

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

" ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ "

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

- 1) Μπουγιουκλή Μαρία
2) Κοσμόπουλος Ανδρέας
3) Τουμαράς Δημήτριος
- Σπουδαστών

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Δίδα Νάνου Κυριακή



Επιτροπή έγκρισης πτυχιακής
εργασίας.

1)

2)

3)

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

ΑΦΙΟΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	434
----------------------	-----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το θέμα της εργασίας αυτής είναι: "Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής"
Στα όρια των δυνατοτήτων μας προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε
το θέμα απ' όλες τις πλευρές του όσο πιο σωστά μπορέσαμε.

Η εργασία αυτή είναι χωρισμένη σε δύο μέρη: Το θεωρητικό
και το ερευνητικό. Τα μέρη αυτά είναι χωρισμένα σε επιμέ-
ρους κεφάλαια.

Επιλέξαμε αυτό το θέμα γιατί μας ενδιέφερε ο χώρος της
Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, ιδιαίτερα σήμερα που βρίσκεται
σε εξέλιξη στην Ελλάδα, το κίνημα της αποδρυσματοποίησης και
στα πλαίσια της νέας κατεύθυνσης της Ιατρικής και Νοσηλευτικής
Επιστήμης για πρωτοβάθμια περίθαλψη- περίθαλψη στην Κοινότητα
και επειδή τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, αποτελούν τον μοναδικό
φορέα πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην χώρα μας.

Α Ν Α Γ Ν Ω Ρ Ι Σ Η

θεωρούμε απαραίτητο να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν ώστε να προσεγγίσουμε το θέμα μας απ' όλες του τις πτυχές στον καλύτερο δυνατό βαθμό, τους Επιστημονικούς συνεργάτες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας για την πολύτιμη βοήθειά τους και ιδιαίτερα την Εισηγήτρια - καθηγήτρια κ. Νάνου.

III

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Μ Ε Ρ Ο Σ Θ Ε Ω Ρ Η Τ Ι Κ Ο

	ΣΕΛ.
Περίληψη μελέτης	I
Αναγνώριση	II
Περιεχόμενα	III
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Εισαγωγή	1
Το Πρόβλημα	2
Σκοπός της Μελέτης	3
- Ορισμοί όρων	4
- Υγεία και Ψυχική Υγεία (Ορισμοί)	7
- Ψυχική Υγεία και Πρόληψη	13
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
- Ιστορική Αναδρομή της Ψυχιατρικής	19
Κοινωνική Ψυχιατρική και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη	29
Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα Σήμερα	36
- Ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα	44
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής	48
Σχέση Υγείας και Οικονομικού Συστήματος	49
Τοπική Αυτοδιοίκηση και Ψυχική Υγιεινή	50
Ιδρυση των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής	52
Λειτουργία αρχές στόχοι και σκοπός των Κ.Ψ.Υ.	56
Διοίκηση του Κ.Ψ.Υ	60
- Σύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με άλλους φορείς	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Κύριες Υπηρεσίες των Κ.Ψ.Υ.	66
Συμβουλευτικό τμήμα ενηλίκων	66
Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία	71
Υπηρεσία αντιμετώπισης ψυχολογικών κρίσεων	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Μορφές Ημερήσιας Περίθαλψης	81
Νοσοκομείο Ημέρας	82
Μονάδες ημερήσιας περίθαλψης	87
Κοινωνική και Ψυχιατρική λέσχη	91
Ημερήσια περίθαλψη για παιδιά	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Παιδαγωγικές Δραστηριότητες	94
Θεραπευτική Μονάδα στην Αγία Παρασκευή	94
Το "Στουπάθειο" στο Χαλάνδρι	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IIIV

Νέες Μορφές Δραστηριοτήτων	97
Γραμμή Ζωής - S.O.S. -	97
Κέντρο Νεότητας και Συμβουλευτικής Εφήβων	98
Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Αποκατάστασης	100
Υπηρεσίες προστατευόμενης στέγασης (Βενώνας)	108
Το πρότυπο Κοινοτικό Κέντρο Αιγάλεω	111
Ομάδα Ψυχικής Υγιεινής	118

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IIIIV

Ρόλος του Νοσηλευτή στα Κ.Ψ.Υ.	124
--------------------------------	-----

Μ Ε Ρ Ο Σ Ε Ρ Ε Υ Ν Η Τ Ι Κ Ο

	ΣΕΛ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Έρευνα στο χώρο του Επιστημονικού προσωπικού	130
Ανάλυση ερωτηματολογίου I	131
Έρευνα των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τα Κ.Ψ.Υ.	136
Ανάλυση ερωτηματολογίου II	137
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Ομαδοποίηση ερωτήσεων	144
Συμπεράσματα ομαδοποιημένων ερωτήσεων πρώτου ερωτηματολογίου	145
Συμπεράσματα ομαδοποιημένων ερωτήσεων δευτέρου ερωτηματολογίου.	151
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	154
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	161
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	162

ΜΕΡΟΣ Ι

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η "ψυχή" το καταφύγιο ανθρώπων και λαών, η ενασχόληση επαγγελματιών αλλά και αγυρτών παραμένει ακόμα όχι μια λειτουργία του τελειότερου δημιουργήματος της φύσης που υπάρχει στο Σύμπαν, του ανθρώπινου εγκεφάλου, αλλά κάτι έξω από την ανθρώπινη δυνατότητα γνώσης και ανάλυσης. Και σίγουρα η ονομαζόμενη "ψυχή" δεν είναι ακόμα απόλυτα γνωστή, αλλά το άγνωστο έχει περιοριστεί σημαντικά για να μπορεί όποιος προσπαθεί και θέλει να πλησιάσει το μυστήριο και να πάρει ικανές απαντήσεις.

Μα εάν τελικά παρά τις επιθυμίες μας παρουσιάζονται "ψυχικά άρρωστοι", τότε τι κάνουμε; Μα είναι απλό, ή δεν τους λέμε έτσι και άρα δεν υπάρχουν (περίπτωση αντιψυχιατρικής), ή τους απομονώνουμε σ' ένα άσυλο (παραδοσιακή ψυχιατρική), για να μην μας θυμίζουν την ανυπόφορη πραγματικότητα που είναι αντίθετη με το προκατασκευασμένο σύστημα αξιών και προκαταλήψεων που αρνείται τη μαθηματική απόδειξη κάθε γεγονόςτος ανθρώπινου ή φυσικού.

Όπως υπάρχουν σωματικές παθήσεις και κανείς δεν είναι ικανοποιημένος, έτσι υπάρχουν και ψυχικές παθήσεις και είναι για αυτό κανείς διπλά λυπημένος.

Αυτή την πραγματικότητα δεν μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε με την άγνοια αλλά με την γνώση. Κάθε μορφή γνώσης που μπορεί να μετασχηματιστεί σε θεραπεία είναι απόλυτα επιθυμητή και αποδεκτή. Οι θεραπείες όμως δεν είναι κάτι το ουδέτερο και μηχανικό αλλά κάτι που δένεται μ' ένα σύνολο "ανθρώπινων

αξιών" και "αποδοτών".

Είναι γι' αυτό, προτιμότερη μια θεραπεία στην κοινότητα παρά στο ψυχιατρείο εφ' όσον έχει τα ίδια θεραπευτικά αποτελέσματα.

Το κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, σταθερά προσανατολισμένο στην πρόληψη, στην θεραπεία και στην αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών στα ίδια τα πλαίσια της Κοινότητας προσπαθεί να δημιουργήσει εναλλακτικές λύσεις για την σταδιακή εξάλειψη των ασυλιακών ψυχιατρείων.

Έτσι η δημιουργία νέων παραρτημάτων σε πολλές πόλεις σ' όλη την Ελλάδα δεν μπορούσε να περιοριστεί στα όρια μιας κλασικής θεραπευτικής αγωγής, αλλά ήταν υποχρεωμένη να δημιουργήσει τις απαραίτητες θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις για την δημιουργία ενός συστήματος Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής.

Το πρόβλημα

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής ήταν από τις πρώτες στην Ελλάδα που προσέγγιζαν ψυχικά τους ασθενείς ψυχοθεραπευτικά και επιδίωκαν την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάστασή τους.

Το παράδειγμα που ακολουθεί, δείχνει την επικρατούσα κατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης στον τόπο μας, των τελευταίων τριάντα χρόνων που πέρασαν.

Το 1966 είχε πραγματοποιηθεί μια έρευνα σε 29 πόλεις σε ολόκληρη την Ελλάδα, από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Διαπιστώθηκε ότι ένα μόνο 0,3% υποβάλλονταν σε ψυχοθεραπεία από τις 13.699 περιπτώσεις που εξετάστηκαν από νευρολόγους-

ψυχιάτρους στη διάρκεια ενός μήνα.

Από το 1978 άρχισαν να παρουσιάζονται καινούργια Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα, στελεχωμένα με κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό όπως ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ειδικοί παιδαγωγοί, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και λογοθεραπευτές. Ο κάθε ειδικός θέτει τις γνώσεις του και τις δεξιότητές του μέσα στην ομάδα, για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των περιστατικών (Λυμπεράκης, 1987, Σελ. 216-219).

Σύμφωνα όμως με τους Παπαδάτο και Στογιαννίδου (1988, Σελ. 222), είναι δύσκολος ο απόλυτος διαχωρισμός της προσφοράς του κάθε μέλους της ομάδας.

Αφορμή για να γίνει ο ρόλος του Νοσηλευτού στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, αντικείμενο της μελέτης αυτής, ήταν το γεγονός ότι αφενός τα Κέντρα αυτά είναι ένας σχετικά καινούργιος θεσμός στην Ελλάδα και αφετέρου ότι η συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα δεν έχει διευκρινισθεί.

Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της πτυχιακής είναι η μελέτη του θεσμού των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και ο ρόλος του Νοσηλευτή μέσα σ' αυτά.

Οι συγκεκριμένοι στόχοι που θα καλυφθούν είναι:

- α) Μια σύγκριση της παρούσας κατάστασης της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής στην Ελλάδα, με αυτήν σε μερικές άλλες ευρωπαϊκές χώρες βάσει της βιβλιογραφικής μελέτης.
- β) Η περιγραφή των εμπειριών των ερωτομένων Νοσηλευτών των Κέντρων Ψυχικής Υγείας σχετικά με την εργασία

τους και με την προετοιμασία τους από τις Σχολές Νοσηλευτικής.

γ) Η διατύπωση συμπερασμάτων , και

δ) Διατύπωση προτάσεων - εισηγήσεων σχετικά με το θέμα.

Ορισμοί Όρων

Παραθέτονται στη συνέχεια μερικοί βασικοί ορισμοί, που θεωρούνται απαραίτητοι, για την καλύτερη κατανόηση της μελέτης αυτής:

1. Ψυχική Υγεία: Σύμφωνα με το Μάνο (1987, Σελ. 174) η ψυχική υγεία αποτελεί μια εσωτερική ισορροπία, κατά την οποία ένα άτομο έχει την ικανότητα να κινείται με άνεση μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον και να έχει επιτυχίες στους διάφορους τομείς της ζωής του.

2. Ψυχική Υγιεινή: Η ψυχική υγιεινή αναφέρεται στη διατήρηση της ψυχικής υγείας κάτω από ορισμένες συνθήκες και στην προσπάθεια πρόληψης και θεραπείας των ψυχικά ασθενών (Μάνος 1987, Σελ. 174).

3. Κοινωνική Ψυχιατρική: "Κοινωνική Ψυχιατρική δεν ξεφεύγει από τις παραδοσιακές αρχές της κλινικής Ψυχοπαθολογίας αλλά προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ιστορικές και κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται το άτομο σ' ένα συγκεκριμένο χώρο. Δε διαφωνεί, όπως ίσως πολλές φορές συγχέεται με τη βιολογική υπόσταση της ψυχικής αρρώστιας, διευρύνει, όμως τις μεθόδους και τους τρόπους αντιμετώπισης της ψυχικής αρρώστιας, πέρα από το παραδοσιακό ψυχιατρείο,

έχοντας μια σφαιρική θεώρηση των αιτιολογικών παραγόντων της εκδήλωσης της με τη βοήθεια των άλλων Επιστημών της Συμπεριφοράς (Κοινωνιολογίας, Ανθρωπολογίας, Ψυχολογίας, Κυβερνητικής κ.λ.π) του ανθρώπου ".

(Μαδιανός, 1989, 1ος Τόμος, Σελ. 25-26).

4. Κοινοτική Ψυχιατρική: Ένας ορισμός της Κοινοτικής Ψυχιατρικής που δόθηκε από την Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου COLUMBIA της Ν. Υόρκης και που αναφέρεται από τον Μαδιανό, είναι ο εξής: "Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αναφέρεται σε μία υποειδικότητα (SUBSPECIALITY) της ψυχιατρικής ειδικότητας. Ως υποειδικότητα βασίζεται στην κλινική Ψυχιατρική αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρωστίας. Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού τους κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Η Κοινοτική Ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμογή, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης υπηρεσιών. Η Κοινωνική Ψυχιατρική δίνει, αντίθετα, αποκλειστική έμφαση στη θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών" (Μαδιανός, 1989, 2ος Τόμος, Σελ. 29).

5. Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή: Η κοινοτική ψυχική υγιεινή περιέχει ένα σύνολο απαραίτητων ενεργειών, για την ανάπτυξη κάθε προγράμματος μέσα στην κοινότητα, οι οποίες εφαρμόζονται έξω από τα πλαίσια των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Επίσης επηρεάζουν κάθε κοινοτική προσπάθεια για διασφάλιση της ψυχικής

υγείας των μελών της. Η Κοινωνική Ψυχική υγιεινή είναι ένας τομέας πολυδιάστατος, ο οποίος περικλύει ένα μεγάλο φάσμα δυνάμεων μέσα στην κοινότητα, που στοχεύουν στη θετική προαγωγή της ψυχικής υγείας των μελών μιας ομάδας. Σε αντιπαράθεση με την ψυχιατρική παραδοσιακή προσέγγιση, που συγκέντρωνε την προσοχή της στο άτομο που βρίσκονταν σε κατάσταση κρίσης. Η βασική της ιδεολογίας είναι ότι, οι ψυχικές ασθένειες δεν διαφέρουν από όλες τις άλλες ασθένειες και ότι μπορούν να αντιμετωπιστούν, μέσα στα πλαίσια της κοινότητας με την βοήθεια αυτής (Μαδιανός, 1989, 2ος Τόμος, Σελ. 30).

6. Πρόληψη στο χώρο της ψυχικής υγείας.

α) Πρωτογενής πρόληψη: Η πρόληψη αυτή έχει σαν στόχο την καλύτερευση των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών της ζωής των τόμων. Περιλαμβάνει πλήθος δύσκολων δραστηριοτήτων, οι οποίες δεν αποδεικνύονται πάντα αποτελεσματικές. Σήμερα δεν έχει καθοριστεί ακόμα ένα σύστημα πρωτογενούς πρόληψης, που να έχει εύκολη πρακτική εφαρμογή (Παπαδάτος, 1987, Σελ. 10).

β) Δευτερογενής πρόληψη: Κατά τον Μαδιανό (1989, Σελ. 35,38) η πρόληψη αυτή επικεντρώνει την προσοχή της σε άτομα που ήδη νοσούν, με σκοπό την όσο το δυνατόν έγκαιρη θεραπευτική τους αποκατάσταση. Οι αποκεντρωμένες υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής αποτελούν το κύριο αντικείμενο της πρόληψης αυτής.

γ) Τριτογενής πρόληψη: Η πρόληψη αυτή στοχεύει στη κοινωνική ενσωμάτωση και αποκατάσταση του ατόμου. Η έννοια της αποκατάστασης περιλαμβάνει την παρέμβαση στην κοινότητα και το άμεσο περιβάλλον του ατόμου, με απώτερο σκοπό την προώθηση της

κοινωνικής του επαναπροσαρμογής.

7. Προστατευμένα Εργαστήρια: Στα εργαστήρια αυτά απασχολούνται άτομα τα οποία δεν διαθέτουν τις κατάλληλες ικανότητες, για ελεύθερη ανταγωνιστική εργασία. Αποτελούν την εναλλακτική λύση για τα άτομα εκείνα των οποίων οι λειτουργικές ικανότητες εμποδίζουν την αυτόνομη επαγγελματική και κοινωνική διαβίωση τους (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988, Σελ. 169).

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ορισμός της Υγείας.

"Η Υγεία δεν είναι μόνο η έλλειψη της αρρώστειας αλλά και το καθολικό "καλώς έχει" του ανθρώπου τόσο στο σωματικό όσο και στο ψυχοκοινωνικό επίπεδο".

Υγεία είναι μια κατάσταση τελείας σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας.

Υγεία είναι η ευεξία και συμμετρία των σωματικών δυνάμεων και της διάθεσης της ψυχής. Δεν είναι μόνο το αίσθημα ευεξίας αλλά η ικανότητα να χρησιμοποιεί ο άνθρωπος καλά κάθε δυνατότητα που έχει.

Η υγεία δεν είναι σταθερή κατάσταση αλλά δυναμική διεργασία προσαρμογής του ατόμου. Προσαρμογής ως ψυχοσωματικής και πνευματικής ολότητας στα πλαίσια του περιβάλλοντος και της κοινωνικής πραγματικότητας, μέσα στα οποία ζεί, αντιδρά, ενεργεί, επικοινωνεί και δημιουργεί. Η σωματική, πνευματική, ηθική και ψυχική υγεία συνθέτουν ένα αδιαίτερο όλο. Είναι μία τάξη και μια αρμονία που δεν κατακτάται μια φορά για να δια-

τηρηθεί ισόβια αλλά ανακτάται ή χάνεται καθημερινά.

Κορυφαίοι επιστήμονες θεωρούν υψηλό επίπεδο υγείας το επίπεδο όπου ο άνθρωπος εμφανίζει αυτοπειθαρχία, υγιεινή συνείδηση, λύση των ψυχικών και κοινωνικών συγκρούσεων, μέτρο στην ικανοποίηση επιθυμιών, δημιουργικές διαπροσωπικές σχέσεις, αγάπη προς τους άλλους ανθρώπους, αποδοχή της θλίψης, νίκη κατά των αρνητικών δυνάμεων του εγωϊσμού, του μίσους και του φόβου που υπονομεύουν την υγεία.

Η υγεία είναι βασική ανθρώπινη αξία. Μια από τις πρώτες ελευθερίες του ανθρώπου είναι η βάση για την ανάπτυξη και πρόοδο του ατόμου και της κοινωνίας και εμφανίζει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές, οικονομικές παραμέτρους. Το ότι η υγεία είναι το ύψιστο αγαθό της ζωής είναι τονισμένο από παλιά. Ας δούμε τι λένε διάφοροι επιφανείς άντρες γιαυτό το θέμα:

- "Σε τίποτα δεν χρησιμεύουν όλου του κόσμου τα αγαθά όταν λείπει η υγεία" (Λουκιανός).
- "Μόνο εκείνοι που δεν έχουν την υγεία μπορούν να εκτιμήσουν την αξία της" (Όρτων)
- "Η Υγιεινή είναι το μόνο χρήσιμο τμήμα της Ιατρικής και η Υγιεινή είναι μάλλον μια αρετή παρά μια επιστήμη" (Ρουσώ)
- "Η Υγεία των Εθνών έχει μεγαλύτερη σπουδαιότητα από τα πλούτη τους" (Σ. Ντιούραντ)
- "Το υπόβαθρο κάθε ευτυχίας είναι η υγεία" (Χάντ).

Ορισμός της Ψυχικής Υγείας.

"Ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας" (Π.Ο.Υ)

Ψυχική υγεία είναι η ανάπτυξη της υγειούς συνείδησης του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, έτσι ώστε να μπορεί να επιτύχει το μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπληρώσής του.

Ψυχική υγεία, κατά τον ψυχίατρο SULLIVAN, είναι η επάρκεια και η κατάλληλη συμπεριφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις ή η ικανότητα διαπροσωπικής προσαρμογής. Επίσης είναι το "γνώθι σ' αυτόν" η πραγματική αυτοκριτική, το συναίσθημα της εσωτερικής ασφάλειας η δυνατότητα συνεχούς μάθησης και η βάση των νέων εμπειριών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Εξάλλου, η διατήρηση επαρκών διαπροσωπικών σχέσεων τονίζεται σαν σημείο ψυχικής υγείας από πολλούς ειδικούς στο κλάδο της ψυχιατρικής. Στη γλώσσα της Κοινωνιολογίας αναφέρεται σαν ικανότητα του ατόμου προς αποτελεσματική εκπλήρωση των αρμοδιοτήτων και των έργων, για τα οποία έχει προετοιμασθεί μέσα στη κοινωνία του. Η αγάπη και η στοργή ως ικανότητα ενδεικτική της ψυχικής υγείας επίσης τονίζεται από πολλούς ψυχολόγους.

Ο TOURPIER, παρατηρεί ότι η υγεία είναι μια ποιότητα ζωής σωματική, ψυχολογική και πνευματική ανάπτυξη, έκφραση προσωπικού δυναμισμού, αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Οι έλληνες ψυχολόγοι, ψυχίατροι και γενικοί γιατροί υποστηρίζουν την ολική θεώρηση της ψυχικής υγείας. Οι Γ. και Β. Βασιλείου λένε ότι ψυχική υγεία είναι:

- Η επιτυχής σταδιακή ανάπτυξη ανάλογα με την ηλικία του ατόμου.
- Η εκδίπλωση της προσωπικότητας και των δυνατοτήτων της και η πραγματοποίηση των σύνθετων λειτουργειών της.
- Η απόκτηση καλλιεργημένων και κατάλληλων τρόπων στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Η επιτυχής είσοδος του ατόμου στη κοινωνική ζωή με πλήρη συμμετοχή στο στενότερο και ευρύτερο κύκλο αυτού.

Η ψυχική υγεία χαρακτηρίζεται από τον κορυφαίο καθηγητή της Ιατρικής Γερουλάνο και τον ψυχίατρο Φιλιππόπουλο σαν η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Η DR M. JAHODA υποστηρίζει ότι δεν είναι αρκετό να πούμε ότι η ψυχική υγεία είναι η απουσία ψυχικής νόσου. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία από ένα πολιτισμό στον άλλο ως προς τα ποια είδη παρεκλίσεων από τη φυσιολογική συμπεριφορά μπορούν να θεωρηθούν όχι φυσιολογικά. Δεν μας βοηθάει το να ισοβαθμίζουμε την ψυχική υγεία με τον όρο "φυσιολογικός" γιατί και ο όρος "φυσιολογικός" είναι το ίδιο απρόσδιοριστος. Ούτε πάλι το να πούμε ότι ψυχική υγεία είναι κατάσταση ευεξίας είναι ικανοποιητικό.

Σύμφωνα με την DR M. JAHODA έξι έννοιες είναι στενά συνδεδεμένες με την ψυχική υγεία του ατόμου:

- Οι απόψεις του ατόμου απέναντι στον εαυτό του.
- Ο τρόπος και ο βαθμός της ανάπτυξης του ατόμου.
- Η προσωπικότητα του ατόμου.
- Ο βαθμός της ανεξαρτοποίησης του ατόμου από τις κοινωνικές επιδράσεις.
- Η επάρκεια με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικό-

τητα και

- Η κυριαρχία του ατόμου στο περιβάλλον του (το εξουσιάζει ή εξουσιάζεται απ' αυτό).

Ο φιλοσοφικός προσανατολισμός στη ζωή θεωρείται από πολλούς ψυχολόγους και ψυχιάτρους ως κριτήριο ψυχικής υγείας. Διατυπώνεται με πολλούς τρόπους, λόγου χάρη ως επίγνωση του νοήματος της ζωής και επιδίωξη της εκπληρωσής του, ως ενιαία φιλοσοφία ζωής, ως υποκειμενικό ικανοποιητικό πλαίσιο προσανατολισμού και αφοσίωσης, ως προσήλωση τις πνευματικές αρχές και προσπάθειας βίωσης αυτών.

Τα κυριώτερα κριτήρια της ψυχικής υγείας είναι:

- Φιλοσοφική θεώρηση της ζωής.
- Επιδίωξη πνευματικών ιδεών και σκοπών στη ζωή.
- Διατήρηση εσωτερικής ακεφαιότητας.
- Σχετική ανοχή του STRESS και των θλίψεων, χωρίς σοβαρή ψυχική αποδιοργάνωση.
- Αυτοσυνειδησία και προσωπική υπέρβαση.
- Αγωνία για προσωπική βελτίωση και πρόοδο.
- Ενδιαφέρον σε όλες τις εκφράσεις της ζωής.
- Τρόπος ζωής σύμφωνα με ηθικούς νόμους και τα νοητικά συναισθηματικά, εσωτερικά βιώματα.
- Ικανότητα για προσφορά αγάπης και εκδήλωση ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους.
- Θετική και δυναμική βιο-ψυχο-κοινωνική και ηθική ευεξία.
- Καλλιεργημένοι και κατάλληλοι τρόποι στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Συναισθημα ευτυχίας, ηθική και ενάρετη ζωή, δημιουργικές δραστηριότητες, οικοδομική συνεργασία σε ομάδες, αφομίωση στη

στοργική φροντίδα των άλλων και α γώνας για την κατάκτηση της προσωπικής ακεραιότητας.

- Ευεργετική προσωπική προσαρμογή.
- Ικανότητα λύσης των προβλημάτων της ζωής.
- Σεβασμός και συνείδηση ευθύνης έναντι των άλλων.
- Κοινωνικώς σεβαστή συμπεριφορά.
- Χρησιμοποίηση προσωπικών δυνατοτήτων και εξωτερικής βοήθειας.

Επομένως μπορούμε να πούμε ότι:

Η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατη και ισόβια διεργασία. Εκφράζεται με ποικίλους και μοναδικούς τρόπους σε κάθε περίπτωση ή στάδιο της ζωής. Επίσης αποτελεί μέρος ενός αδιαίρετου όλου, δηλ. της βιο-ψυχο-κοινωνικής ηθικής και πνευματικής υγείας και τέλος σημαίνει ολοκλήρωση λειτουργίας και πράξης.

