρεμβαίνει μαζί με τον ψυχίατρο και επηρεάζει θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων, όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές ως προς το άρρωστο μέλος. (Μαδιανός, 1999)

Ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός βοηθά ένα ψυχικά ασθενές μέλος ασκώντας την κοινωνική εργασία σε υποστηρικτικό-συμβουλευτικό-θεραπευτικό επίπεδο.

Μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή αλλά και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Απαραίτητη κρίνεται επίσης, η παραδοχή, η ερμηνεία και

η επεξήγηση της διαταραχής με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της και των επιπτώσεών της στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς αποσκοπεί στην ενίσχυση των εσωτερικών του δυνάμεων καθώς και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που τον απασχολούν. Παραδοσιακά, ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο κοινωνικός λειτουργός προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του χρησιμοποιώντας τον διάλογο, παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Επίσης, συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένειά του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς. (www.pagni.gr)

8.1.2 Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην οικογένεια των ψυχικά ασθενών

Η ψυχική ασθένεια και ιδίως αυτή που χαρακτηρίζεται ως σοβαρή και χρόνια, έχει δυσμενείς και πολλές φορές αποδιοργανωτικές συνέπειες στον ίδιο τον άρρωστο, αλλά παράλληλα έχει και διαλυτικές επιπτώσεις στην οικογένεια, μιας και επηρεάζει όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ζωής της και αποδιαρθρώνει τις οικογενειακές σχέσεις και την οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Ποικίλα είναι τα συναισθήματα που νοιώθουν τα μέλη μιας οικογένειας, όταν μαθαίνουν ότι ένα αγαπημένο πρόσωπο πάσχει από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Είναι δύσκολο να αποδεχθούν την αλήθεια και να συμφιλιωθούν με τη νέα πραγματικότητα.

Τις περισσότερες φορές οι συγγενείς δεν έχουν πού να εκφράσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που τους προκαλεί η κατάσταση του αγαπημένου τους προσώπου και όπως είναι φυσικό δεν μπορούν να τα εκφράσουν στον άρρωστο, γιατί και αυτός σηκώνει το βαρύ φορτίο της αρρώστιάς του με το δικό του τρόπο. Επίσης, οι συγγενείς και οι φίλοι δεν κρίνονται τα καταλληλότερα πρόσωπα που μπορούν να στηριχθούν, διότι όλοι αυτοί έχουν αρνητική εικόνα για την ψυχική αρρώστια και είναι επηρεασμένοι από τα αρνητικά κοινωνικά στερεότυπα για τον

ψυχικά άρρωστο. Έτσι, οι οικογένειες βιώνουν έντονα το αίσθημα της μοναξιάς, αλλά και αδύναμες να αντιμετωπίσουν από την μία τον ασθενή και από την άλλη την κοινωνία. Εκτός όμως από το συναισθηματικό βάρος, η οικογένεια είναι αυτή που αναλαμβάνει την φροντίδα και υποστήριξη του ασθενή με αποτέλεσμα να φορτίζεται συναισθηματικά ακόμα περισσότερο. (www.iatronet.gr)

Σε αυτό το σημείο, όπου η οικογένεια χρειάζεται την απαραίτητη στήριξη ώστε να μπορέσει να επιβιώσει αλλά και να στηρίζει κατάλληλα, και όπως εκείνη επιθυμεί, το ψυχικά ασθενές της μέλος, έρχεται να βοηθήσει και να υποστηρίξει ο κοινωνικός λειτουργός, σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, προσεγγίζοντας την οικογένεια με σκοπό την ψυχοκοινωνική της υποστήριξη για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την ψυχική διαταραχή.

Πρώτος στόχος είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ-άγχος-φόβος-πανικός-θυμός-ενοχές-απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει.

Ο επόμενος στόχος του είναι να διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί πλάι του, βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του ασθενή, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς. (www.pagni.gr)

8.2 Ο Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Η κοινωνική εργασία έχει εφαρμογές σε όλα τα είδη και τις μορφές των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας και ψυχικής υγείας που απευθύνονται σε κάθε ηλικιακή ομάδα και λειτουργούν σε κεντρικό, περιφερειακό, τοπικό και κοινοτικό επίπεδο. Σε όλους τους τομείς της υγείας έχει θεσμοθετηθεί η

λειτουργία κοινωνικών υπηρεσιών, οι οποίες αποτελούνται αποκλειστικά από Κοινωνικούς Λειτουργούς. (Καλλινικάκη, 1998)

Στη συνέχεια, αναφέρονται και περιγράφονται κάποιες από τις υπηρεσίες που μπορούν να απευθυνθούν οι ψυχικά πάσχοντες αλλά και οι οικογένειες τους ανάλογα με την σοβαρότητα της διαταραχής και τις επιπτώσεις που έχουν στο άτομο και το οικογενειακό περιβάλλον του. Μερικές από αυτές είναι οι εξής:

8.2.1 Κέντρα ψυχικής υγείας (Κ.Ψ.Υ.)

Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι ο οργανισμός ψυχικής υγείας στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ που παρέχει υπηρεσίες δωρεάν σε όλα τα άτομα ανεξαρτήτως ασφαλιστικού φορέα σε κοινοτικό επίπεδο, καλύπτει δηλαδή ένα σύνολο κοινοτήτων και δήμων σε συνεργασία μαζί τους. Έχει καθορισμένη περιοχή ευθύνης αλλά γίνονται δεκτά και περιστατικά από άλλους Νομούς. Χαρακτηριστικά, το άτομο μπορεί να βρίσκει τον ειδικό πιο κοντά, αλλά συγχρόνως και οι ειδικοί πλησιάζουν τα άτομα και την οικογένεια στον τόπο κατοικίας τους και αποκτούν άμεση αντίληψη των συνθηκών της εργασίας και των οικογενειακών σχέσεων. Σκοπός του Κ.Ψ.Υ. είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση και διαφώτιση στην κοινότητα, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην κοινωνική επανένταξη του ατόμου.

Στελέχωση της Διακλαδικής Ομάδας του Κ.Ψ.Υ.:

- Ψυχίατρος
- Παιδοψυχίατρος
- Ψυχολόγος
- κοινωνικός λειτουργός
- επισκέπτης υγείας
- εργοθεραπευτής
- νοσηλεύτης
- λοιποί ειδικοί θεραπευτές (π.χ. λογοθεραπευτής, ψυχοπαιδαγωγός)

Η ανάληψη του περιστατικού μπορεί να γίνει από τον κοινωνικό λειτουργό με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, που θα διευκρινίσει την ιδιαιτερότητα του περιστατικού σε αμιγώς κοινωνικό, σε αμιγώς ψυχιατρικό ή σε μεικτό. Αν έχει μεικτό χαρακτήρα (ψυχιατρικό ή κοινωνικό πρόβλημα) τότε το αναλαμβάνει η θεραπευτική ομάδα.

Η Διακλαδική Ομάδα του κέντρου ψυχικής υγείας θα συνεργαστεί σε τρία επίπεδα: 1) στο επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης, που μπορεί να έχει τη μορφή της παρέμβασης σε κρίση, ή της παρέμβασης με

ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς μέσα στο πλαίσιο της δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένεια, 2) στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας, όπου το άτομο ακολουθεί την θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του, και 3) στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης του ατόμου.

Η συμβολή κάθε κλάδου για την αντιμετώπιση της περίπτωσης είναι ουσιαστική από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης του. (www.yyka.gov.gr)

8.2.2 Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας συνήθως, εκτός από το Τμήμα Ενηλίκων, λειτουργεί και Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα. Το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα δέχεται παιδιά και εφήβους έως 18 ετών, καθώς και τις οικογένειές τους. Επιπλέον, παρέχει διάγνωση και θεραπεία, με κύρια έμφαση στην Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση. Έτσι, ανάλογα με την περίπτωση, τα προβλήματα αντιμετωπίζονται με:

- Ατομική Ψυχοθεραπεία του παιδιού
- Συμβουλευτική εργασία με τους γονείς
- Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία
- Φαρμακευτική αγωγή

Η παιδοψυχιατρική ομάδα

Για να μπορέσει να οργανωθεί και να λειτουργήσει στοιχειωδώς ένα Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα χρειάζεται να υπάρχει μία διεπιστημονική παιδοψυχιατρική ομάδα. Τα βασικά μέλη της είναι:

- Ο παιδοψυχίατρος
- Ο ψυχολόγος
- Ο κοινωνικός λειτουργός

Εκτός όμως από όλους αυτούς, στην παιδοψυχιατρική ομάδα είναι σκόπιμο να υπάρχουν και άλλες ειδικότητες όπως:

- Λογοθεραπευτής
- Εργοθεραπευτής

- ειδικός παιδαγωγός
- επισκέπτης υγείας

Ο Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο ιατροπαιδαγωγικό τμήμα

Ο ρόλος του είναι πολύ σημαντικός καθώς έχει την ευθύνη της πρώτης επικοινωνίας με τους γονείς και τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού της οικογένειας, παράλληλα με το ιστορικό της ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου. Η επαφή αυτή με τους γονείς είναι καθοριστική, καθώς μπορεί να εμπνεύσει εμπιστοσύνη, να καθησυχάσει το άγχος τους και να τους βοηθήσει να ξεπεράσουν τις επιφυλάξεις και τους δισταγμούς που τυχόν έχουν. Παράλληλα, αρκετές φορές μπορεί να δοθεί η ευκαιρία, ταυτόχρονα με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, να γίνει μια πρώτη στοιχειώδης συμβουλευτική παρέμβαση στους γονείς, όμως αυτό σχετίζεται κυρίως με την εμπειρία και την επιστημονική επάρκεια του κοινωνικού λειτουργού. (Τσιαντής, Μανολόπουλος, 1989)

8.2.3 Κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ.)

Τα Κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής είναι οι οργανισμοί που περιλαμβάνουν όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η κοινότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών.

Ο θεσμός του Κ.Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί εναρμονισμένο μέσα στο Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που αποτελείται επίσης από την Ψυχιατρική Μονάδα στο Γενικό Νοσοκομείο, το Κέντρο Ημερήσιας Ημιδιαμονής (Κέντρο Ημέρας), το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τον Μετανοσοκομειακό Ξενώνα και σε μερικές περιπτώσεις το Κρατικό Ψυχιατρείο, του οποίου η δύναμη δεν πρέπει να ξεπερνά τα 500 κρεβάτια.

Το Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι διασυνδεδεμένο με ενδονοσοκομειακή μονάδα και άλλες υπηρεσίες, όπως:

- ξενώνες
- οικοτροφεία

- προστατευμένα εργαστήρια ή διαμερίσματα (που συνήθως καλύπτουν τις ανάγκες χρόνιων ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα)

Η κλινική εργασία στο Κ.Κ.Ψ.Υ. γίνεται στο πλαίσιο της Ομάδας Ψυχικής Υγείας, στην οποία συμμετέχουν ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές και άλλοι ειδικοί θεραπευτές. Ανάλογα με το τμήμα ενός Κέντρου, αυτό στελεχώνεται με το κατάλληλο προσωπικό και ειδικότητες. Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματική λειτουργία της Ομάδας είναι η κοινή ιδεολογία και το πνεύμα συνεργατικότητας.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

1. Συμμετέχει στο συμβούλιο επιστημονικού προσωπικού και ενεργεί ως μέλος της ψυχιατρικής ομάδας.
2. Ευθύνεται για τη διεξαγωγή της κοινωνικής έρευνας και τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού.
3. Αναλαμβάνει και εφαρμόζει, σε συνεργασία με τους άλλους ειδικούς, το πρόγραμμα που έχει αποφασιστεί από το συμβούλιο του επιστημονικού προσωπικού, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας κατά περίπτωση ή κατά ομάδα, με γονείς, εφήβους και παιδιά.
4. Συνεργάζεται με άλλους ειδικούς κοινωνικών οργανώσεων και ιδρυμάτων της κοινότητας για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων της κάθε περίπτωσης.
5. Συμμετέχει με τα άλλα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας σε ερευνητικά προγράμματα, αποσκοπώντας στην περιγραφή και την αξιολόγηση του έργου της οργάνωσης, καθώς και στο σχεδιασμό νέων προγραμμάτων.
6. Συμμετέχει στη ενημέρωση της κοινότητας για τις αρχές της ψυχικής υγιεινής και των δραστηριοτήτων της οργάνωσης.
7. Βοηθάει για τη βελτίωση ή τη δημιουργία των απαραίτητων προγραμμάτων ψυχικής υγιεινής μέσα στη κοινότητα . (Μαδιανός, 2000)

8.2.4 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο συνιστά ένα Ειδικό Νοσοκομείο με εκτεταμένη δραστηριότητα στην παροχή υπηρεσιών στον ιδιότυπο χώρο της ψυχικής υγείας, τόσο μέσα από το Δίκτυο των Κοινοτικών Υπηρεσιών που λειτουργούν στο νομό

στον οποίο βρίσκεται, όσο και με τη λειτουργία του ως φορέας Εκπαίδευσης. Τα Ψυχιατρικά ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν σκοπό, μέχρι την κατάργησή τους, την νοσηλεία ενηλίκων ατόμων ή παιδιών και εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Παρεχόμενες Υπηρεσίες των ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι οι εξής:

- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των εξωτερικών ιατρείων και των κέντρων ψυχικής υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας μέσω της νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων στις ψυχιατρικές κλινικές του νοσοκομείου όπου παρέχεται η ενδεδειγμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- Οικοτροφεία, ξενώνες, διαμερίσματα, όπου πραγματοποιείται η κοινωνική επανένταξη των ασθενών που δεν διαθέτουν το κατάλληλο υποστηρικτικό περιβάλλον

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο ψυχιατρικό νοσοκομείο

Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία παρακολούθησης του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία και εισαγωγής του στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και συνοδεύει εκείνον και την οικογένεια του σε όλη τη διάρκεια της ολικής ή μερικής νοσηλείας του. Οι παρεμβάσεις του κοινωνικού λειτουργού σε αυτή την περίοδο του ασθενούς επικεντρώνονται:

- Στην ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη
- Συμμετέχει στην ψυχιατρική ομάδα και αναλαμβάνει την διεξαγωγή κοινωνικής έρευνας για κάθε εισερχόμενο ασθενή.
- Στην ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας του
- Στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων

Έτσι, ο ρόλος του υπηρετείται από μια σειρά ενεργειών οι οποίες είναι:

1. Η λήψη του κοινωνικού και οικογενειακού ιστορικού.
2. Η ιεράρχηση των προβλημάτων του ασθενούς και της οικογένειας του και η υποστηρικτική παρέμβαση με έμφαση στην προτροπή του ασθενούς να δεχθεί βοήθεια και να συνεργαστεί.
3. Η επικέντρωση στην άμεση αντιμετώπιση σοβαρών και συχνά απειλητικών καταστάσεων, που εγκλωβίζουν την «οικογένεια σε κρίση» και παρεμποδίζουν τις υγιείς λειτουργίες της.

4. Η ευαισθητοποίηση του ασθενούς και της οικογένειάς του στην αποδοχή και κατανόηση της φύσης του προβλήματός του και στην ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, που θα διευκολύνουν τη διαχείρισή του.
5. Η ενημέρωση και υποστήριξη της οικογένειας προκειμένου να βοηθήσει να επιλύσει επείγοντα πρακτικά θέματα. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000)

8.2.5 Κέντρο Ημέρας

Το Κέντρο Ημέρας είναι μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης πολλαπλών δράσεων, που εξυπηρετεί ενήλικους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εντάσσεται στο Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια», στο μέτρο που αφορά ενέργειες πρόληψης-ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής επανένταξης.

Ο ευρύτερος πληθυσμός που επωφελείται, μέσω της διασύνδεσης και άλλων δράσεων, περιλαμβάνει φορείς ψυχικής υγείας, κοινωνικούς φορείς, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, περίοικους, εκπαιδευτική κοινότητα. (www.pepsaee.gr)

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Κέντρο Ημέρας συνίσταται στην εκτίμηση και διαχείριση των κοινωνικών και προνοιακών αναγκών των εξυπηρετούμενων, στην ψυχοκοινωνική αξιολόγηση αυτών, των οικογενειών και του υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εφαρμόζει το αποκαταστασιακό πρόγραμμα της δομής, το οποίο έχει ως στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων. (www.skitali.gr)

8.3 Η σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας στο χώρο της ψυχικής υγείας

Μια από τις βασικότερες προϋποθέσεις ενός θεραπευτικού προγράμματος, μέσα στον κλινικό χώρο της ψυχικής υγείας, είναι η αρμονική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας και ο ρόλος της.

Η Διεπιστημονική ομάδα στο χώρο της υγείας ορίζεται ως «μια μικρή σχετικά ομάδα επαγγελματιών, από τον χώρο της ψυχολογίας, των κοινωνικών επιστημών και της ειδικής εκπαίδευσης, η οποία έχει καλά καθορισμένα όρια και τα μέλη της μοιράζονται ένα κοινό σκοπό, παρόμοιες αξίες και κατέχουν ξεχωριστή γνώση και δεξιότητες το καθένα».

Για να επιτύχει μια ομάδα τον σκοπό της απαιτείται ξεκάθαρη και αποδεκτή ηγεσία, συχνές συναντήσεις, ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των μελών καθώς και συχνή επανεξέταση και αναθεώρηση των διαδικασιών που ακολουθούνται και του τρόπου λειτουργίας και συνεργασίας.

Η δύναμη της διεπιστημονικής ομάδας εξαρτάται από τη διανομή των δεξιοτήτων και της γνώσης μεταξύ των μελών, γεγονός που οδηγεί σε μια ευρύτερη κατανόηση των προβλημάτων και διευκολύνει τη επίλυση τους. (www.politropo.org)

Η διεπιστημονική ομάδα εκτός από το να συνεργάζεται αρμονικά μεταξύ της θα πρέπει να χρησιμοποιεί κοινούς «κώδικες» επικοινωνίας και να δρα αποτελεσματικά με τους θεραπευόμενους και την οικογένειά τους.

Σε κάθε επαγγελματικό χώρο οι γνώσεις, η εμπειρία και η προσωπικότητα του εκάστοτε επαγγελματία επηρεάζουν αισθητά το αποτέλεσμα της πρακτικής του. Ιδιαίτερα στο σύνθετο χώρο της ψυχικής υγείας, τα στοιχεία αυτά επηρεάζουν καθοριστικά το αποτέλεσμα της παρέμβασης.

Οι γνώσεις, οι προσωπικές στάσεις και αντιδράσεις, και γενικά η προσωπικότητα κάθε μέλους της διεπιστημονικής ομάδας είναι ένα εξαιρετικά δυναμικό στοιχείο στην θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές δυσλειτουργίες, και μπορεί να επαυξήσει ή να μειώσει μεγάλο μέρος της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής πρακτικής. (www.lyrakovs.gr)

Τέλος, απαραίτητες κρίνονται οι συχνές συναντήσεις μεταξύ των ειδικών που αποτελούν την διεπιστημονική ομάδα, διότι είναι πολύ σημαντικές και παρέχουν στήριξη στον κάθε επαγγελματία, ώστε να αντιμετωπίσει τυχόν δυσκολίες που μπορεί να συναντά κατά την εφαρμογή του ρόλου του όσον αφορά στο θεραπευτικό πλάνο. Επίσης, παρέχουν τον κατάλληλο χώρο και χρόνο για να συζητηθούν τυχόν δυσκολίες στις σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας, οι οποίες δεν είναι σπάνιες, ειδικά σε ομάδες που έχουν ως αποστολή να προσφέρουν βοήθεια σε σοβαρές περιπτώσεις ψυχικής υγείας που έχουν

σημαντικές επιπτώσεις στον εξυπηρετούμενο και την οικογένεια του.
(www.politropo.org)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διατήρηση και η ανάπτυξη ικανοποιητικού επιπέδου υγείας και ψυχικής υγείας, αποτελεί έννοια ζωτικής σημασίας καθώς από αυτήν εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, η ομαλή κοινωνική, προσωπική και επαγγελματική πορεία ενός ατόμου.

Υπάρχουν διάφοροι και ουσιαστικοί τρόποι διατήρησης της καλής ψυχικής κατάστασης όπως είναι η αγωγή-προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Κάθε ένα από αυτά τα προγράμματα, με τον τρόπο του, βοηθά στην ενημέρωση και αλλαγή απόψεων, στην αποφυγή έναρξης παθογενετικών καταστάσεων και στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων των ανθρώπων, προκειμένου να διαχειρίζονται σωστά συμπεριφορές, συναισθήματα και συγκρούσεις. Ενεργητική φαίνεται να είναι η δράση της πρόληψης και σε άτομα που ήδη νοσούν, καθώς τα στηρίζουν, ώστε να βελτιωθεί η ικανότητά τους να βοηθούν συνολικά τον εαυτό τους και να αναβαθμίζουν την ποιότητα ζωής τους.

Υπολογίσιμος αντίπαλος, όμως, των ενεργειών αυτών θεωρείται το κοινωνικό στίγμα. Ακόμη και σήμερα, παρά την πρόοδο της επιστημονικής σκέψης και την υποχώρηση προγενέστερων νοητικών σχημάτων αντίληψης και ερμηνείας του κόσμου, οι ψυχικές διαταραχές συνεχίζουν να αποτελούν για ένα αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού ένα ομιχλώδες τοπίο. Μία κατάσταση που δεν επιτρέπει στους πάσχοντες και τις οικογένειές τους να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή.

Αυτό συμβαίνει κατά κύριο λόγο εξαιτίας της επικρατούσας άγνοιας μεγάλου μέρους του πληθυσμού, που για παράδειγμα δεν επιθυμεί να προσλάβει έναν ψυχικά ασθενή ή να νοικιάσει ένα σπίτι σε ένα τέτοιο άτομο. Απαιτείται εκστρατεία ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης σχετικά με την φύση

και τα επακόλουθα των ψυχικών διαταραχών, ώστε να ενθαρρυνθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές, διότι υπάρχουν αρκετοί άνθρωποι που δεν επιθυμούν να επικοινωνήσουν ή να συνάψουν σχέσεις με τα συγκεκριμένα άτομα, φιλικές ή ερωτικές. Αυτό επιδρά σημαντικά στην πορεία της ψυχοπαθολογίας του ασθενή, διότι η έννοια των διαπροσωπικών σχέσεων έχει εξέχουσα σημασία για την ομαλή εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής.

Η επιβεβαίωση αυτού έρχεται μέσα από εκτεταμένες έρευνες που συμπεραίνουν ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις επιδρούν καταλυτικά στην ψυχική υγεία και μάλιστα από την παιδική κιόλας ηλικία. Αποτελεί, λοιπόν, αδιαμφισβήτητο γεγονός η αλληλουχία της σωστής επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων με την ευτυχία, την ψυχική υγεία και την κοινωνική συνοχή.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως η ευτυχία είναι δικαίωμα όλων μας. Μερίδιο στην ευτυχία έχουν και άτομα, τα οποία όντας σε γάμο, προσβλήθηκαν από κάποια ψυχική ασθένεια. Μελετώντας την εργασία, έγινε κατανοητό ότι η συμβίωση με έναν ψυχικά πάσχοντα δεν αποτελεί καθόλου εύκολη και απλή υπόθεση, διότι ελλοχεύει κινδύνους και για το υγιές μέλος της συζυγικής διάδας. Οι δυσκολίες που προκύπτουν είναι πολλές, αλλά διαπιστώνεται ότι, αν γίνουν προσπάθειες και από τις δύο πλευρές, ο δεσμός αυτός έχει αρκετές πιθανότητες να διατηρηθεί στο πέρασμα του χρόνου.

Η φυσική εξέλιξη του δεσμού αυτού είναι η δημιουργία οικογένειας, η οποία αποτελεί πολύ σημαντικό θεσμό της κοινωνίας μας. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της είναι δυνατές και αλληλοεπηρεάζονται. Είναι αυτή που ικανοποιεί τις ηθικές, οικονομικές, συναισθηματικές και άλλες ιδιαίτερες ανάγκες των μελών της. Παρόλα αυτά όμως είναι το ίδιο ικανή να προσφέρει στο μέγιστο και το συναίσθημα του πόνου.

Με την εμφάνιση ψυχικής ασθένειας σε ένα από τα μέλη της οικογένειας, αναμένεται μια ψυχοφθόρα διαδικασία για τα υπόλοιπα πρόσωπα, αφού η οικογενειακή επιβάρυνση, την οποία υφίστανται σε οικονομικό, κοινωνικό και συναισθηματικό επίπεδο, έχει ως αποτέλεσμα την ολοκληρωτική αλλαγή στον μέχρι τότε τρόπο ζωής τους.

Στην περίπτωση κατά την οποία το ψυχικά ασθενές μέλος είναι ένας από τους δύο γονείς, από την μία έρχεται αντιμέτωπο με την πρόκληση της ανατροφής του παιδιού, από την άλλη όμως, παρόλο που αντιμετωπίζει συναισθηματικές και

λειτουργικές δυσκολίες, αυτό δεν το καθιστά «ανίκανο» να μεγαλώσει το παιδί. Βέβαια, δεν πρέπει να παραβλέψουμε, ότι τα παιδιά με ψυχικά πάσχοντες γονείς επηρεάζονται με καθοριστικό για τη ζωή τους τρόπο, αφού «βάλλονται» από πληθώρα επιπτώσεων.

Επίσης, υπάρχει και η περίπτωση όπου το παιδί πάσχει ψυχικά και οι επιπτώσεις για τους υγιείς γονείς και τα αδέρφια είναι εξίσου διαλυτικές. Στη φάση αυτή, οι γονείς, εκτός από τα δικά τους συναισθήματα, πρέπει να σκεφτούν και τα συναισθήματα που βιώνουν τα υπόλοιπα υγιή παιδιά.

Η διαπίστωση αυτής της σχέσης που αναπτύσσεται στην οικογένεια οδήγησε στην ανάπτυξη διαφόρων παρεμβάσεων για τη θεραπεία και εξάλειψη κάποιας μορφής ψυχικής διαταραχής, με σκοπό την ομαλή πορεία της τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για την ίδια την οικογένεια. Αποτελεί μία μέθοδο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας που στηρίζεται στη συνεργασία με τις οικογένειες πασχόντων από χρόνια ψυχική νόσο και σκοπός της είναι να φέρει κοντά στον πάσχοντα την οικογένειά του και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, ώστε να συνεργαστούν για τη θεραπεία του και την καλύτερη ποιότητα ζωής του. Είναι σκόπιμο να αναφερθεί πως ακόμα και όταν πρόκειται για οικογενειακή θεραπεία, στην οποία εμπλέκονται όλα τα μέλη της οικογενειακού περιβάλλοντος, επίκεντρο αποτελεί το άτομο, με απώτερο σκοπό βέβαια τη θεραπεία του συνολικού συστήματος της οικογένειας.

Σε όλη αυτή τη διεργασία με το άτομο και την οικογένεια, απαραίτητος κρίνεται ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας, κοινωνικού λειτουργού, και η διεπιστημονική συνεργασία αυτού με άλλους ειδικούς και με τις διάφορες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ο κοινωνικός λειτουργός συντελεί στην ανίχνευση και την επίλυση των κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, κοινοτικών, πολιτιστικών) που παρεμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ψυχικής ασθένειας στο άτομο και συνεργάζεται με τους διάφορους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση αυτών.

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας, δυσκολία αποτέλεσε η εύρεση ελληνικής βιβλιογραφίας σχετικά με τον τρόπο ζωής των ψυχικά ασθενών. Δε βρέθηκαν αρκετές πληροφορίες όσον αφορά στην καθημερινή ζωή ενός ψυχικά πάσχοντα, στην επίδραση της πάθησής του στο βαθμό λειτουργικότητάς του και στις σχέσεις που αναπτύσσει με τα πρόσωπα του οικογενειακού του περιβάλλοντος, τους φροντιστές.

Επίσης, εντυπωσιακή ήταν η συχνότητα εμφάνισης στη βιβλιογραφία φράσεων όπως: «Η ψυχική υγεία αποτελεί φάντασμα για τη χώρα της Ελλάδας»,

«μύθος τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών», «πολυτέλεια η ψυχική υγεία στη χώρα μας», «ο όρος ψυχική υγεία απλά δεν υπάρχει στην Ελλάδα».

Αποθαρρυντικά φαίνονται να είναι τα σχόλια αυτά τη στιγμή μάλιστα, που επισημαίνεται -παρά τη λανθασμένη κοινή πεποίθηση- ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν αφορούν μικρό μέρος του πληθυσμού. Αντιθέτως, τα δεδομένα των τελευταίων ετών συνηγορούν στην άποψη ότι όλοι οι άνθρωποι είναι εν δυνάμει ψυχικά ασθενείς και βάσει στατιστικών ερευνών προβλέπεται ότι ενδεχομένως οι περισσότεροι θα χρειαστούν -τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους- τη βοήθεια ενός ειδικού, για να ξεπεράσουν κάποιο πρόβλημα που τους απασχολεί.

Οι φωνές διαμαρτυρίας για το σύστημα υγείας στη χώρα μας προέρχονται από τις τεράστιες ελλείψεις που επικρατούν στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας. Χρήσιμο είναι να αναφερθεί πως οι ελλείψεις αυτές δεν αφορούν μόνο στην περίθαλψη των ενήλικων ψυχικά ασθενών, αλλά και των παιδιών και των εφήβων.

Γίνεται φανερό ότι το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα στερείται κοινοτικής φροντίδας, παρέχει ελάχιστα σε σχέση με τις ανάγκες του, και ως εκ τούτου, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση εκτός από το να κρίνεται άλλοτε ως «ανεπαρκής» και άλλοτε ως «στρεβλή», βρίσκεται και στη δύσκολη ζώνη κινδύνου κατάρρευσης.

Για τους προαναφερθέντες λόγους, κρίνεται αναγκαίος ο προσανατολισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα εξής καίρια σημεία:

- Έμφαση στη πρόληψη προβλημάτων ψυχικής υγείας,
- Λήψη μέτρων κατά του «στίγματος» της ψυχικής νόσου,
- Διασφάλιση και προάσπιση των συνταγματικών δικαιωμάτων,
- Ύπαρξη επαρκών ποιοτικών υπηρεσιών που στοχεύουν στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού,
- Ισότιμη πρόσβαση στην εκπαίδευση, εργασία και στέγαση για όλα τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και τέλος,
- Προώθηση του ζητήματος της ψυχικής υγείας ως θέμα υψηλής προτεραιότητας.

Αποτέλεσμα και στόχος της παραπάνω προσπάθειας θα είναι η απομυθοποίηση του φόβου σχετικά με την ψυχική υγεία, την αναγνώριση ότι η «καλή» ψυχική υγεία είναι κάτι που συνδέεται με την καλή επικοινωνία, την

κατανόηση, τη διαχείριση των συγκρούσεων και την αναγνώριση των συναισθημάτων μας. Αντίθετα, η «κακή» ψυχική υγεία οδηγεί σε συγκρούσεις με το περιβάλλον και τον εαυτό μας, σε απομόνωση και συχνά έχει σχέση και με διάφορες μορφές εξάρτησης. Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των νέων ανθρώπων μπορεί να αποτελέσει το θεμέλιο πάνω στο οποίο θα χτίσουμε μία κοινωνία αλληλεγγύης, απαλλαγμένη από το στίγμα, τις διακρίσεις και το φόβο του διαφορετικού. Η επικράτηση μιας μορφής οργανωμένης, τακτικής, επιμορφωτικής παρέμβασης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας θα είναι χρήσιμη στην πρόληψη της ψυχικής υγείας και στην ανάπτυξη φιλικής στάσης απέναντι στον όρο «ψυχική υγεία», τις σχετικές υπηρεσίες και τους ψυχικά πάσχοντες.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Δρ. Αποστόλου, Δ. Τόλη. (2001). *Τα άρια του φυσιολογικού και το προσωπείο του άρρωστου παιδιού*. Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ιωαννίνων.

Αργκάυλ, Μ., Τράουερ, Π. (1990). *Πρόσωπο με πρόσωπο*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Βασιλειάδου. (2008). *Προαγωγή ψυχικής υγείας*. Από http://www.mentalhealthpromotion.co.uk/umsprkl1ds0npkl2idl9tsmtrs3mkn8mprs4nkn7lsthl5knrvtn6tsxrn/urpnmhpedctnlprgrmsdnlldedctnlmtrl/vassiliadou_2007_11_28.pdf. Ημερομηνία ανάκτησης 11 Νοεμβρίου 2010.

Βενέτη, Β. (2010). *Θέματα ψυχικής υγείας*. Από http://vasilikiveneti.blogspot.com/2010/05/blog-post_05.html. Ημερομηνία ανάκτησης 12 Νοεμβρίου 2010.

Γκίκας, Σ. (1994). *Ψυχολογία για όλους*. Αθήνα: Σαββάλα. σ. 112.

Δανιλόπουλος, Δ. (2003). *Διεπιστημονική παρέμβαση στην αναπηρία*. Από http://www.politropo.org/pdf/diepistimoniki_paremvasi_stin_anapiria.pdf. Ημερομηνία ανάκτησης 13 Δεκεμβρίου 2010.

Δαρμή, Ε. (2007). *Ψυχολογικές αντιδράσεις των γονιών όταν το παιδί τους νοσεί από ψυχική ασθένεια*. Από http://hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=123 . Ημερομηνία ανάκτησης 20 Δεκεμβρίου 2010.

Δασκαλόπουλος, Θ. (2010). *Η έννοια της ψυχικής ασθένειας*. Από http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html . Ημερομηνία ανάκτησης 11 Νοεμβρίου 2010.

Διοίκηση 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου. (2003). *Θέματα ψυχικής υγείας- επιδημιολογία και ψυχικές διαταραχές*. Από http://www.2dype.gr/igeia_psihiki.htm#2 . Ημερομηνία ανάκτησης 25 Νοεμβρίου 2010.

Έγγραφο του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου με αριθμό 17/4-12-2201. *Εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας*.

Εγκυκλοπαίδεια *Υγεία*. (1995). Αθήνα: Δομική.

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών- Παιδοψυχιατρική κλινική. (2008). *Προβλήματα και διαταραχές ψυχικής υγείας στα παιδιά και τους εφήβους*. Από <http://child-psychiatry.med.uoa.gr/enhmerwsh.html> . Ημερομηνία ανάκτησης 26 Δεκεμβρίου 2010.

Ε.ΠΙ.ΨΥ. (2010). *Κατάθλιψη- οδηγός για σένα και την οικογένεια*. Από http://ithe.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=42 . Ημερομηνία ανάκτησης 3 Ιανουαρίου 2011.

Ε.ΠΙ.ΨΥ. (2010). *Κατάθλιψη- ποια είναι τα συμπτώματα;* Από <http://www.depressionanxiety.gr/4/article/greek/4/72/index.htm> . Ημερομηνία ανάκτησης 3 Ιανουαρίου 2011.

Ερευνητικό Ινστιτούτο Θεραπείας Εκπαίδευσης (Ε.Ι.Θ.Ε.). (2006). *Η συντροφική σχέση*. Από http://ithe.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=42 Ημερομηνία ανάκτησης 20 Δεκεμβρίου 2010.

Ζαφείρης, Γ., Ζαφείρη, Α., Μουζακίτης, Μ. (1999). *Οικογενειακή θεραπεία*. Ε' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Η Πύλη της Ψυχολογίας. (2005). *Ο μύθος της τρέλας στην κοινωνία μας, εμπόδιο στην ψυχική υγεία*. Από <http://e-psychology.gr/psychosis/206-----> . Ημερομηνία ανάκτησης 20 Νοεμβρίου 2010.

Ιωαννίδη, Β. (2006). *Εισαγωγή καινοτομιών στην ειδική αγωγή. Καινοτόμες παιδαγωγικές παρεμβάσεις για άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Εκπαίδευση για την υγεία και το περιβάλλον σε παιδιά και εφήβους με δυσχέρειες κοινωνικής προσαρμογής*. Αθήνα: Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος. σ. 83, 85-86, 103-104, 106, 108, 117.

Κάκκουρος, Κ., Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος.

Καλαϊτζάκη, Α. (2000). *Η επίδραση του συνθετικού μοντέλου ψυχοθεραπείας στις ενδοοικογενειακές σχέσεις, ασθενών με σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής*. Ρέθυμνο.

Καλαϊτζάκη, Α.Ε., Birtchnell, J.A., Νέστορος, Ι.Ν. (1999). *Δημιουργία ερωτηματολογίων για την εκτίμηση των ενδοοικογενειακών σχέσεων*. 7^ο Συνέδριο της Ελληνικής ψυχολογικής εταιρείας, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία. σ. 98.

Καλλινικάκη, Θ. (1998). *Κοινωνική εργασία- εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κανταρτζής, Σ. (2008). *10 Μύθοι για τις ψυχικές διαταραχές*. Από <http://www.kantartzis-sotirios.gr/html/diataraxes.html> . Ημερομηνία ανάκτησης 20 Νοεμβρίου 2010.

Καραστέργιου, Κ. (2008). *Στίγμα και ψυχική ασθένεια*. Από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=5712 . Ημερομηνία ανάκτησης 14 Νοεμβρίου 2010.

Κατάκη, Χ. (1998). *Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κατσορίδου- Παπαδοπούλου, Χ. (1993). *Κοινωνική εργασία με ομάδες. Μία μορφή προσέγγισης για συνεργασία και δράση*. Αθήνα: Έλλην. σ. 68.

Καυκίος, Ν. (2003). *Η βελτίωση της επικοινωνίας στις συντροφικές σχέσεις*. Από <http://www.psyche.gr/epikoinonia.htm> . Ημερομηνία ανάκτησης 5 Ιανουαρίου 2011.

Καφέτσιος, Κ. (2005). *Λεσμός, συναίσθημα και διαπροσωπικές σχέσεις*. Αθήνα: Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος. σ. 24.

Κέντρο Ημέρας «Σκυτάλη». (2009). *Πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα*. Από <http://www.skitali.gr/staff.aspx> . Ημερομηνία ανάκτησης 28 Δεκεμβρίου 2010.

Κέντρο Συμβουλευτικής και κοινωνικής εμπύχωσης. (2004). *Ο σκοπός του προγράμματος*. Από <http://www.therapyplus.gr/inten.html> . Ημερομηνία ανάκτησης 28 Δεκεμβρίου 2010.

Κοινωνική μέριμνα για την ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων «Αθήνα» Μ.Κ.Ο. (2009). *Ενημέρωση για οικογένειες με άτομα με ψυχικά προβλήματα*. Από http://www.athina.org.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=86%3A2009-06-29-10-57-29&catid=57%3A2009-10-22-19-08-12&Itemid=120&lang=el . Ημερομηνία ανάκτησης 24 Νοεμβρίου 2010.

Κοινωνική μέριμνα για την ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων «Αθήνα» Μ.Κ.Ο. (2009). *Τα προβλήματα των παιδιών με γονέα που πάσχει από σοβαρή ψυχική διαταραχή*. Από http://www.athina.org.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=87:2009-06-29-11-55-31&catid=50:2009-10-22-16-20-34&lang=en . Ημερομηνία ανάκτησης 24 Νοεμβρίου 2010.

Κονταξάκης, Χαβάκα- Κονταξάκη, Χριστοδούλου. (2005). *Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: Βήτα. σ. 374-375.

Κουρμπέτης, Α., Λυράκος, Δ. (2010). *Η σημασία της διεπιστημονικής ομάδας στον κλινικό χώρο*. Από <http://www.lyrakos.gr/index.php/news/82-h-shmasia-tis-diepistimonikis-omadas-sto-kliniko-xwro> .Ημερομηνία ανάκτησης 17 Δεκεμβρίου 2010.

Κυριακίδης, Π.Α. (2000). *Η οικογενειακή σχέση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαδιανός, Μ. (1989). *Κοινωνία και ψυχική υγεία*. Τόμος Α', Αθήνα: Καστανιώτη. σ. 34-35, 83-84.

Μαδιανός, Μ. (2000). *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτη. σ. 31, 38-39, 112.

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

Μαδιανός, Μ. (2005). *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*. Αθήνα: Καστανιώτη. σ. 440-442.

Μαδιανός, Μ. (1999). *Η μηλιά κάτω από το μήλο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University studio Press-Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών.

Μισέλ, Α. (1998). *Κοινωνιολογία της οικογένειας και του γάμου: βασικά στοιχεία για την ελληνική οικογένεια*. Επιμέλεια Μουσούρου Λ. Αθήνα: Gutenberg.

Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός- Β' φάση», Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.). (2006). *Τα προβλήματα των παιδιών με γονέα που πάσχει από σοβαρή ψυχική διαταραχή*. Από http://id65.tripod.com/Gnosi/g_phyGonea.htm . Ημερομηνία ανάκτησης 27 Δεκεμβρίου 2010.

- Μουσσούρου, Λ.Μ. (1976). *Η σύγχρονη ελληνίδα: βασικά στοιχεία*. Αθήνα: Εστία.
- Μπίμπου- Νάκου, Ι. (2005). *Κι εγώ μπορώ να είμαι καλή μαμά! Ψυχική υγεία γονέων και παιδιών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ντάκ, Στήβ. (1999). *Η ψυχολογία σήμερα, ανθρώπινες σχέσεις*. Μτφρ. Παπαδάκης Νίκος. Αθήνα: Καστανιώτη. σ. 19, 56-57, 172, 202, 357, 367, 385-388, 395, 398.
- Ντούμου, Β. (2011). *Κατάθλιψη και συντροφική σχέση*. Από <http://www.star.gr/ygeia/29425/> . Ημερομηνία ανάκτησης 28 Νοεμβρίου 2010.
- Οικονόμου, Μ. (2010). *Κοινωνικό στίγμα, διαχρονική και σύγχρονη πρόκληση*. Από <http://tvxs.gr/news/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%83%CF%84%CE%AF%CE%B3%CE%BC%CE%B1-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%87%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%83%CF%8D%CE%B3%CF%87%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B7-%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BA%CE%BB%CE%B7%CF%83%CE%B7> . Ημερομηνία ανάκτησης 12 Νοεμβρίου 2010.
- Οικονόμου, Μ. (2007). *Ψυχιατρικές διαταραχές- στίγμα- οικογένεια*. Από http://www.mentalhealthpromotion.co.uk/umsprk11ds0npk12id19tsmtrs3mkn8mprs4nkn7lsthl5knrvtn6tsxrn/urpnmhpedctnlprgrmsdnlldedctnlmtrl/oikonomou_2007_12_19.pdf . Ημερομηνία ανάκτησης 12 Νοεμβρίου 2010.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου, Γ. (2001). *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία*. Από <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/239per.html> . Ημερομηνία ανάκτησης 12 Νοεμβρίου 2010.
- Οικονόμου- Λαλιώτη, Μ. (2010). *Δικαιώματα ή διακρίσεις;* Από <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=211583> . Ημερομηνία ανάκτησης 2 Δεκεμβρίου 2010.

Οικονόμου- Λαλιώτη, Μ. (2008). *Πολλαπλές οι επιπτώσεις και στα αδέρφια των ψυχικά ασθενών*. Από http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=05.12.2008,id=50425236 . Ημερομηνία ανάκτησης 3 Δεκεμβρίου 2010.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.). (2010). *Mental health- advocacy*. Από http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/ . Ημερομηνία ανάκτησης 5 Δεκεμβρίου 2010.

Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Π.Ν.Α.). (2008). *Οδηγός υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων*. Από <http://www.paidohosp.gr/35-GiaGoneis.html> . Ημερομηνία ανάκτησης 3 Ιανουαρίου 2011.

Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.). (2007). *Πώς υποστηρίζεται το περιβάλλον του ψυχικά ασθενούς*. Από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=2984 . Ημερομηνία ανάκτησης 23 Δεκεμβρίου 2010.

Παπαδιώτη- Αθανασίου, Β. (2000). *Οικογένεια και όρια: συστημική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδόπουλος, Ν. (1992). *Ψυχολογία- εξελικτική- προσωπικότητα- ατομικών διαφορών- κοινωνική- ανθρώπινες σχέσεις- γενική πειραματική*. Β' έκδοση. Αθήνα. σ. 450-459.

Παυλόπουλος, Χ., Τσιαντής, Ι. (επιστημονικοί υπεύθυνοι έκδοσης). (2000). *Αγωγή υγείας. Ψυχική υγεία- διαπροσωπικές σχέσεις 11-14 ετών*. Τόμος Α', Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς. Αθήνα: ΥΠΕΠΘ- Διεύθυνση σπουδών Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, γραφείο αγωγής υγείας, Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας. σ. 23.

Περάκη, Β. (1994). *Αγωγή Υγείας: ένα όπλο στη μάχη για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Ο ρόλος του σχολείου. Σύγχρονη εκπαίδευση*. Αθήνα. σ. 26.

Πετράς, Χ. (2010). *Ψυχικές παθήσεις και κοινωνική απομόνωση*. Από <http://personalcoach.gr/2010/10/09/%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%AE%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CF%80%CE%BF%CE%BC%CF%8C/> . Ημερομηνία ανάκτησης 27 Δεκεμβρίου 2010.

Ραγιά, Α. (2005). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.

Σαπουνά, Β. (2005). *Επιβάρυνση οικογενειών και ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές στην Κρήτη*. Από http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/2005_Sapouna.pdf . Ημερομηνία ανάκτησης 23 Δεκεμβρίου 2010.

Σώκου, Κ. (1994). *Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Πρότυπο πρόγραμμα «αλκοόλ και ατύχημα»*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. σ. 12, 18, 21-22.

Τετράδια Ψυχιατρικής. (2004). Ιούλιος- Αύγουστος- Σεπτέμβριος. Νο 87.

Τετράδια Ψυχιατρικής. (2008). Ιανουάριος- Φεβρουάριος- Μάρτιος. Νο 101.

Τζινιέρη- Κοκκώση, Μ. (2008). *Ποιότητα ζωής- Ιατρική- Ψυχικές διαταραχές*. Από http://www.mentalhealthpromotion.co.uk/umsprkl1ds0npkl2idl9tsmtrs3mkn8mprs4nkn7lsth15knrvtn6tsxrn/urpnmhpedctnlprgrmsdnlldedctnlmtrl/kokkosi_2007_12_19.pdf . Ημερομηνία ανάκτησης 13 Νοεμβρίου 2010.

Τζινιέρη- Κοκκώση, Μ. (2010). *Η ποιότητα ζωής στο αντίποδα της ψυχικής νόσου*. Από http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8261/2/poiothta%20zohs_Kokkosi.pdf . Ημερομηνία ανάκτησης 13 Νοεμβρίου 2010.

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Αθήνας. (2010). *Ορισμός του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού.* Από

<http://www.teiath.gr/seyp/socialwork/articles.php?id=8316&lang=el> .

Ημερομηνία ανάκτησης 28 Δεκεμβρίου 2010.

Τμήμα Ψυχικής Υγείας- Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. (2002).

Πληροφορίες για τις οικογένειες και τους φροντιστές ατόμων με ψυχικές ασθένειες.

Από <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/carer/greekmen.pdf> . Ημερομηνία

ανάκτησης 27 Δεκεμβρίου 2010.

Τσιαντής, Γ. (1998). *Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας.* Τεύχος Β'.

Αθήνα: Καστανιώτη. σ. 57.

Τσιαντής, Γ., Μανολόπουλος, Σ. (1989). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής.*

Τόμος Α', Μέρος Α'. Αθήνα: Καστανιώτη.

Φακίρη, Σ. (2010). *Επιλογή συντρόφου- συντροφική σχέση.* Από

[http://www.iatro.gr/psixologia/psychology/444-epilogi-syntrofoy-syntrofiki-](http://www.iatro.gr/psixologia/psychology/444-epilogi-syntrofoy-syntrofiki-sxesi.html)

[sxesi.html](http://www.iatro.gr/psixologia/psychology/444-epilogi-syntrofoy-syntrofiki-sxesi.html) . Ημερομηνία ανάκτησης 17 Νοεμβρίου 2010.

Χριστοδούλου, Γ.Ν. και συνεργάτες. (2000). *Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου*

Αθηνών. Τόμος Β'. Αθήνα: Βήτα- Ιστορικές εκδόσεις Μ.Ε.Π.Ε.

Ψυχιατρική. (2008). *Ψυχική υγεία, φροντίδα και αντιμετώπιση των ψυχικά*

ασθενών. Από <http://psych.gr/documents/psychiatry/19.3-GR-2008.pdf> .

Ημερομηνία ανάκτησης 16 Νοεμβρίου 2010.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BeStrong.org.gr. (2009). *Κοινωνικός Λειτουργός*. Από <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/specialists/socialworker/> . Ημερομηνία ανάκτησης 8 Δεκεμβρίου 2010.

Birtchnell, J. (1993). *How humans relate: A new interpersonal theory*. Psychology Press.

Centre for Addiction and Mental Health. (2003). *Ψυχική υγεία και διαταραχές της*. Από http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Multilingual_Resources/greek_about_mentalhealth.pdf . Ημερομηνία ανάκτησης 20 Νοεμβρίου 2010.

Garske & Stewart. (1999). *Stigmatic and mythical thinking: Barriers to vocational rehabilitation services for persons with severe mental illness*. *Journal of rehabilitation*. p. 4-8.

Google (Ψυχοπαθολογία σε φοιτητές των στρατιωτικών σχολών). Καφέτσιος-Κωφίδης. (2006). *Χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας στα δύο φύλλα σε φοιτητικό πληθυσμό στρατιωτικής σχολής αξιωματικών*. Από <http://www.google.gr/#hl=el&source=hp&biw=1280&bih=528&q=%CE%BF%CE%B9+%CE%B3%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CF%82+%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%B1%CE%B6%CE%BF%CF%85%CE%BD+%CF%83%CF%84%CE%B1%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1+%CF%85%CF%88%CE%B7%CE%BB%CE%BF%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B1+%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CE%B5%CE%B4%CE%B1+%CE%B1%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%85%CF%82+&aq=f&aqi=&aql=&oq=&fp=b840e48f2bef0cb8> . Ημερομηνία ανάκτησης 28 Νοεμβρίου 2010.

Guerney, B.G, Jr. (1996). *Βελτίωση σχέσεων*. Επιμέλεια Έλενα Χαϊντζ, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Henry, W.P. (1994). *Differentiating normal and abnormal personality and an interpersonal approach based on the structural analysis of social behavior*. New York Q Sringer. p. 316-340.

Lewis, J.M. (1998). *For better or worse: Interpersonal relationships and individual outcome*. The American journal of Psychiatry. p. 155, 582-589.

Marley, J.A. (1998). *People matter: client-reported interpersonal interaction and its impact on symptoms of schizophrenia*. Social Work. p. 43, 437-444.

Nhs Evidence- Mental health. (2009). *Defining mental health*. Από <http://www.library.nhs.uk/mentalhealth/viewresource.aspx?resid=105867> .
Ημερομηνία ανάκτησης 15 Δεκεμβρίου 2010.

Pilgrim, D. & Rogers, A. (2004). *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*. Μτφρ. Κοππάση Ελισάβετ, Βακάκη Ανθή. Αθήνα: Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος. σελ. 95, 253.

Ramchandani, P., Stein, A., British Medical Journal. (2003). *Οι επιπτώσεις που έχουν στα παιδιά οι ψυχικές διαταραχές των γονέων. Αποφυγή του στιγματισμού, βελτίωση της φροντίδας*. Από <http://www.inpsy.gr/Articles/Mental%20illness%20of%20parents%20affecting%20children.htm> . Ημερομηνία ανάκτησης 17 Δεκεμβρίου 2010.

Ruff, C & Singer, B.H. (2001). *Emotion, social relationships and health*. Oxford University Press.

Satir, V. (1989). *Πλάθοντας ανθρώπους*. Αθήνα: Κέρδος.

Stuart, H. (2005). *Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health*. Από <http://economics.ca/cgi/jab?journal=cpp&view=v31s1/CPpv31s1p021.pdf> .
Ημερομηνία ανάκτησης 26 Δεκεμβρίου 2010.

Veresies Clinic. (2011). *Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών*. Από http://www.veresies.com/index.php?option=com_content&view=article&id=214&Itemid=138&lang=el . Ημερομηνία ανάκτησης 20 Δεκεμβρίου 2010.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Η ψυχική υγεία του παιδιού και ο ρόλος του ευρύτερου περιβάλλοντος. <http://www.logos-ergo.gr/2.pdf> . Ημερομηνία ανάκτησης 3 Ιανουαρίου 2011.

Η ψυχική υγεία των παιδιών και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. <http://www.ipse.gr/research.html> . Ημερομηνία ανάκτησης 3 Ιανουαρίου 2011.

Κέντρο Ημέρας. <http://www.pepsaee.gr/daycenter.html> . Ημερομηνία ανάκτησης 28 Δεκεμβρίου 2010.

Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ). <http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-drases-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/to-programma-psychargos/organosi-kai-leitoyrgia-monadon/perigrafi-monadon/kentro-psychikis-ygeias-kpsy-1> . Ημερομηνία ανάκτησης 27 Δεκεμβρίου 2010.

Κοινωνικός Λειτουργός. <http://www.kpechios.gr/el/kpe/2010-01-26-21-46-57/2010-01-26-21-25-33/77.html> . Ημερομηνία ανάκτησης 28 Δεκεμβρίου 2010.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού. http://www.pagni.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/rolos.asp . Ημερομηνία ανάκτησης 2 Δεκεμβρίου 2010.

Τι είναι η ψυχική ασθένεια; <http://www.health.qld.gov.au/pahospital/qtmhc/docs/mi-gre.pdf> . Ημερομηνία ανάκτησης 15 Νοεμβρίου 2010.

Τι κάνει ο συνήγορος για τα παιδιά; <http://0-18.gr/gia-megaloyis/anafora-proagogi-dikaiomaton-toy-raidiou> . Ημερομηνία ανάκτησης 10 Δεκεμβρίου 2010.

Το φάσμα του αυτισμού- Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές- ένας οδηγός για την οικογένεια. http://www.autismhellas.gr/files/el/autism_familyguide.pdf . Ημερομηνία ανάκτησης 24 Δεκεμβρίου 2010.

Ψυχική ασθένεια, στερεότυπα, προκαταλήψεις και κοινωνικό στίγμα. http://video.minipress.gr/wwwminipress/odigos_psixiki_astheneia_mme/odigos_psixiki_astheneia_mme_stereotyra.pdf . Ημερομηνία ανάκτησης 16 Νοεμβρίου 2010.

Happy Parents. Ειδικά Θέματα. http://happyparents-psychology.blogspot.com/p/blog-page_4005.html . Ημερομηνία ανάκτησης 28 Νοεμβρίου 2010.

Kansas Prevention Wiki- Article. (2008) <http://beta.ctcdata.org/wiki/index.php/O-P#Prevention> . Ημερομηνία ανάκτησης 27 Νοεμβρίου 2010.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική
και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

*“Όλα τα άτομα με ψυχικές
διαταραχές δικαιούνται
να απολαμβάνουν θεραπευτικής
αντιμετώπισης και φροντίδας υψηλής
ποιότητας από υπηρεσίες υγείας
που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους.
Πρέπει, επίσης, να προστατεύονται
από οποιασδήποτε μορφής απάνθρωπη
μεταχείριση και διάκριση”*

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική
και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Μετάφραση: Γιώργος Πασαντωνόπουλος

Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης:
Βαγγέλης Ζαχαριάς, Κοινωνικός Λειτουργός



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2003 με τίτλο:
(Mental Health Policy and Service Guidance Package)
Mental Health Legislation & Human Rights

© **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003**

Ο Γενικός Διευθυντής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παραχώρησε τα δικαιώματα για την έκδοση στα ελληνικά στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που έχει και την αποκλειστική ευθύνη αυτής της έκδοσης.

Σχεδιασμός-Παραγωγή: ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ, Παραγωγική Μονάδα ΚΕ.Θ.Ε.Α., Τηλ.: 210 9246029

ISBN: 960-87395-7-8

Copyright για την ελληνική έκδοση

© **Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2005**

Η παρούσα έκδοση είναι διαθέσιμη και σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης:

www.mohaw.gr/gr/ygeia/yphresies/odigiespoy καθώς και στην αντίστοιχη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας www.who.int/mental_health/policy/en/

| | |
|---|------------|
| Πρόλογος του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης | v |
| Πρόλογος της ελληνικής έκδοσης | vii |
| Πρόλογος του Π.Ο.Υ. | ix |
| Περίληψη | 2 |
| Σκοπός και σε ποιους απευθύνεται | 8 |
| 1. Εισαγωγή | 9 |
| 1.1 Η ανάγκη ύπαρξης νομοθεσίας για την ψυχική υγεία | 9 |
| 1.2 Προσεγγίσεις στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία | 10 |
| 1.3 Διασύνδεση της πολιτικής και της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία | 11 |
| 2. Προκαταρκτικές δράσεις που πρέπει να αναληφθούν από χώρες που επιθυμούν να νομοθετήσουν για την ψυχική υγεία | 14 |
| 2.1 Καθορισμός των κύριων ψυχικών διαταραχών στη χώρα και των προβλημάτων στην εφαρμογή πολιτικής και των προγραμμάτων για την ψυχική υγεία | 14 |
| 2.2 Καταγραφή της νομοθεσίας που σχετίζεται με την ψυχική υγεία | 16 |
| 2.3 Μελέτη των διεθνών συμβάσεων και κανόνων | 16 |
| 2.4 Επισκόπηση της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία άλλων χωρών | 20 |
| 2.5 Διαβουλεύσεις και διαπραγματεύσεις για την επίτευξη αλλαγών | 21 |
| 3. Το κύριο περιεχόμενο της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία | 23 |
| 3.1 Βασικές διατάξεις στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία | 23 |
| 3.2 Βασικές διατάξεις στη νομοθεσία άλλων τομέων με επιπτώσεις στην ψυχική υγεία | 30 |
| 4. Η διαδικασία σύνταξης του σχεδίου νόμου: κύρια ζητήματα και δράσεις | 35 |
| 5. Αποδοχή της νομοθεσίας: κύρια ζητήματα και δράσεις | 38 |
| 6. Εφαρμογή: προβλήματα και λύσεις | 40 |
| 6.1 Προβλήματα | 40 |
| 6.2 Στρατηγικές για την υπερπήδηση των δυσκολιών κατά την εφαρμογή | 41 |
| 7. Συστάσεις και συμπεράσματα | 44 |
| 7.1 Συστάσεις για χώρες χωρίς νομοθεσία για την ψυχική υγεία | 44 |
| 7.2 Συστάσεις για χώρες με περιορισμένη νομοθεσία για την ψυχική υγεία | 44 |
| 7.3 Συστάσεις για χώρες που έχουν συντάξει σχέδια νόμου για την ψυχική υγεία τα οποία δεν έχουν υιοθετηθεί | 45 |
| 7.4 Συστάσεις για χώρες με νομοθεσία για την ψυχική υγεία που δεν έχει εφαρμοστεί επαρκώς | 45 |
| 8. Παραδείγματα νομοθεσίας για την ψυχική υγεία από μερικές χώρες | 46 |
| Ορισμοί - Γλωσσάριο | 51 |
| Βιβλιογραφία | 51 |

του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ο τομέας της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία και της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι καθοριστικής σημασίας, λόγω του γεγονότος ότι στο απώτερο και στο πρόσφατο παρελθόν, αλλά δυστυχώς και στο παρόν, τα δικαιώματά τους παραβιάζονται ή δεν αναγνωρίζονται. Αυτός είναι ο κύριος λόγος που διεθνείς οργανισμοί όπως ο Ο.Η.Ε., η Ε.Ε., το Συμβούλιο της Ευρώπης, ο Π.Ο.Υ. κ.α. έχουν επανειλημμένα ασχοληθεί με το θέμα, σε μια προσπάθεια να το θέσουν στο προσκήνιο και στη δημόσια προσοχή με νηφάλιο και επιστημονικό τρόπο, ως αντιστάθμισμα στις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις που παρατηρούνται σε αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες παγκοσμίως.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στην παρούσα έκδοση, αναδεικνύει και καταγράφει συστηματικά τα κύρια σημεία που πρέπει να καλύπτονται από τη σχετική νομοθεσία, όπως η αρχή της λήψης των ελάχιστων περιοριστικών μέτρων, η συγκατάθεση, οι αρχές που πρέπει να διέπουν την εκούσια και ακούσια νοσηλεία και θεραπεία και, βεβαίως, η κατοχύρωση όλων των αστικών, πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σημαντικό είναι επίσης να υπάρχουν νομοθετικές προβλέψεις και για άλλους καίριους τομείς όπως η εκπαίδευση, η στέγαση και η απασχόληση.

Στη χώρα μας η νομοθεσία για την ψυχική υγεία είναι εναρμονισμένη με τις κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ. Οι βασικές διατάξεις περιέχονται στους Νόμους 2071/1992, 2447/1996, 2519/1997, 2716/1999 και 3418/2005 που αναφέρονται σε αρκετά από τα ζητήματα, όπως οι προϋποθέσεις και η διαδικασία ακούσιας νοσηλείας καθώς και τα ένδικα μέσα που μπορούν να ασκηθούν κατά μίας τέτοιας απόφασης, ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης και ο τρόπος εφαρμογής της, τα δικαιώματα των ασθενών, ο ρόλος και οι αρμοδιότητες της Ειδικής Επιτροπής για τα δικαιώματα των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές και ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας στη φροντίδα ψυχικής υγείας.

Παρατηρούνται, βεβαίως, προβλήματα στην εφαρμογή της νομοθεσίας, κυρίως σε ότι αφορά την ακούσια νοσηλεία και θεραπεία. Αυτά τα προβλήματα απασχολούν το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το δικαστικό σύστημα και την αστυνομία, αλλά κυρίως απασχολούν τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειές τους. Οφείλουμε μέσα από μία διαδικασία ανοιχτού διαλόγου με όλους τους ενδιαφερόμενους να απαντήσουμε ικανοποιητικότερα στα θέματα που ανακύπτουν. Οφείλουμε επίσης, ως Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, να συνηγορήσουμε αποτελεσματικότερα για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Προς αυτή την κατεύθυνση εργάζεται και η Ειδική Επιτροπή για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές που έχει συσταθεί κατ' εφαρμογή του Ν. 2716/1999.

Η αναγνώριση και άσκηση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι ένα ευρύ νομικό και κοινωνικό θέμα στο οποίο καλούνται να συμβάλλουν, στο πλαίσιο των συνταγματικών και διεθνών σχετικών προβλέψεων, τόσο η πολιτεία με τους θεσμούς της, όσο και η κοινωνία με τους φορείς της.



Νικήτας Κακλαμάνης
Αθήνα,
Δεκέμβριος 2005

Πρόλογος της ελληνικής έκδοσης

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

Η Έκθεση του Π.Ο.Υ. για την Παγκόσμια Υγεία 2001 με θέμα *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*¹ αποτυπώνει παραστατικά και τεκμηριωμένα αυτό το γεγονός. Η Έκθεση, μεταξύ άλλων, τονίζει πως σύμφωνα με τις πρόσφατες εξελίξεις στις νευροεπιστήμες και τη συμπεριφορική ιατρική καταδεικνύεται πως, όπως πολλές σωματικές ασθένειες, οι ψυχικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα περίπλοκων αλληλεπιδράσεων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η ψυχική και η σωματική υγεία αλληλοεπηρεάζονται μέσω νευροενδοκρινικών και ανοσοποιητικών λειτουργιών και μέσω της ατομικής μας συμπεριφοράς (δίαιτα, κάπνισμα, συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, κ.ά.). Επισημαίνονται ακόμη οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών (π.χ. σχέσεις παιδιών με γονείς), όπως και οι κοινωνικοί (φτώχεια, ανεξέλεγκτη αστικοποίηση, ταχεία τεχνολογική εξέλιξη, πόλεμοι, καταστροφές). Τέλος, τονίζεται με έμφαση το κομβικό ζήτημα της μετατόπισης του κέντρου βάρους της φροντίδας από την ιδρυματική στην κοινοτική βάση, καθορίζονται οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη φροντίδα ψυχικής υγείας (έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση, κατάλληλη χρήση θεραπευτικών τεχνικών, συνέχεια στη φροντίδα και ευρύ φάσμα υπηρεσιών), αναδεικνύεται η σημασία της εμπλοκής και συνεργασίας των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους, των τοπικών κοινοτήτων και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και περιγράφονται τα βασικά συστατικά της περιθαλψής – φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση – που ένας ισόρροπος συνδυασμός τους αναγνωρίζεται ως αναγκαίος.

Αποτελέσματα ερευνών αποδεικνύουν ότι η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα μεγάλη και η θεραπεία τους είναι δαπανηρή. Είναι όμως πιο δαπανηρό να αφεθούν αθεράπευτες, αν συνυπολογισθεί το άμεσο και το έμμεσο κόστος των επιπτώσεών τους. Υπό αυτή την έννοια η μη αποτελεσματική αντιμετώπισή τους αντιβαίνει, πέρα από τα ανθρώπινα, και προς τα οικονομικά συμφέροντα κοινωνιών και κρατών. Έχουμε, λοιπόν, κάθε λόγο – σε ανθρώπινο και οικονομικό επίπεδο – να βελτιώνουμε τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, να τις καθιστούμε ευκολότερα προσβάσιμες και περισσότερο αποτελεσματικές.

Και στη χώρα μας, τα τελευταία 20 χρόνια, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μεταρρυθμίζονται σταδιακά, με βάση τις εκτεθείσες αρχές. Μέρος τους ενσωματώνεται στο γενικό σύστημα υγείας (ψυχιατρικά τμήματα και ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία σε γενικά νοσοκομεία), ενώ παράλληλα αναπτύσσονται και λειτουργούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης – ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα –), που έχουν ως στόχο την κάλυψη των σχετικών αναγκών σε τοπικό επίπεδο, καθιστώντας τα άτομα που πάσχουν ενεργά μέλη των οικογενειών και των κοινοτήτων στις οποίες ανήκουν. Με τον τρόπο αυτό αντικαθίσταται σταδιακά το παρωχημένο μοντέλο του πολύχρονου - και μη αναγκαίου θεραπευτικά – εγκλεισμού τους σε ψυχιατρικά νοσοκομεία που η αναποτελεσματικότητά τους, καθώς και η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αποτέλεσε και αποτελεί στόχο δίκαιης δημόσιας κριτικής.

Η προαναφερόμενη μεταρρυθμιστική διαδικασία δεν είναι ούτε εύκολη, ούτε αυτονόητη, ενώ τα εμπόδια που συναντά είναι ευάριθμα και πολύπλοκα. Οι προκαταλήψεις, το στίγμα

1. Ελληνική έκδοση: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2002. Διαθέσιμη και σε ηλεκτρονική μορφή: www.mohaw.gr/gr/ygeia/yphresies/ekthesipoy και www.who.int/whr/2001/en/whr01_gr.pdf

και οι συνακόλουθες διακρίσεις προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πάντα στο προσκήνιο και στη χώρα μας, όπως σε όλες τις χώρες, παρά τις πρωτοβουλίες και τις καμπάνιες αποστιγματισμού^{2,3,4}, και έχουν ως αποτέλεσμα να μην αξιοποιούνται οι διαθέσιμες υπηρεσίες από, περίπου, τους μισούς από αυτούς που τις χρειάζονται.

Παράλληλα οι μεταρρυθμίσεις που συντελούνται στα συστήματα υγείας παγκοσμίως, εκφραζόμενες κυρίως μέσω της αποκέντρωσης και των αλλαγών στον τρόπο και τις πηγές χρηματοδότησής τους, ενώ ο στόχος τους είναι η βελτίωση της πρόσβασης σε ισότιμα παρεχόμενες, ποιοτικές και οικονομικά συμφέρουσες υπηρεσίες υγείας, δεν αποκλείουν τον κίνδυνο αποκλεισμού ευπαθών ομάδων, όπως τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, από τις τιθέμενες εκάστοτε προτεραιότητες της πολιτικής υγείας.

Παρά τα προαναφερόμενα προβλήματα όμως, έχουμε τη δυνατότητα, την πείρα και την γνώση να απαντούμε αποτελεσματικότερα σε παλιές και νέες προκλήσεις. Προς αυτή την κατεύθυνση στοχεύει και το Πρόγραμμα Παγκόσμιας Δράσης για την Ψυχική Υγεία του Π.Ο.Υ., μέρος του οποίου είναι και το ανά χείρας εγχειρίδιο του Πακέτου Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Η έκδοση των οκτώ εγχειριδίων του Πακέτου στα ελληνικά, θα συμβάλει στον εμπλουτισμό της δικής μας πολιτικής και πρακτικής, έτσι ώστε η μεταρρυθμιστική μας προσπάθεια να συνεχισθεί, αντλώντας μια ανανεούμενη δυναμική που θα εναρμονίζεται και με τις βασικές κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ., προσαρμοσμένες στις δικές μας κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.

Στον πρόλογο των εγχειριδίων περιγράφεται αναλυτικά ο σκοπός, το περιεχόμενο, η μορφή, διάταξη και χρήση τους, καθώς και σε ποιους απευθύνονται, και επισημαίνεται η ευρεία εμβέλειά τους. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας θα διανείμει το Πακέτο σε όλους τους αναφερόμενους, φροντίζοντας παράλληλα για την ελεύθερη πρόσβασή του από κάθε ενδιαφερόμενο, μέσω του διαδικτύου, στην ιστοσελίδα του. Είμαστε βέβαιοι πως η χρησιμότητά του θα εκτιμηθεί από τους αναγνώστες και θα συμβάλει στο δημόσιο διάλογο και προβληματισμό για την αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.