Χρησιμοποιώντας το πλαίσιο αυτό για τις έννοιες που συνιστούν την ψυχική υγεία, μπορούμε να πούμε ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και μια ρεαλιστική ιδέα για τις ικανότητές του ότι έχει περάσει τα διάφορα στάδια της ανάπτυξης του αποβάλλοντας τους τύπους της συμπεριφοράς και τις απόψεις του που του φαίνονται ακατάλληλοι καθώς μεγαλώνει ότι έχει κάποιο σκοπό σταθμίζοντας τις δικές του ανάγκες και σκεπτόμενος τους άλλους. Η προσωπικότητα του είναι ολοκληρωμένη δείχνοντας ότι έχει κατορθώσει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των συνειδητών και ασυνειδητών δυνάμεων που το παρακινούν να κάνει κάτι. Είναι σε θέση να αναλάβει προσωπικές χάρες και απολαύσεις για κάποιο ανώτερο μελλοντικό σκοπό.

Επιτυχία της ανεξαρτητοποίησης σημαίνει ότι η συμπεριφορά κάποιου που δεν προσδιορίζεται τόσο από εξωτερικά γεγονότα, όσο από εσωτερική διευσθέτηση των αξιών, αναγκών, αντιλήψεων

και επιθυμητών σκοπών.

Έτσι είναι παραδεκτό ότι το ψυχικά υγιές άτομο είναι αυτοκατευθυνόμενο και δεν φέρεται από τις γνώμες των άλλων, ακόμα και αν είναι επιθυμητές.

Το ψυχικά υγιές άτομο είναι ικανό να δει τα γεγονότα γύρω του όπως πραγματικά είναι και όχι πως θα το θελε να είναι. Το άτομο αυτό είναι σε θέση να βάλει τον εαυτό του στη θέση του άλλου και έτσι να γεύεται τι οι άλλοι σκέπτονται και αισθάνονται. Αυτό ονομάζεται συμπάθεια η κοινωνική ευαισθησία. Τέλος η επικράτηση στο περιβάλλον σημαίνει ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει την ικανότητα να αγαπάει, είναι επαριές στις σχέσεις του με τους άλλους όπως στην εργασία και το παιχνίδι κ. α. Είναι σε θέση να εξασφαλίσει τα απαραίτητα για τη ζωή του στην Κοινότητα, να προσαρμόζεται στις αλλαγές και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της καθημερινής ζωής. Με πιο απλά λόγια όσο αφορά την υπεροχή του ατόμου στο περιβάλλον του, το άτομο με ικανοποιητική ψυχική υγεία μπορεί να αντέξει σε ένα βαθμό σύγκρουσης - εσωτερικής και εξωτερικής - και να αποκτήσει δύναμη στην υπερνίκηση των εμποδίων, όπως αυτά συμβαίνουν.

Ψυχική υγεία και πρόληψη.

Στον τομέα της ψυχιατρικής η πρόληψη να είναι σε τρία επίπεδα:

1) Την πρωτογενή πρόληψη που έχει ως σκοπό την μείωση των νέων περιπτώσεων με προβλήματα κοινωνικής ψυχοπαθολογίας με την εξάλειψη των παραγόντων που ευνοούν την εμφανισή τους σε μια κοινωνία.

2) Την δευτερογενή πρόληψη που αφορά τα άτομα που ήδη έχουν

εκδηλώσει πρόβλημα ψυχικής υγείας. Εδώ ο σκοπός της πρόληψης είναι η αντιμετώπιση των περιστατικών χωρίς να φτάσουν στην ιδρυματοποίηση, να ξεκοπούν από το κοινωνικό τους περιβάλλον και να στιγματιστούν.

3) Την τριτογενή πρόληψη που αφορά την πρόληψη των υποτροπών. Εδώ προσπαθούμε ώστε τα άτομα που θεωρήθηκαν θεραπευμένα να ενταχθούν ξανά στη κοινωνία, να αποκατασταθούν επαγγελματικά και γενικά να βάλουν τα θεμέλια μια νέας ζωής.

A. Στο πρώτο στάδιο πρόληψης παρουσιάζονται και οι περισσότερες δυσκολίες. Τα προβλήματα της κοινωνικής ψυχοπαθολογίας σχετίζονται άμεσα με τους θεσμούς και τους μηχανισμούς της κοινωνίας, για να παρέμβει όμως κανείς στο τρόπο οργάνωσης τους δεν αρκεί η ιατρική ή η νοσηλευτική ειδικότητα. Το έργο των κλάδων αυτών είναι να διαφωτίσουν την κοινή γνώμη για τη σχέση ανάμεσα στις κοινωνικές δομές και τις διαταραχές της ψυχικής υγείας. Οφείλει να γίνει συνείδηση ότι τα προβλήματα αυτά δεν είναι "ανωμαλίας" ή "παραξενιάς" του ατόμου που τα παρουσιάζει.

Καίριο είναι το αίτημα για ψυχοδιαγνωστικά κέντρα στην επαρχία. Ο θεσμός των ψυχοδιαγνωστικών κέντρων είναι κάτι καινούργιο για την ελληνική πραγματικότητα.

Είναι σημαντικό να βγούν οι άνθρωποι που θα επανδρώσουν τα κέντρα από τα έξω, να μιλήσουν με τον κόσμο της επαρχίας, να γνωρίσουν τα προβλήματα τους, να ακούσουν τις απόψεις του και κυρίως να σπάσουν τις προκαταλήψεις του διαφωτιζοντάς τους.

Σ' αυτό το επίπεδο της πρόληψης μπορεί να ενεργοποιηθεί και ο νοσηλευτικός κλάδος, θέτοντας σ' εφαρμογή τον ξεχασμένο

θεσμό του επισκέπτη. Η νοσηλεύτρια μπορεί να πλησιάσει τα μέλη της κοινότητας, να εντοπίσει τις πηγές του άγχους της, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν το χώρο τους, να τους ενημερώσει και να επεξεργαστεί δημιουργικά την εμπειρά τους.

Η πρωτογενής πρόληψη σχετίζεται και με το θέμα της οικογένειας, έχει επισημανθεί ο ρόλος της οικογένειας στη δημιουργία ψυχικών προβλημάτων και επομένως πρέπει να δειχθεί η ανάλογη προσοχή.

Β. Η δευτερογενής πρόληψη αφορά τα άτομα που παρουσιάζουν πρόβλημα ψυχικής υγείας. Το βασικό σημείο σ' αυτό το ζήτημα είναι αυτά τα άτομα να μην καταλείξουν "Τρόφιμοι ψυχιατρείου". Εδώ μπαίνει ξανά το θέμα των ψυχοδιαγνωστικών κέντρων. Εφόσον θα έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη προβλήματος, βασικό είναι να εξασφαλισθεί η συνεργασία της οικογένειας του ατόμου πριν φθάσει στο ίδρυμα με όλα τα συνεπακόλουθα του εγκλεισμού αυτού.

Επίσης βασικό μελημα της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών είναι η αλλαγή της αντίληψης γύρω από τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τους λεγόμενους ψυχοασθενείς.

Έτσι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μην οδηγούνται στα ψυχιατρεία και άλλοι άνθρωποι. Εφόσον οι "ασθενείς" διακομίζονται εκεί παρά την θελήσή τους, πολλές φορές με τη συναίνεση της οικογένειάς τους, είναι πολύ δύσκολο αυτός ο χώρος να λειτουργήσει θεραπευτικά χωρίς μάλιστα μια σφαιρική αντιμετώπιση με την οικογενειακή θεραπεία απλώς στιγματίζεται ο ασθενής και απομονώνεται από το χώρο του.

Πρέπει λοιπόν να βρεθούν και να λειτουργήσουν νέα σχήματα μακριά από τα πρότυπα των ψυχιατρείων με τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- 1) Εκούσια προσέλευση των "ασθενών".
- 2) Μη απομακρυνσή τους από την οικογένεια, την εργασία και την κοινωνική τους ζωή, στο βαθμό που το επιτρέπει η κατάσταση τους.
- 3) Προσπάθεια για να δοθεί ένα νέο περιεχόμενο στη ζωή των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα.
- 4) Θεραπευτικά προγράμματα που δεν θα καταφεύγουν στη λύση των ψυχοφαρμάκων και την εξάρτηση των ασθενών από αυτά.
- 5) Καινούργιες μορφές ψυχοθεραπείας.

Γ. Το πρόβλημα της επανένταξης των ατόμων που έχουν από ψυχιατρικά ιδρύματα με ομαλό τρόπο και χωρίς υποτροπές αφορά την τριτογενή πρόληψη.

Σήμερα λειτουργούν προγράμματα επανένταξης και στο χώρο ψυχιατρείων. Είναι σημαντικό να κινητοποιηθούν όμως όχι μόνο οι φορείς, αλλά και το κάθε μέλος της κοινωνίας μας έτσι ώστε το άτομο που επιστρέψει σ' αυτή να βρεί πέρα από σπίτι και δουλειά, ανθρώπινη αντιμετώπιση και ζεστασιά, να βρεί στηρίγματα για να ζήσει ανεξάρτητος και τα κίνητρα για μια νέα ζωή.

Είναι σημαντικό να γίνει συνείδηση ότι το ψυχικό πρόβλημα δεν είναι ένα ατομικό φορτίο για να το κουβαλά ο "άρρωστος" και μάλιστα ισόβια. Η ευθύνη είναι συλλογική και η αδιαφορία, είναι η χειρότερη πρακτική για να αντιμετωπιστεί ένα άτομο που μετά την εμπειρία του εγκλεισμού προσπαθεί να επανέλθει στις δραστηριότητες της ζωής έξω από αυτό. Άλλωστε τα παραδείγματα που έχουμε ως τώρα δείχνουν ότι ο όρος υποτροπή, που συνήθως αντιμετωπίζεται με νέα εισαγωγή σε ίδρυμα, δεν σημαίνει σε πολλές περιπτώσεις νέα έξαρση της νόσου, αλλά αδυναμία του αποθεραπευμένου να βρεί στηρίγματα στην κοινωνία για να ζήσει ανεξάρτητα.

Το συμπέρασμα που βγάζει κανείς εξετάζοντας το θέμα της πρόληψης σε όλα τα επίπεδα, είναι ότι η βασική προϋπόθεση για μείωση των ψυχοπαθολογικών περιστατικών, αλλά και για σωστή αντιμετώπιση αυτών που υπάρχουν, στην ελληνική πραγματικότητα, είναι η ενημέρωση.

Είναι βασικό να μάθουν τα μέλη της κοινωνίας να μην φοβούνται να μιλήσουν για τα προβλημά τους σε θέματα ψυχικής υγιεινής, να μην ντρέπονται για το "προβληματικό" μέλος της οικογενειάς τους. Αν είχε γίνει συνείδηση ότι η απάντηση στο υπερβολικό αίσθημα άγχους ή σε επίμονες αϋπνίες δεν είναι τα ψυχοφάρμακα αλλά η συμβουλή ενός ψυχολόγου, θα μπορούσαμε να μιλάμε για βήματα στο τομέα της πρόληψης.

Για τους προηγούμενους λόγους είναι λοιπόν σημαντικό:

- α) Να πλησιάζουν τα μέλη της κοινωνίας μας άφοβα και χωρίς προκατάληψη τους αρμόδιους για θέματα ψυχικής υγείας.
- β) Οι αρμόδιοι σε θέματα ψυχικής υγείας να πλησιάσουν τους ανθρώπους με ειλικρίνεια και διάθεση να τους βοηθήσουν χωρίς να εμπορευματοποιούν το πρόβλημά τους, χωρίς να προετοιμασθούν να τον καταστείλουν.
- γ) Να αλλάξει γενικά το μοντέλο της ψυχιατρικής και ο τρόπος παροχής ψυχιατρικής συμβουλής ή θεραπείας καταργώντας τη σχέση εξουσιαστή-εξουσιαζόμενου που επικρατεί σήμερα.
- δ) να καθιερωθεί ψυχιατρική εκπαίδευση στο Νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και αρχών τόσο για τη νοσηλεία των ψυχικά ασθενών και την αποκατάστασή τους, όσο και για την πρόληψη της ψυχικής νόσου και των προαγωγή της ψυχικής υγείας. Με την συνεχή επαφή που έχει σε μεγάλο αριθμό ατόμων που ρποσέρχονται στα Γενικά Νοσοκομεία, στα κέντρα Υγείας

αλλά και με το θεσμό της επισκέπτριας αδελφής, μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα στην πρόληψη και στη προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Μόνο αν σπάσει το πλέγμα των προκαταλήψεων ανάμεσα σε θεραπευτές - θεραπευόμενους και "υγιείς" - "ασθενείς" είναι δυνατόν να προχωρήσει το θέμα της πρόληψης με ουσιαστικότερο τρόπο.

Χρησιμοποιώντας τον όρο "ουσιαστικότερη πρόληψη" εννοούμε την πρόληψη εκείνη που θα παρεμβαίνει σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης της κοινωνίας μας με συμβουλευτικούς σταθμούς για την οικογένεια, για τους εργαζόμενους στους χώρους εργασίας τους. Την πρόληψη που θα σέβεται την ελευθερία και το δικαίωμα έκφρασης κάθε ατόμου, που θα διατυπώνει εναλλακτικές προτάσεις ψυχιατρικής νοσηλείας και θα σκύβει πάνω από τους ανθρώπους όχι για να τους πνίξει αλλά να τους στηρίξει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.

Είναι σημαντικό ότι η ψυχιατρική - μια οντότητα με εξαιρετικά μεγάλο αριθμό ασθενών - υπήρξε η τελευταία ειδικότητα που ενσωματώθηκε στο φάσμα της Ιατρικής πριν από ενάμιση περίπου αιώνα.

Πριν από αυτή την περίοδο οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνταν αντικείμενο της φιλοσοφίας και ακόμα πιο παλιά και διαμέσου του Μεσαίωνα ο ψυχικός άρρωστος, εάν δεν ανγοούνταν, θα "φροντίζονταν", (δηλ. θα φυλακίζονταν, θα τιμωρούνταν ή θα εξοκρίζονταν) από "γιατρούς" και κληρικούς.

Οι ψυχικές αρρώστιες διαμέσου των αιώνων - και άσχετα εάν άλλοτε το πνεύμα θεωρήθηκε ξεχωριστό και άλλοτε ενωμένο με το σώμα υπήρξαν πάντοτε δυσκολίες και στη κατανοησή τους και στη θεραπεία τους.

Η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί ψυχικής αρρώστιας ανήκει στη Νεολιθική περίοδο και είναι ο τρυπανισμός. Σύμφωνα με τους ανθρωπολόγους ο τρυπανισμός του κρανίου είχε σαν σκοπό να ελευθερώσει το σώμα του υποκειμένου από τα κακά πνεύματα. Ο τρυπανισμός ήταν ευρυτάτα διαδεδομένος και συνεχίστηκε μέχρι και το Μεσαίωνα.

Αλλά αν ο τρυπανισμός σιγά-σιγά εγκαταλείφθηκε ο σαμανισμός εξακολουθεί να ασκείται ακόμα και σήμερα.

Ο Σαμανισμός προέρχεται από τη λέξη σαμάν που σημαίνει τον άνθρωπο που είναι προικισμένος με την ικανότητα να επικοινωνεί με τα πνεύματα και μέσω κάποιας τελετουργίας θεραπεύει τον ασθενή από τα κακά πνεύματα.

Από το 2.000 π.χ. στην αρχαία Αίγυπτο, στις Ινδίες και στη Κίνα υπάρχουν πολλά τεκμήρια ότι και οι τρεις αυτοί πολιτισμοί γνωρίζουν τις ψυχικές ασθένειες, τις περιγράφουν και τις θεραπεύουν είτε με εξορκισμούς, είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία τραγουδιού (Ινδία), η βελονισμό (Κίνα) κ.λ.π.

Στην αρχαία Ελλάδα υπήρχαν τρεις απόψεις για την ψυχική ασθένεια η λαϊκή άποψη, η ιατρική άποψη και η φιλοσοφική σκέψη.

Σύμφωνα με την λαϊκή άποψη οι θεές του τρόμου Μανία και Ψύσσα καταλαμβάνουν τους ασθενείς και τους κάνουν να περιπλανιούνται ή και να είναι βίαιοι, τα 2 στοιχεία που χαρακτηρίζουν τους ψυχασθενείς. Επίσης τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς θεού Ασκληπιού στα Ασκληπιεία.

Η ιατρική σκέψη (4ος αι. π.χ.) εκπροσωπείται από τον Ιπποκράτη ο οποίος διακήρυξε πρώτος ότι όλες οι αρρώστιες οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις όπως υποστήριζαν οι ιερείς στα Ασκληπιεία. Κατά τον ίδιο οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των "χυμών" του σώματος, που τους προσδιόρισε σε τέσσερις - το αίμα, τη λέμφο, την κίτρινη και τη μαύρη χολή.

Ο Ιπποκράτης περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές - τις λεγόμενες "φρενίτιδες" με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα "υστερεία", "μανία", "μελανγχολία", "αννοία", "παράννοια".

Η φιλοσοφική σκέψη διατυπώθηκε από τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη. Και οι δύο μιλούν για ψυχικές ασθένειες και την κάθαρση ως μέσο θεραπείας. Αλλά ο μεν Πλάτωνας τονίζει τον υπερφυσικό χαρακτήρα της κάθαρσης, ενώ ο Αριστοτέλης την θεωρεί

σαν φυσιολογική εκτόνωση για τα πάθη. Φυσικά το θέατρο αποτελεί την ευρύτετη έκφραση αυτής της ιδέας.

Στους επόμενους αιώνες οι Ρωμαίοι επικρατούν, αλλά κατά κανόνα επαναλαμβάνουν τις απόψεις των Ελλήνων. Σημαντική πρόοδο επιτελεί τον 1ο αιώνα π.χ. ο Ασκληπιάδης ο οποίος διαχωρίζει ψευδαισθήσει και παραισθήσεις ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών και προτείνει θεραπεία μουσικής και διέγερσης των πνευματικών ενδιαφερόντων των ασθενών.

Ο Κικέρων χρησιμοποίησε πρώτος τη λέξη LIBIDO σαν ψυχολογική έννοια (έντονος πόθος) και ισχυρίσθηκε ότι ο ασθενής θα πρέπει να υποφέρει για να θεραπευτεί (αποψη που διατύπωσε αργότερα και ο FREUD).

Τέλος ο Γαληνός προτείνει ότι η υγεία της ψυχής εξαρτάται από την αρμονία μεταξύ του λογικού, του παραλόγου και του ηδονιστικού τμηματός της. Δίνει μεγάλη προσοχή στον κεντρικό νευρικό σύστημα, θεωρώντας τον εγκέφαλο ως την απόρροια των αισθήσεων και τις μνητηκότητας και γενικά, ως την έδρα των ψυχικών λειτουργιών.

Ίσως η πιο σημαντική προσφορά των Ρωμαίων στην ψυχιατρική ήταν η δημιουργία νόμων για τους ψυχοπαθείς με θέσπιση ελαφρυντικών για την ψυχική ασθένεια, και επί Ιουστινιανού (483-565 μ.χ.) και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και τους ασθενείς.

Ο Μεσαίωνας αρχίζει με το θάνατο του Γαληνού (200 μ.χ.) και τελειώνει τον 16ο αιώνα με την εμφάνιση της Αναγέννησης. Χαρακτηριστικά τον Μεσαίωνα είναι: α) η συνέχιση των απόψεων της Ελληνιστικής περί χυμών, χρωματισμένων από προλήψεις, ηθιολογία και φανατική θρησκευτικότητα και β) η συνέχιση της

παραμέλησης και της σκληρής συμπεριφοράς προς τον Ψυχασθενή.

Η εκκλησία γύρω στον 6ο και 7ο αιώνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ψυχική ασθένεια ήταν έργο του Διαβόλου. Στην διαμονολογία, αποφασιστική ήταν η επίδραση των γραπτών του Αγίου Αυγουστίνου.

Εξαιρεση αποτελούν οι Άραβες, οι οποίοι με βάση την μουσουλμανική πίστη ότι ο ψυχασθενής είναι αγαπητός και διαλεγμένος από το Θεό, αναπτύσσουν ανθρωπιστική αντιμετώπιση και δημιουργούν άσυλα για τους ψυχασθενείς.

Αν η δαιμονολογία άρχισε στον Μεσαίωνα εντούτοις έφτασε στο αποκορυφωμα της στην Αναγέννηση. Ταυτόχρονα όμως διάφορες σημαντικές μορφές αρχίζουν να πηγαίνουν ενάντια σε αυτή την δαιμονολογία και αρχίζει να αναδύεται ο ανθρωπισμός.

Ο Ισπανός JUAN LUIS VIES γύρω στο 1524 περιγράφει λεπτομερέστατα τον τρόπο λειτουργίας ψυχιατρικών νοσοκομείων που πρέπει να δημιουργηθούν και εισάγει τις έννοιες της αμφιθυμίας των συνειρμών και της συνδεσής τους με τα συναισθήματα. Θεωρείται ο Πατέρας της εμπειρικής ψυχολογίας.

Ο Ολλανδο_Γερμανός HÖHAN WEYER θεωρείται ο πρώτος ψυχίατρος. Στα βιβλία του περιέγραψε συστηματικά ψυχικές ασθένειες, υπεραμύνθηκε των μαγισσών εξηγώντας το φαινομενό τους κάτω από το ψυχιατρικό πρίσμα. Η Αναγέννηση και ο αιώνας του Διαφωτισμού αναγνώρισαν στον άνθρωπο τα αναφαίρετα δικαιωμάτα του, απέδωσαν και κατοχύρωσαν την ανθρώπινη του διάσταση και προσωπική του ευθύνη. Αναγνωρίστηκε τότε για πρώτη φορά ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι παιολογικές καταστάσεις. Αυτή είναι η πρώτη επανάσταση στην Ψυχιατρική. Θεωρείται ότι το

πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο ιδρύθηκε στην Βαλένθια το 1409 με ευθύνη ενός ιερωμένου. Ανάλογα ιδρύματα δημιουργήθηκαν σταδιακά σε όλη την Ευρώπη. Επί των ημερών του Μεγάλου Πέτρου το 17ο αι., ιδρύονται στη Ρωσία νοσοκομεία για τους ψυχικά πάσχοντες.

Κάτι όμως, ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι από το Μεσαίωνα κιόλας, υπάρχει η πόλη FHEEL του Βελγίου που λειτουργεί σαν πρότυπο κέντρο θεραπείας ψυχικά ασθενών. Εκεί όλη η πόλη φρόντιζε τους ψυχασθενείς και είχε αναπτύξει ένα σύστημα περίθαλψης σε κοινοτική βάση.

Στα τέλη του 18ου αι. ο Γάλλος PHILIPPE PINEL τολμά να απελευθερώσει τους ασθενείς από τις αλυσίδες τους. Ο PINEL στη Γαλλία και Ο TUKE στην Αγγλία διακήρυξαν ότι ο ψυχασθενής ήταν άνθρωπος που χρειαζόνταν μία ανθρωπιστική μεταχείριση. Χρειαζόταν: εκπαίδευση τόσο εκείνοι που ήταν υπεύθυνοι για τη φροντίδα των ψυχοπαθών, όσο και το κοινωνικό σύνολο. Το 1891 η πρώτη σειρά μαθημάτων οργανώθηκε στην Αγγλία για κείνους που φρόντιζαν τους ψυχασθενείς.

Ο Πινέλ, ο Τιούκ καθώς και η Ντόροθι Ντίκς στην Αμερική και ο Βιντσέντζο Κιαρούγκι στην Ιταλία, ήταν αυτοί που πήραν αξιοθαύμαστες πρωτοβουλίες για αλλαγές στις συνθήκες λειτουργίας των ψυχιατρείων. Στο τέλος του 19ου αι. η Αγγλία με κοινοβουλευτική Πράξη δέχεται επίσημα την ευθύνη για τη φροντίδα των ψυχιατρείων και αναθέτει αυτό το καθήκον στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και ταυτόχρονα παραδεχόταν ότι το άτομο με ψυχική αστάθεια χρειάζεται την προστασία του νόμου από όσους θα ήταν τόσο ασυνείδητοι ώστε να εκμεταλευθούν την αναπηρία του.

Η "πράξη των τρελών" του 1890 ξεκάθαρα, καθόριζε τις

περιστάσεις κάτω από τις οποίες η κοινωνία είχε το δικαίωμα να προστατέψει τον εαυτό της από εκείνους που θα μπορούσαν να προκαλέσουν κάποιο κακό, σαν αποτέλεσμα κάποιας φυσικής διαταραχής. Καθόριζε την υπευθυνότητα της τοπικής αρχής να προσφέρει φροντίδα και προστασία σε όλους όσους πιστοποιούνταν ότι είχαν την ανάγκη της και έθετε με λεπτομέρεια το βαθμό που ένας άνθρωπος στερημένος της ελευθερίας του μετά από πιστοποίηση είχε δικαίωμα προστασίας.

Οι Κοινωνιολόγοι, υποστηρίζουν ότι η τελική επικράτηση των ψυχιατρικών ασύλων του 19ου αιώνα, αποτελεί επακόλουθο της ανόδου της αστικής τάξης και της ανάπτυξης της βιομηχανίας και της αστυφιλίας, που είχε σαν αποτέλεσμα την αδυναμία της οικογένειας να ανταποκριθεί στο παραδοσιακό ρόλο περίθαλψης των χρόνιων αναξιπαθούντων μελών της.

Οι απόψεις του Φρόυντ και οι ανακαλύψεις του Παυλώφ αναδιατάσσουν τις αντιλήψεις για την ψυχική αρρώστεια με την εμφάνιση στις εσωτερικές δυνάμεις του ανθρώπου από την ψυχανάλυση και την αναγνώριση της μεγάλης επίδρασης των εξωτερικών παραγόντων από ολόκληρο το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, από τη θεωρία της μάθησης. Οι ανακαλύψεις αυτές συνιστούν την δεύτερη ψυχιατρική επανάσταση.

Το 1930 με την "Πράξη Ψυχιατρικής Αντιμετώπισης" έγινε δυνατό να μπορεί να αντιμετωπίζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο εθελοντικά ή σαν προσωρινός ασθενής, χωρίς νομικές διατυπώσεις. Πρίν από την "Πράξη Ψυχιατρικής Αντιμετώπισης" είχε προηγηθεί μια παρόμοια πράξη στη Σκωτία και στην Αγγλία με μια ειδική πράξη του κοινοβουλίου, η οποία έδινε στο Νομαρχιακό Συμβούλιο, του Λονδίνου, άδεια να αντιμετωπίζει εθελοντικά ασθενείς στο

Νοσοκομείο MAUNDSLEY.

Για να δοθεί έμφαση στην αναγνώριση της ψυχικής διαταραχής σαν νόσου, το όνομα "άσυλο", μεταράπηκε σε "Ψυχιατρικό Νοσοκομείο", η λέξη "ασθενής" αντικατέστησε τη λέξη "φρενοβλαβής".

Σιγά-σιγά άρχισε να γίνεται συνείδηση, η ανάγκη αλλαγής της νομοθεσίας που σχετιζόνταν με την ψυχική διαταραχή και εξακολουθούσε να είναι σύνθετη και περιοριστική. Ιδιαίτερα εκφράστηκε ανησυχία για το γεγονός, που πολλοί από τους ασθενείς που βρίσκονταν στα ιερόματα δεν φαινόταν να παίρνουν τόσο γρήγορα εξιτήριο, όσο ήταν επιθυμητό. Μία βασιλική επιτροπή συστάθηκε το 1954 να ερευμησει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούσε ο νόμος και να κάνει συστάσεις για αλλαγή. Σαν αποτέλεσμα της Επιτροπής πέρασε η "Πράξη Ψυχικής Υγείας" το 1959 και η "Πράξη Ψυχικής Υγείας" της Σκωτίας το 1960.

Η ουσία αυτών των πράξεων αντικαθρεπίζεται στον τίτλο τους. Ψυχική υγεία παρά νόσος είναι το αντικειμενό τους.

Όλη η προηγούμενη νομοθεσία που σχετιζόταν με την ψυχική νόσο και τη νοητική ανεπάρκεια ήταν τώρα ξεπερασμένη και ο σκοπός των νέων Πράξεων ήταν να απομακρύνει όλες τις διαφορές ανάμεσα στο τρόπο που αντιμετωπίζονταν οι άνθρωποι που υπόφεραν από σωματική και ψυσική διαταραχή.

Ο όρος Ψυχική διαταραχή εισήχθει για να καλύψει όλες τις ψυχιατρικές καταστάσεις. Για τους σκοπούς της Πράξης του 1959 αυτές οι διαταραχές είχαν ταξινομηθεί σε:

1. Ψυχική νόσο.
2. Διανοητική καθυστέρηση.
3. Σοβαρή διανοητική καθυστέρηση
4. Ψυχοπαθητικές διαταραχές.

Η πράξη καταργεί τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία σαν ιδιαίτερα σχεδιασμένα νοσοκομεία.

Όλοι οι ασθενείς τώρα έχουν την ευκαιρεία να εισαχθούν σε όλα τα νοσοκομεία που μπορούν να τους προσφέρουν νοσηλεία. Όλα τα νοσοκομεία μπορούν να προσφέρουν θεραπευτική αντιμετώπιση στο κάθε ασθενή που αισθάνονται ότι μπορούν να βοηθήσουν και μπορούν επίσης να αρνούνται να εισάγουν ασθενείς. Ξεκάθαρα, πολλά νοσοκομεία συνεχίζουν να εξειδικεύονται σ' ορισμένους τρόπους θεραπειών και πολλοί ψυχιατρικοί ασθενείς, χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα, αλλά δεν υπάρχει νομικός περιορισμός για τα άλλα νοσοκομεία ή τους ασθενείς.

Οι περισσότεροι ασθενείς που υποφέρουν από "Ψυχική διαταραχή" εισάγονται στο νοσοκομείο με τον ίδιο ακριβώς τρόπο σαν να υπέφεραν από μια οποιαδήποτε άλλη νόσο. Ελάχιστοι μόνο ασθενείς χρειάζονται να εισαχθούν ή να κατακρατηθούν παρά τη θελήσή τους. Ιατρικά πιστοποιητικά από δύο γιατρούς είναι αρκετά για την εισαγωγή τους. Και εάν οι ασθενείς πιστεύουν ότι κατακρατούνται άδικα μπορούν να προσφύγουν σε ειδικές επιτροπές.

Το ψυχιατρικό άσυλο, όμως παραμένει κυρίαρχο μέχρι τα μέσα του 20ου αιώνα, διαμορφώνοντας τις γνωστές απαράδεικτες συνθήκες της ιδρυματοποίησης και απομόνωσης των ψυχικά πασχόντων.

Ήδη όμως, από τις αρχές του αιώνα μας αρχίζουν οι πρώτες αναζητήσεις για περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων έξω από τα ψυχιατρεία.

Το 1902 δημιουργείται η πρώτη ψυχιατρική μονάδα Γενικού Νοσοκομείου στο "ALBANY HOSPITAL" της Ν. Υόρκης. Επίσης ο Αμερι-

κάνος ψυχίατρος ADOLF MEYER υποστηρίζει την άοψη για Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ψυχικά αρρώστου και το 1913 αναπτύσσονται θεραπευτικές δραστηριότητες από γενικούς γιατρούς για θεραπεία ψυχικά ασθενών έξω από τα ψυχιατρεία.

Στην Σοβ. Ένωση δημιουργείται στη Μόσχα το πρώτο νοσοκομείο ημέρας το 1933 από τον Ζαχάρωφ. Στη Δύση το πρώτο νοσοκομείο ημέρας δημιουργήθηκε στο Μόντρεαλ του Καναδά.

Η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων το 1953 βοήθησε πολλούς ασθενείς να αποφύγουν την εισοδό τους στο νοσοκομείο ή να μείνουν για λίγο.

Ο όρος Κοινωνική Ψυχιατρική είχε ήδη καθιερωθεί στην δεκαετία του 1930 ανάμεσα στους κύκλους των Κοινωνιολόγων στις Η.Π.Α, αλλά μετά το 1940 γίνεται αποδεκτή ευρύτατα σαν επιστήμη και σαν ψυχιατρική ιδεολογία. Το 1954-55 υπήρξε η χρονιά ορόσημο στην παραπέρα καθιέρωση της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Ο RENNIE δημιουργεί στη Ν. Υόρκη σχολή Κοινωνικών ψυχιάτρων.

Στη δεκαετία του 1960 και μετά τα ρώπα εντυπωσιακά αποτελέσματα των πρώων κοινωψυχιατρικών ερευνών και παράλληλα με την φιλελευθεροποίηση της σωστερικής πολιτικής των Η.Π.Α, η Κοινωνική Ψυχιατρική στρέφεται σε αυτό που ονομάζουμε Κοινοτική Ψυχιατρική. Το 1963 με την ομοσπονδιακή νομοθεσία για τα κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, δίνεται το πράσινο φώς για την διρυση των πρώτων Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής στι Η.Π.Α. για να φτάσουν το σημερινό αριθμό των 750 περίκου κέντρων. Παράλληλα, μέσω των διεθνών προγραμμάτων της Παγκόσμιας Οργαν. Υγείας, η Κοινοτική Ψυχιατρική διαδίδεται και στην Ευρώπη.

Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή έχει χαρακτηριστεί σαν η τρίτη και σημαντικότερη επανάσταση στο χώρο της Ψυχιατρικής. Με

Με την Κοινοτική Ψυχιατρική η θεραπεία και η προφύλαξη του ψυχικά ασθενή μεταφέρεται από τα ψυχιατρεία στην Κοινότητα με τις τοπικές κλινικές, τις υπηρεσίες αποκατάστασης, τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων, τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής.

ΕΞέλιξη της Ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Πολύ πριν από τη δημιουργία του σύγχρονου Ελληνικού κράτους και για αρκετό καιρό αργότερα, οι ψυχιατρικά άρρωστοι έβρισκαν καταφύγιο σε κάποιο από τα διάφορα μικρά ή μεγάλα μοναστήρια.

Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1883 σε κτίριο που στέγαζε στρατιωτικές φυλακές από την αγγλική κατοχική διοίκηση, στην Κέρκυρα και λειτουργεί ακόμα εκεί ενώ άλλα παρόμοια ιδρύματα σε νησιά του Αιγαίου, όπως η Σάμος, και η Σύρα, έχουν από καιρό κλείσει. Το 1905 ιδρύθηκε η πρώτη Πανεπιστημιακή Κλινική στην Ελλάδα, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο. κατόπιν ιδρύθηκε το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών στο Δαφνί.

Στο τέλος του πολέμου, ο υπερκορεσμός των νοσοκομείων από κάθε είδος ψυχιατρικών αρρώστων οδήγησε στη δημιουργία μιας πρώτης αποικίας ανιάτων στις εγκαταστάσεις του Λοιμοκαθαρτήριου Σαλαμίνας και από το 1965 στην αποικία ψυχοπαθών στη Λέρο, στο Νοτιανατολικό Αιγαίο που γρήγορα απέκτησε φήμη παραμελημένου άσυλου.

Η Ελλάδα καθυστέρησε πολύ στην επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση των νέων διαστάσεων της ψυχιατρικής για ανοικτή ψυχιατρική περίθαλψη. Έτσι μόλις στη δεκαετία του 1980 η πολιτεία ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία και η νοσοθεσία επιτέλους δημιούργησε τις προϋποθέσεις για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας.

Κοινωνική Ψυχιατρική και πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Ο βασικότερος στόχος των νέων αντιλήψεων στο χώρο της ψυχιατρικής είναι η αλλαγή των παραδοσιακών αντιλήψεων των μορφών θεραπείας με τη δημιουργία πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην κοινότητα.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην ψυχική υγεία ταυτίζεται με την Κοινωνική Ψυχική Υγείνη. Το δίκτυο της Κοινωνικής Ψυχικής Υγείνης δεν περιορίζεται στο παραδοσιακό ρόλο της Ιατρικής αντιμετώπισης, αλλά επεκτείνεται και σε θέματα πρόληψης και αποκατάστασης. Στην πράξη υπηρετεί μια νέα επιστημονική αντίληψη για τη σημασία και το ρόλο των κοινωνικών σχέσεων στην υγεία και την ανθρώπινη ευεξία.

Η αντίληψη της Κοινωνικής Ψυχικής Υγείνης είναι διαφορετική εκείνης της παραδοσιακής ψυχιατρικής και στηρίζεται σε διαφορετικές αρχές, αίτια και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Οι διαφορές μεταξύ παραδοσιακής και κοινωνικής ψυχιατρικής περιγράφονται στο πίνακα.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗΣ

<u>Πεδία Σύγκρισης</u>	<u>Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή</u>	<u>Παραδοσιακές Κλινικές Υπηρεσ.</u>
1. Τόπος επέμβασης	Δράση στη Κοινότητα	Δράση σε παραδοσιακά ψυχιατρικά ιδρύματα.
2. Επίπεδο επέμβασης	Έμφαση σε συνολική ή καθορισμένη κοινότητα.	Έμφαση σε ξεχωριστά άτομα.
3. Είδος υπηρεσιών	Έμφαση στη Πρόληψη	Έμφαση στις θεραπευτικές υπηρεσίες.
4. Τρόπος παροχής	Έμφαση σε έμμεσες υπηρεσίες μέσω συμβουλευτικής και εκπαίδευσης.	Έμφαση στις άμεσες κλινικές υπηρεσίες
5. Στατηγική υπηρεσιών	Οι στρατηγικές έχουν σκοπό την εξυπηρέτηση μεγάλου αριθμού ατόμων.	Έμφαση σε μακροχρόνιες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους.
6. Είδος σχεδιασμού	Ρεαλιστικός σχεδιασμός που σκοπεύει στην εκπλήρωση αναγκών σε πληθυσμούς με ψηλό δείκτη, επικινδυνότητας και με συντονισμό των υπηρεσιών.	Ξεχωριστές υπηρεσίες χωρίς σχεδιασμό, χωρίς κοινοτικό συντονισμό ένα σύστημα "ελεύθερης αγοράς".
7. Προσωπικό	Επαγγελματίες Ψυχ. υγείας μαζί με νέες πηγές προσωπικού (π.χ. φοιτητές)	Επαγγελματίες παραδοσιακής ψυχικής υγείας (ψυχιάτροι, ψυχολόγοι κ.λ.π.).
8. Λήψη αποφάσεων	Μοιρασμένη ευθύνη για έλεγχο και λήψη αποφάσεων σε σχέση με προγράμματα Ψ.Υ. μεταξύ κοινότητας-επαγγελματιών.	Επαγγελματικός έλεγχος όλων των υπηρεσιών Ψ.Υ.
9. Αιτιολογικές υποθέσεις	Περιβαντόλογικες αιτίες ψυχικής διαταραχής	Ενδοψυχικές αιτίες ψυχικής διαταραχής.

(ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΤΑ BLOOM 1973)

Η σημασία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθορίζεται στη διακήρυξη της ALMA-ATA της Π.Ο.Υ. Η φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τονίζει τον εξανθρωπισμό του συστήματος υγείας με αποκέντρωση της ευθύνης περίθαλψης από τους μεγάλους νοσοκομειακούς οργανισμούς στη Κοινότητα, όπου οι άνθρωποι ζούν και εργάζονται. Η διακήρυξη τονίζει επίσης την ανάγκη της πιο αποτελεσματικής χρήσης των οικονομικών πόρων την αναγνώριση των ομάδων υψηλού κινδύνου και των θεραπευτικών προτεραιοτήτων. Πρέπει να παρέχεται ένα βασικό επίπεδο περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες των ατόμων και των κοινοτήτων τους. Αυτές οι διαδικασίες σε επίπεδο κοινότητας συμβάλουν στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ατόμων, στην υπεύθυνη συμμετοχή τους σε θέματα υγείας και στην αύξηση της αυτοεκτίμησής τους.

Το δίκτυο Κοινοτικής Ψυχικής υγιεινής πρέπει να είναι στενά συνδεδεμένο με τα συστήματα κοινωνικών υπηρεσιών για εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς λόγους. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι προσιτές στο κοινό και να παρέχονται με ίδια κριτήρια σε όλους.

Οι βασικές αρχές όπως αναφέρονται από το Π.Ο.Υ είναι οι εξής:

1. Η εφαρμογή προγραμμάτων δημόσιας ψυχικής υγείας πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματική και παράλληλα όσο το δυνατόν φτηνότερη.
2. Τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να ωφελούν ένα σημαντικό ποσοστό πληθυσμού για τον οποίο σχεδιάστηκαν να υπηρετούν.
3. Οι μέθοδοι και οι τεχνικές πρέπει να είναι απλές και εύκολες στη χρήση τους, έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμο-

ποιηθούν και από λιγότερα εκπαιδευμένα άτομα.

4. Τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να μπορούν να λειτουργούν με την χρησιμοποίηση ενός ελαχίστου ρυθμού υψηλής εκπαίδευσης. Στο σχεδιασμό υπηρεσιών είναι αναγκαίος ο προγραμματισμός των πόρων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτό απαιτεί γνώση του ποσού που διατίθεται στην κοινότητα από πηγές κρατικές, ιδιωτικές ή κοινωνικές. Η κατανομή των επιχορηγήσεων γίνεται, ώστε να μειωθούν οι ανισότητες στις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης, μεταξύ ατόμων ή κοινωνικών ομάδων. Ο σχεδιασμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης κινείται με βάση τους οικονομικούς και κοινωνικούς πόρους της κοινότητας στα πλαίσια συμμετοχικών και αποκεντρωτικών διαδικασιών.

Οι πλέον σημαντικοί παράγοντες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι η δυνατότητα πρόσβασης, η ποιότητα και η καθολικότητα των υπηρεσιών.

Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργεί η πρωτοβάθμια περίθαλψη έτσι ώστε να προσδιορίζονται τα θετικά ή αρνητικά δεδομένα και οι εναλλακτικές δυνατότητες όσο αφορά τη βελτίωση.

Η δυνατότητα πρόσβασης καθορίζεται από διάφορους παράγοντες: γεωγραφικούς (απόσταση, μεταφορικά μέσα), οικονομικούς (κόστος περίθαλψης), ή παράγοντες σχετικούς με τις πεποιθήσεις απέναντι στην υγεία ή στην ψυχική ασθένεια καθώς, επίσης, και τις γνώσεις σε σχέση με τις υπηρεσίες. Η δυνατότητα γεωγραφικής πρόσβασης βελτιώνεται με την αποκέντρωση και τη δίκαιη κατανομή των πόρων για την υγεία. Η εξάλειψη ή μείωση των οικονομικών διαφορών σε συνδιασμό με την εκπαίδευση σε θέματα υγείας, θα αυξήσει τη δυνατότητα, χρησιμοποίησης των υπηρεσιών

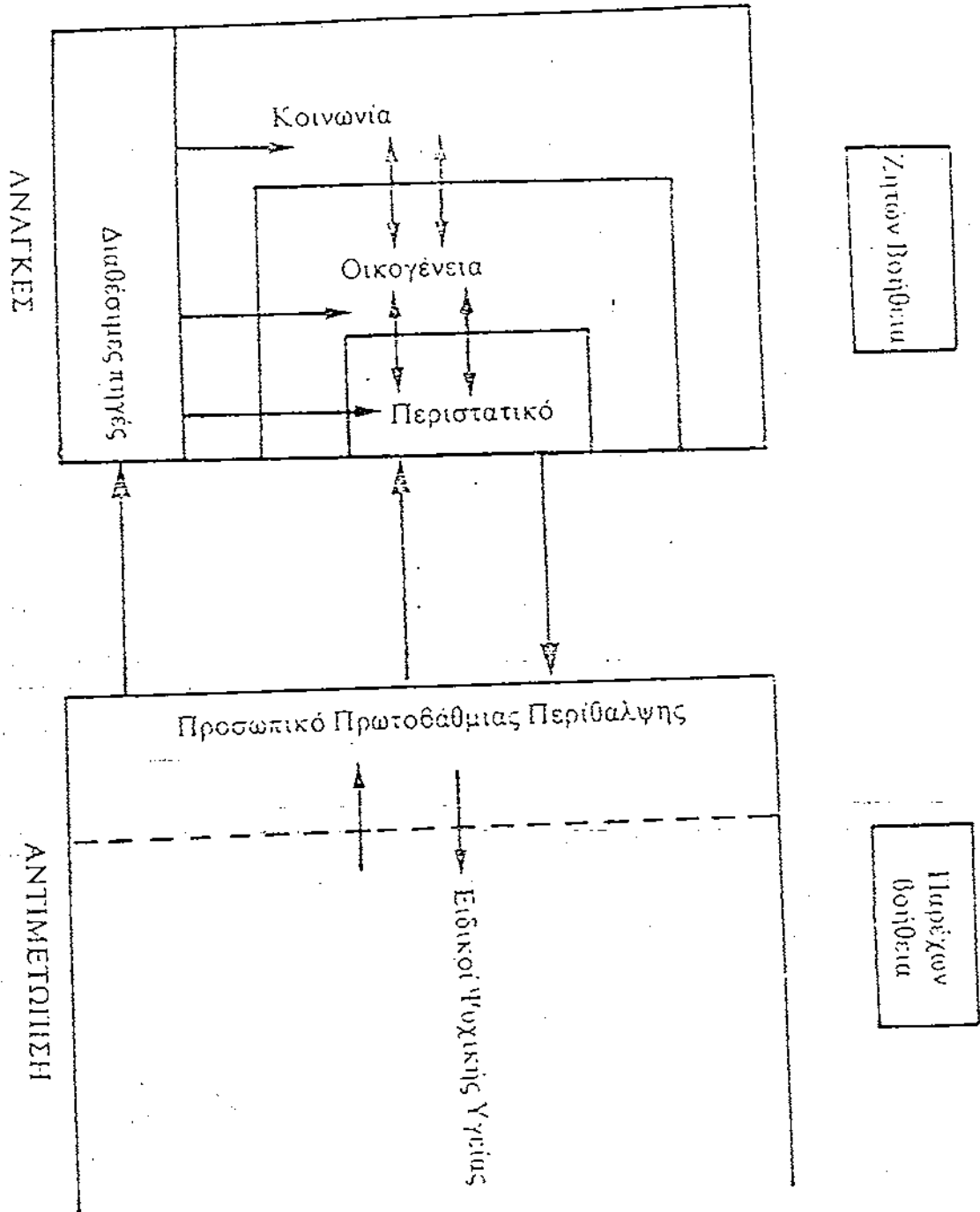
της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η ποιότητα καθορίζεται ανάλογα με τις λειτουργικές δομές των υπηρεσιών, όπως το είδος του προσωπικού, ο διαθέσιμος εξοπλισμός και η ύπαρξη υποστηρικτικών διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών.

Η έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια με οδηγό τη διακήρυξη του W.H.O. (1978), η οποία αντικατροπτίζει τη διεθνή συμφωνία όσο αφορά τις βασικές αρχές των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Ένα άρθρο της διακήρυξης της ALMA-ATA αναφέρει ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη πρέπει "να αντιμετωπίζει τα κύρια προβλήματα υγείας σε μια κοινότητα, παρέχοντας υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, όπως αρμόζει σε κάθε περίπτωση. Ειδικότερα η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει την εκπαίδευση και αγωγή σχετικά με τα συχνότερα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και καταπολεμησής τους.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναδύεται σαν ένα σύστημα που απαιτείται ολοκλήρως α) οριζοντίως, σε "όλους τους τομείς και τις πλευρές ανάπτυξης που έχουν σχέση μ' αυτόν, τόσο σε εθνικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο και ιδιαίτερα τη γεωργία, την κτηνοτροφία, την βιομηχανία τροφίμων, την παιδεία, τα δημόσια έργα, τις επικοινωνίες και άλλους τομείς και όλες τις συντονισμένες προσπάθειες όλων των τομέων" και β) καθέτως στο ότι "πρέπει να έχει την υποστήριξη των τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία που αποτελούν τις κύριες δευτεροβάθμιας περίθαλψης ώστε να περιθάλλονται οι ασθενείς σ' αυτά". Η συνεργασία είναι απαραίτητη ώστε να αποτελούν ένα λειτουργικό σύνολο,



οδηγώντας στην προοδευτική βελτίωση μιας ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία όλων δίνοντας προτεραιότητα σ' αυτούς που έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες.

Σε έκθεση του Π.Ο.Υ. αναφέρεται ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιγράφεται σαν το κέντρο του συστήματος υγείας γύρω από το οποίο τοποθετούνται τα άλλα επίπεδα του συστήματος, οι δραστηριότητες των οποίων συγκλίνουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, έτσι ώστε να την υποστηρίζουν και να της επιτρέπουν να παρέχει βασική περίθαλψη υγείας σε μια συνεχή βάση.

Η εκτελεστική Επιτροπή του Π.Ο.Υ. διατύπωσε στρατηγικές για την επίτευξη των στόχων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για "ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας για όλους τους ανθρώπους του κόσμου μέχρι το 2.000 που θα τους επιτρέπει να ζήσουν μια κοινωνική και οικονομικά παραγωγική ζωή". Τα μέτρα που αναφέρονται σαν αναγκαία για την παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνουν την κοινωνική υποστήριξη, την κατάλληλη τεχνολογία και επιστημονικό προσωπικό, την απαραίτητη διαδικασία παραπομπής, την έρευνα, τον επαναπροσδιορισμό του υπάρχοντος συστήματος και την υποστήριξη των άλλων τομέων.

Η αποκέντρωση της έδρας λήψης, αποφάσεως και η εφαρμογή είναι ένα σημαντικό θέμα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ο σχεδιασμός σε επίπεδο περιφέρειας μπορεί να λύσει το χάσμα μεταξύ σχεδίου και πραγματικότητας. Όταν οι τοπικοί επαγγελματίες υγείας, έρχονται σε επαφή με άτομα άλλων υπηρεσιών και με αντιπροσώπους κοινοτικών οργανισμών, είναι σε θέση να βρίσκουν καλύτερες λύσεις σε τοπικά προβλήματα απ' ό,τι υψηλά ιστάμενοι κυβερνητικοί εκπρόσωποι.

Η συμμετοχή της Κυβέρνησης.

Είναι γενικά παραδεκτό, ότι η συμμετοχή της κοινότητας είναι μια θεμελιώδης αρχή στην προσέγγιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο όρος αναφέρεται σε υπευθυνότητες που δίνονται σε μέλη της κοινότητας ή οργανισμούς (πολιτιστικοί σύλλογοι, εκκλησία, σύλλογοι γονέων κ.λ.π.) έτσι ώστε να έχουν ένα ενεργό ρόλο στην προώθηση της υγείας.

Η ουσιαστική συμμετοχή προϋποθέτει δυνατότητα συναπόφασης στη διαδικασία κατανομής κοινωνικών πόρων. Τοπική Αυτοδιοίκηση, χωρίς αρμοδιότητες οικονομικής φύσης στερείται και του αναλόγου μηχανισμού καθορισμού προτεραιοτήτων με βάση τις τοπικές κοινωνικές ανάγκες. Όταν οι δημοτικές αρχές έχουν τον αποφασιστικό λόγο στη διαχείριση και κατανομή των φορολογικών εσόδων, με κριτήριο τις κοινοτικές αρχές, τότε μπορούν να ασκήσουν αποτελεσματική εποπτεία στις υπηρεσίες υγείας.

Τέτοιες συμμετοχικές διαδικασίες, από το επίπεδο προγραμματισμού μέχρι το στάδιο της υλοποίησης, βελτιώνουν την επικοινωνία μεταξύ πληθυσμού και των υπηρεσιών υγείας και δημιουργούν καλύτερες συνθήκες συνειδητοποίησης των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και των δραστηριοτήτων και ρόλων του κάθε ατόμου στην προώθηση της υγείας.

Η συμμετοχή των μελών της κοινότητας μπορεί να συμβάλλει επίσης στην καλύτερη κατανόηση των παραδοσιακών αξιών, πεποιθήσεων και στάσεων στο σύστημα υγείας. Η συμμετοχή μπορεί να θεσμοποιηθεί με τη δημιουργία συμβούλου ψυχικής υγιεινής.

Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα.

Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα βρίσκεται σε κρίσιμη περίοδο. Όταν εξεταστεί στο συνολό της είναι παραδοσιακή τόσο ως προς το σύστημα υγείας όσο και ως προς την ψυχιατρική μέθοδο αυτή καθαυτή. Το χειρότερο όμως είναι ότι μια αποδιοργανωμένη, ανεπαρκής άνιση και αποτυχημένη περίθαλψη. Υπάρχουν βέβαια εξαιρέσεις σε μικρά πρωτοποριακά και εξαιρετικά καλά οργανωμένα ιδρύματα, αλλά αυτά καλύπτουν μόνο ένα ελάχιστο τμήμα των αναγκών. Το πρώτο τέτοιο ίδρυμα λειτουργεί εδώ και 25 χρόνια στην Αθήνα. Πρόκειται για το κέντρο ψυχικής υγιεινής.

Είναι γεγονός, ότι ο παραδοσιακός τρόπος περίθαλψης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, είναι ξεπερασμένος και μη αποδεκτός από την "κοινή γνώμη", από τα Μ.Μ.Ε. και από μια μεγάλη μερίδα επιστημόνων ψυχικής υγείας. Ο νόμος για το Ε.Σ.Υ αποτέλεσε δίγουρα μια σημαντική πρόοδο σε σχέση με το παρελθόν. Το πρόβλημα όμως της Υγείας και ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας δεν είναι ζήτημα "νομοθετικών ορισμών" αλλά κυρίαρχα η δημιουργία μιας άλλης αντίληψης για την υγεία που διαμορφώνεται μέσα στους κοινωνικούς αγώνες, εκφράζεται στους επιστημονικούς χώρους και εφαρμόζεται στις υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

Αυτή την περίοδο στην Ελλάδα η μάχη δεν δίνεται ανάμεσα στη σύγχρονη αντίληψη της κοινωνικής υγιεινής και την ασυλιακή νοσηλεία αλλά ανάμεσα στη Δημόσια κλειστή νοσηλεία και στην ιδιωτική κλειστή νοσηλεία. Το κρίσιμο σημείο για την εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ελλάδα είναι εάν η κύρια μορφή νοσηλείας θα παραμείνουν τα ψυχιατρεία επικουρούμενα με το μικρό αριθμό

598 κλινών Ψυχιατρικών Τμημάτων στα Νοσοκομεία , που έχουν προγραμματιστεί να λειτουργήσουν ή θα γίνει το άλμα για μια άλλη αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας στα πλαίσια της ίδιας της κοινωνίας.

Η παρούσα κατάσταση.

Η απαράδεκτη κατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα ώθησε την κυβέρνηση αλλά και διεθνείς οργανισμούς, Ε.Ο.Κ. και Π.Ο.Υ σε προσπάθειες για την αλλαγή τους. Ειδικοί επιστήμονες επισκέφτηκαν την χώρα και περιέγραψαν την κατάσταση. Έκθεση στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο το 1984 περιγράφει ως εξής την κατάσταση: "Η ύπαρξη των μεγάλων δημόσιων ψυχιατρικών ασυλιακού χαρακτήρα, με αριθμό κλινών από 400 έως 2.700, με απαράδεκτες χαμηλές συνθήκες νοσηλείας, με ανεπάρκεια προσωπικού και με χρόνο νοσηλείας που συχνά ξεπερνούσε το έτος ή και παραμονή εφ' όρου ζωής. Υπάρχει ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο και ένα δημόσιο Παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο.

Η λειτουργία μικρών ιδιωτικών κλινικών, με 50-150 κρεβάτια όπου σε μερικές οι ξενοδοχειακές συνθήκες νοσηλείας ήταν ικανοποιητικές αλλά η παρέχόμενη περίθαλψη κρίνεται ότι συχνά δεν είναι καλύτερη από τα δημόσια ψυχιατρεία.

Η έλλειψη ενδιάμεσων υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης: Δεν λειτουργούσαν ψυχιατρικές μονάδες σε γενικά νοσοκομεία, μονάδες μερικής νοσηλείας, κοινωνικές υπηρεσίες για τους ψυχιατρικούς ασθενείς, ξενώνες, κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης. Υπήρχαν μόνο λίγες πρότυπες μονάδες, που δεν κάλυπταν παρά ένα ελάχιστο μέρος των αναγκών. Η εξάρτηση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από τα νευροψυχιατρικά ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και από τα ιδιωτικά ιατρεία νευρολόγων-ψυχιάτρων.

Η αναχρονιστική εκπαίδευση και η ποσοτική και ποιοτική ανεπάρκεια του προσωπικού που απασχολείται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, ψυχιατρικές νοσηλεύτριες-τες, εργασιοθεραπευτές, θεραπευτές εργασίας κ.α.

Η συγκέντρωση των γιατρών και των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνας-Θεσσαλονίκης.

Η έλλειψη ειδικών παιδοψυχιατρικών μονάδων καθώς και μονάδων για εφήβους.

Η έλλειψη αρκετών και καλά οργανωμένων υπηρεσιών για τους διανοητικά ανάπηρους.

Με οδηγό δράσης το Νόμο για το Ε.Σ.Υ έχει αρχίσει η σταδιακή εφαρμογή του νέου συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η περιγραφή της παρούσας κατάστασης, της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα είναι δύσκολη επειδή επιχειρούνται αλλαγές στο χώρο της Δημόσιας Ψυχιατρικής. Οι αλλαγές επιχειρούνται με βάση το πενταετές πρόγραμμα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση που χρησιμοποιείται από την Ε.Ο.Κ. και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Ιδιαίτερο θετικό ρόλο διαδραματίζει η πολιτική του Ο.Α.Ε.Δ που χρηματοδοτεί αρκετά προγράμματα τα οποία αφορούν αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Επειδή όμως οι προγραμματισμένες αλλαγές με βάση το πενταετές πρόγραμμα έχουν καθυστερήσει γίνονται ενέργειες για χρονική του επέκταση.

Οι κύριες μορφές περίθαλψης ανήκουν στο Δημόσιο Τομέα και στον Ιδιωτικό. Ο Δημόσιος τομέας περιλαμβάνει τα Ψυχιατρεία, τα ψυχιατρικά τμήματα Γεν. Νοσοκομείων, τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και τα ιατρεία των δημοσίων ασφαλιστικών οργανισμών της ρητοβάθμιας περίθαλψης. Ο ιδιωτικός τομέας διαθέτει

τις ιδιωτικές κλινικές και τα ιδιωτικά γραφεία των ψυχιάτρων και ψυχολόγων.

Μερικές βασικές επισημάνσεις είναι σκοπιμο να αναφερθούν. Με απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, που είναι το αρμόδιο όργανο της πολιτείας για προγραμματισμό σε θέματα υγείας, δεν επιτρέπεται η αύξηση κλινών στα υπάρχοντα ψυχιατρεία. Ενώ γίνεται σταδιακά μείωση κλινών. Δεν προωθήθηκε η ίδρυση και νέων ψυχιατρείων 200 κλινών αν και υπάρχει ανάγκη κάλυψης ορισμένων μεγάλων γεωγραφικών περιοχών μέχρι την πλήρη εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στους άλλους τομείς του Υπουργού Υγείας και πρόνοιας λόγω των απαράδεκτων συνθηκών.

Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες θεωρείται ότι αρθρώνονται σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών με 3 κύριες εστίες δραστηριοτήτων : α) Τα κέντρα ψυχικής υγιεινής, β) Το Ψυχιατρικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου, γ) Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Επιπρόσθετες υπηρεσίες που λειτουργικά θα συνδέονται με το σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, είναι οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, και τα εργαστήρια προεπαγγελματικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων ατόμων.

Ψυχιατρείο.

Σήμερα στην Ελλάδα υπάρχουν 8 Δημόσια Ψυχιατρικά νοσοκομεία, ένα πανεπιστημιακό (Αιγινήτειο) και ένα παιδοψυχιατρικό (Νταού). Ο αριθμός κρεβατιών το 1982 ήταν 8.486 και το 1988 ήταν 7.460 (πιν. 1). Ο αριθμός κρεβατιών στις μικρές ιδιωτικές κλινικές είναι περίπου 4.500. Στοιχεία πριν την εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. είχαν δείξει ότι οι ιδιωτικές κλινικές, παρά τον μικρότερο αριθμό κρεβατιών διακινούν μεγαλύτερο αριθμό αρρώστων (Πιν. 2).

Οι αρχές λειτουργίας των ψυχιατρείων όπως έχουν καθοριστεί από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας είναι ότι το ψυχιατρείο αποτελεί ένα κρίκο μιας αλυσίδας από υπηρεσίες που παρέχουν περίθαλψη στο τομέα της ψυχικής Υγείας. Προσδοκάται ότι το ψυχιατρείο δεν θα πρέπει να λειτουργεί ξεκομμένο και ανθύπαρκο, αλλά σε πλήρη και αρμονική συνεργασία με το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σαν μέρος του συνόλου.

Δέχεται ασθενείς από τα δύο πρώτα επίπεδα παροχής υπηρεσιών, δηλ. το Κ.Ψ.Υ. και το Ψ.Τ.Γ.Ν. και από τα εξωτερικά του ιατρεία για αντιμετώπιση οξέων περιστατικών ή συνέχισης θεραπείας ατόμων που έχουν νοσηλευτεί στο ψυχιατρείο.

Ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου.

Έχει προγραμματιστεί η ανάπτυξη ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία, πιστεύοντας ότι θα λειτουργήσουν σαν εναλλακτικές λύσεις για περιστατικά που έχουν ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης θα μειώσουν τις εισόδους στις ιδιωτικές κλινικές για τους ασθενείς χαμηλών εισοδημάτων που οι συγγενείς τους δεν δέχονται τη νοσηλεία σε ψυχιατρεία λόγω του κοινωνικού στίγματος.

Έχει προγραμματιστεί η δημιουργία 28 τμημάτων μέχρι 25 κλίνες σε 17 πόλεις. Ο συνολικός αριθμός κρεβατιών θα είναι 598. Σήμερα υπάρχουν σε λειτουργία λίγα τμήματα, σε Γενικά νοσοκομεία. Σε μερικά άλλα έχει γίνει η πρόληψη επιστημονικού προσωπικού και στα περισσότερα γίνονται κτιριακές διαρρυθμίσεις για την δημιουργία τμημάτων και θα ακολουθήσει η προκήρυξη θέσεων προσωπικού.

Κέντρα ψυχικής Υγιεινής

Τα Κ.Ψ.Υ. αποτελούν την ουσιαστικότερη παράμετρο των

επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Έχει προγραμματιστεί να δημιουργηθούν 20 νέα Κ.Ψ.Υ. σε όλη τη χώρα έχει όμως υπάρξει καθυστέρηση δημιουργίας τους λόγω γραφειοκρατικών διαδικασιών.

Το Κ.Ψ.Υ. αποσκοπεί στη παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα έτσι ώστε το άτομο να μην απομακρυνθεί από το φυσικό και κοινωνικό του χώρο. Αποτελεί πρώτο σταθμό για τις εισαγωγές σε μονάδες κλειστής ψυχιατρικής περίθαλψης. Αν μια εισαγωγή κριθεί αναγκαία, αυτή γίνεται στο αντίστοιχο ψυχιατρικό τομέα και έχει την βραχύτερη δυνατή διάρκεια.

Ειδικές μονάδες.

Όπως έχουμε αναφέρει τα Κ.Ψ.Υ, τα ψυχιατρικά τμήματα των Γεν. Νοσοκομείων και τα ψυχιατρεία, αποτελούν τα βασικά είδη παροχής υπηρεσιών στην Ελλάδα σήμερα. Συμπληρώνονται όμως από ειδικές μονάδες όπως είναι:

Οι Ξενώνες, τα Νοσοκομεία Ημέρας, οι Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης και τα Κέντρα Ημέρας.

Μονάδες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης.

Η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση είναι μια από τις βασικές διαδικασίες όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων. Οι εκπαιδευόμενοι θα πρέπει να παίρνουν και κάποιο μισθό.

Τα προγράμματα επανένταξης θα πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψη την ηλικία του ασθενή, την κλινική του κατάσταση, προσωπικά στοιχεία κ.λ.π.

Αυτά υλοποιούνται από:

- α) Τα κέντρα προεπαγγελματικού προσωπικού, που παρέχουν εκπαίδευση για μερικούς μήνες.
- β) Τα κέντρα επαγγελματικού προσανατολισμού στα οποία η εκπαίδευση διαρκεί αρκετούς μήνες.

Αναμφισβήτητα όμως είναι γεγονός ότι η Ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα παραμένει σε απαράδεκτα επίπεδα παρά την ύπαρξη θετικών βημάτων. Οι ρυθμοί των αλλαγών πρέπει να επιταχυνθούν δραστικά για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί και στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 108

Πενταετές Πρόγραμμα Ανάπτυξης Ψυχιατρικών Υπηρεσιών (1983-88).

Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	1982	1988
1. Κ.Θ.Ψ.Π.Α. (Δαφνί)	2.750 Κρεβ.	1.700 Κρεβ.
2. Δρομοκαΐτειο	880 "	940 "
3. Αιγινήτειο	100 "	100 "
4. Νταού Πεντέλης (παιδων)	100 "	100 "
5. Ψυχιατρείο Θεσ/νίκης	1.000 "	750 "
6. Λέρος	1.905 "	1.600 "
7. Τρίπολη	420 "	360 "
8. Κέρκυρα	416 "	360 "
9. Πέτρα Ολύμπου	500 "	450 "
10. Χανια	<u>415 "</u>	<u>400 "</u>
	8.486 "	6.860 "
11. Περιοχή Ανατ. Μακεδ.&Θράκης		200 "
12. Περιοχή Δυτικής Μακεδονίας		200 "
13. Περιοχή Θεσσαλίας		<u>200 "</u>
	Γενικό σύνολο	7.460 "

Αριθμός κλινών σήμερα σε παιδοψυχιατρικά τμήματα ψυχιατρείων
και παιδοψυχιατρικό Νταού.

	Κρεβάτια	Μέχρι 17 ετών	17 και πάνω
α) Δάφνι	17	00	17
β) Λέρος	70	17	53
γ) Νταού	190	140	50

ΠΙΝΑΚΑΣ 2ος

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (1978).

	Θεραπευτήρια	Κρεβάτια	Εξελεθόντες
Δημόσια	9	7.723	7.479
Ν.Π.Ι.Δ.	3	1.081	313
Ιδιωτικά	48	4.347	16.478
ΣΥΝΟΛΟ	60	13.151	24.268

Ανάπτυξη Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα.

Τριάντα χρόνια πριν, η ψυχική υγιεινή, η πρόληψη των ψυχιατρικών νόσων και η ψυχιατρική περίθαλψη, όπως τα εννοούμε σήμερα, ήταν ανύπαρκτα στον τόπο μας.

Στην αρχή της δεκαετίας του 1950 κανένα από τα σημερινά ψυχοφάρμακα δεν ήταν γνωστό. Η νοσηλεία των ασθενών, ήταν πολύ διαφορετική. Όσοι έπασχαν από ψυχώσεις στέλνονταν από τους νευρολόγους σε ψυχιατρικές κλινικές, ή ψυχιατρεία, όπου μένανε για μήνες ή και χρόνια.

Στο ψυχιατρείο της Θεσσαλονίκης γινόταν τότε μεγάλος αριθμός λοβοτομών στον εγκέφαλο από ένα γενικό χειρουργό και σκεδόν σε όλους τους ασθενείς ηλεκτροσόκ χωρίς αναισθησιολόγο.

Το 1956 αρχίζει όχι μόνο η ψυχική υγιεινή, αλλά και η σύγχρονη ψυχιατρική στην Ελλάδα. Ο σημαντικότερος σταθμός στην ιστορία της ψυχικής υγιεινής και της ψυχιατρικής στον

τόπο μας, είναι η ίδρυση το 1956 του Τομέα Ψυχικής Υγιεινής στο Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα, που σήμερα λέγεται Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Είναι απίστευτο, ότι στον τόπο μας το 1956, άρχισε να λειτουργεί συμβουλευτικός ψυχιατρικός σταθμός, ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, σταθμοί κοινωνικών βοηθειών, με αξιοθαύμαστη οργάνωση με ομάδα επιστημόνων της ψυχικής υγείας και προπαντός με ψυχοθεραπευτική προσέγγιση.

Σημαντική ώθηση στην εξάπλωση της ψυχικής υγιεινής και κοινωνικής ψυχιατρικής, που παρουσιάζεται στο 1980, δίνει στις αρχές του 1981 ο χωρισμός της ειδικότητας της ψυχιατρικής από την νευρολογία. Ακόμη σημαντικός σταθμός είναι το 1983 η ψήφιση στο Κοινοβούλιο του νόμου 1397 για το Εθνικό σύστημα υγείας.

Είναι γεγονός βέβαια ότι τα Κ.Ψ.Υ. είχαν μεγάλη επιτυχία. Δεν πρέπει όμως να υποστημήσουμε και τη συμβολή των άλλων πρωτοπόρων υπηρεσιών και κινήσεων. Μια σημαντική πρωτοπόρος κίνηση που έγινε και αυτή στα μέσα της δεκαετίας του 1950-60 ήταν η ίδρυση της Πανελληνίας Ενωσης Ψυχικής Υγιεινής από τον καθηγητή Γερασ. Αλιβιζάτο που:

- α) Συγρότησε επιτροπή για την κατάργηση του αναχρονιστικού νόμου το 1872 "περι φρενοπαθών" και
- β) Έγινε μέλος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ψυχικής Υγιεινής.

Λίγα χρόνια αργότερα, στο Δρομοκαΐτειο χρόνιαι ψυχιατρικοί άρρωστοι, έπαιξαν σε συγκληνιτικές παραστάσεις αρχαίες τραγωδίες.

Οι Πανεπιστημιακές κλινικές της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και αργότερα της Αλεξανδρούπολης και των άλλων περιφερειακών Πανεπιστημίων, οργάνωσαν πρότυπα προγράμματα, όπως το Κέντρο

Κοινωνικής Ψυχιατρικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Είναι χαρακτηριστικό της αστυφιλίας και του συγκεντρωτισμού, ότι σχεδόν τα περισσότερα προγράμματα, ξεκίνησαν στο κέντρο της Αθήνας. Γι αυτό είναι σημαντικές δύο κινητές ψυχιατρικές μονάδες, που δημιουργήθηκαν από την εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγιεινής. Μία αφορά το Νομό Φωκίδος και μια το νομό Έβρου.

Ειδικά στο τομέα της παιδοψυχιατρικής μία σειρά Ιατρο-παιδαγωγικών Κέντρων στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πειραιά εργάστηκαν με συνέπεια και σε υψηλό επίπεδο.

Η σημασία των υπηρεσιών που παρουσιάστηκαν τα τελευταία χρόνια είναι:

- α) ότι ξεκίνησαν από πρωτοβουλίες μικρών ομάδων ατόμων με ελάχιστη οικονομική βοήθεια.
- β) ότι έρχονταν σε αντίθεση με τον τρόπο εργασίας των νευρολόγων-ψυχιάτρων, των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και των ψυχιατρικών ασύλων. Σήμερα οι κυριώτερες ριζικές αλλαγές είναι οι εξής:
 - α) υπάρχει ένας νόμος ο 1397 του 1983, που καθορίζει μια στρατηγική για την ψυχική υγεία, την ψυχιατρική περίθαλψη και ειδικά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Υπάρχουν άλλοι νόμοι που προωθούν ιδιαίτερους στόχους π.χ. την πρόληψη της διάδοσης των ναρκωτικών.
 - β) λειτουργεί ένα κεντρικό συμβούλιο υγείας.
 - γ) Τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν σαν κύριο στόχο την επαγγελματική και κοινοτική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών και την προσφορά βραχείας νοσηλείας.

- δ) Δημιουργούνται για πρώτη φορά στον τόπο μας σε μεγάλη κλίμακα ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία.
- ε) Ιδρύονται κέντρα ψυχικής υγείας, ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί, ξενώνες εργαστήρια επαγγελματικής αποκατάστασης, υπηρεσίες για αποτοξίνωση τοξικομανών.
- στ) Επιδοτούνται ψυχιατρικοί ασθενείς.
- ζ) Ανοίγουν κέντρα που δεν είναι ψυχιατρικά, αλλά δρούν προληπτικά στον τομέα της ψυχικής υγείας όπως π.χ. τα Κ.Α.Π.Η.
- η) Διορίζονται ψυχίατροι για να επισκέπτονται τα κέντρα υγείας που βρίσκονται σε στρατηγικές θέσεις στην Ελλάδα.
- θ) Προωθείται η εκπαίδευση των ειδικών της ψυχικής υγείας.

Έτσι η αισιοδοξία για την οργάνωση της κοινωνικής ψυχιατρικής στον τόπο μας βασίζεται πια σ' αυτά που έγιναν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Διάφοροι κοινωνικοί, ιστορικοί και επιστημονικοί παράγοντες, δημιούργησαν την ανάγκη για τη μετάθεση της ψυχιατρικής περίθαλψης, από τις κλειστές ψυχιατρικές μονάδες, σε υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα. Η αντίληψη της κοινοτικής Ψυχικής υγιεινής η οποία αποτέλεσε και την ιδεολογική βάση για αυτές τις μεταρρυθμίσεις έχει σαν κεντρικό αξίωμα την άποψη, ότι οι ιατρικές φροντίδες είναι μεν αναπόσπαστο τμήμα ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών, αλλά αδυνατούν από μόνες τους να εξασφαλίσουν την υγεία και την ψυχική ευεξία στους κατοίκους της κοινότητας. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής θεωρούνται οι κύριοι φορείς των προσπαθειών για την πραγματοποίηση αυτής της κοινοτικής αντίληψης. Αποτελούν ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινοτικής Ψυχικής υγιεινής που περιλαμβάνει όλες τις εναλλακτικές μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης και τις υπηρεσίες που εξυπηρετούν τους σκοπούς πρόληψης και βελτίωσης της Ψυχικής υγιεινής των κατοίκων της κοινότητας.

Για να αποφευχθεί ο κίνδυνος εξομοίωσης των κέντρων με τα τεράστια ψυχιατρικά ιδρύματα, που προσπαθούν να αντικαταστήσουν, οι υπηρεσίες κατανέμονται γεωγραφικά ώστε να διευκολινούν την πρόσβαση των κατοίκων της κοινότητας. Είναι επίσης ευνόητο ότι υπάρχει ένας κύριος συντονιστικός φορέας αυτών των υπηρεσιών.

Βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής αποτελεί η λειτουργία τους ως τμήματα ενός ολοκληρωμένου συστήματος Ψυχικής Υγιεινής,

καθώς οποιαδήποτε υπηρεσία του αδυνατεί να προσφέρει μεμονωμένα τις απαραίτητες συνθήκες για σωστή ψυχιατρική φροντίδα.

Σήμερα το Κ.Ψ.Υ αποτελεί το φορέα που εκφράζει στη πράξη το μοντέλο της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Με ένα πλέγμα υπηρεσιών που αναπτύσσονται ποσοτικά και ποιοτικά, προσπαθεί όχι μόνο να αντιμετωπίσει τις ψυχικές διαταραχές αλλά και να διερευνήσει τις κοινοτικές και πολιτιστικές παραμέτρους που αποτελούν τους αιτιολογικούς παράγοντες διαμόρφωσης της ψυχικής διαταραχής. Η παροχή υπηρεσιών στα πλαίσια της κοινότητας αντιμετωπίζει τα περιστατικά όχι σαν πάθηση, αλλά ως βιοψυχοκοινωνικό άτομο που συμμετέχει στο σύνολο των κοινωνικών διαδικασιών, μέσα στις οποίες ζει και εργάζεται .

Το Κ.Ψ.Υ. φαίνεται να είναι ο πιο κατάλληλος συντονιστικός φορέας, εφόσον τα μεγάλα νοσοκομειακά ιδρύματα είναι προσανατολισμένα σε παραδοσιακά ιατροκεντρικά μοντέλα και απομακρυσμένα από τις κοινότητες τις οποίες εξυπηρετούν.

Σχέση Υγείας και Οικονομικού Συστήματος.

Το σύστημα υγείας σαν γενική προσφορά ιατρικών αγαθών και επαγγελματικών υπηρεσιών παροχής βοήθειας, είναι βασικός οικονομικός παράγοντας από του οποίου τις επιδόσεις εξαρτάται η οικονομική κοινωνική και πολιτική αναπαραγωγή του κρατούντος κοινωνικού συστήματος. Το σύστημα υγείας είναι άμεσα παραγωγικό.

Λειτουργώντας σωστά έχει σαν αποτέλεσμα:

1. Την μείωση απουσιών λόγω ασθένειας ή ανικανότητας προς εργασία από το χώρο της δουλειάς.

2. Την βελτίωση της ψυχικής και φυσικής δύναμης και συνεπώς την αύξηση της αποδοτικότητας της εργασίας.

Οι θετικές αναπτυξιακές επιρροές του συστήματος υγείας, δεν περιορίζεται μόνο στην άμεση επιρροή του ενεργού πληθυσμού. Θετικά οικονομικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται επίσης με τη σωστή πρόληψη και περίθαλψη όλων των αετών του κοινωνικού συστήματος, που δεν παίρνουν μέρος στη διαδικασία παραγωγής, συμβάλλουν όμως έμμεσα στη διατήρηση της ικανότητας προς εργασία του ενεργού πληθυσμού. Επίσης η μείωση του συντελεστή ασθένειας μελών του κοινωνικού συνόλου που εξαιτίας ψυχικών ή σωματικών παθήσεων έχουν ανάγκη περίθαλψης και θεραπείας και η ανάληψη του έργου αυτού από το σύστημα υγείας σε περίπτωση που η οικογένεια δεν μπορεί να ανταπεξέλθει.

Βασική προϋπόθεση της σωστής λειτουργίας του συστήματος υγείας πρόνοιας και ασφάλισης είναι η δυνατότητα χρησιμοποίησης του από ολόκληρο το πληθυσμό δηλ. η αναγκαιότητα της ασφάλειας και κοινωνικής καθολικότητας ενός κατώτερου όριου περίθαλψης. Στο σύστημα περίθαλψης θα πρέπει να εξάλειφθεί η σχέση προϊόν - εμπόρευμα - χρήμα και να αποτελέσει η προστασία της υγείας του λαού μας και η κοινωνική φροντίδα, ουσιαστική και θεμελιώδη επιταγή της πολιτείας.