Κώστας Ν. Στεφανής
Αθήνα,
Ιανουάριος 2004

2. Το Μάρτιο του 2003, στο πλαίσιο της ελληνικής προεδρίας της Ε.Ε., πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα Ευρωπαϊκή Διάσκεψη με συμμετοχή Υπουργών και θέμα «Ψυχική Ασθένεια και στιγματισμός στην Ευρώπη: αντιμετώπιζοντας τις προκλήσεις της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της ισότητας». Οι προτάσεις της προωθήθηκαν από την ελληνική προεδρία στο αρμόδιο Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Απασχόληση, Κοινωνική Πολιτική, Υγεία και Καταναλωτές), που ενέκρινε σχετικά συμπεράσματα (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2003/C141/01/17.6.2003).
3. Το Ελληνικό Πρόγραμμα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας, που υλοποιείται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, έχει αναπτύξει πληθώρα σχετικών δραστηριοτήτων.
4. Okasha A, Stefanis C, eds (υπό έκδοση), A Global perspective on the stigma due to Mental illness στο πλαίσιο του προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων εξαιτίας της σχιζοφρένειας. Στο βιβλίο εμπεριέχεται κεφάλαιο με τίτλο The Unprecedented Initiative of European Ministers of Health των Κ. Στεφανή, Μ. Οικονόμου.

Το παρόν εγχειρίδιο αποτελεί μέρος ενός συνολικότερου πακέτου οδηγιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Το πακέτο οδηγιών παρέχει πρακτικές πληροφορίες για να συνδράμει τις χώρες στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πολιτών τους.

Σκοπός του πακέτου οδηγιών

Ο σκοπός του πακέτου οδηγιών είναι να υποβοηθήσει τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής και το σχεδιασμό να:

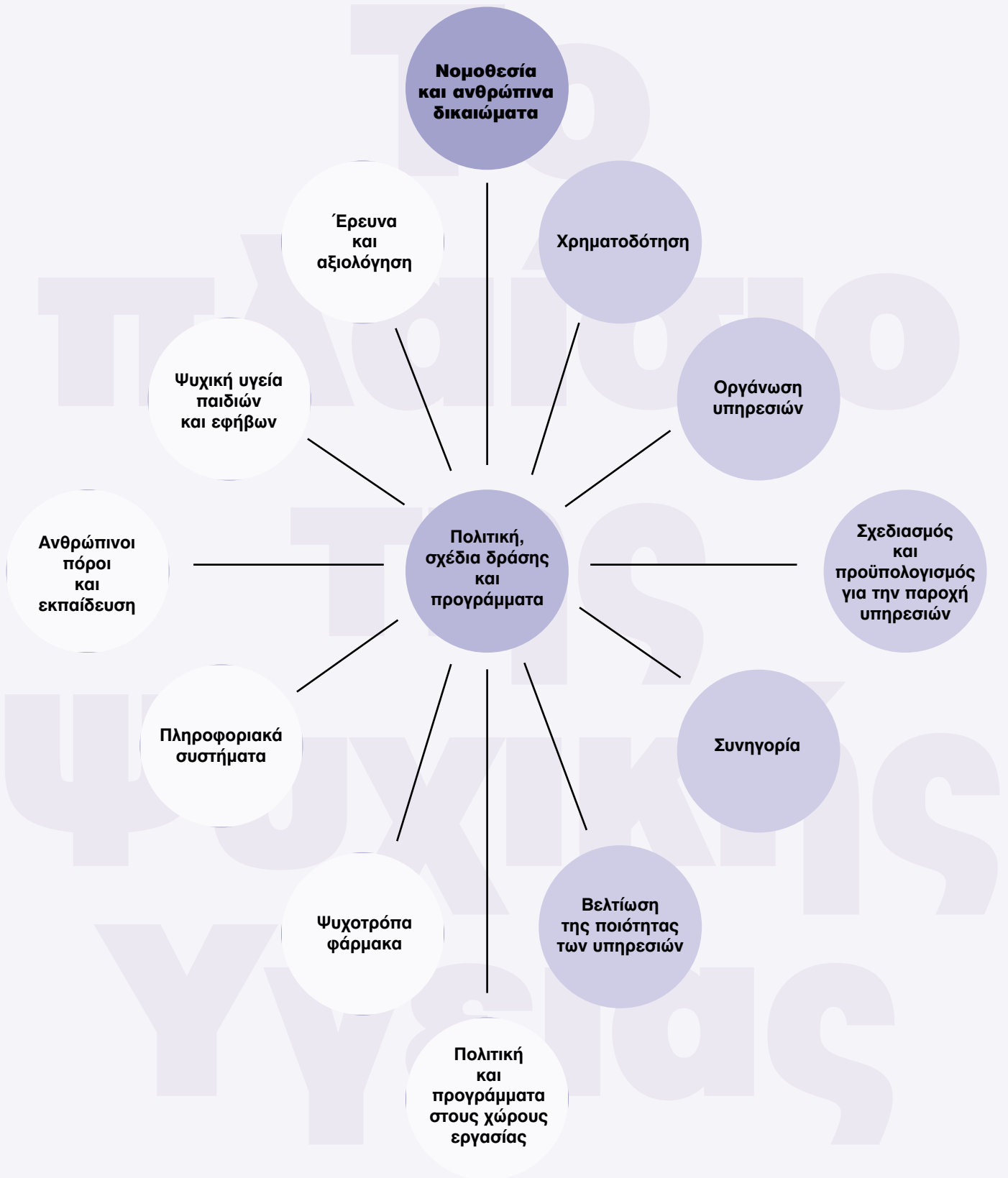
- αναπτύξουν πολιτικές και συνεκτικές στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πολιτών.
- χρησιμοποιούν τους υπάρχοντες πόρους και μέσα για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων.
- παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες σ' αυτούς που τις χρειάζονται.
- συμβάλλουν στην επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους γενικότερα.

Περιεχόμενα του πακέτου

Το πακέτο αποτελείται από μία σειρά αλληλοσυνδεόμενων και φιλικών στους αναγνώστες εγχειριδίων που έχουν σχεδιασθεί για να αναδείξουν την ευρεία γκάμα των αναγκών και των προτεραιοτήτων στη χάραξη πολιτικής και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών. Το θέμα κάθε εγχειριδίου αποτελεί μία βασική συνισταμένη του τομέα της ψυχικής υγείας. Το αρχικό εγχειρίδιο τιτλοφορείται *Το Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας* και περιγράφει το συνολικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας, ενώ ταυτόχρονα κάνει μια περιληπτική αναφορά στο περιεχόμενο όλων των υπόλοιπων εγχειριδίων. Έτσι παρέχεται στους αναγνώστες η δυνατότητα κατανόησης του συνολικού πλαισίου αφ' ενός και αφ' ετέρου τους δίνεται η δυνατότητα να επιλέξουν τα συγκεκριμένα εγχειρίδια που μπορούν να φανούν χρήσιμα ανάλογα με τις συγκεκριμένες περιστάσεις. Βασικό εγχειρίδιο είναι επίσης το τιτλοφορούμενο *Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας*, που παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες για τη διαδικασία ανάπτυξης και εφαρμογής της πολιτικής, μέσω των σχεδίων δράσης και των προγραμμάτων. Μετά την ανάγνωση αυτού του εγχειριδίου οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να εστιάσουν σε συγκεκριμένα θέματα ψυχικής υγείας, που αναπτύσσονται στα υπόλοιπα εγχειρίδια.

Το πακέτο οδηγιών περιλαμβάνει τα ακόλουθα εγχειρίδια:

- › Το Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας
- › Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας
- › Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας
- › Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα
- › Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία
- › Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- › Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- › Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας



● υπό δημιουργία

Τα ακόλουθα εγχειρίδια δεν είναι ακόμη διαθέσιμα αλλά πρόκειται να συμπεριληφθούν στο τελικό πακέτο οδηγιών:

- Βελτίωση της Πρόσβασης και Χρήσης των Ψυχοτρόπων Φαρμάκων
- Πληροφοριακά Συστήματα Ψυχικής Υγείας
- Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων
- Έρευνα και Αξιολόγηση της Πολιτικής και των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- Πολιτικές και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας στους Χώρους Εργασίας

Σε ποιους απευθύνεται

Το πακέτο οδηγιών είναι χρήσιμο για:

- αυτούς που χαράσσουν την πολιτική στον τομέα της υγείας,
- κυβερνητικές υπηρεσίες σε κεντρικό και περιφερειακό / τοπικό επίπεδο,
- επαγγελματίες ψυχικής υγείας,
- ομάδες που εκπροσωπούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές,
- εκπροσώπους ή συλλόγους οικογενειών ατόμων με ψυχικές διαταραχές,
- οργανώσεις συνηγορίας που εκπροσωπούν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους,
- μη κυβερνητικές οργανώσεις που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Χρήση των εγχειριδίων

– Τα εγχειρίδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν **αυτοτελώς ή ως πακέτο**. Για ευκολία στη χρήση, γίνονται παραπομπές μεταξύ τους. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να μελετήσουν συστηματικά όλα τα εγχειρίδια ή να χρησιμοποιήσουν ένα μεμονωμένο, που δίνει έμφαση σε κάποιο συγκεκριμένο τομέα της ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, χώρες που επιθυμούν να αναδείξουν το θέμα της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία, θα βρουν χρήσιμο γι' αυτό το σκοπό το αντίστοιχο εγχειρίδιο.

– Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως **εκπαιδευτικό πακέτο** για αυτούς που χαράσσουν πολιτική καθώς και αυτούς που εμπλέκονται στην οργάνωση, παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθούν ως εκπαιδευτικό υλικό στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, καθώς και από επιστημονικές - επαγγελματικές οργανώσεις, που μπορεί να χρησιμοποιήσουν το υλικό ως βοήθημα για την εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

– Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως πλαίσιο για **τεχνική βοήθεια** από ένα ευρύ φάσμα διεθνών και εθνικών οργανώσεων, που υποστηρίζουν χώρες οι οποίες επιθυμούν να μεταρρυθμίσουν την πολιτική και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

– Μπορεί να χρησιμεύσουν ως **εργαλεία συνηγορίας** σε οργανώσεις χρηστών υπηρεσιών, οικογενειών και άλλες οργανώσεις που ασχολούνται με θέματα ψυχικής υγείας. Τα εγχειρίδια περιέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την εκπαίδευση του κοινού. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθούν για την αύξηση του ενδιαφέροντος στον τομέα των ψυχικών διαταραχών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από πολιτικούς, διαμορφωτές της κοινής γνώμης, άλλους επαγγελματίες υγείας καθώς και το ευρύ κοινό.

Μορφή και διάταξη των εγχειριδίων

Κάθε εγχειρίδιο αποσαφηνίζει περιληπτικά τους σκοπούς και την ομάδα στόχο στην οποία απευθύνεται. Η διάταξη τους ακολουθεί μία βήμα προς βήμα παρουσίαση για τη διευκόλυνση της χρήσης και εφαρμογής των οδηγιών που εμπεριέχει. Οι οδηγίες δεν πρέπει να ερμηνευθούν με στατικό και άκαμπτο τρόπο, ούτε να εκληφθούν ως απαράβατοι κανόνες. Η κάθε χώρα καλείται να προσαρμόσει το υλικό σύμφωνα με τις δικές της ανάγκες και περιστάσεις. Προς τούτο βοηθούν και τα πολλά πρακτικά παραδείγματα που δίνονται.

Μεταξύ των εγχειριδίων υπάρχει μία εκτεταμένη παραπομπή – αναφορά. Οι αναγνώστες ενός εγχειριδίου πρέπει να συμβουλευούνται και τα άλλα (όπως επισημαίνεται στο κείμενο), εάν επιθυμούν περαιτέρω συμβουλές.

Όλα τα εγχειρίδια πρέπει να ειδωθούν υπό το πρίσμα της πολιτικής του Π.Ο.Υ. για την παροχή των περισσότερων υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τις γενικές υπηρεσίες υγείας και άλλα πλαίσια στην κοινότητα. Η ψυχική υγεία είναι βεβαίως ένα διατομεακό ζήτημα στο οποίο εμπλέκονται και τομείς όπως η εκπαίδευση, η εργασία, η στέγαση, οι κοινωνικές υπηρεσίες και η δικαιοσύνη. Τέλος, είναι σημαντικό να εμπλέξουμε σοβαρά τις οργανώσεις των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών στην ανάπτυξη της πολιτικής και της παροχής υπηρεσιών.

Dr Michelle Funk

Dr Benedetto Saraceno

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Γενικό πλαίσιο της νομοθεσίας που αφορά την ψυχική υγεία

Η ύπαρξη νομοθεσίας για την ψυχική υγεία είναι απαραίτητη για την προστασία των δικαιωμάτων των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, οι οποίοι αποτελούν ένα ευπαθές τμήμα της κοινωνίας. Οι άνθρωποι αυτοί στιγματίζονται και έρχονται αντιμέτωποι με διακρίσεις και την περιθωριοποίηση σε όλες τις κοινωνίες, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες να καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματά τους. Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν κάποιες φορές την ικανότητα λήψης αποφάσεων και οι άνθρωποι αυτοί δεν αναζητούν πάντα ή δεν δέχονται να λάβουν θεραπεία ώστε να αντιμετωπιστούν τα προβλήματά τους. Σπάνια, οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές μπορεί να αποτελέσουν κίνδυνο για τον εαυτό τους ή για τους άλλους, λόγω της μειωμένης ικανότητάς τους να λαμβάνουν αποφάσεις. Ο κίνδυνος βίαιης συμπεριφοράς εκ μέρους των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι σχετικά μικρός. Οι εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με το ζήτημα αυτό δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη σχετική με την ψυχική υγεία νομοθεσία.

Η νομοθεσία αυτή μπορεί να παράσχει ένα νομικό πλαίσιο που θα αντιμετωπίζει κρίσιμα ζητήματα, όπως είναι η ενσωμάτωση στην κοινωνία ατόμων με ψυχικές διαταραχές, η παροχή ποιοτικής φροντίδας, η βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα αυτή, η προστασία των πολιτικών δικαιωμάτων και η προστασία και προαγωγή δικαιωμάτων σε άλλα κρίσιμα ζητήματα, όπως είναι η στέγαση, η εκπαίδευση και η εργασία. Η νομοθεσία μπορεί επίσης να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Έτσι, η σχετική νομοθεσία είναι κάτι ευρύτερο από νομοθεσία μόνο για τη φροντίδα και τη θεραπεία που περιορίζεται στην παροχή ιδρυματικού τύπου υπηρεσιών.

Δεν υπάρχει εθνική νομοθεσία σχετική με την ψυχική υγεία στο 25% των χωρών, στις οποίες συγκεντρώνεται το 31% του παγκόσμιου πληθυσμού, αν και χώρες με ομοσπονδιακό σύστημα διακυβέρνησης μπορεί να έχουν θεσπίσει πολιτειακούς νόμους για την ψυχική υγεία. Από τις χώρες που διαθέτουν τη σχετική νομοθεσία, οι μισές έχουν εθνικούς νόμους που ισχύουν μετά το 1990. Το 15% των χωρών αυτών έχουν νομοθεσία η οποία είχε ψηφιστεί πριν το 1960, δηλαδή σε εποχή που οι περισσότεροι σύγχρονοι τρόποι θεραπείας δεν υπήρχαν (World Health Organization 2001). Η ύπαρξη νομοθεσίας για την ψυχική υγεία δεν εγγυάται απαραίτητα την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε κάποιες χώρες, μάλιστα, η νομοθεσία αυτή περιλαμβάνει διατάξεις που οδηγούν στην καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η νομοθεσία για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μπορεί να είναι είτε ολοκληρωμένη είτε διασπαρμένη. Οι περισσότερες χώρες διαθέτουν, για τα θέματα αυτά, ολοκληρωμένη νομοθεσία η οποία περιλαμβάνει όλα τα σχετικά ζητήματα σε ένα νομοθετικό κείμενο. Ο τρόπος αυτός πλεονεκτεί έναντι του άλλου διότι οι διαδικασίες είναι απλούστερες. Επιπλέον, η διαδικασία της σύνταξης, υιοθέτησης και εφαρμογής νομοθεσίας αυτού του είδους προσφέρει μια καλή ευκαιρία ώστε να ενημερωθεί η κοινή γνώμη, οι πολιτικοί και η κοινωνία γενικότερα. Η εναλλακτική λύση είναι να εισάγονται διατάξεις σχετικές με τις ψυχικές διαταραχές στο πλαίσιο άλλων νομοθετημάτων. Για παράδειγμα, νομικές διατάξεις σχετικές με την προστασία του δικαιώματος στην απασχόληση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μπορούν να εισαχθούν σε νομοθεσία που σχετίζεται με την εργασία. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα εφαρμογής διατάξεων προς όφελος των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, διότι οι διατάξεις στην περίπτωση αυτή αποτελούν

μέρος μιας νομοθεσίας που ωφελεί ένα ευρύτερο τμήμα ανθρώπων. Ωστόσο, μια τόσο διασπαρμένη νομοθεσία είναι δύσκολο να ψηφιστεί διότι απαιτεί τροπολογίες και αλλαγές σε πολλαπλά νομοθετικά κείμενα, ενώ υπάρχει και η πιθανότητα να παραλειφθούν σημαντικά ζητήματα.

Μια συνδυαστική προσέγγιση μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα στην πολυπλοκότητα των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, δηλαδή μια ειδική νομοθεσία για την ψυχική υγεία μπορεί να συμπληρώνεται από την γενικότερη νομοθεσία, η οποία να επιλύει επί μέρους ζητήματα σχετικά με την ψυχική υγεία.

Η σχετική με την ψυχική υγεία νομοθεσία πρέπει να θεωρείται περισσότερο ως μία διαδικασία παρά ως ένα γεγονός το οποίο συμβαίνει σπάνια. Αυτό επιτρέπει στη συγκεκριμένη νομοθεσία να βελτιώνεται ανταποκρινόμενη στις νέες προτάσεις θεραπείας των ψυχικών διαταραχών και στις εξελίξεις στα συστήματα παροχής υπηρεσιών. Ωστόσο, οι συχνές τροποποιήσεις στη νομοθεσία δεν είναι εφικτές, αφενός λόγω του χρόνου και των οικονομικών πόρων που απαιτούνται, και αφετέρου λόγω της ανάγκης διαβούλευσης με όλους τους εμπλεκόμενους. Μια πιθανή λύση είναι οι ρυθμίσεις εκ των υστέρων, που τίθενται σε ισχύ κατά τις προβλέψεις του νόμου. Η νομοθεσία μπορεί να περιλαμβάνει διατάξεις για τον τρόπο υιοθέτησης ρυθμίσεων και να καθορίζει τη διαδικασία τροποποίησής τους. Το πιο σημαντικό πλεονέκτημα αυτών των ρυθμίσεων είναι ότι δεν απαιτείται από τους νομοθέτες να ψηφίζουν επανειλημμένα για βελτιώσεις. Σε μερικές χώρες, τα εκτελεστικά διατάγματα και οι εγκύκλιοι χρησιμοποιούνται αντί τέτοιων ρυθμίσεων.

Η σχετική νομοθεσία είναι απαραίτητη για να συμπληρώνει και να ενισχύει την πολιτική για την ψυχική υγεία, όπως και για να παρέχει το νομικό πλαίσιο ώστε να πετυχαίνει τους στόχους της. Μία τέτοια νομοθεσία μπορεί να προστατεύσει τα ανθρώπινα δικαιώματα, να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να προωθήσει την ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινωνία. Οι στόχοι αυτοί είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα της εθνικής πολιτικής για την ψυχική υγεία.

Ενέργειες που προηγούνται της σύνταξης της νομοθεσίας

Οι χώρες που έχουν αποφασίσει να συντάξουν και να θεσπίσουν νέα νομοθεσία για την ψυχική υγεία πρέπει να φέρουν εις πέρας προκαταρκτικές ενέργειες οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν με εποικοδομητικό τρόπο αυτή τη διαδικασία. Πρώτον, είναι σημαντικό να καθοριστούν τα σχετικά προβλήματα και τα εμπόδια για την εφαρμογή της πολιτικής και των σχεδίων δράσης που αφορούν στην ψυχική υγεία. Ο επόμενος στόχος είναι να επανεξεταστεί κριτικά η υπάρχουσα νομοθεσία ώστε να καθοριστούν τα κενά και οι δυσκολίες που μπορούν να αντιμετωπισθούν με τη νέα νομοθεσία.

Ένα σημαντικό μέρος των προκαταρκτικών ενεργειών σχετίζεται με τη μελέτη των διεθνών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των συνθηκών και των κανόνων που αφορούν τα δικαιώματα αυτά. Οι χώρες οι οποίες έχουν υπογράψει τέτοιες συνθήκες είναι υποχρεωμένες να σέβονται, να προστατεύουν και να πράττουν σύμφωνα με τα δικαιώματα αυτά. Οι διεθνείς κανόνες που επιβάλλουν τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως είναι οι Αρχές για την Προστασία των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές και για τη Βελτίωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (MI Principles), οι Κανόνες για Ισότητα των Ευκαιριών για Άτομα με Αναπηρίες (Standard Rules), η Διακήρυξη του Καρακάς, η Διακήρυξη της Μαδρίτης και άλλοι κανόνες, όπως Η νομοθεσία για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας: δέκα βασικές αρχές του Π.Ο.Υ., μπορούν να συμβάλλουν στη σύνταξη ικανοποιητικής νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. Οι κανόνες αυτοί των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν δεσμεύουν νομικά τις χώρες,

αντανακλούν όμως τη διεθνή συμφωνία για άσκηση καλών πρακτικών στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Οι προκαταρκτικές ενέργειες πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν μία κριτική θεώρηση της υπάρχουσας σχετικής νομοθεσίας άλλων χωρών, ειδικά όσων έχουν ανάλογο κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο. Αυτό μπορεί να δώσει μία καλή ιδέα για τις διατάξεις που περιέχονται γενικά στη νομοθεσία διαφορετικών χωρών και να διευκολύνει τον προσδιορισμό των διατάξεων που περιορίζουν ή καταπατούν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και που για το λόγο αυτό πρέπει να αποφευχθούν στην προτεινόμενη νομοθεσία. Μία τέτοια θεώρηση μπορεί επίσης να οδηγήσει στον προσδιορισμό των ανεπαρκειών που δυσχεραίνουν την εφαρμογή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία.

Η εμπλοκή όλων των ενδιαφερομένων σε διαβουλεύσεις και διαπραγματεύσεις, σχετικά με το τι είναι δυνατό να περιέχει η νομοθεσία, αποτελεί το τελικό στάδιο των προκαταρκτικών δράσεων. Οι διαβουλεύσεις και οι διαπραγματεύσεις για την επίτευξη της αλλαγής είναι σημαντικές όχι μόνο κατά τη σύνταξη της νομοθεσίας, αλλά και κατά το στάδιο της εφαρμογής της, αφού ψηφιστεί.

Το περιεχόμενο της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

Τα κύρια στοιχεία της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία συζητούνται πιο κάτω. Τα στοιχεία αυτά δεν είναι τα μόνα, ούτε και εξαντλούν όσα είναι δυνατό να περιληφθούν. Εντούτοις, αποτελούν τα κυριότερα θέματα που η νομοθεσία πρέπει να αντιμετωπίσει.

Βασικές διατάξεις της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

Η αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων επιβάλλει την παροχή θεραπείας σε περιβάλλοντα που έχουν τη μικρότερη δυνατή επίπτωση στην προσωπική ελευθερία των ασθενών, στη θέση τους στην κοινότητα και σε ότι αυτή τους προσκομίζει, όπως είναι η δυνατότητα να συνεχίσουν να εργάζονται, να κινούνται ελεύθερα και να διαχειρίζονται τις υποθέσεις τους. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι πρέπει να προαχθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση σε κοινοτικό πλαίσιο, και ότι θα γίνεται χρήση ιδρυματικής θεραπείας μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις. Εφόσον η ιδρυματική αντιμετώπιση είναι αναγκαία, η νομοθεσία πρέπει να ενθαρρύνει την εκούσια εισαγωγή και θεραπεία και να επιτρέπει την ακούσια εισαγωγή μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Προκειμένου να εφαρμοστεί η αρχή αυτή προαπαιτείται η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η νομοθεσία πρέπει να εγγυάται στα άτομα με ψυχικές διαταραχές ότι ισχύει το απόρρητο για όλες τις πληροφορίες που συλλέγονται κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Οι νόμοι πρέπει να απαγορεύουν ρητά την αποκάλυψη, εξέταση ή μεταφορά των δεδομένων που αφορούν την ψυχική υγεία των ασθενών χωρίς τη συγκατάθεσή τους.

Η αρχή της ελεύθερης και έγκυρης – κατόπιν ενημέρωσης – συγκατάθεσης σε θεραπεία πρέπει να κατοχυρώνεται νομοθετικά. Η θεραπεία χωρίς συγκατάθεση, δηλαδή η ακούσια θεραπεία, πρέπει να επιτρέπεται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, οι οποίες πρέπει και να καθορίζονται. Η νομοθεσία πρέπει να περιέχει επαρκείς διαδικαστικούς μηχανισμούς, οι οποίοι να προστατεύουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που υφίστανται ακούσια θεραπεία, καθώς και να επιτρέπουν εξετάσεις για κλινικούς και ερευνητικούς σκοπούς μόνο εάν οι ασθενείς έχουν δώσει ελεύθερα τη συγκατάθεσή τους

κατόπιν ενημέρωσης. Το τελευταίο ισχύει εξίσου για ασθενείς που δέχονται τη θεραπεία είτε ακούσια, είτε εκούσια.

Η ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο πρέπει να αποτελεί την εξαίρεση και πρέπει να συμβαίνει μόνο σε πολύ ειδικές περιπτώσεις. Η νομοθεσία πρέπει να καθορίζει αφενός τις εξαιρετικές αυτές περιπτώσεις και αφετέρου τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται κατά την ακούσια εισαγωγή. Η νομοθεσία πρέπει να δίδει στους ασθενείς που εισάγονται ακούσια το δικαίωμα να προσφεύγουν σε μια ελεγκτική επιτροπή ενάντια στην απόφαση εισαγωγής τους.

Η εκούσια θεραπεία σχετίζεται με το θέμα της έγκυρης συγκατάθεσης. Η νομοθεσία πρέπει να διασφαλίζει ότι όλες οι θεραπείες παρέχονται βάσει της ελεύθερης και έγκυρης συγκατάθεσης, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις. Η συγκατάθεση δεν θεωρείται νόμιμη εάν παραχωρείται υπό απειλή ή έμμεσο καταναγκασμό, ή εάν δεν ενημερώνεται ο ασθενής για δυνατές εναλλακτικές μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η νομοθεσία πρέπει να επιτρέπει μόνο την εκούσια θεραπεία (δηλαδή μόνο εφόσον υπάρχει έγκυρη συγκατάθεση) σε ασθενείς που έχουν κάνει εκούσια εισαγωγή. Οι ασθενείς με ακούσια εισαγωγή πρέπει επίσης να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με τη συγκατάθεσή τους, εκτός ορισμένων σπάνιων περιπτώσεων, όπως εάν στερούνται της ικανότητας να συγκατατεθούν, και εάν η θεραπεία είναι απαραίτητη, ώστε να βελτιωθεί η ψυχική τους υγεία και/ή να προληφθεί σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας και/ή να προληφθεί βλάβη σε άλλους ασθενείς ή άλλους ανθρώπους. Η νομοθεσία πρέπει να ορίζει διαδικασίες για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων που θεραπεύονται ακούσια και να τα προστατεύει έναντι βλαβών και κατάχρησης των εξουσιών που αναφέρθηκαν. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν τη λήψη μιας ανεξάρτητης δεύτερης γνώμης, την παροχή της άδειας για ακούσια νοσηλεία / θεραπεία μιας ανεξάρτητης αρχής, βάσει εισήγησης από επαγγελματίες, την παροχή στους ασθενείς του δικαιώματος προσφυγής ενάντια στην ακούσια θεραπεία, και τη χρήση ενός μηχανισμού περιοδικών επανεξετάσεων.

Η ακούσια θεραπεία σε κοινοτικό περιβάλλον υπό κοινοτική εποπτεία είναι δυνατό να αποτελέσει μια αποδοτική εναλλακτική αντιμετώπιση του ασθενούς αντί της εισαγωγής του σε ιδρυματικό περιβάλλον και μπορεί να συμμορφώνεται με την αρχή λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της κοινοτικής εποπτείας δεν είναι δυνατή, διότι τα στοιχεία σχετικά με την αντιμετώπιση αυτή είναι ανεπαρκή. Εντούτοις, σε όσες χώρες υιοθετήσουν την κοινοτική εποπτεία πρέπει να λαμβάνονται μέτρα ώστε να προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών σε ικανοποιητικό βαθμό, όπως πρέπει να συμβαίνει σε όλα τα θεραπευτικά περιβάλλοντα.

Η νομοθεσία πρέπει να προβλέπει την αυτόματη περιοδική επανεξέταση όλων των περιπτώσεων ακούσιας εισαγωγής και θεραπείας, με την εμπλοκή μιας ανεξάρτητης ελεγκτικής επιτροπής με νομική υπόσταση ή με συμμετοχή δικαστικών, πράγμα που θα τη νομιμοποιεί να δρα ρυθμιστικά. Η σύνθεση, οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα της επιτροπής αυτής πρέπει να καθορίζονται νομοθετικά.

Η νομοθεσία πρέπει να περιέχει διατάξεις σχετικά με τη δικαστική συμπαράσταση (κηδεμονία) ατόμων που δεν είναι ικανά να λαμβάνουν αποφάσεις και να διαχειρίζονται τις υποθέσεις τους. Πρέπει να καθορίζει τις διαδικασίες ορισμού των δικαστικών συμπαραστατών, τα καθήκοντα τους και μηχανισμούς προστασίας από κατάχρηση των εξουσιών που τους παραχωρούνται.

Βασικές διατάξεις άλλων νομοθετικών τομέων που επηρεάζουν τον τομέα της ψυχικής υγείας

Νομοθετικές διατάξεις που αφορούν τομείς εκτός της υγείας είναι επίσης σημαντικές για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Η στέγαση είναι εξαιρετικά σημαντική για την ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Η σχετική νομοθεσία πρέπει να προστατεύει τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αποτρέποντας, για παράδειγμα, τη γεωγραφική απομόνωσή τους, δίνοντάς τους προτεραιότητα στα κρατικά στεγαστικά προγράμματα και εξουσιοδοτώντας τις τοπικές αρχές να δημιουργήσουν διάφορες λύσεις στο στεγαστικό πρόβλημα.

Τα παιδιά, οι έφηβοι και οι ενήλικες δικαιούνται να έχουν ευκαιρίες να εκπαιδευτούν σύμφωνα με τις ικανότητές τους. Οι χώρες πρέπει να διασφαλίζουν ότι η εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των εκπαιδευτικών τους συστημάτων. Τα εξειδικευμένα προγράμματα για την ψυχική υγεία στα σχολεία βοηθούν στον έγκαιρο εντοπισμό διαταραχών του συναισθήματος και της συμπεριφοράς στα παιδιά, και έτσι προλαμβάνουν ανικανότητες λόγω ψυχικών διαταραχών. Τα προγράμματα που γίνονται στα σχολεία βοηθούν επίσης στην πληρέστερη ενημέρωση σχετικά με τις διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων και του άγχους.

Η απασχόληση αποτελεί εξαιρετικά σημαντικό εργαλείο για την προαγωγή της ένταξης στην κοινότητα. Η νομοθεσία πρέπει να προστατεύει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από διακρίσεις, εκμετάλλευση και άδικες απολύσεις από την εργασία λόγω των ψυχικών διαταραχών. Υπάρχει επίσης ανάγκη νομοθεσίας που να προάγει τη δημιουργία και χρηματοδότηση προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης, περιλαμβανομένης της χρηματοδότησης των προγραμμάτων αυτών κατά προτεραιότητα, καθώς και της πρόβλεψης προγραμμάτων θετικής δράσης.

Οι συντάξεις και τα επιδόματα αναπηρίας είναι άλλο ένα πεδίο όπου η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να προστατευτούν και να προαχθούν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να βελτιωθεί η κοινωνική τους ένταξη. Η νομοθεσία πρέπει να δίνει τη δυνατότητα στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να ασκούν όλα τα αστικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματά τους, περιλαμβανομένου του δικαιώματος να ψηφίζουν, να παντρεύονται, να τεκνοποιούν, να έχουν περιουσία, να κινούνται ελεύθερα και να επιλέγουν τον τόπο διαμονής τους. Η βελτίωση της πρόσβασης σε ψυχοτρόπα φάρμακα και η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελούν επιπρόσθετους τομείς νομοθετικών παρεμβάσεων.

Η νομοθεσία μπορεί να περιλαμβάνει ειδικές διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων ευπαθών ομάδων, όπως γυναικών, παιδιών και ηλικιωμένων, καθώς και αυτοχθόνων εθνικών πληθυσμών. Είναι σκόπιμο να λαμβάνονται μέτρα για την προαγωγή του δεσμού μητέρας – παιδιού με τη θεσμοθέτηση της άδειας μητρότητας, για τον έγκαιρο εντοπισμό και πρόληψη της κακοποίησης παιδιών, για τον περιορισμό της πρόσβασης στο αλκοόλ και τα ναρκωτικά, και για τη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής υγείας στα σχολεία.

Διαδικαστικά θέματα της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

Το έργο της σύνταξης της νομοθεσίας πρέπει να ανατεθεί σε μια ειδική επιτροπή, η σύνθεση της οποίας πρέπει να αντικατοπτρίζει όλες τις πλευρές. Τα μέλη της επιτροπής πρέπει να έχουν επαρκή και πολύπλευρη κατάρτιση για να διεκπεραιώσουν αυτό το έργο. Η συμμετοχή των χρηστών και όσων τους φροντίζουν είναι εξαιρετικά σημαντική, αλλά

συχνά αμελείται. Η επιτροπή πρέπει να περιλαμβάνει εκπροσώπους υπουργείων, νομοθετικών σωμάτων, επαγγελματιών ψυχικής υγείας, χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους, οργανώσεων συνηγορίας, και ειδικούς με πείρα στην αντιμετώπιση προβλημάτων των γυναικών, παιδιών, ηλικιωμένων και άλλων ευπαθών ομάδων.

Επί του προτεινόμενου νομοσχεδίου πρέπει να διαβουλευτούν όλοι οι κύριοι εμπλεκόμενοι στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η διαβούλευση έχει ιδιαίτερη σημασία προκειμένου να προσδιοριστούν οι αδυναμίες του νομοσχεδίου, οι πιθανές αντιφάσεις με την υπάρχουσα νομοθεσία, τα σημεία που παραβλέφθηκαν, και οι πρακτικές δυσκολίες που είναι δυνατό να ανακύψουν κατά την εφαρμογή. Η διαβούλευση παρέχει επίσης μια ευκαιρία ενημέρωσης της κοινής γνώμης στα θέματα της ψυχικής υγείας. Πρωτίστως, η συστηματική διαβούλευση μπορεί να έχει θετική επίπτωση κατά την εφαρμογή της νομοθεσίας.

Η διαδικασία της ψήφισης της νομοθεσίας είναι πιθανό να αποβεί το πιο χρονοβόρο βήμα. Η ύπαρξη άλλων προτεραιοτήτων, ιδίως σε αναπτυσσόμενες χώρες, μπορεί να θέσει τη νομοθεσία για την ψυχική υγεία σε δεύτερη μοίρα. Η κινητοποίηση της κοινής γνώμης και η δραστήρια πίεση των υπευθύνων είναι τρόποι που είναι δυνατόν να προωθήσουν και επισπεύσουν τη διαδικασία ψήφισης της νομοθεσίας.