Τοπική Αυτοδιοίκηση και Ψυχική Υγεία

Η ψυχική και σωματική υγεία είναι άμεσα εξαρτημένη από τις συνθήκες που επικρατούν στην οικογένεια, στο χώρο δουλειάς, το κοινωνικό και οικολογικό περιβάλλον. Η σχέση σωματικής και ψυχικής υγείας είναι αμφόδρομη, δηλ. η μια έχει επίδραση στην άλλη με αποτέλεσμα πολλές φορές την κοινή έκφραση στις λεγόμενες ψυχοσωματικές ασθένειες. Η Τ.Α.

μπορεί να συμβάξει αποτελεσματικά στην μείωση ή στην εξάλειψη των οικολογικών παραγόντων - συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών - γιατί και αυτοί συμπεριλαμβάνονται στην οικολογία του περιβάλλοντος με την ευρύτερη εννοιά της, που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη ψυχική και σωματική Υγεία. Ενδεικτικά σαν τέτοιοι οικολογικοί παράγοντες μπορούν να αναφερθούν:

- Στεγαστικό: Βασικό πρόβλημα που πλήτει κυρίως τα ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα ανεξαρτήτου ηλικίας. Η απόδοση και η ανταγωνιστικότητα του μαθητή ή του εργαζομένου είναι σημαντικά μειωμένα όταν είναι αναγκασμένος να μοιραστεί 40 m² με άλλα τρία ή τέσσερα άτομα διαφόρων ηλικιών, αλλά και η νοικοκυρά ζώντας καθημερινά την πίεση του χώρου ψάχνει όχι σπάνια να βρεί λύσεις στα ψυχοφάρμακα. Αν κατορθώσει ένας τέτοιος κοινωνικός - πυρήνας να αποφύγει τις σωματικές ασθένειες είναι σίγουρο ότι τα μέλη τους διαφέρουν μεταξύ τους. Η Τ.Α. μπορεί και πρέπει να επέμβει αποτελεσματικά με τη δημιουργία προγραμμάτων για κοινωνικές ή κοινοτικές ή δημοτικές κατοικίες.

- Έργα υποδομής: Η σωστή διαμόρφωση του περιβάλλοντος αποτελεί σημαντικό παράγοντα θετικών επιδράσεων στην ψυχική υγεία. Δρόμοι, αποχετεύσεις, πεζοδρόμια, νερό, πάρκα, σχολεία, πράσινο. Όλα αυτά είναι έργα μεγάλης σημασίας για την ισοροπημένη ψυχική υγεία των ανθρώπων.

- Χωροταξία: Έρευνες που έγιναν σε Ευρωπαϊκές και άλλες χώρες απέδειξαν, ότι υπάρχει άμεση σχέση χωροταξίας και "εγκληματικότητας". Η εγκληματικότητα γίνεται πιο έντονη ή εμφανείς σε χώρους όπως π.χ. συνοικίες, γκέτο, υπόγειους σταθμούς

κ.λ.π. Η σωστή χροταξία και πολεοδόμηση ενεργεί προληπτικά κατά της εγκληματικότητας και κατά συνέπεια υπέρ της ψυχικής υγείας των ατόμων και του κοινωνικού συνόλου.

- Πολιτιστική, πολιτισμική υποδομή: η Τ.Α. μπορεί να παίξει βασικό ρόλο στην αναβάθμιση της περιοχής. Πέρα από τις παροδικές μαζικές πολιτιστικές εκδηλώσεις θα πρέπει να δημιουργηθεί υποδομή που θα δίνει τη δυνατότητα επί μονίμου βάσεως της διεύρυνσης και αναβάθμισης της πολιτιστικής ζωής της περιοχής. Με την παροχή δυνατοτήτων αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου έξω από τ'αστικά κέντρα, δημιουργούνται και οι προϋποθέσεις της αποκέντρωσης. Και αποκέντρωση σημαίνει για κάθε άτομο λιγότερο άγχος, λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα, λιγότερο ή καθόλου νέφος, περισσότερη παραγωγικότητα, ποιοτικά καλύτερη ζωή, λιγότερες ψυχικές ασθένειες.

Ίδρυση των Κ.Ψ.Υ.

Οι πρώτες ενέργειες για μία κίνηση κοινωνικής ψυχιατρικής στην Ελλάδα έγιναν στα μέσα της δεκαετίας 1950-60 από μερικούς ψυχιάτρους, που είχαν πάψει να πιστεύουν ότι η απάντηση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ψυχικά αρρώστων ήταν η εγκαταστάσή τους σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο. Έτσι πρόβαλαν στον ελληνικό χώρο, το πρότυπο ενός δικτύου υπηρεσιών έξω απ' την νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η ανεξάρτητη από τα νοσοκομεία κίνηση κοινωνικής ψυχιατρικής οργανώθηκε στα πλαίσια 13 υπηρεσιών που αποτέλεσαν το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής που ξεκίνησε από το 1986 στην εργασία του. Το πλαίσιο των κέντρων ήταν ιδιωτικό με εποπτεία κρατική. Παρείχε έτσι δυνατότητες ευέλικτης και γρήγορης

δραστηριοποίησης.

Η δόμηση των υπηρεσιών περιέλαβε 3 αστικά κέντρα, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πειραιά. Ορισμένες από τις υπηρεσίες τού Κέντρου εξυπηρετούσαν παιδιά και ενήλικους. Τρεις από τις μονάδες λειτούργησαν ως μονάδες ημερήσιας περίθαλψης με κύκλους ειδικής αγωγής για τις ηλικίες 6-14 ετών και προεπαγγελματικό κύκλο σε εργαστήρια για εφήβους 14-18 ετών.

Στον αρχικό προγραμματισμό για τη λειτουργία του κέντρου είχε προβλεφθεί και μία δεύτερη φάση για δημιουργία υπηρεσιών σε εξωαστικές περιοχές καθώς και κινούμενες ομάδες. Το μέρος αυτό του προγράμματος δεν υλοποιήθηκε ποτέ για οικονομικούς κυρίως λόγους. Ο προγραμματισμός δεν αφορούσε μόνο ψυχιατρικούς αρρώστους, αλλά και έναν πληθυσμό του οποίου η Παθολογία και οι δυσκολίες είχαν εκδηλωθεί, στις διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία, στην σχολική ένταξη. Κάλυψαν δηλ. ανάγκες και των λεγόμενων "ελαφρών αποκλίσεων".

Οι στόχοι ήταν:

- α) Ν' αποφευχθεί η στήριξη στην ψυχιατρική νοσογραφία που άφηνε μικρή θέση για ν' ακουστεί το υποκείμενο που η νοσογραφία περιέγραψε, και να αξιολογηθούν οι δυνατότητες ανακατατάξεων που το άτομο ή η οικογένεια διέθετε.
- β) Η κινητοποίηση των ομάδων στις οποίες βρισκόταν ενταγμένο το πρόσωπο που είχε ανάγκη βοήθειας: οικογένεια επαγγελματικό πλαίσιο, κοινότητα, ώστε να έχουν μια δηλωμένη παρουσία στην ζωή του. Συγχρόνως ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ομάδων αυτών στα προβλήματα ψυχικής υγείας.
- γ) Η έρευνα αξιολόγηση της εργασίας, θεωρητικός και πρακτικός προβληματισμός, βελτίωση τεχνικών.

Η ίδρυση του Κ.Ψ.Υ. αποτέλεσε πρωτοποριακό βήμα για την εξέλιξη της ψυχικής υγιεινής στην Ελλάδα. Ήταν έτσι επόμενο να αντιμετωπίσει δυσκολίες και αντιδράσεις κατά την ίδρυσή του. Η πολιτεία δεν στήριξε όσο θα έπρεπε την ανάπτυξη των προγραμμάτων του κέντρου προβάλλοντας επιτακτικά την επίλυση των προβλημάτων, που αφορούν τον "ψυχικά υγιή" πληθυσμό, φέρνοντας σε δεύτερη μοίρα όσα ανάγονται στον "αποκλίνοντα" πληθυσμό.

Η κρατική διοίκηση έδειξε δυσπιστία στους μικρούς αριθμούς εξεταζόμενων ασθενών και στην ανάγκη χρησιμοποίησης αριθμού προσωπικού για τις ημερήσιες μονάδες μεγαλύτερου απ' ότι υπήρχε η συνήθεια στα νοσοκομεία.

Η ίδρυση του Κ.Ψ.Υ. συνάντησε αντιδράσεις και μέσα στο κύκλο ψυχιάτρων. Οι νέες αντιλήψεις για το ρόλο του Κ.Ψ.Υ. βρήκαν αντίθετους τους οπαδούς της Παραδοσιακής ιατροκεντρικής αντίληψης για την ψυχιατρική περίθαλψη. Κι' αυτό γιατί το άνοιγμα προς την κοινωνική ψυχιατρική σήμαινε και αποστασιοποίηση από το κλειστόμ καθορισμένο και σίγουρα πιο ασφαλή χώρο του νοσοκομείου.

ΤΟ Κ.Ψ.Υ. για 2 περίπου δεκαετίες αποτελούσε την μόνη κοινοτική υπηρεσία Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα. Τα τελευταία χρόνια το Κ.Ψ.Υ. έχει μια αλματώδη ανάπτυξη των υπηρεσιών του πανελλαδικά υλοποιώντας την σύγχρονη αντίληψη της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Συγκεκριμένα λειτούργησαν παραρτήματα του Κ.Ψ.Υ., στην Πάτρα, Ηράκλειο, Βόλο και Ρόδο ενώ στα ήδη υπάρχοντα παραρτήματα δημιουργήθηκαν νέες υπηρεσίες.

Σταθμός σ' αυτή την αλματώδη ανάπτυξη στάθηκε η ψήφιση του νόμου 1397 και 1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και

η νέα πολιτική που χάραξε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

ΤΟ Κ.Ψ.Υ είναι σήμερα ένα ίδρυμα χρηματοδοτούμενο καθ' ολοκλήρου από το κράτος που προσφέρει σχεδόν όλες τις υπηρεσίες του δωρεάν. Όλες οι νέες υπηρεσίες δημιουργήθηκαν με την συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και εντάσσονται στο συνολικότερο σχεδιασμό για την αλλαγή της Ψυχικής Υγείας στη χώρα μας, που καθορίστηκε στο νόμο για το Ε.Σ.Υ. ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στις ανύπαρκτες μέχρι τότε στην Ελλάδα, υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με χρόνιες παθήσεις που δημιουργήθηκαν και λειτουργούν σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ.

Τα τελευταία χρόνια το Κ.Ψ.Υ. έχει μετασχηματίσει τον τρόπο λειτουργίας του, ώστε οι υπηρεσίες του να έχουν συγκεκριμένη περιοχή γεωγραφικής και κοινωνικής ευθύνης στα πλαίσια συγκεκριμένων κοινοτήτων. Σε κάθε πόλη που λειτουργεί παράρτημα του Κ.Ψ.Υ. έχει αρχίσει η λειτουργία Συμβουλίων Ψυχικής Υγιεινής με ευρεία συμμετοχή εκπροσώπων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, κρατικών επιστημονικών και κοινωνικών παραδόσεων. Τα συμβούλια Ψυχικής Υγιεινής είναι ένας χώρος έκφρασης του προβληματισμού της Κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και σχεδιασμού κατάλληλων ενεργειών για την κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών. Οι λειτουργίες του Κ.Ψ.Υ., εκφράζονται σ' ένα ευρύτερο φάσμα δραστηριοτήτων. Έχουν γίνει δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις σε επιστημονικά Προεδρία και συνέδρια. Έχουν επίσης διοργανωθεί διεθνή συνέδρια που προωθούν τις νέες κατευθύνσεις της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η εκπαιδευτική δραστηριότητα του Κέντρου αποτελεί επίσης ένα τομέα που έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια.

Δίνεται ειδίκευση σε άτομα που απασχολούνται με την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές κ.α.), ενώ παράλληλα προωθείται η αντίληψη της συνεχιζόμενης ψυχιατρικής εκπαίδευσης με τη λειτουργία επιμορφωτικών σεμιναρίων σε μόνιμη βάση.

Το Κ.Ψ.Υ. θεωρεί απαραίτητη προϋπόθεση της καλής λειτουργίας του, την αρμονική συνεργασία με όλα τα επιστημονικά ιδρύματα (Νοσοκομεία, Ψυχιατρεία, Κέντρα Υγείας) τους κοινωνικούς και κρατικούς φορείς (Πολιτεία, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Επιστημονικοί σύλλογοι) και τους μαζικούς φορείς (εργατικά σωματεία, οργανώσεις γυναικών και νέων) ώστε να γίνει δυνατή η κοινωνική διαμόρφωση προγραμμάτων Ψυχικής Υγείας. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρεί την συνεργασία του με τον προνομιακό χώρο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και εντείνει τις προσπάθειές του όλο και περισσότερο, γεγονός που θα δημιουργήσει τις συνθήκες που θα επιτρέψουν την σταδιακή οικοδόμηση ενός συστήματος Ψυχικής Υγιεινής ικανό να ανταποκριθεί στις διαρκώς αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες πρόληψης και θεραπείας.

Λειτουργία αρχές, στόχοι και σκοπός του Κ.Ψ.Υ.

Οι βασικές αρχές που διέπουν την λειτουργία των Κ.Ψ.Υ και καθόρισε η ομάδα Ψυχικής Υγείας του ΚΕΣΥ (1984) είναι οι εξής:

- Προσφορά υπηρεσιών στους ασθενείς μέσα στην κοινότητα, έτσι ώστε να μην απομακρύνονται οι ασθενείς από το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Προσφορά πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας πριν από την εισαγωγή του ασθενή σε κλειστή ψυχιατρική μονάδα.

Συγκεκριμένα οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα Κ.Ψ.Υ. είναι:

- 1) Η διάγνωση και η θεραπεία ενός μεγάλου φάσματος ψυχικών διαταραχών. Η αντιμετώπιση οξέων περιστατικών ακόμη και με παρέμβαση στο σπίτι του ασθενούς. Χρησιμοποιούνται όλες οι αποδεικτές μέθοδοι βιολογικές ψυχοθεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές. Ο ασθενής που ζητά βοήθεια αντιμετωπίζεται σαν ενιαίο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό ον. Η ψυχιατρική θεραπεία αποτελεί συνδυασμό ατομικής, ομαδικής και οικογενειακής θεραπείας. Έμφαση δίνεται στο ρόλο που παίζει το περιβάλλον στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, καθώς και στην ψυχολογική του υποστήριξη. Η βοήθεια στους χρόνια ψυχικά ασθενείς είναι συνεχής, με κύριο στόχο, την αποφυγή επανεισαγωγής σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα.
- 2) Η πιο σημαντική λειτουργία ενός Κ.Ψ.Υ. είναι η αξιολόγηση κάθε προβλήματος, σε επίπεδο ατόμου ή ομάδας που απευθύνεται σ' αυτό, αυτόνομα ή κατόπιν παραπομπής από άλλους φορείς π.χ. σχολεία, γιατρούς. Η διαδικασία αξιολόγησης γίνεται ανάλογα με την νοοτροπία και την φιλοσοφία, όλων όσων εργάζονται σ' αυτό. Η σωστή αξιολόγηση και η έγκαιρη αντιμετώπιση αποτελούν τις βάσεις της πρόληψης. Γι' αυτό όταν εμφανίζεται στο Κ.Ψ.Υ, άτομο ή ομάδα με κάποιο πρόβλημα - που αποτελεί και το πρώτο μήνυμα έντασης - σύγκρουσης, που μπορεί να υπάρχει σε μια ομάδα, οικογένεια ή μέσα στο ίδιο το άτομο - υπάρχουν εξειδικευμένο προσωπικό που μπορεί να προσλαμβάνει τέτοιου είδους μηνύματα.
- 3) Προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Γίνεται μία σημαντική προσπάθεια ώστε να αξιοποιηθούν και

να ενεργοποιηθούν όλες οι δυνατότητες του αρρώστου, καθώς και να υπάρξει ενθάρρυνση όλων των ζωτικών τμημάτων και ανάπτυξη των δημιουργικών ικανοτήτων και κοινωνικών επιδεξιότητων με την βοήθεια της ψυχοθεραπείας, εργασιοθεραπείας, επαγγελματικής εκπαίδευσης και δημιουργικής θεραπείας κ.α.

4) Η ανάπτυξη ενδιάμεσων δομών, περίθαλψης, μεταξύ Ψυχιατρείου και Κ.Ψ.Υ., οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας μονάδων, μερικής νοσηλείας που ανήκουν στο κέντρο. Τέτοιες μονάδες είναι τα νοσοκομεία ημέρας και οι ξενώνες.

5) Σημαντική και απαραίτητη λειτουργία είναι η οργάνωση ερευνητικών προγραμμάτων καθώς και οι μελέτες αξιολόγησης των διαφόρων προγραμμάτων του κέντρου.

6) Η ανάπτυξη προγραμμάτων με στόχο την εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού αλλά και των ειδικών μονάδων (π.χ. εκπαιδευτική επίοπτες υγείας κ.λ.π). Τα Κ.Ψ.Υ. παίζουν ρόλο " ενδιάμεσου ρυθμιστή" με κύριο στόχο την διευκόλυνση επικοινωνίας μεταξύ θεραπευτών - ασθενών και κοινωνικού συνόλου. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν πολύπλευρες δραστηριότητες, όπως ομιλίες, σεμινάρια, διοργάνωση συνεδρίων κ.α.

Είναι φανερό πως η αποτελεσματική λειτουργία ενόσω Κ.Ψ.Υ. εξαρτάται από την οργάνωση και τον συντονισμό των υπηρεσιών που προσφέρει. Έχουμε ήδη αναφέρει πως δεν ήταν απαραίτητη η συνύπαρξη όλων των υπηρεσιών στον ίδιο ακριβώς χώρο. Σημαντικό όμως είναι η ύπαρξη ενόσω συντονιστικού φορέα.

Τα Κ.Ψ.Υ. είναι οργανωμένα έτσι ώστε:

- α) Να παρέχουν πλήρη περίθαλψη με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο κόστος.

β) Η παροχή υπηρεσιών να γίνεται σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Οι περιοχές που εξυπηρετούνται από τα Κ.Ψ.Υ. αποτελούν αυτοτελές κοινότητες με δημοτικές αρχές και καθορισμένα όρια.

γ) Η παροχή υπηρεσιών να είναι συνεχής απ' την ίδια την ομάδα ψυχικής υγείνης. Οι υπηρεσίες των διαφόρων ειδικοτήτων προσφέρονται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου αλλά πάντοτε σε συνεργασία με όλη την ομάδα των ειδικών.

- Οι στόχοι των Κ.Ψ.Υ. μπορούν να ορισθούν από τις παρακάτω περιμέτρους:

α. Την πρωτογενή πρόληψη με στόχο την μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά ασθενών.

2. Την δευτερογενή πρόληψη που συντελείται με παραπομπή, διάγνωση και θεραπεία.

3. Την τριτογενή πρόληψη που αναφέρεται στις προσπάθειες για πρόληψη υποτροπών και κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών.

4. Την μείωση των απορριπτικών στάσεων της οικογένειας πρός το ασθενές φύλο.

5. Την οικονομική ωφέλεια για το κοινωνικό σύνολο, από την άσκηση της προληπτικής και θεραπευτικής ψυχιατρικής σε κοινοτικό επίπεδο.

6. Εκπαίδευση νέων στελεχών Υγείας και συνεχής επιμόρφωση αυτών.

7. Διεξαγωγή έρευνας.

- Βασικότερος σκοπός λειτουργίας ενός Κ.Ψ.Υ. είναι να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει τις ομάδες μέσα στις

οποίες βρίσκεται ενταγμένο το άτομο έτσι που να έχουν μία δηλωμένη παρουσία στην ζωή του υποστηρικτική και ενδοωτική της αναπτυξής του.

Διοίκηση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί Νόμικό πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και βρίσκεται κάτω από την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, απ' όπου και χρηματοδοτείται.

Το Κ.Ψ.Υ. διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο που έχει έδρα την Αθήνα και αποτελεί το ανώτατο διοικητικό όργανο του Κέντρου.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Κέντρου αποτελείται από 7 μέλη που ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Κ.Ψ.Υ. αποτελείται από:

- α) Τον Πρόεδρο του Δ.Σ. που πρέπει να είναι ψυχίατρος με αναγνωρισμένη επιστημονική και κοινωνική δράση και να έχει πολυετή πείρα στο χώρο της κοινωνικής ψυχιατρικής περίθαλψης.
- β) Τον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. που πρέπει να είναι πτυχιούχος ανωτάτης σχολής με μετεκπαίδευση πάνω σε θέματα διοίκησης με αναγνωρισμένη διοικητική ικανότητα και πολυετή πείρα στην οργάνωση και διοίκηση κοινωνικών υπηρεσιών.
- γ) Ένα οικονομολόγο
- δ) Ένα ψυχολόγο
- ε) Ένα κοινωνικό λειτουργό

Όλα τα παραπάνω μέλη του Δ.Σ. διορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Επίσης στο Δ.Σ. μετέχουν και:

- α) Ένας εκπρόσωπος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που ορίζει από την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας.

Η θητεία των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου είναι δύο χρόνια. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει το δικαίωμα να αλλάξει κάποιο μέλος του Συμβουλίου, χωρίς να έχει λήξει η θητεία του.

Το Δ.Σ. συνεδριάζει 2 φορές το μήνα. Μετά από πρόσκληση του προέδρου του Δ.Σ. και εφόσον συντρέχει ιδιαίτερος λόγος μπορεί το Δ.Σ. να συνεδριάσει έκτακτα.

Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. μετέχει και ο Επιστημονικός Διευθυντής του Κ.Ψ.Υ., χωρίς όμως δικαίωμα ψήφου.

Ο Επιστημονικός Διευθυντής εισηγείται στο συμβούλιο τα επιστημονικά θέματα που απασχολούν τις υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ. Ο επιστημονικός διευθυντής είναι ψυχίατρος με αναγνωρισμένο επιστημονικό κύρος και πολύχρονη εμπειρία. Διορίζεται μετά από προκήρυξη θέσης και το σημαντικό κριτήριο για τον διορισμό που παίζει η επιστημονική δράση.

Σε κάθε παράρτημα του Κ.Ψ.Υ. υπάρχει Διευθυντής, που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με το Διοικητικό Συμβούλιο και εισηγείται τα θέματα που απασχολούν το παράρτημα.

Ο διευθυντής κάθε παραρτήματος θα πρέπει να είναι ψυχίατρος ή Ψυχολόγος.

Σύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με άλλους φορείς.

Κεντρικός στόχος της λειτουργίας των Κ.Ψ.Υ. είναι η πλήρης ανάπτυξη όλων των διαδικασιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης του ψυχικά ασθενούς, γεγονός που προϋποθέτει διαρκή και πολύπλευρη συνδιαλαγή με το σύνολο των κοινωνικών λειτουργικών της κοινότητας. Η μόνη συνεργασία με τους μαζικούς φορείς της κοινότητας μπορεί να πετύχει την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής. Για τον λόγο αυτό

δημιουργήθηκαν και λειτουργούν τα Συμβούλια Ψυχικής Υγιεινής, στις κοινότητες, στις οποίες λειτουργεί ήδη κάποιο κοινοτικό Κ.Ψ.Υ. είναι:

Στόχος του Συμβουλίου Ψυχικής Υγιεινής είναι:

- α) Η ανάπτυξη και προώθηση προληπτικών ενημερωτικών προγραμμάτων για την ψυχική υγιεινή.
- β) Η συνεχής ροή πληροφοριών για τις ανάγκες και τα προβλήματα της κοινότητας ώστε η ανάπτυξη των προγραμμάτων να προσαρμόζεται ανάλογα.
- γ) Η εκπαίδευση εθελοντών της κοινότητας με σειρά μαθημάτων πάνω σε θέματα ψυχικής υγιεινής, ώστε να ασχοληθούν με θέματα πρόληψης.
- δ) Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας πάνω σε θέματα πρόληψης, έγκαιρη διαπίστωσης της ψυχικής διαταραχής και άμεσης παραπομπής για την αποτελεσματική θεραπεία της.

Τρόπος λειτουργίας του Συμβουλίου Ψυχικής Υγιεινής.

- α) Στο Συμβούλιο Ψυχικής Υγιεινής συμμετέχουν εκλεγμένοι αντιπρόσωποι όλων των μαζικών φορέων της κοινότητας και συνεδριάζει σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- β) Συναποφασίζει για προγράμματα διαφώτισης του κοινού με σειρά ομιλιών-συζητήσεων.
- γ) Διοργανώνει ειδικά προγράμματα μέσω του Δήμου για ειδικές κατηγορίες δημοτών όπως π.χ. οι υπερήλικες
- δ) Διοργανώνει προγράμματα ευαισθητοποίησης με μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου.

Στο Συμβούλιο Ψυχικής Υγιεινής μπορούν να συμμετέχουν ειδικότερα:

- ένας εκπρόσωπος από κάθε συνσικλιακό συμβούλιο του Δήμου.

- ένας εκπρόσωπος από το Δημοτικό Συμβούλιο.
- ένας εκπρόσωπος από το Σύλλογο Εκπαιδευτικών κάθε Δημοτικού Γυμνασίου και Λυκείου.
- ένας εκπρόσωπος από κάθε μαθητική κοινότητα.
- ένας εκπρόσωπος από κάθε Σύλλογο Γονέων και Κηδεμόνων.
- ένας εκπρόσωπος από το Σύλλογο Κοινωνικών Λειτουργών της Περιφέρειας.
- ένας εκπρόσωπος των τοπικών εφημερίδων
- Εκπρόσωπος της Πανεπιστημιακής Κοινότητας
- Εκπρόσωπος του Ιατρικού Συλλόγου
- Εκπρόσωπος της Εκκλησίας
- Εκπρόσωπος του Δικηγορικού Συλλόγου
- Εκπρόσωπος της Αστυνομίας
- Εκπρόσωπος του Εργατικού Κέντρου
- Εκπρόσωπος του Νοσοκομείου της περιοχής
- Εκπρόσωπος από άλλους μαζικούς φορείς.

Σε κάθε Σ.Ψ.Υ. εκλέγεται Συντονιστικό Συμβούλιο που αποτελείται από εκπροσώπους του Συμβουλίου και τεμπιστήμονες του Κ.Ψ.Υ.

Η δημιουργία των Συμβουλίων Ψυχικής Υγείας στους Δήμους που λειτουργούν Κ.Ψ.Υ., αποτελεί σημαντικό βήμα στην προώθηση της ψυχικής υγείας, στην χώρα μας.

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Οικονομικό τμήμα - Επιστημονική Διεύθυνση - Διοικητικό Τμήμα.

ΑΘΗΝΑ

- Συμβουλευτικό τμήμα ενηλίκων. Ψυχοθεραπευτική μονάδα.
- Μονάδα ημερήσιας περίθαλψης.
- Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία.
- Υπηρεσία Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων Βιβλιοθήκη.
- Υπηρεσία Μεταναστών.
- Υπηρεσία Ερευνών
- Γραμμή Ζωής S.O.S.
- Γραφείο Στατιστικής
- Γραφείο Εκδόσεων - Δημοσίων Σχέσεων
- Υπηρεσία Οικογενειακής Ψυχοθεραπείας.

ΧΑΛΑΝΔΡΙ

- Υπηρεσία Ειδικής Παιδαγωγικής - "Στουπάθειο"
- Υπηρεσία επαγγελματικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης
Ψυχοσικών και ατόμων με Νοητική καθυστέρηση.

ΑΓΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

- Θεραπευτική μονάδα αυτιστικών.

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- Συμβουλευτικό τμήμα ενηλίκων.
- Μονάδα ημερήσιας περίθαλψης.
- Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία.
- Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης.

ΑΙΓΑΛΕΩ

- Συμβουλευτικό τμήμα ενηλίκων.

- Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία.
- Νοσοκομείο Ημέρας
- Νοσοκομειακός Ξενώνας
- Υπηρεσία Επαγγελματικής εκπαίδευσης και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ψυχωσιακών και Αυτιστικών.
- Υπηρεσία Επειγόντων Περιστατικών.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

- Συμβουλευτικό τμήμα Ενηλίκων.
- Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία.
- Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης.
- Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχωσιακών.
- Υπηρεσία Θεραπείας Συμπεριφοράς.
- Υπηρεσία Οικογενειακής Ψυχοθεραπείας.

ΠΑΤΡΑ

- Συμβουλευτικό τμήμα ενηλίκων.
- Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία
- Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης
- Υπηρεσία Θεραπείας Συμπεριφοράς.

ΒΟΛΟΣ

- Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία.

ΗΡΑΚΛΕΙΟ.

- Συμβουλευτικό τμήμα ενηλίκων.
- Νοσοκομείο Ημέρας.
- Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία.
- Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Αποκατάστασης.

ΡΟΔΟΣ

- Κέντρο Νεότητας και Συμβουλευτικής Εφήβων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.I

ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.

Στις κύριες υπηρεσίες των Κ.Ψ.Υ., θα αναφέρουμε τα τρία είδη, που είναι και τα πιο κύρια, που παρέχονται στα κοινοτικά Κ.Ψ.Υ.

Τα είδη αυτά είναι:

Η Συμβουλευτική Ψυχιατρική Υπηρεσία ενηλίκων, η ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία και η υπηρεσία αντιμετώπισης ψυχολογικών κρίσεων.
Συμβουλευτικό τμήμα Ενηλίκων.

Μεταξύ των πολλών μειονεκτημάτων της κλειστής ψυχιατρικής περίθαλψης και γενικότερα των εφαρμογών της Παραδοσιακής Ψυχιατρικής, είναι και το γεγονός της έλλειψης κατάλληλων μορφών περίθαλψης για τα άτομα που η σοβαρότητα των ψυχολογικών τους προβλημάτων δεν απαιτεί εντατική και αυστηρά εποπτευόμενη ψυχιατρική παρακολούθηση.

Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων φαίνεται να παρουσιάζει προβλήματα προσαρμογής στην εργασία, σπουδές, οικογενειακές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας και αντιδράσεις προσαρμογής κάτω απ' την επίδραση STRESS, έχουν ανάγκη από ψυχολογική θεραπευτική βοήθεια. Επίσης, υπάρχουν περιστατικά με ψυχωσική συμπτωματολογία, η οποία είναι συμβατή με την παραμονή τους στο οικείο υποστηρικτικό σύστημα της κοινότητας.

Σκοπός της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας είναι να προσφέρει αυτή ακριβώς των βοηθειά του προς την Κοινότητα, με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται η συνεργασία του κοινού με ειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγιεινής και παράλληλα να

αποφεύγεται το υψηλό κόστος αλλά και οι επιφυλάξεις του κοινού απέναντι στους επαγγελματίες που προσφέρουν ψυχοθεραπεία σε ιδιωτική βάση.

Η αποτελεσματικότητα της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας εξαρτάται κατ' αρχήν από την ευελξία του δικτύου παραπομπών. Τα άτομα που παραπέμπονται είναι δυνατόν να προέρχονται από τις υπόλοιπες υπηρεσίες δηλ. τα νοσοκομεία, σχολεία, ιδιωτικούς γιατρούς κ.λ.π. Συγγρόνως όμως θα μπορούν να προέρχονται και από την Υπηρεσία άμεσης Ψυχολογικής υποστήριξης του Κ.Ψ.Υ, όταν κρίνεται, ότι κάποια συγκεκριμένα άτομα έχουν ανάγκη από παρέμβαση μακρόχρονη και περισσότερο εξειδικευμένη από αυτή που προσφέρεται στα προγράμματα αντιμετώπισης κρίσεων. Οι βασικοί στόχοι της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας δεν διαφέρουν ουσιαστικά από τους στόχους οποιασδήποτε ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Στόχος της είναι η προσφορά της δυνατότητας στο άτομο, ώστε να αναπτύξει την προσωπική του ταυτότητα όλες του τις δυνατότητες καθώς και την ωριμότητα και σταθερότητα που θα του επιτρέψουν να λειτουργήσει μ' ένα τρόπο κοινωνικά αποδεκτό και προσωπικό ικανοποιητικό.

Η διαδικασία της Συμβουλευτικής εντάσσεται στην λογική της κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής και λειτουργεί σύμφωνα με τις βασικές αρχές του συστήματος αυτού. Θεωρεί την εμφάνιση οποιασδήποτε ψυχολογικής διαταραχής ή ανισορροπίας ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ατομικών παραγόντων και του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Άρα το βάρος της θεραπευτικής-συμβουλευτικής παρέμβασης μετακινείται από την ατομική ολοκλήρωση στη βελτίωση της

κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου.

Η Συμβουλευτική Υπηρεσία είναι αυτή που ασχολείται κατ' αρχήν με την "κλινική παρέμβαση". Σε γενικά πλαίσια, το είδος της παρέμβασης αυτής περιλαμβάνει τις εξής προσπάθειες:

1. Την διαδικασία αξιολόγησης και διάγνωσης, να κατανοηθεί δηλ. η παρούσα κατάσταση του ατόμου.
2. Τη θεραπευτική διαδικασία, να μεταβληθεί δηλ. η προσωπικότητα και η λειτουργικότητα του ατόμου.
3. Τη διαδικασία ελέγχου των κοινωνικών μεταβλητών, να μεταβληθούν δηλ. οι παράγοντες εκείνοι, οι οποίοι διαμορφώνουν ή οξύνουν τη διαταραχή του ατόμου.

Στόχος της κλινικής παρέμβασης μπορεί να αποτελέσει το ίδιο άτομο (όπως συμβαίνει στην ατομική ψυχοθεραπεία ή τη θεραπεία συμπεριφοράς), οι ομάδες στις οποίες λειτουργεί (π.χ. σε θεραπεία οικογένειας ή ομαδική θεραπεία) ή η ευρύτερη κοινότητα μέσα στην οποία λειτουργεί το άτομο (σε περίπτωση κοινωνικής και κοινοτικής παρέμβασης).

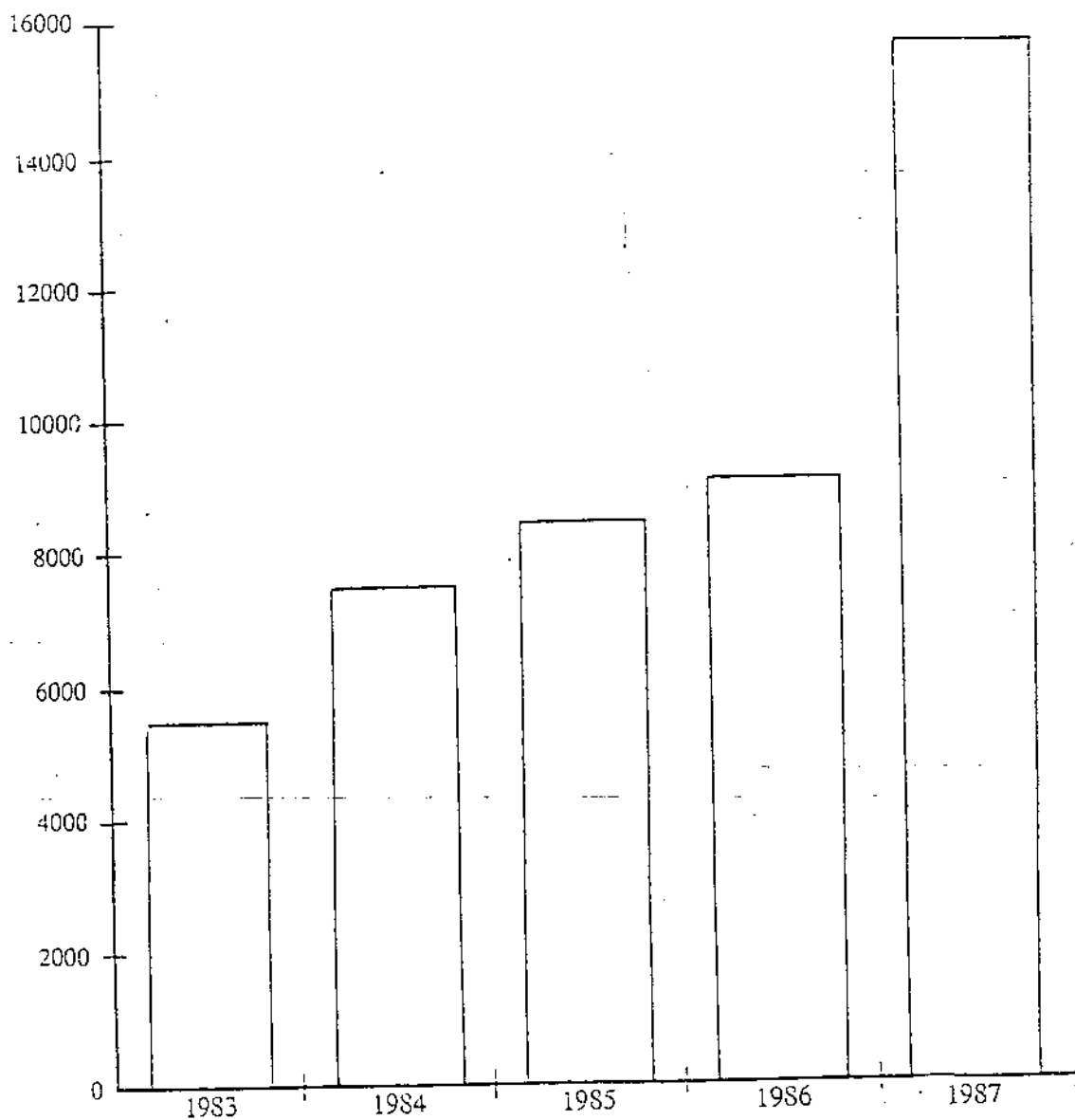
Οι στόχοι της παρέμβασης είναι αναλογοί με τις υπάρχουσες θεραπευτικές τεχνικές και θεωρητικές κατευθύνσεις. Οι στόχοι δηλ. αυτοί εξαρτώνται από τη θεώρηση που υιοθετείται από την ομάδα ψυχικής υγείας της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας σχετικά με την ανάπτυξη του ατόμου και τις εκδηλώσεις των ανθρωπίνων προβλημάτων. Οι παρεμβάσεις μπορούν να διαφέρουν ως προς την έμφαση που δίδεται σε τομείς όπως οι εκπαίδευση, η ανάλυση της προσωπικότητας και η αυτογνωσία ή συναισθηματική αποφόρτιση, η τροποποίηση διαταραγμένων μορφών συμπεριφοράς ή η τροποποίηση των κοινωνικών μεταβλητών που επιδρούν στο άτομο.

Οι Συμβουλευτικές Υπηρεσίες έχουν την δυνατότητα εφαρμογής

ενός ευρύτατου φάσματος προσεγγίσεως στις ανάγκες του κοινού που εξυπηρετούν.

Η ανάγκη ύπαρξης τέτοιων υπηρεσιών για φαρμακολογικές, θεραπευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις απαιτούν και τη στελέ-
ωση τους σε κατάλληλο προσωπικό. Οι κύριες ειδικότητες που
ασχολούνται στις Συμβουλευτικές Υπηρεσίες είναι αυτές των
ψυχιάτρων, κλινικών ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και ψυχι-
ατρικών αδερφών νοσοκόμων. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην
εκπαίδευση και εξειδίκευση του προσωπικού, στους τρόπους και
τα διαθέσιμα μέσα κοινοτικής παρέμβασης. Επειδή ακριβώς η
έμφαση στην κλινική παρέμβαση είναι μεγαλύτερη στην Συμβουλευτι-
κή Υπηρεσία από τις άλλες δραστηριότητες των Κ.Ψ.Υ, εμπερι-
έχει και τον κίνδυνο της άσκησης παραδοσιακών μορφών ψυχοθε-
ραπείας. Οι μορφές αυτές είναι ακατάλληλες και γιατί δίνουν
περισσότερη έμφαση στην ατομική ισορροποία, αλλά και γιατί
κινδυνεύουν να αντιμετωπισθούν με την ίδια επιφύλαξη που διατη-
ρεί το κοινό απέναντι στις κλασικές προσεγγίσεις και εφαρμογές
της ψυχιατρικής και της κλινικής ψυχολογίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ/ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ



Ο αριθμός των συνεντεύξεων το 1983 ήταν 5.524, το 1984 ήταν 7.528, το 1985:8.484, το 1986:9.145, το 1987:15.778.

Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία.

Αν και οι βασικές αρχές της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής περιλαμβάνουν όλους τους τομείς της ψυχικής υγιεινής και το σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας, οι υπηρεσίες που απευθύνονται σε παιδιά έχουν ιδιαίτερες ανάγκες και οφείλουν να αναπτύξουν κατάλληλες στρατηγικές, να εξυπηρετούν τα προβλήματα που σχετίζονται με την παιδική ηλικία.

Ο ρόλος της παιδικής ηλικίας στην μετέπειτα ψυχική υγεία του ατόμου, αναγνωρίστηκε αρκετά νωρίς. Η έρευνα όμως και η επιστημονική πρακτική σε σχέση με τα ιδιαίτερα προβλήματα που εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία, είναι χαρακτηριστικό των τελευταίων δεκαετιών, αυτή από τις αρχές του 2ου αιώνα είχε γίνει φανερό η ανάγκη της μελέτης των προβλημάτων της παιδικής ηλικίας, μέσω μιας διεπιστημονικής διεύρυνσης.

Από τους πρωτοπόρους στο τομέα αυτό ήταν ο W. HEALEY, ο οποίος ίδρυσε την πρώτη "Ιατροπαιδαγωγική Κλινική" στις Η.Π.Α. Το παράδειγμα ακολούθησαν, πολλές Ευρωπαϊκές Χώρες, ιδρύοντας αντίστοιχες κλινικές, με βασικό προσωπικό αποτελούμενο από παιδοψυχίατρο, παιδοψυχολόγο και ψυχιατρικό κοινωνικό λειτουργό. Με την πάροδο του χρόνου τη βασική αυτή ομάδα προστέθηκαν και άλλες ειδικότητες.

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνονται οι Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες αποτελείται από τα ενογέννητα έως και τα άτομα που βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας τους. Είναι φανερό πως τα παιδιά που δεν αποτελούν μικρογραφίες των ενηλίκων έτσι και οι υπηρεσίες που απευθύνονται σ' αυτά, δεν πρέπει να αποτελούν μικρογραφία των υπηρεσιών για ψυχικά ασθενείς ενήλικες.

Είναι σημαντικό να μην θεωρούνται οι δυσπροσάρμοστες συμπεριφορές των παιδιών ως εκδηλώσεις χρόνιων παθήσεων, αλλά ν' αντιμετωπίζονται πάντοτε σε συνάρτηση με το επίπεδο της ανάπτυξης και τις κοινωνικές συνθήκες που περιβάλλουν τις εκδηλώσεις τέτοιων συμπεριφορών.

Οι στόχοι και τρόποι ρεγιοιργίας των Ιατροπαιδαγωγικών Υπηρεσιών μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική παρέμβαση.

Τρεις βασικές προϋποθέσεις ισχύουν εδώ για την επίτευξη αυτών των στόχων. Η κατανόηση της λειτουργίας και φυσικής κατάστασης του παιδιού σε ατομική βάση, η κατανόηση της λειτουργικότητάς του, σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό του στάδιο και η κατανόηση των αλληλεπιδράσεων στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού.

Στις περιπτώσεις που χρειάζεται παιδοψυχιατρική παρέμβαση οι φυσιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, βρίσκονται σε στενή αλληλεπίδραση με μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι συναντάται στις ψυχιατρικές περιπτώσεις ενηλίκων. Η ανάγκη δηλ. της αντιμετώπισης ενός παιδοψυχιατρικού προβλήματος κάτω από ένα καθορισμένο πρίσμα είναι πολύ μεγαλύτερη από άλλες περιπτώσεις.

Δίδονται παρακάτω μερικά παραδείγματα αλληλεπίδρασης παραγόντων ώστε να γίνουν εμφανή τα προβλήματα αλλά και η ανάγκη για αποτελεσματικές διαγνωστικές διαδικασίες:

- Πολλές καταστάσεις έχουν την μορφή ψυχολογικών διαταραχών κατά των παιδιών ηλικίας όπως η ελλειμματική προσοχή, π.χ. αλλά πιθανότατα αντιπροσωπεύουν αναπτυξιακές οργανικές λειτουργίες.

2. Κοινωνική παρέμβαση, σε σχολεία, παιδικούς σταθμούς, ιδρύματα ιατροκοινωνικούς φορείς, συλλόγους γονέων κ.λ.π.

Η κοινωνική παρέμβαση αποσκοπεί κατ' αρχήν στην εκπαίδευση των ατόμων που απασχολούνται τους παραπάνω φορείς, ώστε ν' αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τυχόν προβλήματα και απαιτήσεις της ηλικίας αυτής.

Η εκπαίδευση και η ενημέρωση ατόμων για τις ιδιαίτερες ανάγκες της παιδικής ηλικίας αποτελεί ουσιαστικότερο μέτρο πρόληψης ψυχικών διαταραχών.

Δεύτερος στόχος της κοινωνικής παρέμβασης είναι η έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων, τα οποία ίσως προειδοποιούν για την ύπαρξη σοβαρότερων διαταραχών. Στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά, ώστε να ενεργήσουν για την παραπομπή στους ειδικούς επαγγελματίες της ψυχικής υγιεινής.

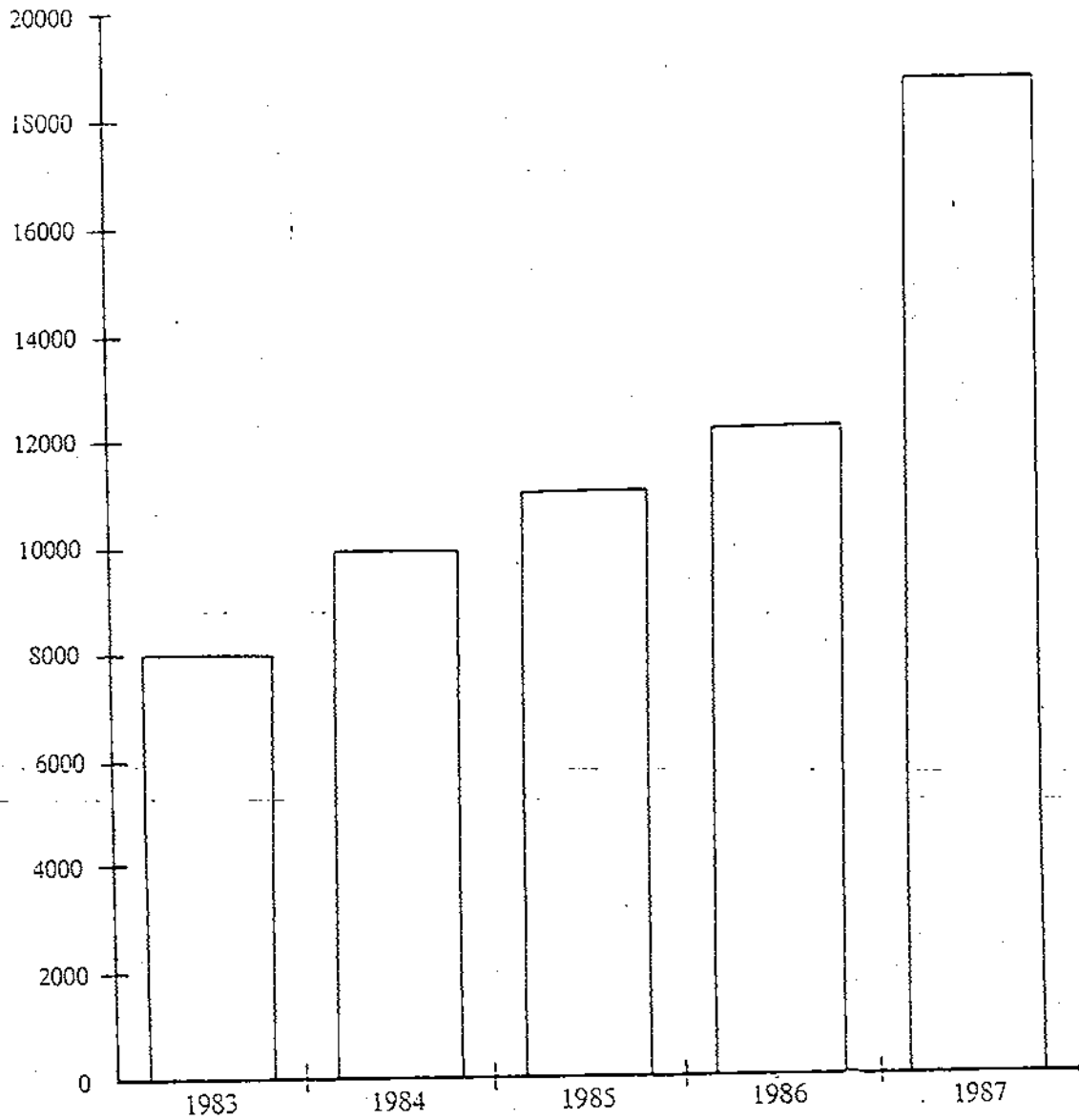
3. Η εκπαίδευση του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας και της ψυχικής υγείας ειδικότερα.

Η έλελιψη ατόμων κατάλληλα εκπαιδευμένων να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα αυτής της ηλικίας είναι εμφανή στην χώρα μας. Ανάλογα με τους τομείς στους οποίους απασχολείται το προσωπικό η εκπαίδευση μπορεί να παρέχει γνώσεις για την παρέμβαση σε διάφορα επίπεδα, όπως στην έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή στην εξειδικευμένη ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, αλλά και την άμεση θεραπευτική παρέμβαση στο παιδί και την οικογενειά του.

4. Έρευνα στο αντικείμενο της Ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας.

Στο αντικείμενο εξειδικευμένων ερευνών που αφορούν την παιδική ηλικία, είναι αναγκαίο να περιλαμβάνονται οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση της παιδικής προσωπικότητας, οι ιδιαίτερες δυνατότητες και τα προβλήματα κάθε σταδίου ανάπτυξης, η δημιουργία κατάλληλων μέσων αξιολόγησης και διάγνωσης καθώς και αποτελεσματικοί τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης.

ΠΙΝΑΚΑΣ
ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ/ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ



Κατά το 1983, οι συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν 8.009, το 1984:9.944, το 1985:11.034, το 1986:12.260 και το 1987:18.787.

Υπηρεσία Αντιμετώπισης Ψυχολογικών Κρίσεων.

Τα ρογράμματα άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης έχουν ως στόχο την προσφορά βοήθειας σε εκείνα τα άτομα της κοινότητας τα οποία βρίσκονται σε "κρίση". Η "κρίση" δεν είναι ταυτόσημη με την ψυχική ασθένεια. Μπορεί όμως να αποτελέσει το αρχικό στάδιο κάποιας πιθανής μελλοντικής παθολογικής κατάστασης. Έτσι όταν αναφερόμαστε, σε χειρισμό ή παρέμβαση στην "κρίση", αναφερόμαστε σε 2 έννοιες: στη θεραπευτική αντιμετώπιση των παθολογικών αντιδράσεων του ατόμου κατά την κρίσιμη κατάσταση και κυρίως στην πρόληψη πιθανών σοβαρότερων μελλοντικών επιπλοκών.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κατάστασης κρίσης είναι οι αυξημένη σύγχυση του ατόμου και τα επίμονα συναισθήματα και ταυτόχρονα η αυξημένη ανάγκη του για βοήθεια και συμβουλευτική. Τα άτομα που προσφεύγουν στις υπηρεσίες Άμεσης Ψυχολογικής Υποστήριξης διαφέρουν σημαντικά απ' αυτά που αναζητούν τις παραδοσιακές μορφές ψυχολογικής υποστήριξης.