Οι δυσκολίες στην εφαρμογή είναι δυνατόν να προβλεφθούν από το στάδιο της σύνταξης του σχεδίου νόμου και να ληφθούν διορθωτικά μέτρα. Σε πολλές χώρες, η παραμέληση του σκέλους της εφαρμογής είχε ως επακόλουθο τη δημιουργία χάσματος μεταξύ του γράμματος του νόμου και της πρακτικής εφαρμογής. Οι δυσκολίες κατά την εφαρμογή μπορεί να προκύψουν λόγω ελλιπούς χρηματοδότησης, έλλειψης ανθρώπινων πόρων, άγνοιας της σχετικής νομοθεσίας εκ μέρους των επαγγελματιών, των φροντιστών, των οικογενειών και του κοινού, έλλειψης συντονισμού, και, ενίοτε, λόγω διαδικαστικών δυσκολιών.

Είναι σαφές ότι η εφαρμογή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία απαιτεί χρηματοδότηση. Για παράδειγμα, χρειάζονται χρήματα για τη λειτουργία της σχετικής επιτροπής, για την εκπαίδευση του προσωπικού στην εφαρμογή της νομοθεσίας και για τις αλλαγές στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τις επιταγές της νομοθεσίας. Πρέπει να υπάρχει επαρκής πρόβλεψη στον προϋπολογισμό για τις δραστηριότητες αυτές. Δεδομένου ότι σε πολλές χώρες ο προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία αποτελεί μέρος του προϋπολογισμού της γενικής υγείας, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι ο προϋπολογισμός της ψυχικής υγείας απορροφάται μόνο από αυτήν, και δεν διοχετεύεται προς άλλες κατευθύνσεις.

Μια συντονιστική επιτροπή μπορεί να βοηθήσει στην εφαρμογή διαφόρων τμημάτων της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία κατά χρονολογική σειρά σύμφωνα με ένα πρόγραμμα. Ο ρόλος αυτός μπορεί να ανατεθεί στο υπουργείο υγείας, βοηθούμενο από μια ελεγκτική επιτροπή και από οργανώσεις συνηγορίας. Μερικές από τις αρμοδιότητες της συντονιστικής επιτροπής περιλαμβάνουν την ανάπτυξη κανονισμών και διαδικασιών για την εφαρμογή του νόμου, την ετοιμασία πρωτυποποιημένων μεθόδων αντιμετώπισης περιστατικών, και την ανάπτυξη της εκπαίδευσης και διαδικασιών πιστοποίησης για τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας.

Η εφαρμογή υποβοηθείται από την ευρεία ενημέρωση ως προς τις διατάξεις της νέας νομοθεσίας για την ψυχική υγεία μεταξύ των επαγγελματιών, των χρηστών των υπηρεσιών, των οικογενειών τους και των συνηγορητικών οργανώσεων. Ένα πρόγραμμα μεγάλης διάρκειας στην εκπαίδευση και ενημέρωση της κοινής γνώμης μπορεί επίσης να βοηθήσει σημαντικά κατά το στάδιο της εφαρμογής.

Σκοπός του εγχειριδίου και σε ποιούς απευθύνεται

Το εγχειρίδιο αυτό έχει σκοπό να:

- παράσχει μια επισκόπηση του πλαισίου της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία και να καταγράψει τους κύριους τομείς της νομοθεσίας αυτής,
- υπογραμμίσει τα βήματα για τη σύνταξη και εφαρμογή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία,
- λειτουργήσει ως εργαλείο συνηγορίας για την προώθηση της ψήφισης και εφαρμογής της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία.

Το εγχειρίδιο αυτό ενδιαφέρει:

- τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής, τους νομοθέτες, όσους σχεδιάζουν προγράμματα γενικής και ψυχικής υγείας,
- τις ομάδες των χρηστών,
- εκπροσώπους ή οργανώσεις οικογενειών και φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές,
- οργανώσεις συνηγορίας που αντιπροσωπεύουν τα συμφέροντα ατόμων με ψυχικές διαταραχές, των συγγενών τους και των οικογενειών τους,
- ομάδες που στηρίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και συνεργάζονται με άτομα με ψυχικές διαταραχές ή τα υπερασπίζονται,
- στελέχη των υπουργείων υγείας, κοινωνικής πρόνοιας και δικαιοσύνης.

1.1 Η ανάγκη ύπαρξης νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία είναι απαραίτητη λόγω της ιδιαίτερης ευπάθειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές η οποία οφείλεται σε δύο λόγους.

Πρώτον, οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν αφενός τον τρόπο που οι άνθρωποι σκέφτονται και συμπεριφέρονται, και αφετέρου την ικανότητά τους να υπερασπίζονται τα συμφέροντά τους καθώς και, σε σπάνιες περιπτώσεις, να λαμβάνουν αποφάσεις. Δεύτερον, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν το στίγμα, τις διακρίσεις και την περιθωριοποίηση στις περισσότερες κοινωνίες. Ο στιγματισμός αυξάνει τις πιθανότητες να μη λάβουν τη θεραπεία που χρειάζονται ή να τους προσφερθούν υπηρεσίες κατώτερης ποιότητας και σε δυσαρμονία με τις ανάγκες τους. Επιπλέον, η περιθωριοποίηση και οι διακρίσεις αυξάνουν τον κίνδυνο καταπάτησης των αστικών, πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων τους εκ μέρους των παροχών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλων.

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορεί, σε σπάνιες περιπτώσεις, να θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους ή άλλους, λόγω διαταραχών της συμπεριφοράς και λόγω εξασθένησης της ικανότητας τους να λαμβάνουν αποφάσεις. Αυτό έχει συνέπειες για όσους έρχονται σε επαφή μαζί τους, περιλαμβανομένων των μελών της οικογένειας, των γειτόνων, των συναδέλφων τους στο χώρο εργασίας, και της κοινωνίας γενικά. Ο κίνδυνος βίαιης συμπεριφοράς και πρόκλησης βλάβης είναι σχετικά μικρός. Οι συνήθειες εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με την επικινδυνότητα των διαταραχών αυτών δεν πρέπει να επηρεάσουν τις γενικές αντιλήψεις από τις οποίες η νομοθεσία για την ψυχική υγεία πρέπει να διαπνέεται.

Οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε πολλές κοινωνίες είναι εξαιρετικά σκληρές. Υφίστανται οικονομική περιθωριοποίηση, τα αίτια της οποίας, τουλάχιστον εν μέρει, είναι οι διακρίσεις εις βάρος τους και η απουσία νομικής προστασίας από άστοχη αντιμετώπιση και κακοποίηση. Συχνά στερούνται ευκαιριών να μορφωθούν, να εργαστούν ή να απολαύσουν τις παροχές των δημόσιων υπηρεσιών ή άλλων θεσμών. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου οι νόμοι δεν κάνουν διακρίσεις εις βάρος των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εμφανώς, αλλά, όμως, δημιουργούν προβλήματα και εμπόδια. Σε μερικές χώρες, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές υφίστανται διακρίσεις με ενεργητικό τρόπο, δηλαδή τους αρνούνται αυθαίρετα τα δικαιώματα που έχουν όλοι οι πολίτες.

Κατά συνέπεια, η νομοθεσία για την ψυχική υγεία δεν οφείλει να καλύπτει απλώς τη φροντίδα και τη θεραπεία, δηλαδή δεν πρέπει να περιορίζεται στην παροχή θεσμοθετημένων υπηρεσιών υγείας, αλλά και να παρέχει το νομικό πλαίσιο για την επίλυση κρίσιμων θεμάτων της ψυχικής υγείας, όπως είναι η πρόσβαση στη φροντίδα, η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας, η αποκατάσταση και η παρακολούθηση του ασθενούς μετά τη θεραπεία, η πλήρης ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και η προαγωγή της ψυχικής υγείας σε διάφορους τομείς της κοινωνίας.

Η ύπαρξη εθνικής νομοθεσίας για την ψυχική υγεία δεν διασφαλίζει κατ'ανάγκη το ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα είναι σεβαστά. Σε μερικές χώρες μάλιστα οι διατάξεις της σχετικής νομοθεσίας καταπατούν τα δικαιώμα-

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα ευπαθές τμήμα του πληθυσμού.

Στις περισσότερες κοινωνίες τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν το στίγμα.

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές υφίστανται οικονομική περιθωριοποίηση και διακρίσεις.

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία πρέπει να είναι ολοκληρωμένη.

Το 25% των χωρών δεν έχει νομοθεσία για την ψυχική υγεία.

τα αυτά. Στο 25% των χωρών, που κατοικούνται από το 31% του παγκόσμιου πληθυσμού, δεν υπάρχει εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία, αν και χώρες με ομοσπονδιακό σύστημα μπορεί να έχουν πολιτειακούς νόμους στον τομέα αυτόν. Υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις στο θέμα αυτό στις διάφορες περιοχές του κόσμου. Έτσι, το 91,7% των χωρών της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας έχει εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία, ενώ στην Περιφέρεια της Ανατολικής Μεσογείου έχει μόνο το 57%. Στο 50% των χωρών η σχετική νομοθεσία ψηφίστηκε μετά το 1990, ενώ στο 15% προ της δεκαετίας του 1960, όταν ακόμη οι περισσότερες σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι δεν ήταν διαθέσιμες (World Health Organization, 2001).

1.2 Προσεγγίσεις στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία

Οι περισσότερες χώρες έχουν ενοποιημένη νομοθεσία.

Υπάρχουν δύο τρόποι προσέγγισης της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. Σε μερικές χώρες δεν υπάρχει νομοθεσία αποκλειστικά για την ψυχική υγεία και οι διατάξεις που αφορούν άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι εμβόλιμες σε σχετική νομοθεσία άλλων τομέων. Αυτού του είδους η νομοθεσία ονομάζεται διασπαρμένη ή κατακερματισμένη νομοθεσία. Στις περισσότερες χώρες, όμως, υπάρχει ενοποιημένη ή ολοκληρωμένη νομοθεσία για την ψυχική υγεία, όπου είναι ενσωματωμένα όλα τα θέματα που αφορούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Η ενοποιημένη νομοθεσία είναι εύκολο να θεσπιστεί και να ψηφιστεί.

Και οι δύο προσεγγίσεις έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η ενοποιημένη νομοθεσία είναι εύκολο να θεσπιστεί χωρίς να υπάρχει ανάγκη να γίνουν πολλαπλές τροπολογίες στους υπάρχοντες νόμους. Η διαδικασία της σύνταξης, ψήφισης, και εφαρμογής της ενοποιημένης νομοθεσίας προσφέρει ευκαιρίες βελτίωσης της ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές καθώς και εκπαίδευσης των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικής, αλλά και του κοινού, σχετικά με τα θέματα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, του στίγματος και των διακρίσεων. Έχει, εντούτοις, υποστηριχθεί ότι η ενοποιημένη νομοθεσία προβάλλει το διαχωρισμό των θεμάτων της ψυχικής υγείας και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και ότι δυνητικά μπορεί να επιδεινώσει το στίγμα και την προκατάληψη εναντίον των ατόμων με τις διαταραχές αυτές.

Η διασπαρμένη νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να μειωθεί το στίγμα και να προβληθεί η ένταξη στην κοινότητα.

Η στρατηγική των εμβόλιμων διατάξεων για θέματα ψυχικής υγείας σε παρεμφερείς νομοθετικές ρυθμίσεις στοχεύει στη μείωση του στίγματος και δίνει έμφαση στην ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Επίσης, οι διασπαρμένες νομοθετικές διατάξεις αυξάνουν τη δυνατότητα εφαρμογής νόμων που έγιναν για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, διότι αποτελούν μέρος νομοθετικών ρυθμίσεων που ωφελούν μεγαλύτερα σύνολα ατόμων. Η εμπειρία πολλών χωρών δείχνει ότι όσα συμβαίνουν στην πράξη διαφέρουν από όσα προβλέπει η νομοθεσία για την ψυχική υγεία. Το κύριο μειονέκτημα της διασπαρμένης νομοθεσίας είναι η δυσκολία να εξασφαλιστεί η κάλυψη όλων των νομικών θεμάτων που αφορούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, απαιτείται περισσότερος χρόνος για τις νομοθετικές ρυθμίσεις λόγω του ότι πρέπει να γίνουν πολλαπλές τροπολογίες σε υπάρχοντες νόμους.

Μια συνδυαστική προσέγγιση διασπαρμένης και ενοποιημένης νομοθεσίας είναι προτιμητέα.

Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να αποδεικνύουν την υπεροχή της μιας προσέγγισης έναντι της άλλης. Μια συνδυαστική προσέγγιση είναι πιθανότερο να ανταποκρίνεται καλύτερα στις σύνθετες ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Θέματα που απασχολούν την ψυχική υγεία πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε άλλου είδους νομοθετήματα, αλλά, σκόπιμο είναι, να συμπληρώνονται και με εξειδικευμένη νομοθεσία για την ψυχική υγεία.

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία δεν πρέπει να θεωρείται μια περιστασιακή και τετελεσμένη πράξη, αλλά να αντιμετωπίζεται ως μια συνεχής διεργασία υπό εξέλιξη. Αυτό

σημαίνει ότι η νομοθεσία πρέπει να επανελέγχεται, αναθεωρείται και τροποποιείται βάσει των προόδων στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και των βελτιώσεων στη ανάπτυξη και παροχή των υπηρεσιών. Είναι δύσκολο να καθοριστεί με ποια συχνότητα πρέπει να τροποποιείται η νομοθεσία της ψυχικής υγείας. Πάντως, μια περίοδος πέντε έως δέκα ετών φαίνεται ότι είναι η κατάλληλη, λαμβανομένης υπόψη της πείρας χωρών που έχουν κάνει τροπολογίες σε αυτό τον τομέα, όπως είναι το Ηνωμένο Βασίλειο. Στην πράξη, είναι δύσκολο να γίνονται συχνές τροπολογίες λόγω των μακροχρόνιων διαδικασιών, του κόστους, και της ανάγκης διαβούλευσης με όλους τους εμπλεκόμενους.

Μια λύση είναι να υπάρξει πρόβλεψη για την εισαγωγή ρυθμίσεων αναφορικά με συγκεκριμένες δράσεις που πιθανόν να χρειάζονται συνεχείς τροποποιήσεις. Οι ρυθμίσεις δεν διατυπώνονται στη νομοθεσία, η οποία απλώς καθορίζει τον τρόπο εισαγωγής και ελέγχου των ρυθμίσεων αυτών. Στη Νότια Αφρική, για παράδειγμα, η νομοθεσία για την ψυχική υγεία κάνει ευρεία χρήση της πρακτικής αυτής. Οι κανονισμοί για την πιστοποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν είναι καταχωρημένοι στη νομοθεσία, αλλά γίνονται μέσω των ρυθμίσεων. Η νομοθεσία καθορίζει ποιος είναι υπεύθυνος για την κατάρτιση των ρυθμίσεων και θέτει τις βασικές αρχές στις οποίες βασίζονται οι ρυθμίσεις αυτές. Το πλεονέκτημα της χρήσης των ρυθμίσεων με τον τρόπο αυτό είναι ότι γίνεται δυνατή η συχνή τροποποίηση των κανόνων πιστοποίησης, χωρίς την παρεμβολή της χρονοβόρας διαδικασίας της τροποποίησης της πρωτογενούς νομοθεσίας. Οι ρυθμίσεις, επομένως, προσθέτουν ευελιξία στη νομοθεσία της ψυχικής υγείας. Σε μερικές χώρες χρησιμοποιούνται εναλλακτικά τα εκτελεστικά διατάγματα και οι υπηρεσιακές αποφάσεις.

1.3 Διασύνδεση της πολιτικής και της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία αποτελεί ουσιαστικό συμπλήρωμα και σημείο στήριξης της πολιτικής για την ψυχική υγεία, αλλά δεν την υποκαθιστά. Παρέχει το νομικό πλαίσιο, το οποίο διασφαλίζει ότι θα αντιμετωπιστούν βασικά θέματα, όπως είναι η πρόσβαση στην ψυχική φροντίδα, η παροχή φροντίδας που χαρακτηρίζεται από ανθρωπισμό και υψηλή ποιότητα, η αποκατάσταση και η παρακολούθηση του ασθενούς μετά τη θεραπεία, η πλήρης ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα και η προαγωγή της ψυχικής υγείας σε διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής.

Τα κύρια σημεία διασύνδεσης της πολιτικής και της νομοθεσίας είναι, μεταξύ άλλων, και τα εξής.

1.3.1 Ανθρώπινα δικαιώματα. Τα ανθρώπινα δικαιώματα πρέπει να είναι μια αναπόσπαστη διάσταση του σχεδιασμού, εφαρμογής, παρακολούθησης και αξιολόγησης των πολιτικών και προγραμμάτων ψυχικής υγείας. Τα δικαιώματα αυτά περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, και τα εξής: την ισότητα και την απουσία διακρίσεων, την αξιοπρέπεια και το σεβασμό, την ιδιωτική ζωή και την ατομική αυτονομία, και, τέλος, το δικαίωμα στην ενημέρωση και τη συμμετοχή. Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία είναι ένα εργαλείο για την κωδικοποίηση και ενοποίηση αυτών των βασικών αξιών και αρχών της πολιτικής για την ψυχική υγεία.

1.3.2 Κοινωνική ένταξη. Αυτή η διάσταση της πολιτικής είναι σημαντική σε όλες σχεδόν τις χώρες που έχουν πρόσφατα αναπτύξει ή αναθεωρήσει τις πολιτικές τους για την ψυχική υγεία. Η νομοθεσία μπορεί να διασφαλίσει ότι η ακούσια εισαγωγή περιορίζεται σε ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις, όπου τα άτομα θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους ή άλλους, και όπου εναλλακτικές λύσεις, με βάση την αντιμετώπιση στα πλαίσια της κοι-

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία πρέπει να αντιμετωπίζεται ως διεργασία σε εξέλιξη και όχι στατικά.

Οι ρυθμίσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέρος της νομοθεσίας.

Η νομοθεσία παρέχει το νομικό πλαίσιο για την επίτευξη των στόχων της πολιτικής για την ψυχική υγεία.

Η νομοθεσία κωδικοποιεί τις αξίες και τις αρχές που είναι ενσωματωμένες στην πολιτική για την ψυχική υγεία.

Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει την ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα.

νότητας, δεν θεωρούνται εφικτές. Μπορεί, επομένως, να δημιουργήσει κίνητρα για την ανάπτυξη ενός φάσματος υπηρεσιών και εγκαταστάσεων στα πλαίσια της κοινότητας. Ο περιορισμός του χρόνου της ακούσιας εισαγωγής, έτσι ώστε συνήθως να είναι διάρκειας μηνών και όχι ετών, δημιουργεί πρόσθετα κίνητρα για την κοινοτική φροντίδα και αποκατάσταση. Η νομοθεσία επιτρέπει στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, στις οικογένειές τους και στους φροντιστές τους να εμπλακούν ενεργά στις συναλλαγές με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της φάσης της εισαγωγής στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να ζητήσουν επανεξετάσεις μελών των οικογενειών τους και έχουν το δικαίωμα να ενημερωθούν και να συμβάλλουν με τη γνώμη τους στο σχεδιασμό της θεραπείας. Έτσι, η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να υπάρχουν κοινωνικά δίκτυα και δεσμοί που έχουν κεφαλαιώδη σημασία για την κοινοτική ένταξη. Οι δεσμοί αυτοί έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν τις εκβάσεις: σε μια μελέτη που αφορούσε 226 ασθενείς σε μονάδα φροντίδας μακράς παραμονής στη Νιγηρία, η διακοπή των επισκέψεων από μέλη των εκτεταμένων οικογενειών των ασθενών συνέβαλε στη μακρά ή απεριόριστη παραμονή των ασθενών αυτών (Jegede et al., 1985).

Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη των στόχων της πολιτικής για την ψυχική υγεία σε τομείς εκτός εκείνου της ψυχικής υγείας.

1.3.3 Δεσμοί με άλλους τομείς. Η νομοθεσία μπορεί να αποτρέψει τις διακρίσεις κατά των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στο πεδίο της απασχόλησης. Παραδείγματα αποτελούν η προστασία από απόλυση λόγω ψυχικών διαταραχών και τα προγράμματα θετικής δράσης για τη βελτίωση της πρόσβασης σε αμειβόμενη απασχόληση. Ως προς τη στέγαση, η νομοθεσία μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση αποτρέποντας τη γεωγραφική απομόνωση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και εξουσιοδοτώντας την τοπική αυτοδιοίκηση να παρέχει επιχορηγούμενη στέγαση σε άτομα με ανικανότητα λόγω των διαταραχών αυτών. Η νομοθεσία για τις συντάξεις αναπηρίας μπορεί επίσης να προάγει την ισότιμη και δίκαιη μεταχείριση.

Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας.

1.3.4 Βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Οι νομοθετικές διατάξεις σχετικά με τις γενικές συνθήκες διαβίωσης και με την προστασία από απάνθρωπη και εξευτελιστική αντιμετώπιση μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η νομοθεσία μπορεί να θέσει τις ελάχιστες αποδεκτές απαιτήσεις ως προς την αντιμετώπιση και τις συνθήκες διαβίωσης, προκειμένου να πιστοποιηθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επίσης, μπορεί να θεσπίσει τα ελάχιστα προσόντα και δεξιότητες που πρέπει να έχουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ώστε να πιστοποιηθούν, διασφαλίζοντας έτσι ότι θα υπάρχει σε όλη τη χώρα ένα ελάχιστο επίπεδο εξειδίκευσης. Τέλος, μπορεί να θέσει τις ελάχιστες απαιτήσεις σε προσωπικό που πρέπει να έχουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας προκειμένου να πιστοποιηθούν. Με τον τρόπο αυτό η νομοθεσία μπορεί να προσφέρει μεγάλα κίνητρα για επενδύσεις στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων.

Κύρια σημεία: Εισαγωγή

- Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα ευπαθές τμήμα της κοινωνίας.
- Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία είναι αναγκαία προκειμένου να προστατευθούν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.
- Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία δεν καλύπτει απλώς τη φροντίδα και τη θεραπεία. Παρέχει το νομικό πλαίσιο για την επίλυση κρίσιμων θεμάτων της ψυχικής υγείας, όπως είναι η πρόσβαση στη φροντίδα, η αποκατάσταση και η παρακολούθηση του ασθενούς μετά τη θεραπεία, η πλήρης ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα, και η προαγωγή της ψυχικής υγείας σε διάφορους τομείς της κοινωνίας.
- Δεν υπάρχει εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία στο 25% των χωρών, που κατοικούνται από το 31% του παγκόσμιου πληθυσμού.
- Τα νομοθετικά θέματα της ψυχικής υγείας μπορεί να ενοποιηθούν σε ένα νομοθέτημα ή να διασπαρούν σε διάφορα νομοθετήματα. Ένας συνδυασμός των δύο προσεγγίσεων είναι πιθανόν η αποτελεσματικότερη λύση.
- Η σχετική νομοθεσία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της πολιτικής για την ψυχική υγεία και παρέχει το νομικό πλαίσιο για την επίτευξη των στόχων της πολιτικής αυτής.

2. Προκαταρκτικές δράσεις που πρέπει να αναληφθούν από χώρες που επιθυμούν να νομοθετήσουν για την ψυχική υγεία

Πριν αρχίσει η διαδικασία σύνταξης και αποδοχής της νομοθεσίας, πρέπει να αναληφθούν ορισμένες δραστηριότητες που μπορούν να βοηθήσουν στη λήψη σωστών αποφάσεων σχετικά με το τι θα περιέχει η νομοθεσία αυτή. Στις δραστηριότητες αυτές εντάσσονται και οι ακόλουθες:

- 1) Καθορισμός των κύριων ψυχικών διαταραχών και των εμποδίων στην εφαρμογή της πολιτικής και των προγραμμάτων στην εν λόγω χώρα.
- 2) Καθορισμός (ή καταγραφή) των υπάρχοντων νόμων για την ψυχική υγεία ή άλλων νόμων που άπτονται των θεμάτων της ψυχικής υγείας και έρευνα για την εύρεση θεμάτων που δεν αντιμετωπίζονται νομικά ή νόμων που πρέπει να αναδιατυπωθούν.
- 3) Μελέτη των διεθνών συνθηκών και κανόνων που σχετίζονται με τα ανθρώπινα δικαιώματα και την ψυχική υγεία και καθορισμός των υποχρεώσεων που, βάσει διεθνών συμβάσεων, η χώρα έχει αναλάβει.
- 4) Μελέτη του περιεχομένου της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία άλλων χωρών, και ιδιαίτερα χωρών με παρόμοια κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά.
- 5) Διαβούλευση και διαπραγμάτευση με στόχο την αλλαγή.

Στις περισσότερες χώρες, την ευθύνη αυτών των προκαταρκτικών δράσεων θα αναλάβουν τα στελέχη που διευθύνουν τον τομέα της ψυχικής υγείας στα υπουργεία υγείας.

2.1 Καθορισμός των κύριων ψυχικών διαταραχών στη χώρα και προβλήματα στην εφαρμογή της πολιτικής και των προγραμμάτων

Το πρώτο βήμα είναι η συγκέντρωση αξιόπιστων στοιχείων για τις ψυχικές διαταραχές σε όλη τη χώρα και για τις διαφοροποιήσεις μεταξύ περιοχών και πληθυσμιακών ομάδων. Τα στοιχεία αυτά συνήθως συλλέγονται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης των εθνικών πολιτικών και σχεδίων δράσης για την ψυχική υγεία. Επομένως, θα είναι και στη διάθεση όσων εργάζονται για τη νομοθεσία της ψυχικής υγείας. (Βλ. *Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας και Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*).

Είναι επίσης σημαντικό να κατανοηθούν τα εμπόδια στην εφαρμογή των πολιτικών και προγραμμάτων ψυχικής υγείας. Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να υπερπηδηθούν ή να αρθούν ορισμένα από τα εμπόδια αυτά, και ιδιαίτερα όσα αφορούν την πρόσβαση και την ισότητα. Στο Πλαίσιο 1 αναφέρονται μερικά από τα προβλήματα που η νομοθεσία μπορεί να αντιμετωπίσει και παρουσιάζονται, ενδεικτικά, τομείς όπου αυτό είναι σκόπιμο να γίνει κατά προτεραιότητα.

Τα στελέχη των υπουργείων υγείας πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη των προκαταρκτικών δράσεων.

Πλαίσιο 1. Κύρια προβλήματα στην ανάπτυξη πολιτικών και προγραμμάτων για την ψυχική υγεία που η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να αντιμετωπιστούν

- Μπορεί να υπάρχει έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε μερικές περιοχές ή στη χώρα συνολικά.
- Το κόστος της φροντίδας για την ψυχική υγεία μπορεί να είναι υπερβολικό για πολλούς ανθρώπους, και η ασφάλιση υγείας μπορεί να καλύπτει εν μέρει τις ψυχιατρικές θεραπείες ή και καθόλου.
- Η ποιότητα της φροντίδας και οι συνθήκες παραμονής στα ψυχιατρικά νοσοκομεία μπορεί να είναι κακές και να παρατηρείται καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- Συνήθως δεν υπάρχουν κανονισμοί και έλεγχοι σχετικά με την ακούσια εισαγωγή και θεραπεία, πράγμα που συχνά οδηγεί σε στέρηση της ελευθερίας.
- Το στίγμα και οι διακρίσεις που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές έχουν αρνητική επίπτωση στην πρόσβαση, στη φροντίδα και στην κοινωνική ένταξη ατόμων που υποφέρουν από τις διαταραχές αυτές.
- Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορεί να στερούνται βασικών δικαιωμάτων, όπως είναι τα πολιτικά δικαιώματα, η κοινωνική συμμετοχή, η πολιτισμική έκφραση, η συμμετοχή στις εκλογές, η ελευθερία γνώμης, η στέγαση, η απασχόληση, η εκπαίδευση και άλλοι τομείς.
- Ορισμένες κοινωνικές συνθήκες ή πολιτισμικές πρακτικές μπορεί να βλάπτουν την ψυχική υγεία ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων.
- Μπορεί να υπάρχει έλλειψη πόρων για τα προγράμματα ψυχικής υγείας σε σχολεία και χώρους εργασίας.

2.2 Καταγραφή της νομοθεσίας που σχετίζεται με την ψυχική υγεία

Το επόμενο βήμα είναι η επισκόπηση της υπάρχουσας νομοθεσίας, για να καθοριστούν οι στόχοι της νέας νομοθεσίας.

Το επόμενο βήμα είναι η καταγραφή της υπάρχουσας νομοθεσίας που αφορά την ψυχική υγεία καθώς και των στοιχείων άλλων νόμων που σχετίζονται με τον τομέα αυτό και επηρεάζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Μια συστηματική και κριτική επισκόπηση της νομοθεσίας αυτής θα αποκαλύψει ελλείψεις και δυσκολίες σε τομείς που η νέα νομοθεσία θα πρέπει να καλύψει. Μπορεί επίσης να αποκαλυφθεί ότι οι υπάρχουσες διατάξεις δεν διασφαλίζουν επαρκώς ότι η φροντίδα θα είναι ικανοποιητικής ποιότητας και ότι τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές προστατεύονται. Μπορεί επίσης να διαπιστωθεί ότι ορισμένες χώρες έχουν επαρκή νομοθετική κάλυψη αλλά ότι υπάρχει πρόβλημα στην εφαρμογή. Στις περιπτώσεις αυτές, η ανάγκη αλλαγών, τροποποιήσεων ή προσαρμογών της υπάρχουσας νομοθεσίας, ή της δημιουργίας νέας, μπορεί να είναι μικρή. (Βλ. Κεφάλαιο 6).

2.3 Μελέτη των διεθνών συμβάσεων και κανόνων

Η νομοθεσία πρέπει να λάβει υπόψη της αρκετές διεθνείς συμβάσεις και σύμφωνα.

Οι χώρες που έχουν υπογράψει διεθνείς συμβάσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι υποχρεωμένες να τα σέβονται και να τα προστατεύουν. Από τις σημαντικότερες συμβάσεις είναι και η Διεθνής Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα καθώς και η ανάλογη Διακήρυξη του ΟΗΕ, το Διεθνές Σύμφωνο για τα Πολιτικά Δικαιώματα και το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα. Επομένως, τα κείμενα αυτά πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. Υπάρχουν επίσης διεθνώς αποδεκτά κριτήρια σχετικά με το τι θεωρείται καλή πρακτική, τα οποία δεν είναι δεσμευτικά από νομική άποψη. Ορισμένα από αυτά είναι οι Αρχές για την Προστασία Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές και για τη Βελτίωση της Φροντίδας της Ψυχικής Υγείας (MI Principles), οι Κανόνες για την Εξίσωση των Ευκαιριών για Άτομα με Ανικανότητα, η Διακήρυξη του Καρακάς, η Διακήρυξη της Μαδρίτης και άλλοι κανόνες, όπως η *Νομοθεσία για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας: δέκα βασικές αρχές* του Π.Ο.Υ.

Ορισμένα διεθνή σύμφωνα παρέχουν νομικά δεσμευτική προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων.

Ορισμένες διεθνείς συμβάσεις, μολοντί δεν σχεδιάστηκαν ειδικά για την προστασία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, παρέχουν νομικά κατοχυρωμένη προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων στις χώρες που τις έχουν προσυπογράψει. Για παράδειγμα το Άρθρο 7 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Αστικά και Πολιτικά Δικαιώματα παρέχει σε όλα τα άτομα, συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν ψυχικές διαταραχές, προστασία από βασανιστήρια και σκληρή, απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία. Επίσης, παρέχει το δικαίωμα να μην υφίσταται κανείς ιατρική ή επιστημονική μεταχείριση για πειραματικούς σκοπούς χωρίς τη συγκατάθεσή του κατόπιν ενημέρωσης. Το Άρθρο 12 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα αναγνωρίζει το δικαίωμα όλων, και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, να επιδιώκουν το βέλτιστο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας.

Υπάρχουν αρκετά περιφερειακά σύμφωνα για τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως αυτά της Ευρώπης, της Αμερικής και της Αφρικής.

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και των Βασικών Ελευθεριών, που υποστηρίζεται από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, παρέχει πρόσθετη δεσμευτική προστασία στα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που διαμένουν σε χώρες που την έχουν κυρώσει. Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία στις Ευρωπαϊκές χώρες πρέπει να διασφαλίζει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έναντι της ακούσιας εισαγωγής, βάσει των τριών αρχών που ακολουθούν, τις οποίες κύρωσε το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρώπινων Δικαιωμάτων: α) η ψυχική διαταραχή πρέπει να διαπιστωθεί με αντικειμενική ιατρική εμπειρογνομosύνη, β) η ψυχική διαταραχή πρέπει να είναι τέτοιου είδους και τόσο σοβαρή ώστε να δικαιολογεί τον υποχρεωτικό περιορισμό του ατόμου, γ) πρέπει να αποδειχθεί

ότι η ψυχική διαταραχή επιμένει για να δικαιολογηθεί η συνέχιση του περιορισμού (Wachenfield, 1992).

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία στις Ευρωπαϊκές χώρες επηρεάζεται επίσης από τη Σύσταση 1235 για την Ψυχιατρική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (1994), που ψηφίστηκε από τη Κοινοβουλευτική Επιτροπή του Συμβουλίου της Ευρώπης, η οποία καθορίζει τα κριτήρια για την ακούσια εισαγωγή ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τις διαδικασίες για να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με την ακούσια εισαγωγή, την ποιότητα της φροντίδας και της θεραπείας που παρέχεται στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, και τις απαγορεύσεις που έχουν σκοπό να προλαμβάνουν την καταχρηστική εφαρμογή των ψυχιατρικών πρακτικών και της ψυχιατρικής φροντίδας.

Στην Αμερικανική Ήπειρο, τα ανθρώπινα δικαιώματα όλων προστατεύονται, περιλαμβανομένων και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, με διάφορες συμβάσεις. Μεταξύ αυτών είναι η Αμερικανική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων του Ανθρώπου, η Αμερικανική Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, το Συμπληρωματικό Πρωτόκολλο στην Αμερικανική Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, το Συμπληρωματικό Πρωτόκολλο στην Αμερικανική Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα που αναφέρεται στους τομείς των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων, και η Παναμερικανική Σύμβαση για την Κατάργηση όλων των Μορφών των Διακρίσεων ενάντια στα Άτομα με Αναπηρίες.

Η Αμερικανική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων του Ανθρώπου είναι ένα μη δεσμευτικό κείμενο που καλύπτει την προστασία των αστικών, πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων. Στην Αμερικανική Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα αναφέρεται ότι κάθε άτομο δικαιούται να έχει σωματική, ψυχική και ηθική ακεραιότητα, ότι ουδείς επιτρέπεται να υφίσταται σκληρή, απάνθρωπη ή εξευτελιστική τιμωρία και μεταχείριση και ότι η μεταχείριση όλων όσων τους αφαιρείται η ελευθερία θα είναι σύμφωνη με την εγγενή αξιοπρέπεια της ανθρώπινης υπόστασης.

Το Συμπληρωματικό Πρωτόκολλο στην Αμερικανική Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα παρέχει επιπλέον προστασία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, αφού εκεί δηλώνεται ότι, για να επιτευχθεί η πλήρης άσκηση του δικαιώματος στην εκπαίδευση, πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα ειδικής αγωγής, ώστε να παρέχεται ειδική εκπαίδευση και κατάρτιση στα άτομα με σωματικές ή ψυχικές αναπηρίες. Επίσης αναφέρεται ότι όλα τα άτομα που έχουν μειωμένες σωματικές ή ψυχικές ικανότητες δικαιούνται ειδικής προσοχής και βοήθειας, ώστε να επιτύχουν τη μέγιστη δυνατή ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Επίσης, δικαιούνται να έχουν κοινωνική ασφάλιση ώστε να προστατεύονται από τα επακόλουθα του γήρατος και της ανικανότητας που τους εμποδίζουν, σωματικά ή ψυχικά, να εξασφαλίσουν τα μέσα για μια αξιοπρεπή διαβίωση.

Η Παναμερικανική Σύμβαση για την Κατάργηση όλων των Μορφών των Διακρίσεων ενάντια στα άτομα με Αναπηρία δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα. Ο σκοπός της είναι να προλάβει και να καταργήσει όλες τις μορφές διακρίσεων ενάντια στα άτομα με ψυχική ή σωματική ανικανότητα και να προωθήσει την πλήρη ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία. Είναι η πρώτη διεθνής σύμβαση που αναφέρεται ειδικά στα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Άλλο παράδειγμα περιφερειακού μηχανισμού για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων είναι η Αφρικανική (Banjul) Χάρτα για τα Ανθρώπινα και Λαϊκά Δικαιώματα, ένα νομικό δεσμευτικό κείμενο, η εφαρμογή του οποίου ελέγχεται από το Αφρικάνικο Συμβούλιο για τα Ανθρώπινα και Λαϊκά Δικαιώματα. Το Άρθρο 16 διασφαλίζει το δικαίωμα

Υπάρχει αυξανόμενη κατανόηση της αναπηρίας που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές και των συνεπειών τους.

Έχουν αναπτυχθεί κανόνες και οδηγίες για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Ο Ο.Η.Ε. έχει υιοθετήσει αρχές για την προστασία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και τη βελτίωση της φροντίδας για την ψυχική υγεία.

Νομοθεσία για την ψυχική υγεία: δέκα βασικές αρχές.

στην καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία, το Άρθρο 4 το δικαίωμα στη ζωή και την αξιοπρέπεια του ατόμου, και το Άρθρο 5 αφορά το δικαίωμα σεβασμού της αξιοπρέπειας που είναι σύμφυτη με την ανθρώπινη ιδιότητα και της απαγόρευσης όλων των μορφών εκμετάλλευσης και υποβιβασμού, ιδιαίτερα της δουλείας, του δουλεμπορίου, των βασανιστηρίων και της σκληρής και απάνθρωπης ή εξευτελιστικής τιμωρίας και μεταχείρισης.

Η αυξανόμενη ενημέρωση σχετικά με την ανικανότητα ή την αναπηρία, που έχει ως αιτία τις ψυχικές διαταραχές και σχετίζεται με αυτές, έχει οδηγήσει στην αντίληψη ότι δεν αντιμετωπίζουμε ένα νοσούντα οργανισμό κατά πρώτο λόγο, αλλά έναν άνθρωπο με ανικανότητα, πράγμα που έχει επιπτώσεις στην κοινωνική του ένταξη. Η προσέγγιση των διαταραχών με αυτό τον τρόπο οδηγεί στη δυνατότητα και άλλων νομοθετικών ρυθμίσεων για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με διαταραχές. Για παράδειγμα, το Ψήφισμα 48/96 του Ο.Η.Ε. που αφορά τους Κανόνες για την Παροχή Ίσων Ευκαιριών στα Άτομα με Αναπηρία (1993) έχει σκοπό να διασφαλίσει ίσες ευκαιρίες και να προστατεύσει τα δικαιώματα των ατόμων αυτών. Η σχετική με την αναπηρία νομοθεσία που πηγάζει από τη εφαρμογή των κανόνων αυτών μπορεί να προσφέρει μια δεύτερη γραμμή άμυνας ενάντια στην καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Οι διεθνείς οργανισμοί και υπηρεσίες έχουν προσπαθήσει να καθοδηγήσουν τις εθνικές νομοθεσίες για την ψυχική υγεία αναπτύσσοντας κανόνες και οδηγίες για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Αν και αυτές οι οδηγίες δεν είναι άμεσα και υποχρεωτικά εφαρμοστέες, αντικατοπτρίζουν τη διεθνή γνώμη ως προς το βασικό σκεπτικό από το οποίο πρέπει να διέπεται η νομοθεσία της ψυχικής υγείας.

Το 1991 η Γενική Συνέλευση των Ενωμένων Εθνών με το Ψήφισμα 46/119 υιοθέτησε αρχές για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι Αρχές για την Προστασία Ατόμων με Ψυχική Νόσο και για τη Βελτίωση της Φροντίδας της Ψυχικής Υγείας αποτελούν ένα σύνολο βασικών δικαιωμάτων, που η διεθνής κοινότητα θεωρεί απαραίτητα, στο επίπεδο της κοινοτικής ζωής και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι 25 αρχές καλύπτουν τους ακόλουθους τομείς:

- ορισμός της ψυχικής νόσου,
- προστασία του απόρρητου,
- κανόνες φροντίδας και θεραπείας, περιλαμβανομένης της ακούσιας εισαγωγής και συναίνεσης στη θεραπεία,
- δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας,
- προστασία των ανηλίκων,
- παροχή πόρων για υπηρεσίες ψυχικής υγείας,
- ρόλος του κοινοτικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος,
- επισκόπηση των μηχανισμών που προστατεύουν τα δικαιώματα όσων παραβαίνουν το νόμο και έχουν ψυχικές διαταραχές,
- διαδικαστικές δικλείδες ασφαλείας για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Προκειμένου να διευκολυνθεί η κατανόηση και η εφαρμογή των Αρχών των Ηνωμένων Εθνών, ο Π.Ο.Υ. εξέδωσε οδηγίες σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (World Health Organization, 1996a). Οι οδηγίες αυτές περιλαμβάνουν ένα κατάλογο ερωτημάτων για να διευκολυνθεί η ταχεία αξιολόγηση των συνθηκών σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Ένα ακόμη κείμενο που βοηθά στην εφαρμογή των Αρχών των Ηνωμένων Εθνών ονομάζεται *Νομοθεσία για την ψυχική υγεία: δέκα βασικές αρχές* (World Health Organization,

1996b). Βασίζεται σε μια συγκριτική ανάλυση των εθνικών νόμων για την ψυχική υγεία και περιγράφει δέκα βασικές αρχές για τη σχετική νομοθεσία, ανεξάρτητα από το πολιτισμικό ή νομικό πλαίσιο κάθε χώρας. Υπάρχουν σχόλια για την εφαρμογή των αρχών αυτών. (Βλ. Πλαίσιο 2).

Η Διακήρυξη του Καράκας, που έγινε κατά την Περιφερειακή Διάσκεψη για την Αναδιάρθρωση της Ψυχιατρικής Φροντίδας στη Λατινική Αμερική το 1990, είναι ένα παράδειγμα περιφερειακής συνεργασίας για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Αυτή η Διακήρυξη έχει σκοπό να προάγει τις κοινοτικές ολοκληρωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας αναδομώντας την ψυχιατρική φροντίδα που παρέχεται από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Στη Διακήρυξη αναφέρεται ότι οι πόροι, η φροντίδα και η θεραπεία που είναι στη διάθεση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές πρέπει να προστατεύουν την αξιοπρέπεια, τα ανθρώπινα και τα πολιτικά δικαιώματα των ατόμων αυτών, να παρέχουν έλλογες και κατάλληλες θεραπείες και να προσπαθούν να διατηρούν τα άτομα αυτά μέσα στην κοινότητα. Επιπλέον, και η νομοθεσία για την ψυχική υγεία πρέπει να προστατεύει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οι δε υπηρεσίες πρέπει να οργανώνονται έτσι ώστε τα δικαιώματα αυτά να ισχύουν στην πράξη.

Οι διεθνείς ενώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έχουν επίσης επιχειρήσει να διασφαλίσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εκδίδοντας οδηγίες και κανόνες για την επαγγελματική συμπεριφορά και πρακτική. Οδηγίες αυτού του είδους περιέχονται, για παράδειγμα, στη Διακήρυξη της Μαδρίτης που ψηφίστηκε το 1996 από τη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας. Μεταξύ των άλλων κανόνων η Διακήρυξη προβάλλει την ανάγκη θεραπευτικής αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές με τη συνεργασία τους και την καταφυγή στην ακούσια θεραπεία μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις.

*Διακήρυξη
του Καράκας.*

*Διακήρυξη
της Μαδρίτης.*

Πλαίσιο 2. Νομοθεσία για την ψυχική υγεία: δέκα βασικές αρχές (World Health Organization, 1996b)

- Προαγωγή της ψυχικής υγείας και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
- Πρόσβαση σε βασική φροντίδα ψυχικής υγείας
- Εκτίμηση της ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις διεθνώς αποδεκτές αρχές
- Παροχή φροντίδας με λήψη των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων
- Αυτοδιάθεση
- Ένα άτομο δικαιούται βοήθειας προκειμένου να ασκήσει το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης
- Ύπαρξη διαδικασιών επανεξέτασης
- Αυτόματος μηχανισμός περιοδικών επανεξετάσεων
- Οι αποφάσεις λαμβάνονται από επαγγελματίες με τα απαραίτητα προσόντα
- Σεβασμός στις νομοθετικές ρυθμίσεις

2.4 Επισκόπηση της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία άλλων χωρών

Η επισκόπηση της νομοθεσίας ψυχικής υγείας άλλων χωρών δίνει μια εικόνα των στοιχείων που περιλαμβάνονται γενικά. Μια επισκόπηση μπορεί να προσδιορίσει χρήσιμα στοιχεία που προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως και διατάξεις που περιορίζουν ή καταπατούν τα ανθρώπινα δικαιώματα, και επομένως πρέπει να αποφευχθούν κατά τη σύνταξη της προτεινόμενης νομοθεσίας.

Η επισκόπηση πρέπει να εξετάσει κριτικά το κατά πόσον η νομοθεσία μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές κάθε χώρας και τους λόγους που η βελτίωση αυτή δεν επιτυγχάνεται. Οι λόγοι της αποτυχίας μπορεί να είναι και οι εξής: 1) άστοχα σχεδιασμένες νομοθετικές ρυθμίσεις, που δεν περιλαμβάνουν διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, δεν εξυπηρετούν τις ανάγκες τους και δεν προάγουν την πρόσβαση σε ικανοποιητική φροντίδα, 2) δυσκολίες στην εφαρμογή που οφείλονται στο ότι οι εμπλεκόμενοι αρνούνται να συνεργαστούν, 3) νομοθετικές διατάξεις που δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις πραγματικές συνθήκες. (Βλ. Κεφάλαιο 3.1.4 και το παράδειγμα από τη Νότια Αφρική στο Κεφάλαιο 8).

Μερικά από τα κύρια στοιχεία της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία διαφόρων χωρών αναφέρονται στο Πλαίσιο 3. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως γενικό πλαίσιο και να προσδιορίσουν ποιες ανάγκες πρέπει να καλύψει κάθε χώρα. Ο κατάλογος αυτός δεν εξαντλεί όλα τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για τη σύνταξη της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία.

Η επισκόπηση της νομοθεσίας άλλων χωρών δίνει μια καλή εικόνα των στοιχείων που περιλαμβάνονται γενικά.

Πλαίσιο 3. Βασικές διατάξεις της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

| Νομοθεσία για την ψυχική υγεία | Άλλοι νόμοι που επηρεάζουν την ψυχική υγεία |
|---|--|
| Προστασία δικαιωμάτων | Προστασία δικαιωμάτων, προαγωγή και πρόληψη |
| <ul style="list-style-type: none">– Πρόσβαση στη βασική φροντίδα ψυχικής υγείας– Φροντίδα με λήψη των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων– Συγκατάθεση στη θεραπεία κατόπιν ενημέρωσης– Εκούσια και ακούσια εισαγωγή και θεραπεία– Θέματα που αφορούν την ικανότητα– Μηχανισμός περιοδικού επανελέγχου– Απόρρητο– Αποκατάσταση – Πιστοποίηση των επαγγελματιών και των υπηρεσιών– Δικαιώματα οικογενειών και φροντιστών | <ul style="list-style-type: none">– Στέγαση– Εκπαίδευση– Απασχόληση– Κοινωνική ασφάλιση– Ποινική δικαιοσύνη– Γενική φροντίδα υγείας – Θετική δράση– Αποκατάσταση, περιλαμβανομένης της επαγγελματικής εκπαίδευσης– Διαπίστωση κακοποίησης παιδιών – Περιορισμός της πρόσβασης στο αλκοόλ και στις φαρμακευτικές ουσίες– Προστασία ευπαθών ομάδων– Αστικό δίκαιο |

2.5 Διαβουλεύσεις και διαπραγματεύσεις για την επίτευξη αλλαγών

Οι δραστηριότητες που αναφέρονται πιο πάνω μπορούν να βοηθήσουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τα στοιχεία που πρέπει να περιλαμβάνονται στη νέα νομοθεσία και τις τροποποιήσεις και προσαρμογές που πρέπει να γίνουν στην υπάρχουσα νομοθεσία. Οι διαβουλεύσεις και διαπραγματεύσεις με όλους τους εμπλεκόμενους στα θέματα αυτά αποτελούν σημαντικό στάδιο αυτής της διαδικασίας. Οι εμπλεκόμενοι είναι: α) τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οργανώσεις που τους αντιπροσωπεύουν, β) οι οικογένειες και οι φροντιστές των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, γ) οι επαγγελματίες, όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί, δ) οι πολιτικοί, ε) στελέχη υπεύθυνα για τη χάραξη πολιτικής, ζ) τα υπουργεία (υγείας, κοινωνικής πρόνοιας, δικαιοσύνης, οικονομικών), η) οργανώσεις συνηγορίας, θ) παροχείς υπηρεσιών, περιλαμβανομένων των μη κυβερνητικών οργανώσεων, ι) οργανώσεις στήριξης των πολιτικών δικαιωμάτων και κ) θρησκευτικές οργανώσεις.

Οι διαβουλεύσεις και οι διαπραγματεύσεις είναι σημαντικές όχι μόνο κατά το στάδιο σύνταξης της νομοθεσίας, αλλά και κατά την εφαρμογή της αφού ψηφιστεί, διότι δημιουργούν ευκαιρίες να διαλυθούν παρεξηγήσεις, παρανοήσεις και φόβοι σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές. Οι αρχές που αναφέρονται στα ανθρώπινα δικαιώματα και η διατυπωμένη θέληση υπεράσπισής τους αποτελούν ένα αντίβαρο στις πρακτικές του αποκλεισμού και του στιγματισμού.

Οι διαβουλεύσεις και οι διαπραγματεύσεις παίζουν σπουδαίο ρόλο στη σύνταξη, αποδοχή και κυρίως στην εφαρμογή της νέας νομοθεσίας για την ψυχική υγεία.

Κύρια σημεία: Προκαταρκτικές δράσεις

- Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να λυθούν μερικά από τα προβλήματα εφαρμογής των πολιτικών και προγραμμάτων ψυχικής υγείας, ιδίως όσων αναφέρονται στην πρόσβαση και την ίση μεταχείριση.
- Μια συστηματική και κριτική επισκόπηση της υπάρχουσας νομοθεσίας μπορεί να αποκαλύψει ελλείψεις και δυσκολίες που η νέα νομοθεσία θα πρέπει να καλύψει.
- Οι χώρες που έχουν υπογράψει διεθνείς συμβάσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι υποχρεωμένες να τα σέβονται και να τα προστατεύουν. Επομένως, τα κείμενα αυτά πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία.
- Διεθνείς κανόνες και κριτήρια, όπως όσα υπάρχουν στις Αρχές για την Προστασία Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές και για τη Βελτίωση της Φροντίδας της Ψυχικής Υγείας (MI Principles), καθώς και στη Νομοθεσία για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας: δέκα βασικές αρχές, αν και δεν είναι νομικά δεσμευτικά, εντούτοις αποτελούν διεθνή αναγνώριση κανόνων καλής πρακτικής.
- Οι επισκοπήσεις της νομοθεσίας άλλων χωρών μπορούν να αναδείξουν τις διατάξεις που συναντώνται συνήθως στους νόμους για την ψυχική υγεία. Επίσης, μπορούν να προσδιορίσουν διατάξεις που πρέπει να αποφευχθούν και να μην προταθούν, διότι περιορίζουν ή καταπατούν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, μπορεί να προσδιορίσουν τους λόγους που μια συγκεκριμένη νομοθεσία αποτυγχάνει να βελτιώσει την κατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στις αντίστοιχες χώρες.
- Οι διαβουλεύσεις και οι διαπραγματεύσεις με όλους τους εμπλεκόμενους σχετικά με τα στοιχεία που πρέπει να περιλαμβάνονται στη νέα νομοθεσία για την ψυχική υγεία, καθώς και σχετικά με τις τροποποιήσεις και προσαρμογές που πρέπει να γίνουν στην υπάρχουσα νομοθεσία, δημιουργούν ευκαιρίες να διαλυθούν παρεξηγήσεις, παρανοήσεις και φόβοι αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές, και στηρίζουν την επιτυχημένη εφαρμογή της νομοθεσίας αυτής.

3. Το κύριο περιεχόμενο της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται τα κύρια θέματα τα οποία πρέπει να περιλαμβάνει η νομοθεσία για την ψυχική υγεία. Τα θέματα αυτά ούτε είναι τα μόνα, ούτε και εξαντλούν όσα πιθανόν πρέπει να περιλαμβάνονται, αλλά αντιπροσωπεύουν τα κυριότερα που πρέπει να συμπεριληφθούν, ώστε η νομοθεσία να είναι επαρκής. Ένας πληρέστερος κατάλογος των θεμάτων αυτών υπάρχει στις Αρχές για την Προστασία των Ατόμων με Ψυχική Νόσο και για τη Βελτίωση της Φροντίδας της Ψυχικής Υγείας (MI Principles) καθώς και στο *Οδηγίες για την προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές* (World Health Organization, 1996a).

Η νομοθεσία που στοχεύει στην προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές δεν πρέπει να περιορίζεται σε θέματα ψυχικής και γενικής υγείας. Άλλοι σχετικοί τομείς, που δεν σχετίζονται εκ πρώτης όψεως με την υγεία, αλλά που έχουν τεράστια σημασία, είναι η νομοθεσία για την απασχόληση, την εκπαίδευση και τη στέγαση. Αυτά και άλλα παρόμοια θέματα αναφέρονται πιο κάτω. (Βλ. Κεφάλαιο 3.2).

Οι χώρες που προτίθενται να καταρτίσουν ολοκληρωμένη (ενοποιημένη) νομοθεσία που καλύπτει όλα τα θέματα που σχετίζονται με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορεί να συμπεριλάβουν όλες τις διατάξεις σε ένα νόμο. Άλλες χώρες μπορεί να έχουν ήδη νομοθεσία που καλύπτει ορισμένα θέματα αυτού του τομέα και να προτιμήσουν να προστατεύουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ψηφίζοντας τροπολογίες. Η νομοθεσία τομέων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία, αλλά που δεν περιλαμβάνεται αναγκαστικά στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία, παρουσιάζεται στο τέλος αυτού του κεφαλαίου. Οι τομείς αυτοί έχουν ζωτική σημασία για την κατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και επομένως πρέπει να καλύπτονται νομοθετικά. Είναι επίσης σημαντικοί για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.

3.1 Βασικές διατάξεις στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία

3.1.1 Η αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων

Όλα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πρέπει να θεραπεύονται μέσα στην κοινότητα εκτός σπάνιων περιπτώσεων, όπως εάν υπάρχει κίνδυνος να βλάψουν τον εαυτό τους ή άλλα άτομα, ή εάν η θεραπεία μπορεί να παρασχεθεί μόνο σε ιδρυματικό περιβάλλον. Εάν είναι αναγκαία η εισαγωγή ή η θεραπεία σε νοσηλευτικό ίδρυμα, η νομοθεσία πρέπει να ενθαρρύνει την εκούσια επιλογή της. Οι νόμοι πρέπει να επιτρέπουν την ακούσια εισαγωγή και θεραπεία μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Εάν τελικά υπάρξει ακούσια εισαγωγή πρέπει να ακολουθούνται διαδικασίες που προστατεύουν τα δικαιώματα των ατόμων που την υφίστανται.

Συγκεκριμένα, πρέπει να πληρούνται ορισμένα κριτήρια πριν γίνει μια ακούσια εισαγωγή ή θεραπεία. Πρώτον, επαγγελματίες ψυχικής υγείας νομικά εξουσιοδοτημένοι πρέπει να διαγνώσουν ότι το άτομο πάσχει από ψυχική διαταραχή. Δεύτερον, πρέπει να είναι πεπεισμένοι ότι λόγω της ψυχικής διαταραχής πιθανότατα διατρέχει άμεσο κίνδυνο το ίδιο ή άλλα άτομα, ή, στην περίπτωση που το άτομο πάσχει από σοβαρή διαταραχή και μειονεκτεί ως προς την κριτική του ικανότητα, ότι η μη εισαγωγή του, ή ο μη περιορισμός του, θα οδηγήσει σε σοβαρή επιδείνωση της κατάστασής του, ή θα εμπο-

Η νομοθεσία που ασχολείται με την ψυχική υγεία δεν πρέπει να περιορίζεται στον τομέα υγείας.

δίσει την κατάλληλη θεραπεία, η οποία μπορεί να χορηγηθεί σε νοσηλευτικό πλαίσιο ψυχικής υγείας.

Σε χώρες όπου η αντιμετώπιση των διαταραχών σε κοινοτικό επίπεδο είναι ελάχιστη ή ανύπαρκτη, οι προσπάθειες και οι πόροι πρέπει να διοχετευθούν προς τη δημιουργία και ενδυνάμωση υπηρεσιών που θα επιτρέπουν όσο το δυνατόν περισσότερες εναλλακτικές διεξόδους αντί των εισαγωγών.

Στο *Νομοθεσία για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας: δέκα βασικές αρχές* (World Health Organization, 1996b) αναφέρεται ότι οι διατάξεις που είναι ασύμβατες με τη φροντίδα που παρέχεται σε κοινοτικό επίπεδο πρέπει να καταργηθούν και ότι, για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική εφαρμογή της αρχής λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων, πρέπει να υπάρχει ένα νομικό πλαίσιο και υποδομές που να στηρίζουν την κοινοτική φροντίδα ψυχικής υγείας, η οποία θα φροντίζει να παρέχονται υπηρεσίες σε ασθενείς που έχουν διάφορους βαθμούς αυτονομίας.

3.1.2 Το απόρρητο

Η νομοθεσία πρέπει να διασφαλίζει ότι όλες οι πληροφορίες και τα αρχειοθετημένα στοιχεία που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές ενός ατόμου παραμένουν απόρρητες. Οι νόμοι πρέπει να αποκλείουν με σαφήνεια την αποκάλυψη, την εξέταση, ή τη μεταβίβαση των στοιχείων αυτών χωρίς την άδεια του ενδιαφερόμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου, ή κηδεμόνα του. Επίσης, η νομοθεσία πρέπει να υποχρεώνει τους επαγγελματίες να μην αποκαλύπτουν προφορικά χωρίς την άδεια του ασθενούς οποιαδήποτε πληροφορία έχουν από την επαφή τους με τον ασθενή κατά τη θεραπεία ή την εκτίμηση της κατάστασής του.

Είναι επίσης σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες των φροντιστών και των οικογενειών. Πρέπει να τους δίδεται επαρκής πληροφόρηση, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα σε ασθενείς που ζουν στο σπίτι. Η νομοθεσία πρέπει να τηρεί μια λεπτή ισορροπία μεταξύ της αρχής του απόρρητου και τις ανάγκες των φροντιστών και των οικογενειών σε πληροφόρηση, ώστε οι ασθενείς να έχουν σωστή φροντίδα.

Υπάρχουν, ωστόσο, σπάνιες ειδικές εξαιρέσεις της αρχής του απόρρητου. Για παράδειγμα, ένας επαγγελματίας μπορεί να δικαιούται να παρακάμψει την αρχή αυτή εάν υπάρχει άμεσος κίνδυνος βλάβης του ασθενούς ή άλλων προσώπων. Επιπλέον, σε μια δίκη για ποινικό αδίκημα το δικαστήριο μπορεί να διατάξει τους επαγγελματίες να αποκαλύψουν πληροφορίες ή αρχεία σχετικά με ψυχικές διαταραχές. Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία στις περισσότερες χώρες αναγνωρίζει στα δικαστήρια το δικαίωμα να αναιρούν το απόρρητο σε ποινικές υποθέσεις, αλλά όχι σε αστικές (πχ διαζύγια, περιουσιακά). Η νομοθεσία πρέπει να προσδιορίζει σαφώς τις συνθήκες υπό τις οποίες παρακάμπτεται το απόρρητο και να περιλαμβάνει επαρκείς δικλείδες ασφαλείας ενάντια στην κατάχρηση ή άστοχη χρήση αυτής της παράκαμψης.

3.1.3 Συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης

Η αρχή της συγκατάθεσης χωρίς καταναγκασμούς κατόπιν ενημέρωσης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών και, κατά συνέπεια, πρέπει να κατοχυρώνεται στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία. Το κύριο ζήτημα ως προς τη συγκατάθεση για τη χορήγηση θεραπείας έγκειται στο εάν ο ασθενής έχει την ικανότητα να παράσχει τη συγκατάθεση αυτή. Το δικαίωμα της παροχής της συγκατάθεσης συνοδεύεται από το δικαίωμα της άρνησής της. Εάν κρίνεται ότι ο ασθενής έχει την ικανότητα αυτοδιάθεσης, ώστε να δεχθεί τη θεραπεία, πρέπει να γίνει

Πρέπει να προσφέρονται θεραπείες σύμφωνα με την αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων.

Η νομοθεσία πρέπει να προστατεύει το απόρρητο όλων των πληροφοριών που λαμβάνονται σε κλινικό πλαίσιο.

Υπάρχουν ορισμένες σπάνιες εξαιρέσεις της αρχής του απόρρητου.

Η συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών.

σεβαστό και το δικαίωμά του να την αρνηθεί.

Για να είναι έγκυρη, η συγκατάθεση πρέπει να πληρεί τα ακόλουθα κριτήρια (MI Principle and Guidelines to MI Principles).

- α) Το άτομο/ασθενής που παρέχει τη συγκατάθεση πρέπει να κριθεί ικανό προς τούτο.
- β) Η συγκατάθεση πρέπει να παρέχεται ελεύθερα, χωρίς απειλές και καταναγκασμούς.
- γ) Πρέπει να παρέχεται επαρκής και κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με το σκοπό, τη μέθοδο, την πιθανή διάρκεια και τα αναμενόμενα οφέλη της προτεινόμενης θεραπείας.
- δ) Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους και παρενέργειες, καθώς και το κατά πόσο η θεραπεία θα είναι οδυνηρή ή δυσάρεστη.
- ε) Πρέπει να προσφέρεται στον ασθενή η δυνατότητα επιλογής. Πρέπει να συζητούνται και να προσφέρονται στον ασθενή εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι, ιδίως όσες είναι λιγότερο οχληρές.
- ζ) Η πληροφόρηση πρέπει να παρέχεται με γλώσσα και μορφή κατανοητή στον ασθενή.
- η) Ο ασθενής πρέπει να έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να διακόψει τη θεραπεία.
- θ) Τα επακόλουθα της άρνησης θεραπείας πρέπει να εξηγηθούν στον ασθενή.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις η νομοθεσία μπορεί να επιτρέπει τη χορήγηση θεραπείας χωρίς τη συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης. Για παράδειγμα, αυτό μπορεί να συμβεί εάν ένα άτομο έχει σοβαρή ψυχική διαταραχή, δεν είναι ικανό να λάβει τις σχετικές αποφάσεις και η θεραπεία είναι πιθανό να ανακουφίσει τη νόσο ή να προλάβει την επιδείνωση της κατάστασης, η οποία θα επέλθει εάν δεν υπάρξει θεραπευτική παρέμβαση. (Βλ. Κεφάλαιο 3.1.5).

Η νομοθεσία πρέπει να απαγορεύει τη συμμετοχή σε κλινικές ή πειραματικές επιστημονικές έρευνες χωρίς τη συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης, η οποία πρέπει να δίδεται σε όλους τους ασθενείς, είτε νοσηλεύονται εκούσια, είτε ακούσια.

Πολλές φορές το μόνο κριτήριο που καθορίζει το δικαίωμα των ανηλίκων να παράσχουν ή όχι τη συγκατάθεσή τους είναι η ηλικία (συνήθως 18 ετών). Ένας σημαντικός αριθμός ανηλίκων, όμως, ιδίως εφήβων, είναι αρκετά ώριμοι και ικανοί ώστε να είναι σε θέση να το πράξουν. Πρέπει να υπάρχουν διατάξεις στη νομοθεσία που να ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες να λαμβάνουν υπόψη τις γνώμες των ανηλίκων στο θέμα της συγκατάθεσης, ανάλογα με την ηλικία τους και την ωριμότητά τους.

3.1.4 Εκούσια και ακούσια νοσηλεία

Οι νόμοι πρέπει να ενθαρρύνουν την εκούσια νοσηλεία και να επιτρέπουν την ακούσια μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, οι οποίες πρέπει να καθορίζονται από το νόμο. Οι εσφαλμένες αντιλήψεις του κοινού σχετικά με την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχουν ως επακόλουθο να δίδεται υπερβολική έμφαση στην ανάγκη προστασίας της κοινωνίας από τη βία που μπορεί τα άτομα αυτά να ασκήσουν, ή τις βλάβες που μπορεί να προκαλέσουν. Ο νόμος πρέπει να ισορροπεί μεταξύ της προστασίας του δικαιώματος του ατόμου να αυτοπροσδιορίζεται και να αναλαμβάνει την ευθύνη των πράξεών του αφενός, και αφετέρου της υποχρέωσης της πολιτείας να προάγει την ασφάλεια και την ευημερία του ατόμου και γενικά της κοινότητας.

Σχετικά με το πρόβλημα αυτό, το κύριο ζήτημα είναι ο προσδιορισμός των στοιχείων

Η συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης πρέπει να πληρεί αρκετά κριτήρια.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτρέπεται η θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης.

Η συγκατάθεση των ανηλίκων είναι σημαντικό θέμα που πρέπει να αντιμετωπιστεί από τη νομοθεσία.

Η νομοθεσία πρέπει να ενθαρρύνει την εκούσια νοσηλεία στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η ακούσια νοσηλεία πρέπει να γίνεται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις.

εκείνων που επιβάλλουν την ακούσια νοσηλεία και η μορφοποίηση της διαδικασίας που μπορεί να οδηγήσει στην ενεργοποίηση του μηχανισμού επιβολής της ακούσιας νοσηλείας. Η ακούσια νοσηλεία επιτρέπεται μόνο εάν πληρούνται **και τα δύο** κριτήρια που ακολουθούν:

- υπάρχει διάγνωση ψυχικής διαταραχής, η σοβαρότητα της οποίας καθορίζεται από διεθνώς αποδεκτά κριτήρια,
- υπάρχει πιθανότητα ο ασθενής να βλάψει τον εαυτό του ή άλλους και να χειροτερεύσει η κατάστασή του εάν δεν χορηγηθεί θεραπεία.

Πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες κάθε χώρας κατά το σχεδιασμό των διατάξεων που αφορούν την ακούσια νοσηλεία. Καλό παράδειγμα είναι η διάταξη που απαιτεί τη σύμφωνη γνώμη τουλάχιστον δύο ψυχιάτρων πριν γίνει ακούσια νοσηλεία. Ο σκοπός αυτής της διάταξης είναι η παροχή προστασίας από την υποχρεωτική εισαγωγή σε νοσοκομείο. Πάντως, οι χώρες με χαμηλό εισόδημα και λίγους ψυχιάτρους δυσκολεύονται πολύ να εφαρμόσουν διατάξεις αυτού του είδους. Σε πολλές περιπτώσεις, οι διατάξεις αυτές αγνοούνται, και οι επαγγελματίες και οι οικογένειες των ασθενών συνεχίζουν να εφαρμόζουν τις ήδη υπάρχουσες πρακτικές. Υπ' αυτές τις συνθήκες, είναι προτιμότερο να ζητείται η βεβαίωση δύο γιατρών ή επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εκ των οποίων τουλάχιστον ο ένας να είναι ψυχίατρος. Όπου υπάρχει έλλειψη ψυχιάτρων μπορεί να προκύπτει η ανάγκη τα περιστατικά να εκτιμώνται και να λαμβάνονται αποφάσεις από άλλους επαγγελματίες, όπως κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους ή νοσηλευτές που έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση. Έτσι ο αριθμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που είναι σε θέση να παρέχουν βεβαιώσεις αυξάνεται και, επομένως, προστατεύονται καλύτερα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. (Βλ. παράδειγμα από τη Νότια Αφρική στο Κεφάλαιο 6).

Οι επείγουσες διαδικασίες πρέπει να ορίζονται από το νόμο.

Επειδή τα οξέα επεισόδια συμβαίνουν στις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές, ο νόμος πρέπει να ασχοληθεί και με τις **επείγουσες διαδικασίες**, οι οποίες πρέπει να επιτρέπουν την υποχρεωτική αξιολόγηση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και/ή την εισαγωγή σε νοσοκομείο για 48-72 ώρες, ώστε να γίνει αξιολόγηση από ειδικούς ψυχικής υγείας, εφόσον υπάρχει βάσιμη υποψία ότι κινδυνεύει άμεσα η υγεία ή η ασφάλεια των ατόμων αυτών.

Οι ασθενείς πρέπει να έχουν δικαίωμα προσφυγής ενάντια στην ακούσια εισαγωγή.

Ο νόμος πρέπει επίσης να περιλαμβάνει διατάξεις που αφορούν τα δικαιώματα των ατόμων που στερούνται την ελευθερία τους. Όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονται ακούσια πρέπει να έχουν κατοχυρωμένο δικαίωμα να προσφύγουν ενάντια στην ακούσια εισαγωγή τους στους διοικητές των ιδρυμάτων όπου βρίσκονται και σε κάποιο ελεγκτικό συμβούλιο ή επιτροπή (Ο.Η.Ε., 1991).