Πρόκειται για τα άτομα που ουσιαστικά επιθυμούν άμεση ανακούφιση από το άγχος τους και τις συμβουλές για την αντιμετώπιση της πρόσκαιρης έλλειψης ισορροποίας τους.

Δεν είναι συνήθως, ούτε ψυχολογικά ευαισθητοποιημένα άτομα, ούτε έχουν κίνητρα για ουσιαστικές αλλαγές της προσωπικότητάς τους. Έτσι είναι αρκετά περιορισμένοι, οι δυνατότητες επίδρασης της όμως είναι πολύ μεγαλύτερες απ' ότι ανάλογες δυνατότητες επίδρασης της ατομική ψυχοθεραπείας, καθώς τα άτομα σε κρίση είναι ανεκτικότερα σε αλλαγές, γεγονός που οδηγεί είτε πολλές φορές στη βελτίωση, είτε στην επιδείνωση της κατάστασής τους.

Απαραίτητες συνθήκες για την λειτουργεία των υπηρεσιών

του είδους αυτού είναι οι παρακάτω:

Ιεγγύτητα στην κοινότητα. Η εγγύτητα εννοείται και γεωγραφικά αλλά και ψυχολογικά. Αυτή η αναγκαία συνθήκη ισχύει και τα Κ.Ψ.Υ. τα οποία πρέπει να είναι γνωστά και κυρίως σεβαστά στο πληθυσμό της κοινότητας τον οποίο εξυπηρετούν.

Ειδικότερα σε σχέση με τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, είναι ευνόητο πως τα άτομα που βρίσκονται σε κρίση δύσκολα θα διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να αναζητήσουν βοήθεια.

2. Άμεση διαθεσιμότητα υπηρεσιών: Οι Υπηρεσίες Άμεσης Ψυχολογικής Υποστήριξης, πρέπει να λειτουργούν στην καλύτερη περίπτωση σε 24ωρη βάση, ώστε να ελαχιστοποιείται το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την αναζήτηση βοήθειας από τα άτομα σε κρίση, μέχρι την παροχή βοήθειας αυτής. Η αμεσότητα των προβλημάτων δεν επιτρέπει την κίνηση μηχανισμών-συνηθισμένων σε περισσότερο παραδοσιακές μορφές θεραπείας- όπως το κλείσιμο ραντεβού, εκτεταμένες συνεντεύξεις και λεπτομερής καταγραφή ιστορικού.

3. Κινητικότητα: Πολλές φορές είναι απαραίτητο, οι εργαζόμενοι σε τέτοιες μονάδες να έχουν την δυνατότητα αλλά και την ικανότητα να δουλέψουν έξω από τοπικους χώρους του συγκεκριμένου κέντρου και να επισκέπτονται τα άτομα σε κρίση, στο άμεσο περιβάλλον τους. Συνήθως τέτοιες παρεμβάσεις γίνονται με την συνοδεία συγγενούς, ή ακόμη και των τοπικών αρχών, όταν οι αρχές αυτές κρίνουν απαραίτητη την παρέμβασή τους.

Μία άλλη μορφή προσέγγισης που ξεπερνά τα φυσικά όρια της "κλινικής" αποτελεί η στενή συνεργασία των ατόμων που εργάζονται σε παρόμοια προγράμματα με κοινωνικούς χώρους, όπου οι κρίσεις εμφανίζονται συχνά (π.χ. σχολεία, νοσοκομεία,

γυροκόμεια κ.λ.π).

4. Ευελιξία και πολυμορφία των επαγγελματικών ρόλων.

Είναι φανερό, πως η λειτουργία ενός προγράμματος χειρισμού κρίσεων δεν στηρίζεται στις παραδοσιακές μεθόδους ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής και γι' αυτό το λόγο, οι επαγγελματίες θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα. Οι επαγγελματίες που προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες - ψυχίατροι και ψυχολόγοι - πρέπει να λειτουργούν χωρίς ραντεβού καθορισμένη χρονική διάρκεια θεραπείας, ανάλογα αναλυτικά ιστορικά και αξιολογήσεις. Ένα άλλο σημαντικό σημείο είναι το ότι στις υπηρεσίες αυτές, τα άτομα που αναζητούν βοήθεια έρχονται σε πρώτη επαφή συνήθως με μη ειδικευμένα άτομα, τα οποία προσφέρουν πληροφορίες και κανονίζουν τις συναντήσεις με τους ειδικούς. Αυτή όμως η πρώτη επαφή αποτελεί και το πιο σημαντικό στάδιο στην αντιμετώπιση ατόμων σε κρίση. Οι ειδικοί πρέπει να έχουν την ικανότητα να παρέχουν αυτές τις πληροφορίες και να συνεργαστούν άμεσα με τους "πελάτες" σε θέματα που σχετίζονται με την κατάστασή τους, ακόμη και αν αυτό σημαίνει εργασία έξω από τα όρια της κλινικής, και άμεση επαφή με άλλες κοινοτικές υπηρεσίες.

5. Υπαρξη τεχνικής χειρισμού των κρίσεων. Δεν είναι δυνατόν να ορισθεί ένα και μοναδικό μοντέλο βοήθειας ατόμων που βρίσκονται σε κρίση. Οι διαδικασίες που ακολουθούνται, διαφέρουν ανάλογα με την φύση της κρίσης, τις κοινωνικές συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζεται, την σοβαρότητα των αντιδράσεων και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που υποφέρει.

Παρακάτω περιγράφονται μερικοί γενικοί στόχοι της διαδικασίας της άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης, οι οποίοι συνοπτικά

περιλαμβάνουν τα εξής:

α) Άμεση ανακούφιση από την δυσφορία που αισθάνεται το άτομο, με την καταπολέμηση κυρίως των συμπτωμάτων άγχους, σύγχυσης και αδυναμίας.

β) Επαναφορά του ατόμου στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας του

γ) Πληροφόρηση του ίδιου του ατόμου και της οικογένειάς του, ώστε να γίνουν γνωστές οι πιθανές λύσεις, αλλά και η ύπαρξη των κοινοτικών υπηρεσιών, όπου μπορεί να προσφύγει.

δ) Κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στην παρούσα κρίση και σε προηγούμενες εμπειρίες καθώς και σε μονιμότερα ψυχολογικά προβλήματα.

ε) Ανάπτυξη νέων στάσεων συμπεριφοράς και τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων, οι οποίοι είναι δυνατό να αποδειχθούν βοηθητικοί σε μελλοντικές παρόμοιες κρίσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΜΟΡΦΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.

Σήμερα υπάρχουν, αποτελεσματικοί τρόποι θεραπείας των οξέων φάσεων των ψυχικών διαταραχών οι οποίοι μπορούν να εφαρμοστούν στους περισσότερους ασθενείς. Το χρονικό διάστημα εντατικής θεραπείας κυμαίνεται μεταξύ εβδομάδων και λίγων μηνών. Κατάλληλα φάρμακα και θεραπεία περιβάλλοντος, είναι δυνατόν να μειώσουν στο ελάχιστο, ή και να ελέγχουν τα συμπτώματα σχιζοφρένειας, συναισθηματικών διαταραχών, διαταραχών άγχους και τοξικομανίας.

Η αντιμετώπιση των οξέων συμπτωμάτων αποτελεί απλώς μέος της αναγκαίας περίθαλψης των ψυχικά πασχόντων ατόμων. Οι πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι χρόνιες και κατά συνέπεια τέτοια άτομα, έχουν ανάγκη από μακρόχρονη φροντίδα.

Αυτές οι διαταραχές έχουν πολλά κοινά σημεία με χρόνιες οργανικές παθήσεις, όπως ο διαβήτης, η αρθρίτιδα, υπέρταση, οι συνθήκες των νεφρών και του ήπατος κ.λ.π. Και στις 2 περιπτώσεις παρουσιάζονται υποτροπές, με περιόδους όξυνσης και περιόδους ύφεσης των συμπτωμάτων. Η περίθαλψη πρέπει να στοχεύει σε όλες τις περιόδους των διαταραχών. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η αποκατάστασή των ασθενών στο κοινωνικό τους περιβάλλον, μετά από τις οξείες φάσεις της ασθένειάς τους.

Απαιτείται βοήθεια προς τους ασθενείς, ώστε να επαναπροσαρμοστούν στο κοινωνικό τους περιβάλλον και να επανέλθουν σε επίπεδα λειτουργίας αντίστοιχα με αυτά που υπήρχαν. Πρίν από την εκδήλωση της ασθένειάς τους ώστε να διατηρηθούν

τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας ιστορικά.

Προσπάθειες για ολοκληρωμένη και μακρόχρονη περίθαλψη αναλαμβάνουν μέχρι πρόσφατα μόνο τα κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα.

Η μακρόχρονη όμως παραμονή στα κλειστά ιδρύματα, οδηγούσε στην εξάρτηση του ασθενή από αυτά και στην μείωση της προσωπικής του ευθύνης στην καταπολέμηση της διαταραχής του.

Η περίθαλψη όμως με την μορφή μερικής νοσηλείας, εκφράζει την προσπάθεια για την παροχή της ελάχιστα αναγκαίας, αλλά και αποτελεσματικής, μερίμνας για το ψυχικά ασθενή πληθυσμό. Ένα μέρος του πληθυσμού αυτού, έχει ανάγκη από εντατική ιατρική, ψυχιατρική και ψυχολογική παρακολούθηση και δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ή από τις συμβουλευτικές υπηρεσίες των Κ.Ψ.Υ. Έχει ανάγκη από υπηρεσίες που προσφέρονται κατά την διάρκεια της ημέρα, αποφεύγοντας έτσι των πλήρη ιδρυματοποίηση με όλες τις επιπτώσεις της.

Τέτοιες μορφές μερικής νοσηλείας αποτελούν τα Νοσοκομεία Ημέρας Οι μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης και οι Ψυχιατρικές Λέσχες.

Νοσοκομείο Ημέρας.

Το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας ιδρύθηκε στην Σοβιετική Ένωση το 1933 από το Ζαχάρω. Αργότερα ιδρύθηκαν και στην Δύση π.χ. στο Καναδά το 1964 και στην Μ. Βρετανία το 1947.

Η Αμερικανική Ένωση Μερικής Νοσηλείας, ορίζει το Νοσοκομείο Ημέρας ως "ένα Πρόγραμμα θεραπείας που περιλαμβάνει τις κύριες διαγνωστικές, ιατρικές, ψυχιατρικές, ψυχοκοινωνικές

και προεπαγγελματικές μεθόδους περίθαλψης, σχεδιασμένο για ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που απαιτούν καθολική και διεπιστημονική μέριμνα η οποία δεν μπορεί να παρασχεθεί από μονάδες εξωτερικών ιατρείων ή κέντρων ψυχικής υγείας".

Συνήθως είναι μικρές μονάδες 30-40 ατόμων και λειτουργούν από τις 9 το πρωί ως τις 5 το απόγευμα. Οι ασθενείς προσέρχονται μόνοι τους και επιστρέφουν στο τέλος της ημέρας είτε στα σπίτια τους είτε σε ξενώνες. η μέση διάρκεια παραμονής είναι 2-3 μήνες, αλλά υπάρχουν διαφορές μεταξύ των μονάδων ανάλογες με τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετεί.

Το Νοσοκομείο Ημέρας περιλαμβάνει μία σειρά από δραστηριότητες και υπηρεσίες, οι οποίες αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της ίδιας της ψυχικής διαταραχής, καθώς και στην μελλοντική επανέταξη των ασθενών στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Συγκεκριμένα οι παρακάτω υπηρεσίες είναι χρήσιμες αλλά και απαραίτητες για μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση.

Αξιολόγηση και διάγνωση: Σήμερα, είναι γενικά αποδεκτό πως η ταξινόμηση μιας ψυχικής διαταραχής σε μία συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία δεν αποτελεί ικανοποιητική αξιολόγηση, τόσο της σοβαρότητας της διαταραχής, όσο και της δυνατότητας αντιμετώπισής της.

Οι διαγνωστικές μέθοδοι, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ασθενή, έτσι ώστε, να σχεδιάζεται το κατάλληλο πρόγραμμα περίθαλψης.

Η απόφαση για την περίθαλψη ενός ατόμου σε κάποιο Νοσοκομείο Ημέρας δεν εξαρτάται μόνο από την σοβαρότητα της διαταραχής του, αλλά κυρίως από την δυνατότητα να περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας στο οικογενειακό περιβάλλον ή σε κάποια

μορφή προστατευόμενης στέγασης.

Φαρμακοθεραπεία: Τα τελευταία χρόνια, η ανάπτυξη των φαρμακολογικών μεθόδων θεραπείας, έχει δώσει την δυνατότητα ελέγχου ενός μεγάλου φάσματος ψυχικών ασθενειών (ψυχώσεων), ιδιαίτερα στο επίπεδο ελέγχου των περιόδων όξυνσης των διαταραχών

Η χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων πρέπει να συνοδεύεται από κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών, ή σε αναγκαίες περιπτώσεις από έλεγχο για την συστηματική χρήση των φαρμάκων, ώστε να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Ψυχοθεραπεία: Οι ανάγκες του κάθε ασθενούς θα υπογορεύσουν την ακατάλληλη μορφή ψυχοθεραπείας και την συχνότητά της.

Η εποπτική ατομική ψυχοθεραπεία είναι συνήθως απαραίτητη σε άτομα με σοβαρές παθήσεις, αλλά, πολλές φορές και οι ομαδικές τεχνικές μπορούν να έχουν τα ίδια αποτελέσματα.

Εργασιοθεραπεία: Η δραστηριότητα αυτή έχει αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμη στις προσπάθειες των ειδικών ώστε, να αποφευχθεί όσο είναι δυνατόν η παθητικότητα των ψυχιατρικών ασθενών.

Αποτελεί παράλληλα, ένα μέσο ψυχαγωγίας, αλλά και το αρχικό στάδιο της προεπαγγελματικής κατάρτισης για τα άτομα που κρίνονται κατάλληλα για μελλοντική επαγγελματική αποκατάσταση.

Κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα: Βασικό χαρακτηριστικό του Νοσοκομείου Ημέρας είναι η περίθαλψη των ασθενών για περιορισμένο αριθμό ωρών κατά την διάρκεια της ημέρα. Σκοπός της μερικής νοσηλείας είναι να επιτρέπει στους ασθενείς να βρίσκονται στο ψυχοκοινωνικό τους περιβάλλον κατά το μεγαλύτερο διάστημα ημέρα.

Πολλά από τα άτομα που περιθάλπτονται στα Νοσοκομεία Ημέρας που έχουν την απαραίτητη κοινωνική υποδομή, που θα

τους βοηθήσει να λειτουργούν ανεξάρτητα στην κοινότητα. Για το λόγο αυτό η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι αναγκαία για πολλούς από τους ασθενείς.

Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν την εκμάθηση σε καθημερινές αναγκαιότητες όπως προετοιμασίες γευμάτων, ψώνια, χρησιμοποίηση αστικών συγκοινωνιών κ.α... Σημαντική είναι επίσης η υποστήριξη της οικογένειας στους κόλπους της οποίας ο ασθενής περνά τον περισσότερο χρόνο του.

Διδακτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες:

Πολλοί χρόνια ψυχικά άρρωστοι, έχουν περιορισμένο μορφωτικό επίπεδο - κυρίως λόγω της μακρόχρονης διαταραχής του - χωρίς απαραίτητα να στερούνται των αναγκαίων νοητικών ικανοτήτων. Η εκπαίδευση, μπορεί να αφορά σε θέματα πρακτικής φύσης, όπως η χρήση κοινωνικών υπηρεσιών συμπλήρωση αιτήσεων κ.λ.π.

Οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες μπορούν να πραγματοποιούνται μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου Ημέρας αλλά κι έξω απ' αυτό, με τη μορφή εκδρομών, επισκέψεων σε εκθέσεις, μουσεία, κινηματογράφους.

Επαγγελματικός Προσανατολισμός και εκπαίδευση. Η σημασία της επαγγελματικής αποκατάστασης τονίζεται σε άλλο σημείο. Αποτελεί σημαντικότατο υπόβαθρο για την επίτευξη της, όσο το δυνατόν μεγαλύτερης, ανεξαρτοποίησης του ψυχικά ασθενούς πληθυσμού. Η προεπαγγελματική κατάρτιση, προσφέρει επίσης, την δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν κάποιο οικονομικό όφελος κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο Νοσοκομείο Ημέρας.

Προτάσεις για την σωστή λειτουργία του Νοσοκομείου Ημέρας.

Η πρακτική εφαρμογή των Ν.Η. μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Από διάφορες έρευνες έχει γίνει εμφανές το γεγονός ότι η μείωση των ωρών νοσηλείας από 24 σε 8, δεν είναι από μόνη της αρκετή για την μεταρρύθμιση και την αλλαγή του τρόπου περίθαλψης στον οποίο αποβλέπουν το Νοσοκομείο Ημέρας. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στην Αγγλία το 1/3 των Νοσοκομείων Ημέρας βρίσκεται προσαρτημένο σε κλειστές ψυχιατρικές μονάδες, το 1/3 στα Γενικά Νοσοκομεία και μόνο το υπόλοιπο 1/3 βρίσκεται εκτός νοσοκομειακού χώρου.

Η στενή εξάρτηση του Ν.Η., από τους χώρους στους οποίους προσφέρεται παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη, δημιουργεί κινδύνους για την ικανοποιητική λειτουργία του. Κατ' αρχήν δεν αποφεύγεται ο κοινωνικός στιγματισμός του ασθενούς. Η παραμονή του έστω για ορισμένο διάστημα της ημέρας, σε κάποιο μεγάλο ψυχιατρείο επηρεάζει δυσμενώς τη στάση του άμεσου κοινωνικού του περιβάλλοντος.

Ένας δεύτερος πιο ουσιαστικός κίνδυνος είναι η πιθανότητα μεταφοράς ορισμένων παραδοσιακών μορφών περίθαλψης από το κλειστό ψυχιατρείο στο Νοσοκομείο Ημέρας, μορφές οι οποίες έχουν αποδειχτεί καταστρεπτικές για την πορεία και εξέλιξη των ψυχιατρικών ασθενών.

Το προσωπικό των παραδοσιακών μορφών κλειστών ψυχιατρικών μονάδων, συνηθίζει να υιοθετεί τρόπους αντιμετώπισης των ασθενών που χαρακτηρίζονται από την έλλειψη διαπροσωπικών επαφών και την πεποίθηση ως προς την έλλειψη δυνατότητας και βελτίωσης θεραπείας των ψυχικών διαταραχών ακόμα και όταν εργάζονται στα Νοσοκομεία Ημέρας.

Ανεξάρτητα από τους επιμέρους στόχους σε κάθε Ν.Η. ο τελικός σκοπός είναι η θεραπεία του ασθενή και η επανένταξή του στην κοινότητα. Το μέγεθος και ο χρόνος της επανένταξης διαφέρουν, ανάλογα με το είδος της διαταραχής και τις κοινωνικές τους διαστάσεις. Οι δραστηριότητες θεραπευτικές, επαγγελματικές και κοινωνικές πρέπει να προσαρμοστούν έτσι ώστε να αποβλέπουν στην επίτευξη αυτού του στόχου.

ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.

Η εξέλιξη του θεσμού .

Οι μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης για ενήλικες αναπτύχθηκαν μετά το 2ο παγκόσμιο πόλεμο. Στην Ελλάδα οι πρώτες μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης δημιουργήθηκαν από το Κ.Ψ.Υ, το 1972 στην Αθήνα και το 1971 στην Θεσσαλονίκη.

Λειτουργία .

Η κύρια διαφοροποίηση μεταξύ του Νοσοκομείου ημέρας και των Μονάδων Ημερήσιας Περίθαλψης είναι ότι στις δεύτερες η περίθαλψη των ασθενών έχει συνήθως τη μορφή αποκατάστασης και διατήρησης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και όχι την παροχή νοσηλείας σε περιορισμένο χρόνο, όπως συμβαίνει στα Νοσοκομεία Ημέρας. Οι Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης (Μ.Η.Π) αποτελούν πρόσφατα την μορφή υπηρεσιών και για το λόγο αυτό ο ακριβής τρόπος λειτουργίας του και οι στόχοι τους δεν είναι τόσο σαφείς. Η ουσιαστική διαφορά μεταξύ των Μ.Η.Π. και των Νοσοκομείων Ημέρας είναι ότι, στα δεύτερα περιθάλπονται οξεία περιστατικά, ενώ οι πρώτες ασχολούνται περισσότερο με ασθενείς των οποίων οι χρόνιες διαταραχές απαιτούν μακρόχρονη περίθαλψη. Το είδος των υπηρεσιών και δραστηριοτήτων που προσφέρεται από τις δύο μορφές ημερήσιας περί-

θαλψης δε διαφέρει ουσιαστικά.

Θεραπευτικές κοινωνικές και ψυχαγωγικές υπηρεσίες είναι απαραίτητες και για τις δύο μορφές. Επιπλέον οι μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης θα πρέπει να έχουν την δυνατότητα αντιμετώπισης οξέων περιστατικών, παρ' όλο που ο κύριος πληθυσμός τους αποτελείται από άτομα με χρόνια-περισσότερο-παρά οξέα προβλήματα.

Ίσως ο πιο σαφής διαχωρισμός που μπορεί να γίνει μεταξύ των υπηρεσιών αυτών, θα πρέπει να στηριχθεί κυρίως στην διαφορά έκφρασης των δραστηριοτήτων, στο γεγονός δηλ. ότι στις Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης οι στόχοι εστιάζονται στις κοινωνικές δραστηριότητες ενώ στα "Νοσοκομεία Ημέρας εστιάζονται στις θεραπευτικές διαδικασίες. Οι Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης λειτουργούν σε καθημερινή βάση και απασχολούν τους ασθενείς στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Η μέση διάρκεια παραμονής, είναι μεγαλύτερη απ' αυτή του Νοσοκομείου Ημέρας μπορεί να πλησιάζει τους 12 μήνες - ενώ για πολλά άτομα μπορεί να απαιτείται ακόμη πιο μακρόχρονη παραμονή.

Οι δραστηριότητες που προσφέρονται έχουν ως στόχο, την κοινωνική κυρίως "εκπαίδευση" των ατόμων που εξυπηρετούν και την σταδιακή μετάβασή τους σε λιγότερο προστατευμένες και κατευθυνόμενες μορφές λειτουργιών στην κοινότητα.

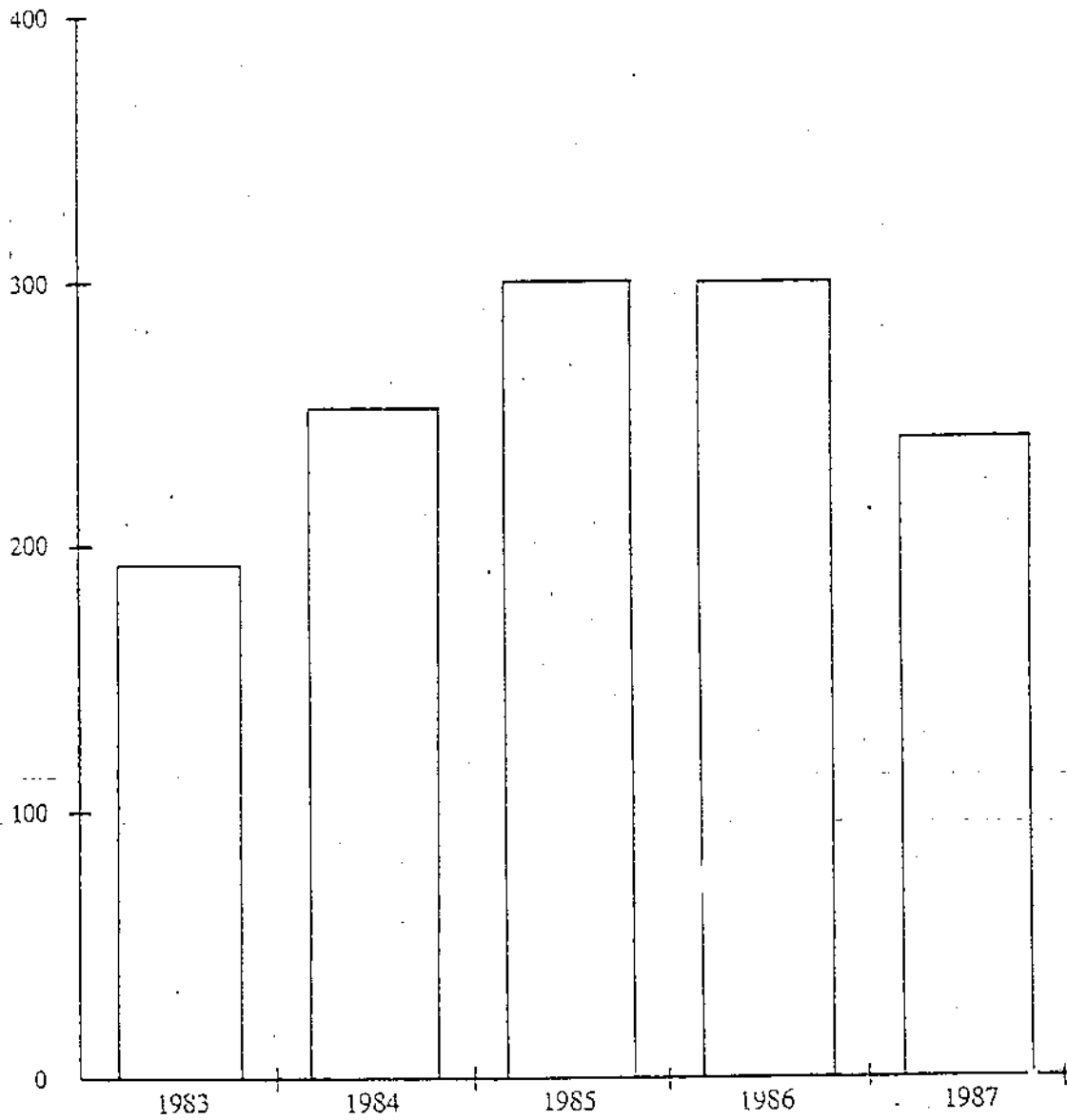
Τα Κέντρα Ημέρας αποτελούν μονάδες με κύριο ρόλο την φροντίδα και αποκατάσταση των χρόνια ψυχικών ασθενών, προσφέροντα ένα μεγάλο φάσμα κοινωνικών δραστηριοτήτων, οι οποίες περιλαμβάνουν βοήθεια, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κ.λ.π. Οι ρόλοι αυτοί προϋποθέτουν στενή σύνδεση των Κέντρων Ημέρας

με τις υπόλοιπες υπηρεσίες της κοινότητας, καθώς και πλήρη ενημέρωση του Προσωπικού των Κέντρων για τις διαθέσιμες υπηρεσίες της Κοινότητας.