3.1.5 Εκούσια και ακούσια θεραπεία σε νοσοκομειακό περιβάλλον

Η εκούσια θεραπεία σχετίζεται με τη συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης. Η νομοθεσία πρέπει να διασφαλίζει ότι όλες οι θεραπείες χορηγούνται βάσει της ελεύθερης αποδοχής τους και της συγκατάθεσης του ασθενούς κατόπιν ενημέρωσής του. Η συγκατάθεση δεν είναι νόμιμη εάν συνοδεύεται από άμεση ή έμμεση απειλή καταναγκασμού ή εάν δεν παρουσιάζονται στον ασθενή εναλλακτικές λύσεις προς επιλογή, ως προς την προτινόμενη θεραπεία.

Αναφέρονται διάφορα θέματα σχετικά με τις διαδικασίες της ακούσιας εισαγωγής και θεραπείας.

Στους ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται εκουσίως πρέπει να χορηγείται θεραπεία μόνο μετά τη συγκατάθεσή τους, κατόπιν ενημέρωσης. Στις περιπτώσεις της ακούσιας εισαγωγής και νοσηλείας τίθενται σοβαρά διαδικαστικά θέματα.

Προβάλλεται μερικές φορές το επιχείρημα ότι ο σκοπός της ακούσιας εισαγωγής είναι η χορήγηση θεραπείας, με σκοπό τη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς, και ότι

η μη βελτίωσή της καθιστά την εισαγωγή άσκοπη και ισοδύναμη με φυλάκιση. Η ύπαρξη δύο ανεξάρτητων διαδικασιών, η πρώτη για την ακούσια εισαγωγή και η δεύτερη για την ακούσια θεραπεία, μπορεί να αποτελούν εμπόδιο στη θεραπεία ή να την καθυστερήσουν. Ιδιαίτερα οι χώρες με περιορισμένους πόρους μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες με τη διπλή αυτή διαδικασία και τις ξεχωριστές εξετάσεις του ασθενούς.

Υποστηρίζεται επίσης ότι η φύση της ικανότητας για αυτοδιάθεση που διαφοροποιείται ως προς το θέμα και ως προς το χρόνο (task-specific - time-specific) σημαίνει ότι ορισμένοι ασθενείς που δεν είναι ικανοί να αποφασίσουν για την εισαγωγή τους, μπορεί εντούτοις να είναι ικανοί να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για τη θεραπεία και να λάβουν αποφάσεις σχετικά με το σχεδιασμό της. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, στις περιπτώσεις αυτού του είδους έχει εξαιρετική σημασία να καθοριστεί εάν ένα άτομο έχει την ικανότητα να δώσει τη συγκατάθεσή του πριν ληφθούν αποφάσεις για τη θεραπεία.

Το ζήτημα των διπλών διαδικασιών που αντιπαρατίθενται στη μια διαδικασία για την ακούσια εισαγωγή και θεραπεία παραμένει αμφιλεγόμενο. Στο εγχειρίδιο αυτό δεν υπάρχει λόγος να υποστηριχθεί η μια ή η άλλη άποψη. Κάθε χώρα πρέπει να επιλέξει τι ταιριάζει στην περίπτωση της. Εντούτοις, είναι ουσιώδες σε κάθε περίπτωση να υπάρχουν επαρκείς δικλίδες ασφαλείας που να προστατεύουν τα δικαιώματα των ασθενών και να διασφαλίζουν τη σωστή εφαρμογή των διαδικασιών.

Εάν ένας ασθενής κριθεί ότι δεν έχει την ικανότητα να δώσει τη συγκατάθεσή του, η ακούσια θεραπεία μπορεί να επιλεγεί μόνο εάν 1) ο ασθενής εισαχθεί στο νοσοκομείο ακουσίως και 2) η θεραπεία είναι απαραίτητη ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση του ασθενούς και/ή να επανακτήσει την ικανότητά του να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία και/ή να προλάβει σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας του ασθενούς και/ή να προλάβει βλάβη του εαυτού του ή άλλων.

Η ακούσια θεραπεία πρέπει να καλύπτεται από διαδικασίες που προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ενδιαφερομένων και αποτρέπουν την κατάχρηση εξουσιών που έχουν όσοι λαμβάνουν τις αποφάσεις. Οι μηχανισμοί μπορεί να απαιτούν και δεύτερη σύμφωνη γνώμη ότι η ακούσια θεραπεία είναι απαραίτητη, την άδεια δικαστικών αρχών και/ή εκπροσώπων των ασθενών, καθώς και τη δυνατότητα προσφυγής του ασθενούς σε μια ανεξάρτητη ελεγκτική επιτροπή.

Η νομοθεσία απαιτεί την ύπαρξη συγκατάθεσης, κατόπιν ενημέρωσης, προκειμένου να γίνουν ορισμένες θεραπείες. Επίσης, απαιτείται μια δεύτερη γνώμη και άδεια από μια ανεξάρτητη δικαστική επιτροπή, ή επιτροπή με συμμετοχή δικαστικών. Πολλές από αυτές τις διαδικασίες που προηγούνται της θεραπείας είναι αμφιλεγόμενες, και το ότι αναφέρονται δεν σημαίνει ότι έχουν την υποστήριξη του Π.Ο.Υ. Το σημείο που πρέπει να προσεχθεί είναι ότι, σε δεδομένες συνθήκες, τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές χρίζουν προστασίας. Για παράδειγμα, πρακτικές που πρέπει να ελέγχονται είναι και η ψυχοχειρουργική, η εμφύτευση φαρμακευτικών σκευασμάτων για τη μείωση της σεξουαλικής ενόρμησης, καθώς και οι διαδικασίες απομόνωσης. Γενικά, αυτές οι δικλίδες ασφάλειας υπάρχουν και εφαρμόζονται ως προς θεραπείες που θεωρούνται μη αναστρέψιμες και/ή έχουν εγγενώς κινδύνους για τη σωματική ή ψυχική κατάσταση των ασθενών.

3.1.6 Ακούσια θεραπεία σε κοινοτικό επίπεδο

Υπάρχει αύξουσα ζήτηση για τον έλεγχο ή την επιτήρηση ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε κοινοτικό περιβάλλον. Αυτή οφείλεται στην εντύπωση του κοινού, αλλά και επαγγελματιών της υγείας, ότι ο αποϊδρυματισμός έχει αποτύχει, καθώς και στο φόβο ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μέσα στην κοινότητα είναι ένας δημόσιος κίνδυνος

Υπάρχουν ειδικά κριτήρια για την ακούσια θεραπεία.

Πρέπει να υπάρχουν διαδικασίες για την ακούσια θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης είναι υποχρεωτική για ορισμένες θεραπείες.

(Harrison, 1995· Thomas, 1995). Οι επαγγελματίες αντιμετωπίζουν καταστάσεις όπου τα άτομα με ψυχικές διαταραχές εισάγονται και νοσηλεύονται ακουσίως, κατόπιν βγαίνουν από το νοσοκομείο και σταματούν να παίρνουν τα φάρμακά τους και υποτροπιάζουν, με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνεται ο κύκλος της ακούσιας εισαγωγής και θεραπείας.

Οι χώρες που έχουν διατάξεις για την έκδοση εντολών κοινοτικής επιτήρησης και θεραπείας, που επίσης ονομάζονται εντολές κοινοτικής θεραπείας, συνήθως καλύπτουν άτομα με ψυχικές διαταραχές που έχουν μόνιμη κατοικία και συμμετέχουν σε συμβουλευτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα. Υπό αυτές τις συνθήκες επιτρέπεται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας να τα επισκέπτονται, και να τα υποβάλλουν σε ακούσια ψυχιατρική θεραπεία (Βλ., για παράδειγμα, το Διάταγμα για την Ψυχική Υγεία του 1995 (Ασθενείς στην Κοινότητα), του Ηνωμένου Βασιλείου).

Ένα σημείο που πρέπει να προσεχθεί σχετικά με τις εντολές κοινοτικής επιτήρησης και θεραπείας είναι ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να αρχίσουν να στηρίζονται υπερβολικά στον καταναγκασμό κατά την παροχή φροντίδας στο κοινοτικό επίπεδο, αντί να εστιάσουν τις προσπάθειές τους στο να καταστήσουν τις υπηρεσίες αυτές αποδεκτές από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και να τα προσελκύσουν στις υπηρεσίες. Αυτό θα υπονόμει ένα σημαντικό στόχο της πολιτικής τους αποϊδρυματισμού.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος της κοινοτικής επιτήρησης είναι η εκούσια θεραπεία. Τα άτομα που κατοικούν στην κοινότητα και έχουν αναρρώσει από ψυχικές διαταραχές έχουν την ικανότητα και την επάρκεια να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους. Το δικαίωμά τους να συναινέσουν συνοδεύεται από το δικαίωμα της άρνησης, το οποίο πρέπει να γίνεται σεβαστό. Εάν αυτό δεν γίνει αποδεκτό, θα σημαίνει ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορούν μεν να είναι ικανά να συναινούν στη θεραπεία αλλά ανίκανα να την αρνηθούν, πράγμα που παραβαίνει την αρχή της συμμετρίας. Το σημείο κλειδί είναι ότι πρέπει να ακολουθούνται οι κανόνες για την ακούσια θεραπεία, δηλαδή να είναι βέβαιη η έλλειψη ικανότητας και να υπάρχει πιθανός κίνδυνος να βλάψουν τον εαυτό τους ή άλλους.

Τα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα της κοινοτικής επιτήρησης μόλις έχουν αρχίσει να συγκεντρώνονται. Οι εντολές επιτήρησης φαίνεται ότι μειώνουν τις επανεισαγωγές και το σύνολο των ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο, εφόσον συνοδεύονται από εντατική θεραπεία σε κοινοτικό επίπεδο. Για να γίνει αυτό απαιτείται σημαντική δέσμευση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων (Swartz et al., 1999). Υπάρχει αρκετά μεγάλη μείωση του κίνδυνου εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς μόνο εάν η υποχρεωτική επιτήρηση συνοδεύεται από εντατική θεραπευτική αντιμετώπιση των εξωτερικών ασθενών (Swanson et al., 1999). Η μείωση αυτή οφείλεται κυρίως στη μη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής και στην ελάττωση της κατάχρησης ουσιών (Swanson et al., 1999).

Όσα ελέχθησαν δεν αποτελούν μια ολοκληρωμένη επισκόπηση της αποτελεσματικότητας της υποχρεωτικής κοινοτικής επιτήρησης. Εντούτοις, είναι σαφές ότι η κοινοτική επιτήρηση μπορεί να αποδώσει μόνο εάν υπάρχει υποδομή για εντατική θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών σε κοινοτικό επίπεδο.

3.1.7 Μηχανισμοί περιοδικού επανελέγχου

Η νομοθεσία πρέπει να προβλέπει ένα μηχανισμό αυτόματου περιοδικού επανελέγχου όλων των περιπτώσεων όπου η αυτονομία και η ελευθερία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές περιορίζεται (United Nations, 1991), όπως γίνεται κατά την ακούσια εισαγωγή και θεραπεία και κατά την εκούσια εισαγωγή και θεραπεία η οποία συνεχίζεται πέραν μιας ορισμένης χρονικής περιόδου. Οι επανελέγχοι πρέπει να γίνονται κατά λογικά χρο-

νικά διαστήματα, π.χ. όχι μεγαλύτερα του μήνα για την ακούσια παραμονή σε νοσοκομείο και των τριών μηνών για την εκούσια. Τη διαδικασία αυτή πρέπει να αναλαμβάνει μια ανεξάρτητη ρυθμιστική επιτροπή, αρμόδια κατά το νόμο ή με νομική κάλυψη, η οποία θα ελέγχει την εφαρμογή των αποδεκτών πρακτικών.

Για να είναι αποτελεσματική η επιτροπή πρέπει:

- α) να έχει ως μέλη επαγγελματίες πολλών ειδικοτήτων (ψυχικής υγείας, νομικούς, κοινωνικούς λειτουργούς), εκπροσώπους των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους, άτομα συνηγορητικών οργανώσεων και πολίτες.
- β) να είναι οικονομικά και λειτουργικά ανεξάρτητη από τους παροχείς υπηρεσιών και από νομικά πρόσωπα εξουσιοδοτημένα να αναθέτουν την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές με συμβόλαια σε παροχείς υπηρεσιών.
- γ) να έχουν νομικά το δικαίωμα να επιβάλλουν τη συμμόρφωση με τις διατάξεις της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία.

3.1.8 Ικανότητα (επάρκεια)

Η συναίνεση είναι έγκυρη εάν το άτομο που τη δίνει είναι ικανό προς τούτο. Η ικανότητα να δεχθεί κανείς εκούσια τη θεραπεία ή να την αρνηθεί, συνήθως αναφέρεται στην ικανότητά του να αντιληφθεί το σκοπό, τη φύση, τα πιθανά αποτελέσματα και τους κινδύνους μιας ορισμένης θεραπείας, περιλαμβανομένης και της πιθανότητας επιτυχίας της, των επιπτώσεων της μη χορήγησής της και των εναλλακτικών επιλογών.

Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν την ικανότητα και, επομένως, η νομοθεσία πρέπει να παρέχει προστασία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών δεν συνοδεύεται οπωσδήποτε από ανικανότητα να λαμβάνει κανείς σωστές αποφάσεις. Ο νόμος πρέπει να προβλέπει σαφείς διαδικασίες για την αξιολόγηση της ικανότητας, να εξουσιοδοτεί ορισμένες αρχές να καθορίζουν την ικανότητα, και να ορίζει τις διαδικασίες που ακολουθούνται εάν ένα άτομο κριθεί ανίκανο.

Τη δικαιοδοσία σχετικά με τις αποφάσεις για την ικανότητα ενός ατόμου συνήθως έχουν οι δικαστικές αρχές, βάσει διαγνώσεων ειδικών του τομέα της ψυχικής υγείας. Η νομοθεσία πολλών χωρών περιέχει διατάξεις για τον επίσημο ορισμό κηδεμόνων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που κρίνονται ανίκανοι. Η νομοθεσία πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα να εφεσιβάλλονται αυτές οι αποφάσεις από τα άτομα και/ή τους φροντιστές και τις οικογένειές τους.

3.1.9 Πιστοποίηση των επαγγελματιών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η πιστοποίηση διασφαλίζει την ικανοποιητική ποιότητα και ομοιομορφία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Βλ. *Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*). Οι χρήστες των υπηρεσιών πρέπει να έχουν τη βεβαιότητα ότι οι υπηρεσίες και οι επαγγελματίες που εργάζονται εκεί πληρούν ορισμένα κριτήρια. Είναι σκόπιμο η νομοθεσία να προβλέπει την οργάνωση συστημάτων πιστοποίησης και να επιτρέπει μόνο σε πιστοποιημένους φορείς και επαγγελματίες του τομέα της ψυχικής υγείας να παρέχουν υπηρεσίες.

3.1.10 Δικαιώματα και ρόλοι των οικογενειών και των φροντιστών

Οι οικογένειες παίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη και φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις χώρες που δεν έχουν επαρκώς αναπτυγμένα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Η νομοθεσία πρέπει να λαμβάνει υπόψη

Μια επιτροπή επανελέγχου είναι ένας μηχανισμός που διασφαλίζει την εφαρμογή των διατάξεων που προστατεύουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Η συναίνεση είναι έγκυρη εφόσον το άτομο είναι ικανό.

Η ψυχική διαταραχή δεν συνοδεύεται οπωσδήποτε από έλλειψη ικανότητας.

Είναι σημαντικό να εξισορροπούνται οι ανάγκες και τα δικαιώματα των οικογενειών και των φροντιστών με τα αντίστοιχα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

τις ανάγκες και τα δικαιώματα των οικογενειών και να τα συνδυάζει με τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, οι οικογένειες που φροντίζουν συγγενείς με ψυχικές διαταραχές μπορεί να χρειάζονται ενημέρωση από επαγγελματίες σχετικά με τη φύση των ασθενειών και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους, ώστε να είναι σε θέση να αντεπεξέρχονται στις υποχρεώσεις τους, έναντι των συγγενών τους, αποτελεσματικά. Επομένως, η νομοθεσία πρέπει να ασχολείται με την ανάγκη των οικογενειών να έχουν πρόσβαση σε αυτή την ενημέρωση όταν αυτό είναι απαραίτητο. Πρέπει, επίσης, να διασφαλίζει την εξισορρόπηση της ανάγκης κάλυψης των ατόμων από το απόρρητο έναντι της ανάγκης των οικογενειών για ενημέρωση.

3.2 Βασικές διατάξεις στη νομοθεσία άλλων τομέων με επιπτώσεις στην ψυχική υγεία

Η νομοθεσία σε τομείς εκτός της ψυχικής υγείας μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Νομοθετικά μέτρα τέτοιου είδους μπορεί να βοηθήσουν ώστε να επιτύχει μια πολιτική που προάγει την κοινοτική φροντίδα των ψυχικών διαταραχών και τον αποϊδρυματισμό. Η νομοθεσία σε αυτούς τους τομείς είναι επίσης σημαντική για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

3.2.1 Στέγαση

Η νομοθεσία μπορεί να εμπεριέχει διατάξεις που δίνουν στα άτομα με ψυχικές διαταραχές προτεραιότητα σε κρατικά στεγαστικά προγράμματα και σε προγράμματα επιδότησης της κάλυψης στεγαστικών αναγκών, και μπορεί να υποχρεώνει την τοπική αυτοδιοίκηση να παρέχει ένα φάσμα στεγαστικών διευκολύνσεων, όπως σπίτια ενδιάμεσης διαμονής και υποστηριζόμενα σπίτια μακρόχρονης διαμονής. Η νομοθεσία για τη στέγαση πρέπει να περιλαμβάνει διατάξεις για την πρόληψη της γεωγραφικής απομόνωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Αυτό απαιτεί ειδικές διατάξεις για την πρόληψη των διακρίσεων ως προς την εγκατάσταση, τοποθεσία και παραχώρηση στέγης σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

3.2.2 Εκπαίδευση

Τα παιδιά, οι έφηβοι και οι ενήλικοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε εκπαίδευση κατάλληλη για την περίπτωσή τους. Οι χώρες πρέπει να διασφαλίζουν ότι η εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα είναι αναπόσπαστο τμήμα του εκπαιδευτικού συστήματος. Τα προγράμματα πρέπει να είναι αρκετά εύκαμπτα ώστε να επιτρέπουν προσθήκες ή προσαρμογές, εάν προκύπτει ανάγκη, για να εξυπηρετηθούν οι ειδικές ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Η εκπαίδευση μέσα στο κοινό εκπαιδευτικό σύστημα και τα κοινοτικά προγράμματα πρέπει να θεωρούνται συμπληρωματικές προσεγγίσεις του στόχου, που είναι η παροχή αποτελεσματικής, από άποψη κόστους, εκπαίδευσης και κατάρτισης στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Τα ειδικά προγράμματα για την ψυχική υγεία στα σχολεία επιτυγχάνουν την έγκαιρη διάγνωση διαταραχών του συναισθήματος και της συμπεριφοράς σε παιδιά και έτσι βοηθούν στην πρόληψη μελλοντικών διαταραχών και της συνακόλουθης ανικανότητας. Τα προγράμματα που γίνονται στα σχολεία βοηθούν επίσης στην ενημέρωση σχετικά με τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση δυσκολιών και τη διαχείριση του άγχους.

Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή στέγη καλής ποιότητας.

Η εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές πρέπει να εντάσσεται στο εκπαιδευτικό σύστημα.

3.2.3 Απασχόληση

Η νομοθεσία μπορεί να περιλαμβάνει διατάξεις για την προστασία ατόμων με ψυχικές διαταραχές από διακρίσεις και την εκμετάλλευσή τους στους χώρους εργασίας. Πρέπει να περιλαμβάνει διατάξεις για την παροχή ίσων ευκαιριών απασχόλησης και για την απαγόρευση στους εργοδότες να χρησιμοποιήσουν τις ψυχική διαταραχή ως λόγο απομάκρυνσης από την εργασία. Πρέπει να υπάρχουν διατάξεις που να διασφαλίζουν την επαρκή χρηματοδότηση προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης, την κατά προτίμηση χρηματοδότηση δραστηριοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που ζουν στην κοινότητα ώστε να δημιουργούνται εισοδήματα, και τη χρηματοδότηση προγραμμάτων ανάληψης θετικής δράσης για τη βελτίωση της πρόσβασης σε αμειβόμενη εργασία. Επίσης, η εργατική νομοθεσία μπορεί να προστατεύει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που απασχολούνται βάσει προγραμμάτων προστατευμένης εργασίας, διασφαλίζοντας ότι πληρώνονται όπως και οι άλλοι εργαζόμενοι και ότι δεν υπάρχει πειθναγκασμός ή καταναγκασμός στην εργασία αυτή.

Η εργατική νομοθεσία που περιλαμβάνει διατάξεις για την άδεια μητρότητας, και ιδίως με αποδοχές, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε πολλές χώρες. Επιτρέπει στις νέες μητέρες να περνούν περισσότερο χρόνο με τα βρέφη στο σπίτι και έτσι να δυναμώνει ο δεσμός μητέρας παιδιού. Σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες εφαρμόζονται παρόμοια μέτρα για τους πατέρες.

3.2.4 Κοινωνική ασφάλιση

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πρέπει να έχουν επιδόματα λόγω αναπηρίας όπως και τα άτομα με σωματικές αναπηρίες. Το σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων πρέπει να είναι αρκετά εύκαμπτο ώστε να επιτρέπει την απασχόληση και τη μισθοδοσία κάποιου χωρίς να χάνει την αναπηρική του σύνταξη.

3.2.5 Ποινική δικαιοσύνη

Ο ποινικός κώδικας κάθε χώρας πρέπει να προβλέπει την ειδική μεταχείριση όσων παραβαίνουν το νόμο αλλά έχουν ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, ο νόμος πρέπει να αντιμετωπίζει το θέμα της ικανότητας των ατόμων αυτών να δικαστούν και να είναι μάρτυρες σε ποινικές υποθέσεις, το κατά πόσο είναι σε θέση να τους καταλογιστεί ευθύνη για εγκληματικές πράξεις, τη νόμιμη εκπροσώπηση, τις καταδικαστικές αποφάσεις και τη θεραπεία (Bowden, 1995).

3.2.6 Αστική και γενική νομοθεσία

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δικαιούνται να ασκούν όλα τα αστικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα που αναφέρονται στην Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα και τη Διεθνή Συνθήκη για τα Πολιτικά Δικαιώματα.

Στον αστικό κώδικα μπορούν να συμπεριληφθούν διατάξεις που αναφέρονται στο γάμο, το χωρισμό, το διαζύγιο και τα γονεϊκά δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Εάν δεν συμβεί αυτό, τότε στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία πρέπει να αναφέρεται ότι έχουν τα ακόλουθα δικαιώματα:

- να ψηφίζουν (εκτός εάν κριθούν ανίκανοι προς τούτο)
- να παντρεύονται
- να τεκνοποιούν και να διατηρούν τα γονεϊκά δικαιώματά τους

Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να προληφθούν οι διακρίσεις και η εκμετάλλευση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην απασχόληση.

Η άδεια μητρότητας προάγει την ψυχική υγεία μητέρων και παιδιών.

Τα επιδόματα των ατόμων με ψυχική ανικανότητα πρέπει να είναι ανάλογα με εκείνα των ατόμων με σωματική ανικανότητα.

Η νομοθεσία μπορεί να προστατεύσει το δικαίωμα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ασκούν όλα τα πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματά τους.

- να έχουν περιουσία
- να εργάζονται
- να φοιτούν σε σχολεία
- να κινούνται ελεύθερα και να επιλέγουν τον τόπο κατοικίας τους.

Η νομοθεσία που αφορά εν γένει την κοινωνική και οικονομική ζωή μπορεί να προστατευτεί προς τις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εάν τους συμπεριλάβει ως δικαιούχους ειδικής μεταχείρισης, όπως συμβαίνει με νομοθετήματα κατά των διακρίσεων ή ανάληψης θετικής δράσης για την προστασία ευπαθών πληθυσμών, μειοψηφιών και περιθωριοποιημένων ομάδων.

3.2.7 Νομοθεσία για τη γενική φροντίδα υγείας

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές χρειάζονται νομική προστασία κατά τις δοσοληψίες τους με το σύστημα γενικής φροντίδας υγείας. Τα θέματα που πρέπει να καλυφθούν περιλαμβάνουν την πρόσβαση στη θεραπεία, την ποιότητα της προσφερόμενης θεραπείας, το απόρρητο, την εκούσια θεραπεία και την πρόσβαση στην ενημέρωση. Μπορεί να προστεθούν ειδικά άρθρα που να δίνουν έμφαση στην ανάγκη προστασίας ευπαθών ατόμων, όπως αυτών με ψυχικές διαταραχές ή όσων δεν είναι ικανά να αποφασίζουν για την αυτοδιάθεσή τους.

Η μικρή προτεραιότητα που δίδεται στα θέματα της ψυχικής υγείας στις περισσότερες χώρες έχει ως αποτέλεσμα οι υπηρεσίες του τομέα αυτού να λαμβάνουν ανεπαρκείς οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους. Επομένως, για να υπάρξει δικαιότερη και πιο ισότιμη κατανομή των πόρων, η νομοθεσία για τη γενική φροντίδα υγείας πρέπει να περιλαμβάνει διατάξεις που να ευνοούν αυτό το στόχο, διοχετεύοντας πόρους και χρηματοδότηση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας νοσοκομειακού και κοινοτικού επιπέδου. Έτσι, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα έχουν ανάλογη πρόσβαση και ποιότητα στη φροντίδα με τα άτομα με σωματικές διαταραχές.

Σε πολλές χώρες, οι άνθρωποι χρειάζονται ασφάλιση για να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας. Η νομοθεσία της γενικής φροντίδας υγείας στις χώρες αυτές πρέπει να περιέχει διατάξεις για την πρόληψη των διακρίσεων εναντίον των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ώστε να μην εμποδίζονται να ασφαλιζονται για την υγεία τους σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Οι χώρες μπορούν επίσης να νομοθετήσουν ώστε να εισαχθούν οι παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Για παράδειγμα, η έγκαιρη παρέμβαση, καθώς και η διάθεση των βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων, πρέπει να περιλαμβάνεται σε κάθε βασικό σχέδιο δράσης για την υγεία, ώστε να είναι δυνατή η χρηματοδότηση (World Health Organization, 1996c).

3.2.8 Πρόσβαση σε ψυχοτρόπα φάρμακα

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα είναι χρήσιμα για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και έχουν σημαντική θέση στη δευτεροβάθμια πρόληψη. Εντούτοις, ακόμη και βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα συχνά δεν είναι διαθέσιμα σε πολλές χώρες. Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να βελτιωθεί η διαθεσιμότητα των φαρμάκων στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

3.2.9 Προστασία ευπαθών ομάδων

Προστασία παιδιών και εφήβων, γυναικών και ηλικιωμένων. Πολλές χώρες και διεθνείς οργανισμοί έχουν αναγνωρίσει πόσο βλάπτει την ψυχική υγεία τους η σωματική

Πρέπει να υπάρχει ισότιμη πρόσβαση σε θεραπευτικές παρεμβάσεις καλής ποιότητας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όπως και στα άτομα με σωματικές διαταραχές.

Οι χώρες μπορούν να δημιουργήσουν νομοθεσία ώστε να γίνονται παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της διαθεσιμότητας των ψυχοτρόπων φαρμάκων.

και σεξουαλική κακοποίηση, η εκμετάλλευση και η εργασία παιδιών και εφήβων. Τα θέματα αυτά πρέπει να αποτελούν σημαντικό μέρος της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. Για παράδειγμα, μπορεί να δημιουργηθεί νομοθεσία που διασφαλίζει την έγκαιρη διαπίστωση κακοποίησης των παιδιών από επαγγελματίες της υγείας και άμεση εμπλοκή του δικαστικού συστήματος (World Health Organization, 1996b). Επίσης, συχνά η νομοθεσία καλείται να εξαλείψει την ανισότητα των φύλων ως προς την πρόσβαση στην υγεία, την εκπαίδευση και την απασχόληση, και να αναγνωρίσει τη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση ως αξιόπινες πράξεις (World Health Organization, 1997a). Η προστασία των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων είναι ένα ακόμα στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία (World Health Organization, 1997b).

Προστασία αυτοχθόνων εθνικών ομάδων και μειονοτήτων. Οι αυτόχθονες εθνικές ομάδες και οι μειονότητες είναι μεταξύ των πιο ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων, σε ποσοστά κατάθλιψης, αλκοολισμού, αυτοκτονιών και βίας. Έχουν υποστεί ταχείες πολιτισμικές αλλαγές, περιθωριοποίηση και απορρόφηση στην παγκοσμιοποιημένη οικονομία, που λίγο ενδιαφέρεται για την αυτονομία τους. Το επίπεδο της ψυχικής τους υγείας μπορεί να βελτιωθεί μέσω νόμων που ενδυναμώνουν την ταυτότητά τους, την κοινοτική ζωή, την αυτονομία και τις παραδόσεις τους. Επίσης, έχουν ανάγκη υπηρεσιών ψυχικής υγείας που συμπλέουν με τις κουλτούρες και τις γλώσσες τους, και στην καλύτερη περίπτωση, ενσωματώνουν παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές (Kirkmayer, 2000).

3.2.10 Περιορισμός της πρόσβασης στο αλκοόλ και στις φαρμακευτικές ουσίες

Η νομοθεσία που περιορίζει την πρόσβαση στο αλκοόλ και στις φαρμακευτικές ουσίες μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην πρόληψη της κατάχρησης και της εξάρτησης. Στην περίπτωση του αλκοόλ, μέτρα αυτού του είδους είναι η θέσπιση ενός ορίου ηλικίας για τη νόμιμη κατανάλωση αλκοόλ, ο περιορισμός των ωρών και ημερών πώλησης, καθώς και των σημείων πώλησης (Edwards, 1997).

Η νομοθεσία πρέπει να προστατεύει ευπαθείς ομάδες.

Η νομοθεσία που περιορίζει τη πρόσβαση στο αλκοόλ και στις φαρμακευτικές ουσίες είναι μέτρο πρόληψης.

Κύρια σημεία: Το κύριο περιεχόμενο της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

- Η νομοθεσία δεν πρέπει απλώς να προστατεύει τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αλλά και να στοχεύει στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.
- Η νομοθεσία πρέπει να βασίζεται στην αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων, και να απαιτεί η θεραπεία να γίνεται έτσι ώστε η ελευθερία τους να περιορίζεται όσο το δυνατόν λιγότερο, όπως και η θέση τους και η εμπλοκή τους στην κοινοτική ζωή, και να τους επιτρέπει να συνεχίσουν να εργάζονται, να κινούνται και να διεκπεραιώνουν τις υποθέσεις τους.
- Η νομοθεσία πρέπει να εξασφαλίζει το απόρρητο όλων των πληροφοριών που λαμβάνονται σε κλινικό πλαίσιο και αφορούν άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Η αρχή της συγκατάθεσης στη θεραπεία, κατόπιν ενημέρωσης, πρέπει να κατοχυρώνεται νομοθετικά.
- Η ακούσια εισαγωγή σε νοσοκομείο πρέπει να γίνεται μόνο υπό εξαιρετικές και σαφώς οριζόμενες συνθήκες, νομοθετικά κατοχυρωμένες. Οι διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται κατά την ακούσια εισαγωγή πρέπει να είναι νομοθετημένες.
- Η ακούσια θεραπεία πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ενδεχόμενο σε ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις, π.χ. εάν τα άτομα δεν είναι ικανά να συναινέσουν και η θεραπεία είναι αναγκαία ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση της ψυχικής υγείας τους και/ή να προληφθεί σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας τους και/ή να προληφθεί βλάβη του εαυτού τους ή άλλων.
- Σε χώρες όπου υπάρχει η ακούσια θεραπεία στην κοινότητα, οι κανόνες της θεραπείας αυτής πρέπει να είναι καθορισμένοι και να ακολουθούνται, δηλαδή η ύπαρξη έλλειψης ικανότητας και η πιθανότητα βλάβης του εαυτού τους ή άλλου πρέπει να αποδεικνύεται.
- Η νομοθεσία πρέπει να περιλαμβάνει μια διάταξη για τον ορισμό μιας ανεξάρτητης επιτροπής επανεξέτασης, η οποία θα δρα ως ρυθμιστικός μηχανισμός και θα έχει καθορισμένη στελέχωση, αρμοδιότητες και καθήκοντα.
- Η νομοθεσία δεν πρέπει να περιορίζεται σε θέματα ψυχικής και γενικής υγείας. Η νομοθεσία για τη στέγαση, την εκπαίδευση, την απασχόληση και τη γενική υγεία, καθώς και για άλλα θέματα, είναι σημαντική, προκειμένου να προαχθεί η ψυχική υγεία και να προληφθούν οι ψυχικές διαταραχές. Επομένως, πρέπει και αυτή η νομοθεσία να προσεχθεί.

4. Η διαδικασία σύνταξης του σχεδίου νόμου:: κύρια ζητήματα και δράσεις

Το βήμα αυτό αρχίζει εφόσον υπάρχει η πολιτική βούληση να γίνουν νόμος του κράτους τα στοιχεία που συζητήθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Το έργο της σύνταξης του νόμου μπορεί να επιτελεστεί καλύτερα εάν το αναλάβει μια επιτροπή με ειδική συγκρότηση, όπου θα εκπροσωπούνται διάφορες ειδικότητες που έχουν διαφορετική εμπειρογνομosύνη και προσανατολισμούς. Η συμμετοχή των χρηστών και όσων τους φροντίζουν είναι εξαιρετικά σημαντική, αλλά συχνά παραγνωρίζεται.

Η συντακτική επιτροπή πρέπει να περιλαμβάνει:

- Έναν ή δύο εκπροσώπους του υπουργείου υγείας, συνήθως τον επικεφαλής αρμόδιο για την ψυχική υγεία, ο οποίος μπορεί να προεδρεύει στην επιτροπή ή να είναι ο εκτελεστικός γραμματέας.
- Ένα ή δύο άτομα από τα άλλα εμπλεκόμενα υπουργεία.
- Νομοθέτες που ενδιαφέρονται για την ψυχική υγεία.
- Εκπρόσωπους των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όσων τους φροντίζουν και συνηγορητικών οργανώσεων.
- Επαγγελματίες του τομέα ψυχικής υγείας.
- Δικηγόρους με εμπειρία στον τομέα ψυχικής υγείας και παρεμφερείς τομείς.
- Ειδικούς με εμπειρία σε προβλήματα που αφορούν τις γυναίκες, τα παιδιά και τους ηλικιωμένους.

Οι διαβουλεύσεις πρέπει να αρχίσουν πριν την έναρξη της σύνταξης του νομοσχεδίου και πρέπει να συνεχιστούν μέχρι το στάδιο της εφαρμογής. Η έναρξη του διαλόγου, πριν αρχίσει η υπόλοιπη διαδικασία, είναι μια ευκαιρία να προσδιοριστούν τα κύρια και αμφισβητούμενα ζητήματα σε πρώιμο στάδιο και να εμπλακούν οι ενδιαφερόμενοι πιο δραστήρια, με μεγαλύτερο ενθουσιασμό και διάθεση αλλαγής.

Όταν το σχέδιο νόμου ολοκληρωθεί πρέπει να σχολιαστεί από όλους τους εμπλεκόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας. Εάν οι διαβουλεύσεις σε αυτό το στάδιο οργανωθούν καλά και διεκπεραιωθούν συστηματικά, θα έχουν θετική επίπτωση στην αποδοχή και εφαρμογή του νόμου. Οι διαβουλεύσεις παρέχουν επίσης ευκαιρίες καλύτερης ενημέρωσης του κοινού σχετικά με πολλά θέματα, όπως είναι οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, η πρόληψη των διαταραχών, η κοινοτική συμμετοχή και η προβολή των προβλημάτων. Έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες αποτελεσματικής εφαρμογής της νομοθεσίας όταν τελικά ψηφιστεί.

Άλλα πλεονεκτήματα που απορρέουν από τις διαβουλεύσεις είναι η διαπίστωση πιθανών αδυναμιών της προτεινόμενης νομοθεσίας, δυναμικών αντιφάσεων με την ήδη υπάρχουσα νομοθεσία και τις συνήθειες πρακτικές, καθώς και ο εντοπισμός θεμάτων που έχουν παραληφθεί από αβλεψία. Επίσης, μπορεί να εντοπιστούν έγκαιρα πρακτικά προβλήματα που ίσως ανακύψουν κατά το στάδιο της εφαρμογής.

Οι διαβουλεύσεις πρέπει να ακολουθήσουν μια διαδικασία αποτελούμενη από τρία στάδια, να έχουν χρονοδιάγραμμα, και να περιλαμβάνουν:

- τη δημοσιοποίηση του νομοσχεδίου στη χώρα με έντυπα και ηλεκτρονικά μέσα και την πρόσκληση προς το κοινό να το σχολιάσει,

Στη συντακτική επιτροπή πρέπει να εκφράζονται διάφορες γνώμες.

Οι διαβουλεύσεις μπορεί να έχουν θετική επίπτωση στην εφαρμογή της νομοθεσίας.

- την πρόσκληση προς οργανισμούς και εκπροσώπους εμπλεκόμενων κρατικών αρχών, μη κυβερνητικών οργανώσεων και προς το κοινό να στείλουν τις παρατηρήσεις τους γραπτά,
- συγκεντρώσεις σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο υπό την αιγίδα της συντακτικής επιτροπής για να αναλυθούν, να συζητηθούν και να εκτιμηθούν οι συχνότερες και σοβαρότερες αντιρρήσεις ή προτάσεις για το σχέδιο νόμου.

Πλαίσιο 4. Οι κύριοι εμπλεκόμενοι που πρέπει να προσκληθούν σε διαβουλεύσεις σχετικά με την προτεινόμενη νομοθεσία για την ψυχική υγεία

- Κρατικές υπηρεσίες, περιλαμβανομένων των υπουργείων υγείας, οικονομικών, δικαιοσύνης, παιδείας, εργασίας και κοινωνικής πρόνοιας.
- Παράγοντες της πολιτικής και νομοθετικής εξουσίας και διαμορφωτές της κοινής γνώμης.
- Υπηρεσίες του τομέα της δημόσιας τάξης, όπως η αστυνομία και το προσωπικό των φυλακών.
- Δικαστικές υπηρεσίες.
- Εκπρόσωποι ή οργανώσεις των οικογενειών και των φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οργανώσεις συνηγορίας υπέρ των συμφερόντων των ατόμων αυτών, και ομάδες χρηστών των υπηρεσιών.
- Ακαδημαϊκά ιδρύματα και επαγγελματικές ενώσεις που εκπροσωπούν επαγγελματίες όπως είναι οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι, οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί.
- Μη κερδοσκοπικές, αλλά και κερδοσκοπικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας, θεραπείας και αποκατάστασης στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Εκκλησιαστικές αρχές.
- Άλλες ομάδες με ειδικά συμφέροντα, όπως οργανώσεις μειονοτήτων και ομάδες που εκπροσωπούν φυλετικές μειονότητες.

Στο τέλος της διαβουλευτικής φάσης η συντακτική επιτροπή είναι σκόπιμο να δημοσιεύσει μια αναφορά σχετικά με τις προτάσεις, τις αντιρρήσεις και τα ερωτήματα που τέθηκαν κατά τη φάση αυτή, καθώς και τις απαντήσεις που δόθηκαν. Στα σημεία που υπήρξαν ουσιώδεις αντιρρήσεις, ιδίως από ομάδες χρηστών και συνηγορητικές οργανώσεις, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή. Είναι σκόπιμο η επιτροπή να δώσει εμπειριστατωμένες απαντήσεις στις ουσιώδεις αντιρρήσεις που δεν αποδέχτηκε και ότι, κατά τη γνώμη της επιτροπής, δεν απαιτούνται αναπροσαρμογές ή αλλαγές στην προτεινόμενη νομοθεσία.

Κύρια σημεία: Η διαδικασία σύνταξης του σχεδίου νόμου

- Στη συντακτική επιτροπή πρέπει να εκπροσωπούνται διάφορες ειδικότητες που έχουν διαφορετικά συμφέροντα και προσανατολισμούς.
- Η συμμετοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και όσων τους φροντίζουν έχει εξαιρετική σημασία, συχνά όμως δεν εξασφαλίζεται.
- Το σχέδιο νόμου πρέπει να παρουσιαστεί και να σχολιαστεί δημοσίως.
- Οι διαβουλεύσεις παρέχουν την ευκαιρία να γίνει ευρύτερη ενημέρωση για τις ψυχικές διαταραχές και να προσδιοριστούν πιθανές αδυναμίες του νομοσχεδίου, θέματα που έχουν παραλειφθεί και μελλοντικές δυσκολίες στην εφαρμογή.
- Οι διαβουλεύσεις πρέπει να έχουν χρονοδιάγραμμα και να εμπλέκουν όλους τους άμεσα ενδιαφερόμενους.
- Στο τέλος της διαβουλευτικής φάσης, η συντακτική επιτροπή πρέπει να δημοσιεύσει μια αναφορά όπου θα αναφέρονται οι προτάσεις και οι αλλαγές που έγιναν στο σχέδιο νόμου.

5. Αποδοχή της νομοθεσίας: κύρια ζητήματα και δράσεις

Η κινητοποίηση της κοινής γνώμης έχει εξαιρετική σημασία για την αποδοχή της νομοθεσίας.

Το βήμα αυτό είναι δυνητικά το πιο χρονοβόρο. Στο στάδιο αυτό η πρόοδος με την προτεινόμενη νομοθεσία μπορεί να επιβραδυνθεί από τεχνικές λεπτομέρειες που ανακύπτουν. Είναι ουσιώδεις οι πολιτικοί και οι άνθρωποι σε θέσεις κλειδιά της εκτελεστικής και νομοθετικής εξουσίας να πειστούν ότι η νέα νομοθεσία για την ψυχική υγεία επείγει και ότι, κατά συνέπεια, πρέπει να αφιερωθεί χρόνος στις σχετικές διαδικασίες. Αν και εξαπακούεται ότι ήδη υπάρχει κυβερνητική υποστήριξη, δεδομένου ότι η κυβέρνηση συγκρότησε τη συντακτική επιτροπή, όταν το τελικό σχέδιο είναι έτοιμο να δοθεί προς ψήφιση μπορεί να ανακύψουν άλλα πολιτικά προβλήματα. Ιδίως σε χώρες χαμηλού εισοδήματος, η ψυχική υγεία δεν έχει υψηλή προτεραιότητα από πολιτική άποψη, και πρέπει να ανταγωνιστεί άλλα πιεστικά προβλήματα για να αποσπάσει πόρους και προσοχή.

Η υποστήριξη της κοινής γνώμης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να πειστούν οι λαμβάνοντες τις αποφάσεις. Οι προσπάθειες για την προσέλκυση αυτής της υποστήριξης πρέπει να αρχίσουν όσο το δυνατό νωρίτερα, κατά προτίμηση κατά τη περίοδο των διαβουλεύσεων. Όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 4, η συμμετοχή των ειδικών στη διαδικασία παρέχει την ευκαιρία να αυξηθεί η ενημέρωση του κοινού ως προς τα θέματα που περιλαμβάνει η προτεινόμενη νομοθεσία. Η προσπάθεια πρέπει να συνεχιστεί και κατά την παρούσα φάση. Μια στρατηγική προσέγγισης των ΜΜΕ μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη του στόχου, και τα στελέχη που είναι αρμόδια για την ψυχική υγεία στο υπουργείο υγείας πρέπει να προσφέρουν στους δημοσιογράφους ειδήσεις, αναφορές και συνεντεύξεις. Μπορούν να γίνονται σεμινάρια και συζητήσεις με ομάδες και οργανώσεις που εμπλέκονται και να εξηγούνται τα κύρια σημεία της νέας νομοθεσίας. Είναι επίσης χρήσιμο να προσελκυστεί η υποστήριξη προσωπικοτήτων που είναι ήδη δημοφιλείς, αξιόπιστες και έχουν θετική εικόνα. Οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να προωθήσουν τα μηνύματα που αφορούν την ψυχική υγεία και την ανάγκη νέων νομοθετικών ρυθμίσεων.

Οι ομάδες συνηγορίας υπέρ της ψυχικής υγείας μπορούν να έχουν πολύτιμη συμμετοχή στις δραστηριότητες αυτές. Η διαδικασία της αποδοχής και εφαρμογής της νέας νομοθεσίας δημιουργεί ευκαιρίες ενδυνάμωσης αυτών των οργανώσεων που μάχονται κατά της περιθωριοποίησης και του στιγματισμού των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Έτσι, ένας νόμος για την ψυχική υγεία, ο οποίος έχει στόχο να πετύχει την ένταξη των ατόμων στην κοινότητα ώστε να έχουν μια ομαλή ζωή, μπορεί να γίνει το μέσο που θα εκπαιδεύσει ανθρώπους, θα επηρεάσει τις κοινωνικές αντιλήψεις και θα διευκολύνει την κοινωνική αλλαγή. (Βλ. *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*).

Η ενημέρωση και η πίεση της εκτελεστικής και νομοθετικής εξουσίας είναι ακόμη μια σημαντική δραστηριότητα η οποία μπορεί να βοηθήσει την αποδοχή της προτεινόμενης νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. Τα μέλη του νομοθετικού σώματος πρέπει να πληροφορούνται τα μειονεκτήματα του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου της ψυχικής υγείας ή τις αρνητικές επιπτώσεις της απουσίας σχετικής νομοθεσίας. Πρέπει να κατανοούν τις κοινωνικές ανάγκες που καλύπτει η προτεινόμενη νομοθεσία, τις κύριες ιδέες στις οποίες βασίζεται το σχέδιο νόμου, τα υπάρχοντα προβλήματα που ο νόμος θα επιλύσει, και άλλα σχετικά θέματα.

Τα στελέχη του υπουργείου υγείας που είναι αρμόδια για την ψυχική υγεία πρέπει να επισκέπτονται συχνά τα πρόσωπα σε θέσεις κλειδιά, όπως και πολιτικούς όλων των πολιτικών κομμάτων. Τα πρόσωπα αυτά πρέπει να λαμβάνουν περιοδικά ενημερωτικό υλικό για την ψυχική υγεία και τις σύγχρονες εξελίξεις και να ενθαρρύνονται να διατυπώνουν τη γνώμη τους για ανάληψη πολιτικών και νομοθετικών πρωτοβουλιών. Η διαρ-

Η ενημέρωση και πίεση των εμπλεκόμενων διευκολύνει σημαντικά την αποδοχή της νομοθεσίας.

κής ενημέρωση και πίεση είναι απαραίτητη καθ' όλη τη νομοθετική διαδικασία, και ιδιαίτερα κατά το στάδιο της αποδοχής του νόμου, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ότι ο νόμος θα σταλεί προς ψήφιση και ότι θα περάσει τα στάδια της συζήτησης, ψήφισης και δημοσίευσης.

Μερικά από τα προβλήματα και οι λύσεις που υπάρχουν κατά την κατάρτιση και αποδοχή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία παρουσιάζονται πιο κάτω.

Προβλήματα και λύσεις κατά την κατάρτιση της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

| Προβλήματα | Λύσεις |
|--|--|
| Διάσταση απόψεων μεταξύ εκείνων που υποστηρίζουν ότι η νομοθεσία πρέπει να ασχοληθεί με τη θεραπεία και τα δικαιώματα των ασθενών και εκείνων που δίνουν έμφαση στην προαγωγή και πρόληψη. | Στη συντακτική επιτροπή διορίζονται άτομα που αντιπροσωπεύουν και τις δύο απόψεις, ώστε να γίνουν ειλικρινείς και ανοικτές συζητήσεις μεταξύ τους, οπότε και οι δύο απόψεις θα περιληφθούν στο νομοσχέδιο. |
| Διελκυστίδα μεταξύ γιατρών και δικηγόρων που δυσκολεύει την ύπαρξη ομοφωνίας. | Κατάρτιση του νόμου με κριτήριο την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και δημιουργία προϋποθέσεων ώστε να συμμετέχουν στη διαδικασία πολλοί τομείς και ειδικότητες. |
| Διάσταση απόψεων αναφορικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των οικογενειών και τα αντίστοιχα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. | Οργάνωση σεμιναρίων με συμμετοχή και των δύο ομάδων, ώστε να γίνει ανάλυση των ανθρώπινων δικαιωμάτων και των ρόλων που μπορεί να αναλάβει η οικογένεια. |
| Αντίσταση εκ μέρους των ψυχιάτρων στη μείωση της ανεξαρτησίας τους ως προς τη χορηγούμενη θεραπεία, περιλαμβανομένων και των περιστατικών ακούσιας αντιμετώπισης. | Σεμινάρια για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και για την ιατρική ηθική, με συμμετοχή ειδικών διεθνούς κύρους. |
| Χαμηλή προτεραιότητα στη νομοθεσία της ψυχικής υγείας εκ μέρους της κυβέρνησης, του κοινοβουλίου και τομέων εκτός της υγείας. | Ενδυνάμωση των οργανώσεων των χρηστών, των οικογενειών και άλλων συνηγορητικών ομάδων. Ενημέρωση και πίεση στους νομοθέτες και προσεταιρισμός όσων δέχονται να προωθήσουν τη σχετική νομοθεσία. |

Κύρια σημεία: αποδοχή την νομοθεσίας

- Η αποδοχή της νομοθεσίας μπορεί να καθυστερήσει λόγω άλλων προτεραιοτήτων, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες.
- Η κινητοποίηση της κοινής γνώμης και η ενημέρωση και πίεση του νομοθετικού σώματος μπορεί να επιταχύνει την αποδοχή της νομοθεσίας.

Πολλές χώρες έχουν νομοθεσία για την ψυχική υγεία, η οποία δεν εφαρμόζεται επαρκώς.

6. Εφαρμογή: προβλήματα και λύσεις

Η διαδικασία της εφαρμογής είναι σκόπιμο να ληφθεί υπόψη ακόμη και κατά το αρχικό στάδιο της δημιουργίας της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. Πολλές δυσκολίες που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή είναι δυνατόν να ανιχνευθούν και έτσι να ληφθούν διορθωτικά μέτρα κατά τη διάρκεια της φάσης των διαβουλεύσεων και της κατάρτισης του νομοσχεδίου. Η πολυπλοκότητα της σύγχρονης νομοθεσίας για την ψυχική υγεία προσθέτει προβλήματα στην πρακτική εφαρμογή της. Συχνά δίδεται μεγάλη προσοχή στις νομικές διαδικασίες, ενώ δεν γίνεται ανάλογη προετοιμασία για την εφαρμογή, η οποία αντιμετωπίζεται μόνον αφού ψηφιστεί ο νόμος.

Η έγκαιρη επισήμανση των προβλημάτων μπορεί να βοηθήσει τη διαδικασία εφαρμογής. Η εμπειρία πολλών χωρών αποδεικνύει ότι η ύπαρξη νομοθεσίας δεν εξασφαλίζει αφεαυτής την εφαρμογή της στην πράξη. Είναι απολύτως κατανοητό να υπάρχουν δυσκολίες στην εφαρμογή καινούργιων νόμων σε χώρες χωρίς παράδοση στον τομέα αυτό. Εντούτοις, προβλήματα προκύπτουν και σε χώρες που διαθέτουν σχετική νομοθεσία επί μακρόν.

6.1 Προβλήματα

Είναι δυνατό να προκύψουν προβλήματα στην εφαρμογή για αρκετούς λόγους.

6.1.1 Έλλειψη συντονισμένης δράσης

Η δράση των οργανώσεων των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους, καθώς και των συνηγορητικών οργανώσεων είναι καταλυτική κατά τη διαδικασία εφαρμογής στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μερικές φορές μάλιστα την επιβάλλουν δια της δικαστικής οδού. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η σχετική έλλειψη οργανώσεων αυτού του είδους έχει ως επακόλουθο την πιο αργή εφαρμογή, με βαθμιαία αναπροσαρμογή των συνηθών πρακτικών. Το πρόβλημα επιδεινώνεται από τον κατακερματισμό των ομάδων που μπορεί ήδη να υπάρχουν και από την έλλειψη συντονισμένης δράσης. Κατά συνέπεια, πολλά από τα δυνητικά πλεονεκτήματα της νομοθεσίας της ψυχικής υγείας δεν αγγίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

6.1.2 Έλλειψη ενημέρωσης

Το κοινό, οι επαγγελματίες, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, οι οικογένειές τους και οι συνηγορητικές οργανώσεις συχνά δεν έχουν καλή ενημέρωση σχετικά με τις αλλαγές που επιφέρει η νέα νομοθεσία για την ψυχική υγεία. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι καλά ενημερωμένοι, αλλά να μην είναι πεπεισμένοι για την αναγκαιότητά τους. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν η νέα νομοθεσία απαιτεί σημαντικές αλλαγές στις συνηθεις πρακτικές.

6.1.3 Ανθρώπινοι πόροι

Στις αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις καλά εκπαιδευμένων επαγγελματιών στον τομέα της ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, η νομοθεσία συνήθως απαιτεί τη γνώμатеυση ενός ψυχιάτρου για να γίνει ακούσια εισαγωγή σε νοσοκομείο. Αυτό μπορεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα προκειμένου να εφαρμοστεί σε αναπτυσσόμενες χώρες, διότι οι ψυχίατροι μπορεί να υπάρχουν μόνο σε αστικές περιοχές, ενώ η τεράστια πλειοψηφία των ανθρώπων μπορεί να ζει σε αγροτικές περιοχές.

6.1.4 Διαδικαστικά θέματα

Δεν υπάρχει αρκετά καλή πρόνοια ώστε οι νομοθετικές ρυθμίσεις να καθίστανται λειτουργικές μέσω πρακτικών διαδικασιών και αντικειμενικοποιημένων κριτηρίων και να διασφαλίζεται η συμμόρφωση με τις διατάξεις νόμων που αφορούν την ψυχική υγεία. Οι ελλείψεις αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την αποσπασματική εφαρμογή ή και, ενίοτε, την πλήρη αποτυχία εφαρμογής. Για παράδειγμα, οι κλινικοί, αλλά και άλλοι, διευκολύνονται εάν υπάρχει ένα τυποποιημένο έντυπο για τον υποχρεωτικό εγκλεισμό, και οι χρήστες και οι οικογένειές τους, επίσης, εάν υπάρχει ένα ανάλογο για να προσβάλλουν μια τέτοια απόφαση.

6.1.5 Έλλειψη οικονομικών πόρων

Η ταχύτητα και η ποιότητα με την οποία θα εφαρμοστεί η νομοθεσία είναι πιθανό να εξαρτηθεί από τους διαθέσιμους πόρους. Η νέα νομοθεσία για την ψυχική υγεία συνήθως απαιτεί μια μετατόπιση από την ιδρυματική στην κοινοτική φροντίδα, πράγμα που προϋποθέτει χρηματοδότηση. Μακροπρόθεσμα, η ανακατανομή των πόρων από τα ιδρύματα στην κοινότητα είναι εφικτή. Βραχυπρόθεσμα, όμως, υπάρχει ανάγκη κάλυψης διπλών λειτουργικών εξόδων κατά τη μεταβατική φάση.

Σε χώρες όπου το σύστημα υγείας δεν χρηματοδοτείται από το δημόσιο, η αντιπαράθεση μπορεί να προέλθει από τους παροχείς της ψυχικής υγείας, οι οποίοι παραπονούνται για αυξημένα κόστη λόγω της εφαρμογής της νέας νομοθεσίας. Επίσης, στις χώρες αυτές οι οικογένειες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές επωμίζονται το κόστος και, κατά συνέπεια, πιθανόν να διαμαρτυρηθούν για τις αλλαγές αυτές.

6.2 Στρατηγικές για την υπερπήδηση των δυσκολιών κατά την εφαρμογή

Οι προτάσεις που ακολουθούν μπορεί να βοηθήσουν ώστε να υπερπηδηθούν οι δυσκολίες κατά την εφαρμογή.

6.2.1 Οικονομικά θέματα

Οι δραστηριότητες που έχουν σκοπό να επιτύχουν ταχεία εφαρμογή της νομοθεσίας πρέπει οπωσδήποτε να καλύπτονται οικονομικά. Για παράδειγμα, χρειάζονται χρηματοδότηση: η οργάνωση μιας ελεγκτικής επιτροπής, η εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα της ψυχικής υγείας στη χρήση της σχετικής νομοθεσίας, και η εφαρμογή αλλαγών στις υπηρεσίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτή η χρηματοδότηση περιλαμβάνεται στον προϋπολογισμό της γενικής φροντίδας υγείας. Εντούτοις, η χαμηλή προτεραιότητα που δίδεται στην ψυχική υγεία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα η χρηματοδότηση που προοριζόταν για την ψυχική υγεία να διοχετεύεται σε άλλους τομείς της φροντίδας υγείας. Όταν συμβαίνει αυτό, πρέπει να διασφαλίζεται ότι οι προϋπολογισμοί της ψυχικής υγείας θα προστατεύονται και θα χρησιμοποιούνται μόνο για το σκοπό που προορίζονταν. (Βλ. *Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας*).

6.2.2 Συντονισμός

Πρέπει να δημιουργηθεί μια επιτροπή συντονισμού, η οποία θα επιτηρεί την εφαρμογή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. Η επιτροπή αυτή πρέπει να έχει χρονοδιαγράμματα, μετρήσιμους στόχους, και διοικητικές και οικονομικές αρμοδιότητες, που θα της δίνουν τη δυνατότητα να διασφαλίζει την αποτελεσματική και ταχεία εφαρμογή. Πρέπει να έχει τους πόρους και να είναι εξουσιοδοτημένη να:

- καθορίζει του κανόνες και τις διαδικασίες εφαρμογής,
- προετοιμάζει τυποποιημένα διαδικαστικά έγγραφα,
- εξασφαλίζει την κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και, εν ανάγκη, να ορίζει τις διαδικασίες ακούσιας νοσηλείας,
- αντιμετωπίζει θέματα που αφορούν τους ανθρώπινους πόρους, π.χ. εξασφαλίζοντας επαρκώς εκπαιδευμένο και εποπτευόμενο προσωπικό εκτός του ιατρικού (νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτών, ψυχολόγους, ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς), το οποίο θα παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες σε ορισμένες περιπτώσεις.

Οι αναπτυσσόμενες χώρες μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην προσπάθειά τους να δημιουργήσουν μια συντονιστική υπηρεσία λόγω έλλειψης ανθρώπινων πόρων. Σε μερικές χώρες ο ρόλος αυτός μπορεί να αναληφθεί από τα στελέχη του υπουργείου υγείας, τα οποία ηγούνται του τομέα της ψυχικής υγείας, επικουρούμενα από ελεγκτικές επιτροπές (Κεφάλαιο 3.1.7) και συνηγορητικές οργανώσεις.

6.2.3 Ευρεία διάδοση της νέας νομοθεσίας μεταξύ των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, των οικογενειών και των συνηγορητικών οργανώσεων

Οι διατάξεις της νέας νομοθεσίας πρέπει να διαδίδονται με σεμινάρια μεταξύ των σημαντικών εμπλεκόμενων, όπως είναι οι ομάδες που εκπροσωπούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, οι οικογένειες αυτών των ατόμων και οι συνηγορητικές οργανώσεις. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Βραζιλία, το Μεξικό και η Ουγκάντα, δημιουργούνται ομάδες που εκπροσωπούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, οι οποίες εντείνουν τις παρεμβατικές δραστηριότητές τους. (Βλ. *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*). Είναι σημαντικό οι ομάδες αυτές να θεωρηθούν ως εταίροι στην εφαρμογή της νέας νομοθεσίας για την ψυχική υγεία και να συμπεριληφθούν ως σύμμαχοι στη στρατηγική για την εφαρμογή.

6.2.4 Εκπαίδευση και ενημέρωση του κοινού

Πρέπει να γίνει μια εκστρατεία εκπαίδευσης και ενημέρωσης με στόχο όλο τον πληθυσμό, η οποία θα δίδει έμφαση στις κύριες διατάξεις της νέας νομοθεσίας και ιδιαίτερα στη λογική και τη φιλοσοφία βάσει των οποίων έγιναν οι αλλαγές.

6.2.5 Εκπαίδευση των επαγγελματιών γενικής και ψυχικής υγείας και άλλων τομέων

Η γνώση της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία είναι εξαιρετικά σημαντική εφόσον ο στόχος είναι η σωστή εφαρμογή της. Επομένως, πρέπει να γίνει ειδική εκπαίδευση του προσωπικού όλων των βαθμίδων της γενικής και ψυχικής υγείας, των αστυνομικών αρχών, των δικηγόρων, των κοινωνικών λειτουργών, των εκπαιδευτικών, όλων όσων διαχειρίζονται ανθρώπινους πόρους κ.λπ. Εκπαιδευτικά προγράμματα που γίνονται σε μεικτές ομάδες, που περιλαμβάνουν επαγγελματίες γενικής και ψυχικής υγείας μαζί με άλλους εκτός του τομέα υγείας, μπορεί να επιτύχουν καλύτερη κατανόηση της ψυχικής υγείας και των ψυχικών διαταραχών, καθώς και των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και να βοηθήσουν ώστε να δημιουργηθεί μια κοινή γλώσσα επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων.

6.2.6 Επιτροπές ελέγχου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και διαδικασίες εξέτασης καταγγελιών και επανόρθωσης αδικιών

Οι τακτικές επισκέψεις ελέγχου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι μια πολύτιμη δικλείδα ασφαλείας ενάντια στον ανατιολόγητο ακούσιο εγκλεισμό και στον περιορι-

σμό των δικαιωμάτων των ασθενών. Τα άτομα που έχουν την ευθύνη της εφαρμογής των νόμων πρέπει να διασφαλίζουν την ταχεία εφαρμογή των διαδικασιών ελέγχου μέσω των επιτροπών αυτών. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει ταχεία και αποτελεσματική παρέμβαση στις περιπτώσεις καταγγελιών, σύμφωνα με το νόμο. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι επικουρικοί άλλων γενικότερων διαδικασιών που αφορούν προσφυγές ενάντια σε διοικητικές αποφάσεις που καταπατούν τα πολιτικά και ανθρώπινα δικαιώματα.

Κύρια σημεία: Εφαρμογή

- Πολλές χώρες έχουν νομοθεσία για την ψυχική υγεία, η οποία δεν εφαρμόζεται επαρκώς.
- Κατά τη φάση της διαβούλευσης και της σύνταξης του νομοσχεδίου είναι δυνατό να επισημανθούν οι δυσκολίες κατά την εφαρμογή και να ληφθούν διορθωτικά μέτρα.
- Δυσκολίες μπορεί να προκύψουν λόγω έλλειψης συντονισμού κατά την εφαρμογή, έλλειψης ενημέρωσης, ελλειπών ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, και λόγω διαδικαστικών εμπλοκών.
- Μια επιτροπή συντονισμού με σαφές χρονοδιάγραμμα και μετρήσιμους στόχους μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία εφαρμογής.
- Χρειάζονται πρόσθετοι οικονομικοί πόροι για την εφαρμογή και πρέπει να υπάρχει επαρκής πρόβλεψη στον προϋπολογισμό για τη διευκόλυνσή της.
- Οι ομάδες των χρηστών των υπηρεσιών, των οικογενειών, όσων τους φροντίζουν και οι οργανώσεις τους, καθώς και οι συνηγορητικές οργανώσεις αποτελούν χρήσιμους εταίρους στην προσπάθεια να επιταχυνθεί η εφαρμογή νέας νομοθεσίας.
- Μια δημόσια εκστρατεία μπορεί να αυξήσει την ενημέρωση σχετικά με τη νομοθεσία και έτσι, άμεσα και έμμεσα, να επηρεάσει την εφαρμογή της.

7. Συστάσεις και συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται συστάσεις που απευθύνονται στους επαγγελματίες ή τις ομάδες που είναι υπεύθυνοι για τον τομέα της ψυχικής υγείας στα υπουργεία υγείας. Οι συστάσεις έχουν σκοπό να διευκολύνουν την ανάπτυξη εθνικής νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. Οι χώρες που βρίσκονται στην αρχική φάση της νομοθετικής διαδικασίας και δεν διαθέτουν νομοθεσία για την ψυχική υγεία (7.1) ή έχουν, αλλά περιορισμένου εύρους (7.2), θα βρουν ότι οι συστάσεις που ακολουθούν (7.3 και 7.4) είναι χρήσιμες στα επόμενα βήματα του σχεδιασμού των νομοθετημάτων, της ψήφισης και της εφαρμογής τους.

7.1 Συστάσεις για χώρες χωρίς νομοθεσία για την ψυχική υγεία

1. Θέση προτεραιοτήτων, ως προς τη νομοθεσία για την ψυχική υγεία, σύμφωνα με τις υπαρκτές συνθήκες κάθε χώρας.
2. Επισκόπηση της νομοθεσίας για την υγεία, αλλά και άλλων τομέων, ώστε να καθοριστούν σημεία όπου είναι δυνατό να ενσωματωθούν επείγουσες νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν την ψυχική υγεία.
3. Επίτευξη υποστήριξης για τη νομοθεσία της ψυχικής υγείας εκ μέρους των κυρίως εμπλεκόμενων στη χώρα και προσπάθεια κατ'αρχήν συμφωνίας μαζί τους για το περιεχόμενο της νομοθεσίας και για τη στρατηγική που θα ακολουθηθεί για την εφαρμογή της.
4. Ενημέρωση και πίεση ανθρώπων σε θέσεις κλειδιά της εκτελεστικής εξουσίας, των υπουργείων, της νομοθετικής εξουσίας και των πολιτικών κομμάτων, ώστε να δημιουργηθεί μια συντακτική επιτροπή με επίσημη αναγνώριση και κύρος.
5. Εάν δεν είναι δυνατό να προσελκυστεί η άμεση υποστήριξη αυτών των ανθρώπων, είναι σκόπιμο να υποστηριχθούν οργανώσεις των χρηστών των υπηρεσιών και των ατόμων που φροντίζουν τους χρήστες, καθώς και ομάδες συνηγορίας, και να οργανωθεί με όλους αυτούς μια εκστρατεία εκπαίδευσης και ενημέρωσης του κοινού, ώστε να προβληθεί η ανάγκη και η λογική που διέπει τη νομοθεσία για την ψυχική υγεία. (Βλ. *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*).

7.2 Συστάσεις για χώρες με περιορισμένη νομοθεσία για την ψυχική υγεία

1. Καταγραφή της υπάρχουσας νομοθεσίας για την ψυχική υγεία στη χώρα ώστε να αναδειχθούν επακριβώς τα στοιχεία από τα οποία αποτελείται.
2. Θέση προτεραιοτήτων ως προς τα νέα στοιχεία της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία, τα οποία θα καλύψουν ελλείψεις και θα επιφέρουν αναγκαίες διαφοροποιήσεις στην υπάρχουσα νομοθεσία.
3. Εάν δεν υπάρχει εξειδικευμένη νομοθεσία για την ψυχική υγεία στη χώρα, πρέπει να γίνει διαβούλευση με τους εμπλεκόμενους ώστε να αναδειχθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που θα έχει η δημιουργία νομοθεσίας αυτού του είδους. Οι αποφάσεις πρέπει να ληφθούν σύμφωνα με την πολιτισμική, κοινωνική και πολιτική κατάσταση της χώρας. Η προσφορότερη προσέγγιση πιθανόν να είναι ένας συνδυασμός εξειδικευμένης νομοθεσίας για την ψυχική υγεία και στοιχεία που θα ενσωματωθούν στην υπάρχουσα νομοθεσία.
4. Ενημέρωση και πίεση ατόμων σε θέσεις κλειδιά της εκτελεστικής εξουσίας, των υπουργείων, της νομοθετικής εξουσίας και των πολιτικών κομμάτων ώστε να δημιουργηθεί μία συντακτική επιτροπή με επίσημη αναγνώριση και κύρος.
5. Εάν δεν είναι δυνατό να προσελκυστεί η άμεση υποστήριξη αυτών των ατόμων, είναι σκόπιμο να υποστηριχθούν οργανώσεις των χρηστών των υπηρεσιών και των ατόμων που φροντίζουν τους χρήστες των υπηρεσιών, καθώς και ομάδες συνηγορίας, και να οργανωθεί με όλους αυτούς μια εκστρατεία εκπαίδευσης και ενημέρωσης του κοινού, ώστε να προβληθεί η ανάγκη και η λογική που διέπει τη νομοθεσία για την ψυχική υγεία. (Βλ. *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*).

7.3 Συστάσεις για χώρες που έχουν συντάξει σχέδια νόμου για την ψυχική υγεία τα οποία δεν έχουν υιοθετηθεί

1. Ενημέρωση και πίεση ατόμων σε θέσεις κλειδιά της εκτελεστικής εξουσίας, των υπουργείων, της νομοθετικής εξουσίας και των πολιτικών κομμάτων με σκοπό να στείλουν τα σχέδια νόμου προς ψήφιση αφού περάσουν τις σχετικές διαδικασίες κάθε χώρας (επιτροπές και ψήφιση από την ολομέλεια).
2. Εάν τα σχέδια νόμου δεν προωθούνται, πρέπει να κινητοποιηθούν και υποστηριχθούν οργανώσεις των χρηστών των υπηρεσιών και των ατόμων που φροντίζουν τους χρήστες, καθώς και ομάδες συνηγορίας, και να οργανωθεί με όλους αυτούς μια εκστρατεία εκπαίδευσης και ενημέρωσης του κοινού, ώστε να προβληθεί η ανάγκη και η λογική που διέπει τη νομοθεσία για την ψυχική υγεία. (Βλ. *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*).
3. Εάν η προώθηση του νομοσχεδίου συνεχίζει να βρίσκει εμπόδια, η συντακτική επιτροπή πρέπει να το επανεξετάσει, ώστε να βρει τα σημεία που προκαλούν τριβές και αντίσταση και να προσπαθήσει να τα αντιμετωπίσει με περαιτέρω συζητήσεις και επακτιμήσεις.

7.4 Συστάσεις για χώρες με νομοθεσία για την ψυχική υγεία που δεν έχει εφαρμοστεί επαρκώς

1. Καταγραφή των σχετικών με την ψυχική υγεία νόμων της χώρας και επιλογή των στοιχείων που πρέπει κατά προτεραιότητα να εφαρμοστούν.
2. Συνεντεύξεις με άτομα σε θέσεις κλειδιά και/ή κοινοτικές ομάδες που σχετίζονται με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όσους τα φροντίζουν, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και άλλους εμπλεκόμενους για να καθορίσουν τα κύρια προβλήματα που εμποδίζουν την εφαρμογή της νομοθεσίας της ψυχικής υγείας.
3. Εάν ένα από τα προβλήματα είναι η αντίσταση του κοινού λόγω παρεξηγήσεων ή ελλιπούς πληροφόρησης, πρέπει να γίνει μια ευρεία εκστρατεία εκπαίδευσης και ενημέρωσης, ώστε να προβληθεί η λογική που διέπει τη νομοθεσία της ψυχικής υγείας (Βλ. *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*).
4. Εάν το προσωπικό της ψυχικής υγείας δεν επαρκεί ή υπάρχει αντίσταση εκ μέρους επαγγελματικών ομάδων, πρέπει να γίνουν εκπαιδευτικά προγράμματα για τις κύριες επαγγελματικές ομάδες.
5. Εάν η χρηματοδότηση δεν επαρκεί για να αναπτυχθούν οι μηχανισμοί που είναι απαραίτητοι για την εφαρμογή των νόμων (π.χ. συνηγορία, ενημέρωση, εκπαίδευση, διαδικασίες διαχείρισης παραπόνων) πρέπει να δημιουργηθούν συνεργασίες με τους κύριους εμπλεκόμενους. (Βλ. *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*).

8. Παραδείγματα νομοθεσίας

για την ψυχική υγεία από μερικές χώρες

➤ Στις περισσότερες αγροτικές περιοχές και σε πολλές φτωχές αστικές περιοχές της **Νότιας Αφρικής** υπάρχουν πολύ λίγοι ψυχίατροι και ελάχιστοι γιατροί με γνώσεις και εμπειρία στον τομέα της ψυχικής υγείας. Υπάρχει, όμως, ένας αριθμός εξαιρετικά έμπειρων και καταρτισμένων νοσηλευτών που έχουν γνώσεις και πείρα ψυχιατρικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, υπάρχουν και άλλοι επαγγελματίες στην υγεία, όπως ψυχολόγοι και εργοθεραπευτές, που είναι σε θέση να κάνουν εκτιμήσεις της ψυχικής υγείας των ασθενών. Η νομοθεσία που ίσχυε απαιτούσε την παρουσία δύο γιατρών, εκ των οποίων ο ένας ψυχίατρος, προκειμένου να γίνει μια αρχική εξέταση για την έκδοση πιστοποιητικού που να βεβαιώνει ότι ένα άτομο πάσχει από ψυχική διαταραχή. Η νέα νομοθεσία έχει εισάγει την κατηγορία του επαγγελματία φροντίδας ψυχικής υγείας. Οι ιδιαίτερες γνώσεις που αυτοί οι επαγγελματίες απαιτείται να έχουν δεν καθορίζονται νομοθετικά, αλλά βάσει κανονισμών. Έτσι η νομοθεσία δημιουργεί περιθώρια ευελιξίας: καθώς ο αριθμός των ειδικών ψυχικής υγείας αυξάνει, τα κριτήρια για την ένταξη στην κατηγορία των επαγγελματιών φροντίδας ψυχικής υγείας γίνονται αυστηρότερα, αλλάζοντας τους κανονισμούς. Με τον τρόπο αυτό η χώρα πέτυχε να νομοθετήσει λαμβάνοντας υπόψη τους πραγματικούς ανθρώπινους πόρους της.

➤ Ο Π.Ο.Υ. παρέχει τεχνική υποστήριξη στη **Δημοκρατία της Κορέας** από το 1982 για την κατάρτιση του Νόμου για την Ψυχική Υγεία. Ειδικοί με διεθνή δράση επισκέφθηκαν τη χώρα και οργανώθηκαν εκπαιδευτικά εργαστήρια. Κορεάτες ψυχίατροι και διοικητικοί άρχισαν την κατάρτιση του σχεδίου νόμου για την ψυχική υγεία με βάση τον Ιαπωνικό νόμο του 1987. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων υπέβαλε το τελικό σχέδιο στο Εθνικό Κοινοβούλιο τον Οκτώβριο του 1993. Ζητήθηκε από εκπροσώπους του Π.Ο.Υ. να επισκεφθούν τη Δημοκρατία της Κορέας το Μάρτιο του 1994 και να κάνουν μια επισκόπηση του Νόμου για την Ψυχική Υγεία, ο οποίος είχε ψηφιστεί το ίδιο έτος. Ο νόμος δίνει μεγάλη βαρύτητα στις οικογένειες, αφού επιτρέπει την υποχρεωτική εισαγωγή σε νοσοκομείο ατόμων με ψυχικές διαταραχές βάσει της συμφωνίας των μελών της οικογένειας και ειδικευμένων ψυχιάτρων. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στις Δυτικές χώρες, όπου η ατομική ελευθερία και βούληση προστατεύεται ιδιαίτερα.

➤ Ο Νόμος 180 του 1978 στην **Ιταλία** και ο Νόμος για την Ψυχική Υγεία του 1983 στην **Αγγλία και την Ουαλία** είναι παραδείγματα της ριζοσπαστικής μετάβασης από τον εγκλεισμό και τη φύλαξη στην επανένταξη και αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Και στις δύο περιπτώσεις η έμφαση δίδεται στην εκούσια θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέσα στην κοινότητα και σε ολοκληρωμένα συστήματα υγείας, και όχι σε απομονωμένα ψυχιατρικά άσυλα. Έτσι, οι ασθενείς μπορούν να ενσωματωθούν στην κοινοτική ζωή. Οι εισαγωγές στις ψυχιατρικές πτέρυγες γενικών νοσοκομείων προσφέρονται ως εναλλακτική λύση, όχι βάσει της αντίληψης ότι οι ασθενείς είναι επικίνδυνοι, αλλά με την προοπτική μιας επείγουσας ανάγκης για παροχή θεραπειών που είναι δυνατό να παρασχεθούν μόνο εάν οι ασθενείς βρίσκονται σε νοσοκομείο.

➤ Στη **Ρωσική Κοινοπολιτεία** ψηφίστηκε ένας νόμος για την ψυχιατρική φροντίδα το 1992. Έθεσε κάποια προτεραιότητα στο θέμα της προστασίας των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αλλά η κατεστημένη ιδεολογική και οργανωτική βάση της παροχής φροντίδας δεν αμφισβητήθηκε.

› Ο Νόμος του 1999 για την Ψυχική Υγεία της **Λευκορωσίας** προστατεύει σε σημαντικό βαθμό τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και περιέχει διατάξεις για την πρόληψη της κατάχρησης εξουσίας εκ μέρους των επαγγελματιών και άλλων εμπλεκόμενων. Επίσης, ρυθμίζει τα θέματα περί ακούσιας εισαγωγής σε νοσοκομείο καθώς και τα εξιτήρια ασθενών που αντιμετωπίζονται ως επείγοντα περιστατικά. Οι διαδικασίες εισαγωγής και παροχής εξιτηρίου και οι νομικές τους προεκτάσεις συμφωνούν με τη γενικά αναγνωρισμένη διεθνή νομολογία.

› Στην **Ιαπωνία** ο Νόμος περί Ψυχικής Υγιεινής θεσπίστηκε το 1950. Ενθάρρυνε την ανάπτυξη ψυχιατρικών νοσοκομείων και διασφάλιζε την οικονομική υποστήριξη ασθενών που εισαγόντουσαν ακούσιως. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την πολύ μακρά παραμονή στο νοσοκομείο, την οικοδόμηση αρκετών ιδιωτικών ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη δραματική αύξηση του αριθμού των ψυχιατρικών κλινών, που έφτασαν τις 360.000 (29 ανά 10.000 άτομα του πληθυσμού). Οι αριθμοί αυτοί ήσαν μεταξύ των μεγαλύτερων παγκοσμίως. Εκφράστηκαν φόβοι ότι παραβιάζονταν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων που βρίσκονταν σ' αυτά τα νοσοκομεία. Ένας νέος νόμος για την Ψυχική Υγεία ψηφίστηκε το 1987, ο οποίος έδινε έμφαση στη σημασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων των νοσηλευόμενων και υποστήριζε την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το 1993 ψηφίστηκε ο νόμος για την Κοινωνική Πρόνοια υπέρ των ατόμων με Αναπηρίες και το 1994 θεσπίστηκε ο νόμος για την Κοινωνική Φροντίδα Υγείας. Το 1995 ο νόμος για την Ψυχική Υγεία του 1987 αναμορφώθηκε ως Νόμος για την Ψυχική Υγεία και την Κοινωνική Πρόνοια, με στόχο την προαγωγή και ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

› Στην **Αυστρία** ιδρύθηκε μια υπηρεσία συνηγορίας των ασθενών με ευρείες αρμοδιότητες. Παρέχει νομική κάλυψη σε ασθενείς που έχουν εγκλειστεί σε ψυχιατρικά νοσοκομεία με δικαστικές αποφάσεις. Παρέχει συμβουλές και πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών στους ίδιους τους ασθενείς, στις οικογένειες και τους φίλους τους, και σε άλλους ενδιαφερόμενους. Η υπηρεσία διοικείται από δύο μη κερδοσκοπικές οργανώσεις. Αναλαμβάνουν την εκπαίδευση, καθοδήγηση και την εποπτεία των συνηγόρων των ασθενών και οι ίδιες εποπτεύονται από το Αυστριακό Υπουργείο Δικαιοσύνης. Οι υπηρεσίες των συνηγόρων των ασθενών καλύπτονται από το απόρρητο και παρέχονται δωρεάν. Κάθε ασθενής που εγκλείεται ακούσια δικαιούται να λάβει τις υπηρεσίες ενός συνηγόρου.

› Στην **Επαρχία του Ρίο Νέγκρο της Αργεντινής** θεσπίστηκε ένας νόμος για την ψυχική υγεία το 1991, ο οποίος επέφερε αλλαγή εις βάθος των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κοινοτικές και αντιστοιχεί σε γενικά νοσοκομεία. Μεταξύ του 1991 και του 1993, ο αριθμός των επαγγελματιών και του προσωπικού που εργαζόταν σε κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας αυξήθηκε κατά 50% περίπου. Η συμμετοχή των μελών των οικογενειών, των φίλων και των εθελοντών που συμμετείχαν σε θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως ο νόμος ορίζει, αυξήθηκε εντυπωσιακά, και ο αριθμός των επαγγελματιών και του προσωπικού που εργαζόταν στα γενικά νοσοκομεία αυξήθηκε κατά 25% (Cohen, 1995).

› Στο **Πακιστάν** περιλήφθηκε νέα νομοθεσία για την ψυχική υγεία στις Διατάξεις για την Ψυχική Υγεία 2001, σε αντικατάσταση του Νόμου για τη Φρενοβλάβεια του 1912. Η νέα νομοθεσία δίνει έμφαση στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, καθώς και στην ενθάρρυνση της κοινοτικής φροντίδας. Ελπίζεται ότι θα βοηθήσει στη δημιουργία εθνικών προτύπων για τη φροντίδα και θεραπεία των ασθενών και στη βελτίωση της κατανόησης των θεμάτων της ψυχικής υγείας από το κοινό.

› Στο **Τρινιδάντ και Τομπάγκο** θεσπίστηκε νομοθεσία το 1975, σύμφωνα με τα πρό-

τυπα της εποχής εκείνης. Η χώρα υιοθέτησε ένα νέο σχέδιο για την Ψυχική Υγεία το Μάρτιο του 2000. Κατόπιν, η κυβέρνηση όρισε ένα συμβούλιο με πρόεδρο τον Διευθυντή των Νομικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας για να συντάξει ένα νέο νόμο για την ψυχική υγεία. Το συμβούλιο έχει παρουσιάσει ένα σχέδιο νόμου, το οποίο δόθηκε στους κυρίως εμπλεκόμενους ώστε να το σχολιάσουν. Μετά από τη φάση αυτή το σχέδιο νόμου θα προωθηθεί στο Υπουργικό Συμβούλιο, το οποίο θα αποφασίσει για τη χρονική στιγμή που θα ψηφιστεί.

➤ Στην **Τυνησία** εκδόθηκε ένας νόμος που διακανονίζει τα σχετικά με τη φροντίδα της ψυχικής υγείας το 1992. Προκειμένου να γίνει ακούσια εισαγωγή και θεραπεία ενός ατόμου σε ψυχιατρικές υπηρεσίες πρέπει να εκπληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις: α) τα άτομα να έχουν ψυχικές διαταραχές που απαιτούν άμεση φροντίδα, β) τα άτομα να μην είναι σε θέση να δώσουν τη συγκατάθεσή τους μετά από πληροφόρηση, γ) τα άτομα να θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους ή άλλους. Οι αποφάσεις λαμβάνονται και αναθεωρούνται από μια δικαστική αρχή και βασίζονται στις συστάσεις δύο γιατρών, εκ των οποίων τουλάχιστον ο ένας είναι ψυχίατρος. Η ακούσια εισαγωγή περιορίζεται σε τρεις μήνες αρχικά. Τα άτομα που εισάγονται ακουσίως έχουν το δικαίωμα να εφεσβάλλουν τις αποφάσεις αυτές.

Με τον ίδιο νόμο κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ασκούν όλα τα πολιτικά, οικονομικά και πολιτισμικά δικαιώματά τους, εκτός εάν τεθούν υπό κηδεμονία. Ένα συμβούλιο προεδρευόμενο από δικαστή και με συμμετοχή ψυχιάτρων και εκπροσώπων της τοπικής αυτοδιοίκησης αναθεωρεί περιοδικά τις περιπτώσεις όλων των ατόμων που εισάγονται ακουσίως σε ψυχιατρικές εγκαταστάσεις. Έργο του συμβουλίου είναι επίσης να επιθεωρεί τακτικά όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Ένα ευρύ φάσμα άλλων νόμων προάγει την ψυχική υγεία και προλαμβάνει τις ψυχικές διαταραχές, και έχει ως εξής:

- 1) η ψυχιατρική έχει πρόσφατα προστεθεί στον κατάλογο των ιατρικών προτεραιοτήτων, και δίδονται οικονομικά κίνητρα για την ενθάρρυνση της εγκατάστασης στη χώρα εξειδικευμένων επαγγελματιών,
- 2) η κατανάλωση φαρμακευτικών ουσιών απαγορεύεται από το 1956, αλλά μια πρόσφατη νομοθετική τροποποίηση επιτρέπει τη θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης και την λειτουργία ενός κέντρου αποτοξίνωσης,
- 3) η αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές διευκολύνεται με ένα νόμο ο οποίος ορίζει ότι το 1% των θέσεων εργασίας σε επιχειρήσεις με 100 και άνω εργαζόμενους προορίζεται για άτομα με ανικανότητα,
- 4) διασφαλίζεται η φροντίδα ψυχικής υγείας των φυλακισμένων,
- 5) τα δικαιώματα των παιδιών διασφαλίζονται νομικά,
- 6) η νομοθεσία προάγει την ισότητα των φύλων με διατάξεις που αφορούν τη νομική κατοχύρωση του διαζυγίου, την αναγνώριση του δικαιώματος και των δύο συζύγων να ζητήσουν διαζύγιο, τον ορισμό μιας ελάχιστης ηλικίας για το γάμο των γυναικών, την υποχρεωτική εκπαίδευση όλων των αγοριών και κοριτσιών, και την ύπαρξη ίσων ευκαιριών στην απασχόληση.

➤ Στην **Κίνα** η διαδικασία σύνταξης του νόμου διαρκεί περισσότερο από 16 έτη. Το σημερινό σχέδιο νόμου, το οποίο είναι η δέκατη τρίτη παραλλαγή, αναφέρεται: α) στην προστασία των πολιτικών δικαιωμάτων, περιλαμβανομένων των δικαιωμάτων στην εργασία και την εκπαίδευση, των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, β) στη συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης, γ) στο απόρρητο, δ) στην εκούσια και ακούσια θεραπεία και εισαγωγή σε νοσοκομείο, ε) στην αποκατάσταση και στις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής

υγείας, ζ) στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, και η) στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Πολλοί εμπλεκόμενοι θεωρούν ότι η νομοθεσία για την ψυχική υγεία πρέπει να ασχολείται μόνο με τη φροντίδα, τη θεραπεία και την παροχή υπηρεσιών ιδρυματικού χαρακτήρα. Υπάρχει αντίσταση στις αλλαγές από τους επαγγελματίες και το καθιερωμένο σύστημα υγείας. Πολλοί επαγγελματίες φοβούνται ότι η εφαρμογή της νέας νομοθεσίας θα αυξήσει τις πιθανότητες να κατηγορηθούν από τους ασθενείς και τους συγγενείς για τις αδυναμίες του συστήματος. Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες και οι νοσηλευτές, οι δυνητικά πλέον ενθουσιώδεις υποστηρικτές των αλλαγών, αδιαφορούν. Από το 1998 γίνονται προσπάθειες να επιταχυνθεί η διαδικασία της υιοθέτησης της νέας νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. Μεταξύ των δραστηριοτήτων που αναλήφθηκαν το 2002 ήταν και επισκοπήσεις και έρευνες σχετικές με την καταγραφή των κύριων προβλημάτων και εμποδίων στον τομέα της ψυχικής υγείας, μελέτες της νομοθεσίας χωρών με κοινωνικές και πολιτισμικές ομοιότητες με την Κίνα, και προσπάθειες δημιουργίας μιας συναινετικής δυναμικής υπέρ της αλλαγής (Dr Xie Bin, προσωπική επικοινωνία, 2002).

Επάρκεια (capacity) / Αναφέρεται ειδικότερα στην ύπαρξη εκείνων των σωματικών, συναισθηματικών και νοητικών προϋποθέσεων που επιτρέπουν σε ένα άτομο να λαμβάνει αποφάσεις ή να διεκπεραιώνει ορισμένες δραστηριότητες.

Ικανότητα προς αυτοδιάθεση (competence) / Αναφέρεται ειδικότερα στις νομικές συνέπειες της μη ύπαρξης επάρκειας ή ικανότητας, η οποία οδηγεί στη δικαστική συμπαράσταση (ή κηδεμονία), πλήρη-στερητική ή επικουρική. Με τον όρο «ικανότητα προς αυτοδιάθεση» ορίζεται συνήθως η κατάσταση ενός φυσιολογικού και υπεύθυνου ατόμου, ενώ με την «επάρκεια» ορίζεται η κατά περίπτωση προσέγγιση αυτής της κατάστασης.

Ολοκληρωμένη ή ενοποιημένη (comprehensive or consolidated) νομοθεσία για την ψυχική υγεία / Όλα τα θέματα που αφορούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, δηλαδή η ψυχική υγεία, η γενική υγεία και άλλα εκτός του τομέα της υγείας, περιλαμβάνονται σε ένα συνεκτικό σύνολο νομοθετικών διατάξεων.

Διακρίσεις / Αυθαίρετη και κατά περίπτωση άρνηση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τα οποία απολαμβάνουν οι άλλοι πολίτες. Οι διακρίσεις που υφίστανται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν κατοχυρώνονται νομικά, αλλά η νομοθεσία μπορεί να δημιουργεί πρόσθετα προβλήματα και εμπόδια στα άτομα αυτά με άστοχες διαδικασίες και κανονισμούς.

Διασπαρμένη νομοθεσία για την ψυχική υγεία / Αποτελεί μια στρατηγική για την εισαγωγή διατάξεων που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές σε νομοθετήματα άλλων τομέων. Η νομοθεσία έτσι αφορά τους πάντες, περιλαμβανομένων και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Κανονισμοί / Ένα σύνολο κανόνων που δεν αποτελούν μέρος της νομοθεσίας, αλλά βασίζονται σε ορισμένες αρχές, οι οποίες σκιαγραφούνται στη νομοθεσία. Η διαδικασία για την κατάρτιση των κανονισμών αυτών ορίζεται συνοπτικά στις νομοθετικές διατάξεις.

Βιβλιογραφία

1. Arjonilla S, Parada IM, Pelcastre B (2000) Cuando la salud mental se convierte en una prioridad. [When mental health becomes a priority]. *Salud Mental*, 23(5):35-40.
2. Bowden P (1995) Psychiatry and criminal proceedings. In: Chiswick D, Cope R, eds. *Seminars in practical forensic psychiatry*. London: Royal College of Psychiatrists.
3. Cohen H, Natella G (1995) *Trabajar en salud mental, la desmanicomialización en Rio Negro [Working on mental health, the deinstitutionalization in Rio Negro]*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
4. *Community psychiatry in Italy*. Giordano Invernizzi, <http://www.pol-it.org>
5. Council of Europe (1994) *Council of Europe Parliamentary Assembly Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights*. Council of Europe.

6. Pan American Health Organization/World Health Organization (1990) *Declaration of Caracas, adopted at the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America*, Convened in Caracas, Venezuela. PAHO/WHO.
7. World Psychiatric Association (1996) *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*. World Psychiatric Association. <http://www.wpanet.org>
8. Edwards G, et al. (1997) *Alcohol policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.
9. Harrison K (1995) Patients in the community. *New Law Journal* 276:145.
10. Jegede RO, Williams AO, Sijuwola AO (1985) Recent developments in the care, treatment and rehabilitation of the chronic mentally ill in Nigeria. *Hospital and Community Psychiatry* 36:658-61.
11. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL (2000) The mental health of aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry* 45:607-16.
12. Swanson JW, et al. (2000) Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 176:324-31.
13. Swartz MS, et al. (1999) Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry* 156:1968-75.
14. Thomas T (1995) Supervision registers for mentally disordered people. *New Law Journal* 145:565.
15. United Nations (1991) *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care (Resolution 46/119)*. New York: United Nations General Assembly.
16. United Nations (1993) *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, United Nations General Assembly, Resolution 48/96*. New York: United Nations General Assembly.
17. United Nations (1966) *International Covenant on Civil and Political Rights (Resolution 2200A (XXI))*. New York: United Nations General Assembly.
18. United Nations (1966) *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, United Nations General Assembly Resolution 2200A (XXI)*. New York: United Nations General Assembly.
19. Wachenfeld M (1992) The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. *Nordic Journal of International Law* 107:292.
20. World Health Organization (1996a) *Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders*. Geneva: World Health Organization.
21. World Health Organization (1996b) *Mental health care law: ten basic principles*. Geneva: World Health Organization.
22. World Health Organization (1996c) *Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies*. Geneva: World Health Organization.

23. World Health Organization (1997a) *A focus on women*. Geneva: World Health Organization.

24. World Health Organization (1997b) *Organization of care in psychiatry of the elderly: a technical consensus statement*. Geneva: World Health Organization.

25. World Health Organization (2001) *Atlas: Mental health resources in the world*, 2001. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.

Το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας δημιουργήθηκε υπό την διεύθυνση του Dr Michelle Funk, Συντονιστή του Τμήματος για την Πολιτική και την Ανάπτυξη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, και την εποπτεία του Dr Benedetto Saraceno, Διευθυντή της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας και Ουσιοεξάρτησης, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ευχαριστεί θερμά τον Dr Sumitra Pathare, Ruby Hall Clinic, Pune, Ινδία και τον Dr Alberto Minoletti, Υπουργείο Υγείας, Χιλή, που προετοίμασαν το παρόν εγχειρίδιο.

Ομάδα εκδοτικού και τεχνικού συντονισμού

Dr Michelle Funk, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Κεντρικά Γραφεία (Π.Ο.Υ./ΚΓ), κ. Natalie Drew, (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Dr JoAnne Epping-Jordan, (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Καθηγητής Alan J. Flisher, Πανεπιστήμιο του Cape Town, Παρατηρητήριο, Δημοκρατία της Νότιας Αφρικής, Καθηγητής Melvin Freeman, Υπουργείο Υγείας, Pretoria, Νότια Αφρική, Dr Howard Goldman, Ερευνητικό Ινστιτούτο της Εθνικής Ένωσης Διευθυντών Κρατικών Προγραμμάτων Ψυχικής Υγείας και Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Maryland, ΗΠΑ, Dr Itzhak Levav, Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Jerusalem, Ισραήλ και Dr Benedetto Saraceno, (Π.Ο.Υ./ΚΓ).

Ο Dr Crick Lund, Πανεπιστήμιο του Cape Town, Παρατηρητήριο, Δημοκρατία της Νότιας Αφρικής, είχε την ευθύνη της τελικής τεχνικής επιμέλειας του εγχειριδίου.

Τεχνική βοήθεια

Dr Jose Bertolote, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Κεντρικά Γραφεία (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Dr Thomas Bornemann (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Dr Jose Miguel Caldas de Almeida, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Αμερικής (AMRO), Dr Vijay Chandra, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Νοτιο-Ανατολικής Ασίας (SEARO), Dr Custodia Mandlhate, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Αφρικής (AFRO), Dr Claudio Miranda (AMRO), Dr Ahmed Mohit, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Ανατολικής Μεσογείου, Dr Wolfgang Rutz, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης, (EURO), Dr Erica Wheeler (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Dr Derec Yach (Π.Ο.Υ./ΚΓ) και προσωπικό από την Ομάδα Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για την Πολιτική του Π.Ο.Υ. (Π.Ο.Υ./ΚΓ).

Διοικητική και γραμματειακή υποστήριξη

κ. Adeline Loo (Π.Ο.Υ./ΚΓ), κ. Anne Yamada (Π.Ο.Υ./ΚΓ) και κ. Razia Yaseen (Π.Ο.Υ./ΚΓ).

Διάταξη και γραφικά: 2S) graphicdesign
Επιμέλεια: Walter Ryder

Ο Π.Ο.Υ. ευχαριστεί επίσης θερμά για την έκφραση γνώμης στο παρόν εγχειρίδιο, σε επιστημονικό και τεχνικό επίπεδο, τους:

| | |
|---|---|
| Dr Adel Hamid Afana | Director, Training and Education Department Gaza Community Mental Health Programme |
| Dr Bassam Al Ashhab | Ministry of Health, Palestinian Authority, West Bank |
| Mrs Ella Amir | Ami Québec, Canada |
| Dr Julio Arboleda-Florez | Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada |
| Ms Jeannine Auger | Ministry of Health and Social Services, Québec, Canada |
| Dr Florence Baingana | World Bank, Washington DC, USA |
| Mrs Louise Blanchette | University of Montreal Certificate Programme in Mental Health, Montreal, Canada |
| Dr Susan Blyth | University of Cape Town, Cape Town, South Africa |
| Ms Nancy Breitenbach | Inclusion International, Ferney -Voltaire, France |
| Dr Anh Thu Bui | Ministry of Health, Koror, Republic of Palau |
| Dr Sylvia Caras | People Who Organization, Santa Cruz, California, USA |
| Dr Claudina Cayetano | Ministry of Health, Belmopan, Belize |
| Dr Chueh Chang | Taipei, Taiwan |
| Professor Yan Fang Chen | Shandong Mental Health Centre, Jinan People's Republic of China |
| Dr Chantharavdy Choulamany | Mahosot General Hospital, Vientiane, Lao People's Democratic Republic |
| Dr Ellen Corin | Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada |
| Dr Jim Crowe | President, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Dunedin, New Zealand |
| Dr Araba Sefa Dedeh | University of Ghana Medical School, Accra, Ghana |
| Dr Nimesh Desai | Professor of Psychiatry and Medical Superintendent, Institute of Human Behaviour and Allied Sciences, India |
| Dr M. Parameshvara Deva | Department of Psychiatry, Perak College of Medicine, Ipoh, Perak, Malaysia |
| Professor Saida Douki | President, Société Tunisienne de Psychiatrie, Tunis, Tunisia |
| Professor Ahmed Abou El-Azayem | Past President, World Federation for Mental Health, Cairo, Egypt |
| Dr Abra Fransch | WONCA, Harare, Zimbabwe |
| Dr Gregory Fricchione | Carter Center, Atlanta, USA |
| Dr Michael Friedman | Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA |
| Mrs Diane Froggatt | Executive Director, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Toronto, Ontario, Canada |
| Mr Gary Furlong | Metro Local Community Health Centre, Montreal, Canada |
| Dr Vijay Ganju | National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, Alexandria, VA, USA |
| Mrs Reine Gobeil | Douglas Hospital, Quebec, Canada |
| Dr Nacanieli Goneyali | Ministry of Health, Suva, Fiji |
| Dr Gaston Harnois | Douglas Hospital Research Centre, WHO Collaborating Centre, Quebec, Canada |
| Mr Gary Haugland | Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA |
| Dr Yanling He | Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China |
| Professor Helen Herrman | Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia |
| Mrs Karen Hetherington | WHO/PAHO Collaborating Centre, Canada |
| Professor Frederick Hickling | Section of Psychiatry, University of West Indies, Kingston, Jamaica |

| | |
|--|---|
| Dr Kim Hopper | Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA |
| Dr Tae-Yeon Hwang | Director, Department of Psychiatric Rehabilitation and Community Psychiatry, Yongin City, Republic of Korea |
| Dr A. Janca | University of Western Australia, Perth, Australia |
| Dr Dale L. Johnson | World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Taos, NM, USA |
| Dr Kristine Jones | Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA |
| Dr David Musau Kiima | Director, Department of Mental Health, Ministry of Health, Nairobi, Kenya |
| Mr Todd Kriebel | Ministry of Health, Wellington, New Zealand |
| Mr John P. Kummer | Equilibrium, Unteraegeri, Switzerland |
| Professor Lourdes Ladrado-Ignacio | Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, College of Medicine and Philippine General Hospital, Manila, Philippines |
| Dr Pirkko Lahti | Secretary-General/Chief Executive Officer, World Federation for Mental Health, and Executive Director, Finnish Association for Mental Health, Helsinki, Finland |
| Mr Eero Lahtinen, | Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland |
| Dr Eugene M. Laska | Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA |
| Dr Eric Latimer | Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada |
| Dr Ian Lockhart | University of Cape Town, Observatory, Republic of South Africa |
| Dr Marcelino Lopez | Research and Evaluation, Andalusian Foundation for Social Integration of the Mentally Ill, Seville, Spain |
| Ms Annabel Lyman | Behavioural Health Division, Ministry of Health, Koror, Republic of Palau |
| Dr Ma Hong | Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China |
| Dr George Mahy | University of the West Indies, St Michael, Barbados |
| Dr Joseph Mbatia | Ministry of Health, Dar-es-Salaam, Tanzania |
| Dr Céline Mercier | Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada |
| Dr Leen Meulenbergs | Belgian Inter-University Centre for Research and Action, Health and Psychobiological and Psychosocial Factors, Brussels, Belgium |
| Dr Harry I. Minas | Centre for International Mental Health and Transcultural Psychiatry, St. Vincent's Hospital, Fitzroy, Victoria, Australia |
| Dr Alberto Minoletti | Ministry of Health, Santiago de Chile, Chile |
| Dr P. Mogue | Ministry of Health, Mozambique |
| Dr Paul Morgan | SANE, South Melbourne, Victoria, Australia |
| Dr Driss Moussaoui | Université psychiatrique, Casablanca, Morocco |
| Dr Matt Muijen | The Sainsbury Centre for Mental Health, London, United Kingdom |
| Dr Carmine Munizza | Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italy |
| Dr Shisram Narayan | St Giles Hospital, Suva, Fiji |
| Dr Sheila Ndyabangi | Ministry of Health, Kampala, Uganda |
| Dr Grayson Norquist | National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA |
| Dr Frank Njenga | Chairman of Kenya Psychiatrists' Association, Nairobi, Kenya |
| Dr Angela Ofori-Atta | Clinical Psychology Unit, University of Ghana Medical School, Korle-Bu, Ghana |
| Professor Mehdi Paes | Arrazi University Psychiatric Hospital, Sale, Morocco |
| Dr Rampersad Parasram | Ministry of Health, Port of Spain, Trinidad and Tobago |
| Dr Vikram Patel | Sangath Centre, Goa, India |
| Dr Dixianne Penney | Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, |

| | |
|--|--|
| | Orangeburg, NY, USA |
| Dr Yogan Pillay | Equity Project, Pretoria, Republic of South Africa |
| Dr M. Pohanka | Ministry of Health, Czech Republic |
| Dr Laura L. Post | Mariana Psychiatric Services, Saipan, USA |
| Dr Prema Ramachandran | Planning Commission, New Delhi, India |
| Dr Helmut Remschmidt | Department of Child and Adolescent Psychiatry, Marburg, Germany |
| Professor Brian Robertson | Department of Psychiatry, University of Cape Town, Republic of South Africa |
| Dr Julieta Rodriguez Rojas | Integrar a la Adolescencia, Costa Rica |
| Dr Agnes E. Rupp | Chief, Mental Health Economics Research Program, NIMH/NIH, USA |
| Dr Ayesh M. Sammour | Ministry of Health, Palestinian Authority, Gaza |
| Dr Aive Sarjas | Department of Social Welfare, Tallinn, Estonia |
| Dr Radha Shankar | AASHA (Hope), Chennai, India |
| Dr Carole Siegel | Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA |
| Professor Michele Tansella | Department of Medicine and Public Health, University of Verona, Italy |
| Ms Mrinali Thalgodapitiya | Executive Director, NEST, Hendala, Watala, Gampaha District, Sri Lanka |
| Dr Graham Thornicroft | Director, PRISM, The Maudsley Institute of Psychiatry, London, United Kingdom |
| Dr Giuseppe Tibaldi | Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italy |
| Ms Clare Townsend | Department of Psychiatry, University of Queensland, Toowing Qld, Australia |
| Dr Gombodorjiin Tsetsegdary | Ministry of Health and Social Welfare, Mongolia |
| Dr Bogdana Tudorache | President, Romanian League for Mental Health, Bucharest, Romania |
| Ms Judy Turner-Crowson | Former Chair, World Association for Psychosocial Rehabilitation, WAPR Advocacy Committee, Hamburg, Germany |
| Mrs Pascale Van den Heede | Mental Health Europe, Brussels, Belgium |
| Ms Marianna Várfalvi - Bognarne | Ministry of Health, Hungary |
| Dr Uldis Veits | Riga Municipal Health Commission, Riga, Latvia |
| Mr Luc Vigneault | Association des Groupes de Défense des Droits en Santé Mentale du Québec, Canada |
| Dr Liwei Wang | Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China |
| Dr Xiangdong Wang | Acting Regional Adviser for Mental Health, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines |
| Professor Harvey Whiteford | Department of Psychiatry, University of Queensland, Toowing Qld, Australia |
| Dr Ray G. Xerri | Department of Health, Floriana, Malta |
| Dr Xie Bin | Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China |
| Dr Xin Yu | Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China |
| Professor Shen Yucun | Institute of Mental Health, Beijing Medical University, People's Republic of China |
| Dr Taintor Zebulon | President, WAPR, Department of Psychiatry, New York University Medical Center, New York, USA |

Ο Π.Ο.Υ. ευχαριστεί επίσης τις κυβερνήσεις της Αυστραλίας, Φιλανδίας, Ιταλίας, Ολλανδίας, Νέας Ζηλανδίας και Νορβηγίας, καθώς και τις εταιρείες Eli Lilly and Company Foundation και Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europe, για τη γενναιόδωρη οικονομική τους υποστήριξη.