Η στελέχωση των Ν.Η.Π. απαιτεί επαγγελματίες ψυχικής υγιεινής κατάλληλους κατ' αρχήν για την διαγνωστική αξιολόγηση και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών, καθώς όμως η έμφαση δίνεται στην κοινωνική εκπαίδευση των ασθενών, το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας στις μονάδες αυτές, αφιερώνεται στην κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα με την διδασκαλία βασικών κοινωνικών δεξιοτήτων όπως η χρήση μέσων συγκοινωνίας, αγορές αναγκαίων ειδών, φροντίδα του εαυτού κ.λ.π.

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ
ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1983-87



Το 1983 παρακολούθησαν το πρόγραμμα των Μ.Η.Π. 194 άτομα, το 1984: 252, το 1985: 302, το 1986: 302 και το 1987: 243 άτομα.

Κοινωνική Ψυχιατρική Λέσχη.

Η Κοινωνική ψυχιατρική λέσχη μπορεί να θεωρηθεί ως η κατ' εξοχήν μορφή της ημερήσιας περίθαλψης που στηρίζει τις προσπάθειες για την κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών. Κύριος στόχος της είναι η αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης, κίνδυνο τον οποίο διατρέχουν οι περισσότεροι ασθενείς που μεταβαίνουν από τα κλειστά ψυχιατρικά τμήματα στην κοινότητα. Η απομόνωση αποτελεί συχνότατα τον σημαντικότερο παράγοντα για την εμφάνιση κρίσεων στους ασθενείς και την επιστροφή τους σε μονάδες εντατικής περίθαλψης.

Οι πρώτες λέσχες δημιουργήθηκαν στην Αγγλία στην δεκαετία του '50. Από την εποχή αυτή αναφέρονται προσπάθειες δημιουργίας τους σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων οι Η.Π.Α., η Ν. Ζηλανδία και το Ισραήλ. Οι λέσχες λειτουργούν ως πλαίσιο για την κοινωνική συνάντηση και αλληλεπίδραση ασθενών υπό την εποπτεία ειδικευμένου προσωπικού. Οι ασθενείς συναντώνται 2-3 φορές την εβδομάδα για να λάβουν μέρος σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Η ψυχιατρική λέσχη έχει προσφέρει πολλά οφέλη στα μέλη της.

Τα σημαντικότερα είναι τα εξής:

1. Η διατήρηση της συνεχούς επαφής με τους ψυχιατρικούς ασθενείς μετά την περίθαλψή τους σε εντατικές μονάδες. Η επαφή αυτή είναι σημαντικός παράγοντας για την παρακολούθηση της λειτουργίας των ασθενών και της πορείας των διαταραχών τους, ώστε να προλαμβάνονται οξεία περιστατικά και ν' αποφεύγεται η επανένταξη των ασθενών σε μονάδες κλειστής εντατικής περίθαλψης.

2. Η μείωση της κοινωνικής απόσυρσης. Το φαινόμενο αυτό συνδέεται στενά με την μακρόχρονη παραμονή των ασθενών σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα.

Ακόμα και όταν οι ασθενείς δεν είχαν παραμείνει για πολύ καιρό μακριά από την κοινότητα η κοινωνική απομόνωση αποτελεί σύμπτωμα πολλών ψυχωσικών καταστάσεων. Η στάση της κοινότητας, η οποία πολλές φορές είναι αρνητική ή έστω πολλές φορές είναι αρνητική ή έστω επιφυλακτική απέναντι στους ψυχικά ασθενείς άτομα συντελεί στην περαιτέρω απομόνωση της.

3. Οι ευκαιρίες για την εκμάθηση και εξάσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων και σισθημάτων αυταρέσκειας. Δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς να δημιουργήσουν επαφές με άτομα τα οποία αν αντιμετωπίζουν προβλήματα παρόμοια με τα δικά τους δημιουργούνται έτσι την αίσθηση της κοινωνικής υποστήριξης. Το υποστηρικτικό περιβάλλον ενισχύεται και από το προσωπικό της λέσχης το οποίο είναι ειδικευμένο ώστε να προσφέρει κοινοτική φροντίδα και εκπαίδευση.

4. Το γεγονός ότι η λέσχη αποτελεί ερέθισμα για την ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μεταξύ των ασθενών πέρα από τα πλαίσια των "επισήμων" συναντήσεών τους κατά τις ώρες λειτουργίας των.

5. Η προσφορά κατάλληλου περιβάλλοντος για την επαφή του προσωπικού με τα μέλη της οικογένειας των ασθενών και την προσφορά βοήθειας μέσα από ένα χώρο λιγότερο απειλιτικό από τα ψυχιατρικά ιδρύματα.

6. Η κινητοποίηση αρκετών μελών, ώστε να προσφερθούν να λάβουν μέρος σε άλλες μη ψυχιατρικές δραστηριότητες στην

κοινότητα.

7. Η δυνατότητα παρακολούθησης της σωστής και συνεπούς χρήσης των φαρμάκων από τα μέλη.

Ημερήσια περίθαλψη για παιδιά.

Οι στόχοι της δεν διαφέρουν απ' αυτούς των αντιστοίχων υπηρεσιών για ενήλικες. Προσφέρεται δηλ. η δυνατότητα της αποφυγής της ιδρυματοποίησης παιδιών με ειδικές ανάγκες.

Τέτοιου είδους υπηρεσίες απευθύνονται κυρίως στα ψυχικά διαταγμένα ή νοητικά καθυστερημένα παιδιά, τα οποία είναι μεν ικανά, να παραμένουν στην κοινότητα αλλά, παράλληλα έχουν ανάγκη από εντατική ψυχιατρική, εκπαιδευτική και κοινωνική βοήθεια.

Η ημερήσια περίθαλψη μπορεί ακόμα να χρησιμεύσει ως μεταβατικό στάδιο για παιδιά που κινούνται από τις κλειστές μονάδες περίθαλψης προς τις εξωτερικές υπηρεσίες.

Τα Κέντρα Ημέρας για παιδιά προσφέρουν την δυνατότητα για την αξιολόγηση και την θεραπευτική βοήθεια μέσα σ' ένα περιβάλλον, που δεν περιέχει της πιέσεως που συνήθως υπάρχουν στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού. Συγχρόνως, προσφέρουν ένα χώρο, όπου το παιδί λαμβάνει την απαραίτητη αποδοχή και υποστήριξη, ώστε να βελτιωθεί το επίπεδο λειτουργίας του.

Τα κέντρα Ημέρας πρέπει να προσφέρουν ολοκληρωμένα προγράμματα, όπου θα παρέχονται οι εξής υπηρεσίες και δραστηριότητες: ιατρική περίθαλψη, ψυχοθεραπευτική θεραπευτικές δραστηριότητες με σκοπό την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων εκπαίδευση, βοηθητικές θεραπείες, άμεση και έμμεση συνεργασία με τους γονείς, προγράμματα εθελοντών για την βοήθεια και συντροφιά των παιδιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ.

Αθεραπευτική μονάδα στην Αγία Παρασκευή.

Η υπηρεσία αυτή απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους με παιδικό αυτισμό ηλικίας 4 - 16 ετών. Το προσωπικό της μονάδας αποτελείται από παιδοψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, ειδικούς Παιδαγωγούς.

Το πρόγραμμα λειτουργίας είναι θεραπευτικό και εκπαιδευτικό έτσι ώστε τα άτομα που φοιτούν εκεί, να αποκτήσουν τις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες. Η θεραπευτική μονάδα έχει 32 περιστατικά το 1983, το 1984, και το 1985, 30 το 1986 και 25 το 1987.

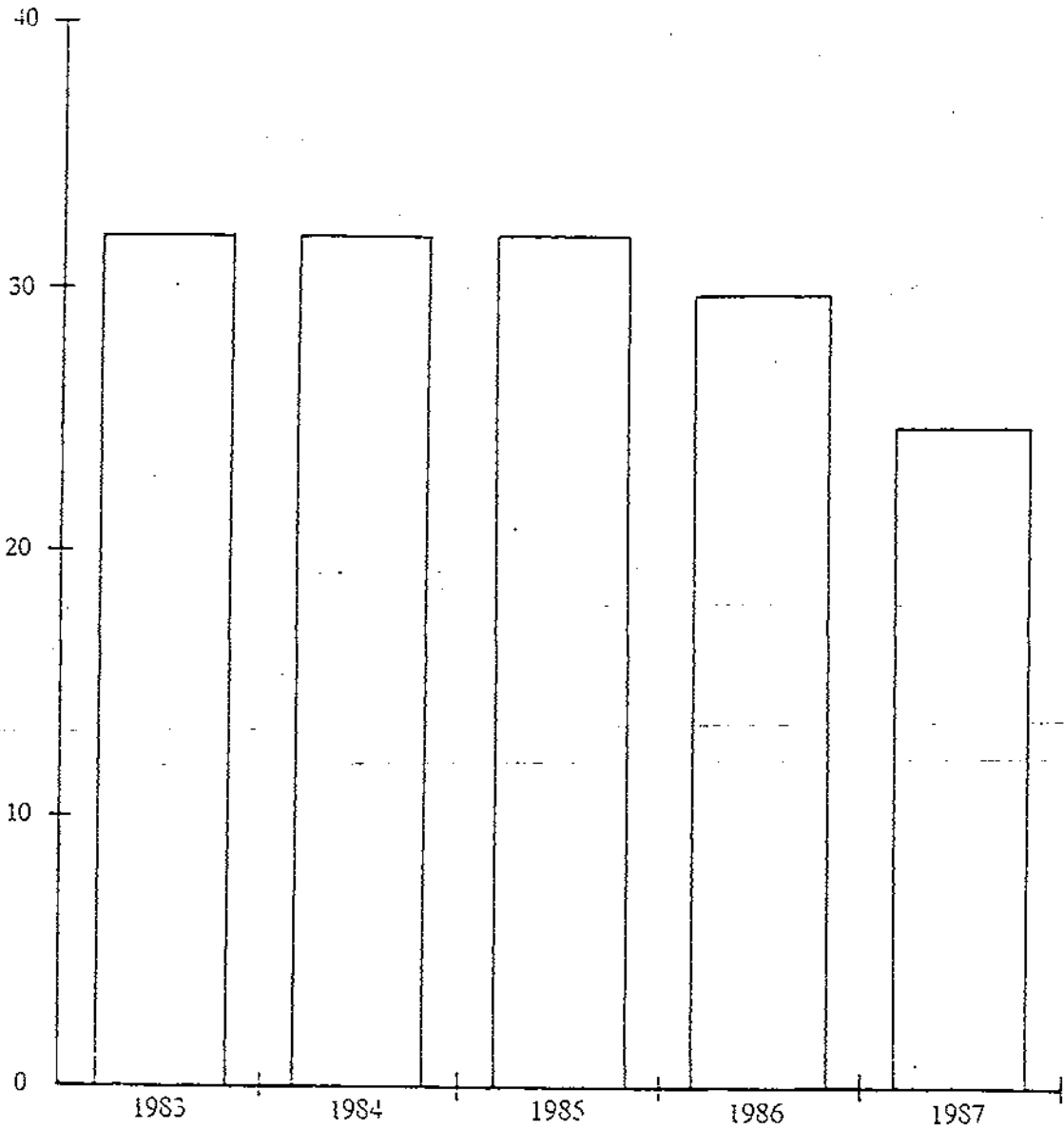
Β. Το "ΣΤΟΥΠΑΘΕΙΟ" Στο Χαλάνδρι.

Είναι μία ειδική υπηρεσία, η οποία καλύπτει παιδιά και εφήβους μέχρι 21 ετών με νοητική καθυστέρηση η οποία στο μεγαλύτερο ποσοστό οφείλεται στο σύνδρομο DOWN, αν και υπάρχουν και άτομα με νοητική καθυστέρηση άλλης αιτιολογίας, (άλλες χρωμοσωματικές ανωμαλίες, παιδική εγκεφαλοπάθεια, πυρινικός ίκτερος κ.λ.π).

Το "Στουπάθειο" απασχολεί παιδαγωγούς, ψυχολόγους και θεραπευτές ειδικής αγωγής σε ειδικά θέματα (ευλουργική, υφαντουργία, οικοκυρικά κ.α) παιδοψυχίατρο και λογοπεδικό. Σκοπός της υπηρεσίας είναι η εκπαίδευση και η επαγγελματική κατάσταση των παιδιών που φοιτούν εκεί ούτως ώστε να γίνουν λειτουργικά σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο. Κατά το σχολικό έτος 1986-87 το "Στουπάθειο" είχε 98 μαθητές.

ΠΙΝΑΚΑΣ

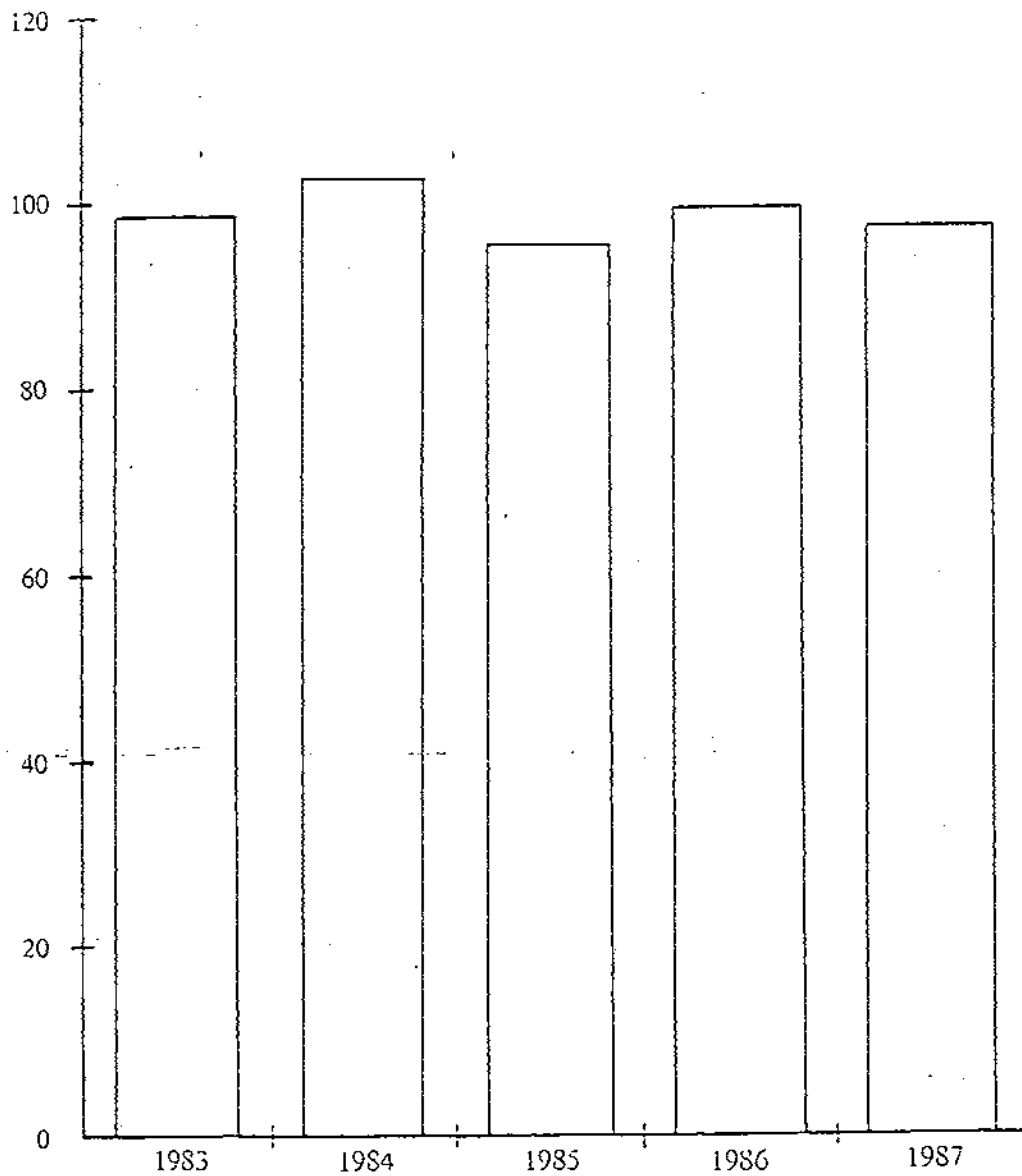
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1983-87



Ο αριθμός των περιστατικών που αντιμετώπισε η Θεραπευτική Μονάδα ήταν το 1983: 32 περιστατικά, το 1984: 32, το 1985: 32, το 1986: 30, ενώ το 1987 τα περιστατικά έφτασαν τα 25.

ΠΙΝΑΚΑΣ

«ΣΤΟΥΠΑΘΕΙΟ» Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΕΤΗ
'82-'83 - '86-'87



Ο αριθμός των μαθητών του «Στουπαθείου»: το 1982-'83: 99 μαθητές, το '83-'84: 103 μαθητές, το '84-'85: 96 μαθητές, το '85-'86: 100 μαθητές και το '86-'87: 98 μαθητές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙV

ΝΕΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ.

A. Γραμμή Ζωής - S.O.S

Η υπηρεσία αυτή ιδρύθηκε στην Αθήνα τον Σεπτέμβριο του 1986 Προσφέρει σε 24ωρη βάση τηλεφωνική βοήθεια από εκπαιδευμένο προσωπικό σε άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης.

Το S.O.S. τους 4 πρώτους μήνες λειτουργίας του, το 1986 δέχτηκε 1300 τηλεφωνικές κλήσεις και το 1987, 14.468 κλήσεις από άτομα και των δύο φύλλων και όλων των ηλικιών.

Είναι κοινή διαπίστωση ότι τουλάχιστον μέχρι πριν από λίγα χρόνια, οι ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, είχε κυρίως Νοσοκομειακό χαρακτήρα χωρίς ενδιάμεσες μορφές ικανές ν' αντιμετωπίσουν το μεγάλο φάσμα των προβλημάτων, που δεν εντάσσονται πάντα στο τομέα της ψυχοπαθολογίας. Όπως επίσης είναι εύκολο ν' αντιληφθή κανείς ότι είχαν ωριμάσει, εδώ και αρκετό καιρό, οι κοινωνικές συνθήκες που απαιτούσαν την ίδρυση ενός Κέντρου Άμεσης Ψυχολογικής Υποστήριξης S.O.S.

Έτσι το Κ.Ψ.Υ. σε συνεργασία με την Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς ίδρυσε το Σεπτέμβριο του 86 την πρώτη υπηρεσία "Γραμμή Ζωής S.O.S." Παρουσιάζουμε στην συνέχεια τους λόγους που οδήγησαν στην δημιουργία της Υπηρεσίας αυτής στην Ελλάδα και τις αρχές λειτουργίας της.

Η υπηρεσία αυτή αντιμετώπισης οξυμένων καταστάσεων (κρίσεων) έχει προγραμματιστεί σε 3 φάσεις:

- α) Διαμόρφωση τηλεφωνικού κέντρου για άμεση τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη
- β) Συγκρότηση ομάδας για επέμβαση στην κρίση, έτοιμη να υποδεχτεί τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο.

γ) Συγκρότηση ομάδας για επέμβαση στην κρίση, έτοιμη να μετακινηθεί προς τα άτομα αυτά.

Στην υπηρεσία αυτή έχουν εγκατασταθεί σε κατάλληλα διαμορφωμένο κτίριο αυτό τηλεφωνικές μονάδες με αριθμό κλήση το "175".

Η χρησιμοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας "τηλεφώνου" για την αντιμετώπιση καταστάσεων οξυμένων ψυχολογικών κρίσεων δημιουργεί νέους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης με άμεση πρόσβαση χρησιμοποίησης από τους έχοντες ανάγκη βοήθειας. Ξέρουμε ότι πολλές απόπειρες νέων ατόμων δεν έχουν τελικό σκοπό τον θάνατο, αλλά καταλήγουν σ' αυτόν εξ' αιτίας λαθεμένων υπολογισμών.

Η τάση για αυτοκτονία είναι παροδική και μία έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να λύσει την κρίση με άλλον τρόπο και όχι την αυτοκτονία. Αυτοί που αυτοκτονούν δίνουν κατά κανόνα αρκετά προειδοποιητικά σημεία, που αν παρασχεθούν βοηθούν στην πρόληψή τους. Στην υπηρεσία εργάζονται 15 ειδικοί επιστήμονες που καλύπτουν τις ανάγκες όλο το 24ωρο για όλες τις ημέρες του χρόνου.

Η νέα αυτή υπηρεσία αντιμετωπίσθηκε με ιδιαίτερα θετικά σχόλια από τον τύπο, από κοινωνικούς φορείς και από φορείς της πολιτείας που θα συνεργασθούν με αυτή (π.χ. Κέντρου Άμεσης Βοήθειας, Κέντρο Δηλητηριάσεων κ.λ.π) Αυτό είναι ένα αιδιόδοξο σημάδι για την επιτυχία της.

Β. Κέντρο Νεότητας και Συμβουλευτικής Εφήβων στην Ρόδο.

Το 1987 το Κ.Ψ.Υ, υπέγραψε σύμβαση με τον Δήμο Ρόδου για την δημιουργία ενός ειδικού Κέντρου Νεότητας και Συμβουλευτικής που απευθύνεται στους κατοίκους του νησιού.

Το Κέντρο Νεότητας στελεχώθηκε από Παιδοψυχιάτρους, Ψυχολόγους και Κοινωνικούς Λειτουργούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ
 «ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ -S.O.S.»
 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ	1986		1987	
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Κακοποίηση γυναικών	66	5.2	880	6.1
Κακοποίηση παιδιών	63	4.8	872	6.0
Νευρώσεις	93	7.1	1.160	8.0
Φοβίες, υποχονδρίες φορείς AIDS	0	0	290	2.0
Ψυχοσωματικά, άγχη, stress	102	7.8	1.121	7.7
Ψυχώσεις	156	12.0	1.380	9.6
Απόπειρες-σκέψεις αυτοκτονίας Επιθυμία θανάτου	104	8.0	1.602	11.1
Ναρκομανείς	7	0.6	72	0.5
Οικογενειακές-ψυχολογικές κρίσεις	364	28.0	4.650	32.1
Προβλήματα σχέσης, έρωτα ή γάμου	325	25.0	2.362	16.3
Αταξινόμητα	20	1.5	79	0.6
Γενικό Σύνολο	1.300	100 %	14.468	100%

Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Αποκαταστάσεις.

Ένας από τους κυριότερους στόχους των εναλλακτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης, είναι η ένταξη των χρόνια ασθενών στην κοινότητα από την οποία παρέρχονται. Τα προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης σε χρόνους ψυχικά ασθενείς, είναι μία από τις αναγκαίες προϋποθέσεις για την επιτυχία των εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, που εφαρμόζονται από το Κ.Ψ.Υ.

Ο στόχος της ψυχιατρικής μεταρύθμισης για αποϊδρυματοποίηση, δεν είναι απλά το "άνοιγμα" των ψυχιατρείων ή η μείωση των κρεβατιών, αλλά κυρίως η δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών που θα επιτρέψουν μια διαφορετική αντιμετώπιση των ασθενών. Μελέτες έχουν δείξει, ότι η επαγγελματική αποκατάσταση έχει βοηθήσει σημαντικά, ψυχιατρικά ασθενείς να ζήσουν έξω από το ψυχιατρείο.

Σαν αποκατάσταση, θα μπορούσαμε να ορίσουμε την επιτυχημένη τοποθέτηση του ατόμου σε όσο τον δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον, όπου θα έχει την δυνατότητα να αξιοποιήσει όλες τις κοινωνικές, επαγγελματικές και προσωπικές ικανότητές του.

Η αντίληψη της Κοινωνικής Αποκατάστασης των ψυχιατρικών ασθενών στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, αρχίζει να αναπτύσσεται στα τέλη της δεκαετίας του '50 με την χρησιμοποίηση των ψυχοφαρμάκων και την ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας στις ανεπτυγμένες Δυτικές κοινωνίες.

Στόχοι της επαγγελματικής αποκατάστασης.

Η ψυχιατρική αποκατάσταση, πρέπει να θεωρείται ως σφαιρική

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

διαδικασία θα πρέπει δηλ. να συμβαδίζουν τα βήματα της επαγγελματικής δραστηριότητας μ' αυτά της επανακοινωνικοποίησης. Η επαγγελματική και κοινωνική εκπαίδευση αποτελεί μέσο για την επίτευξη του τελικού στόχου της αποκατάστασης.

Συγκεκριμένα, οι στόχοι μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

1. Επαγγελματική κατάρτιση:

Αναφερόμαστε στην εκμάθηση βασικών τεχνικών δεξιοτήτων σε τομείς ανάλογους με τις ικανότητες των εκπαιδευμένων ατόμων. Οι τεχνικές δεξιότητες που διδάσκονται στις μονάδες του Κ.Ψ.Υ. είναι: Ταπητουργική, Υφαντουργική, Κοπτική, Ξυλουργική κ.α.

Η επιλογή αυτών των δεξιοτήτων, έγινε μετά από έρευνα για τις ανάγκες της συγκεκριμένης αγοράς, στην οποία θα διοχετευθούν οι εκπαιδευόμενοι.

2. Εκπαίδευση σε βασικές εργασιακές γνώσεις:

Περιλαμβάνονται δεξιότητες, όπως η ικανότητα τήρησης του ωραρίου η υπευθυνότητα, ο χειρισμός χρημάτων κ.λ.π. οι δεξιότητες αυτές αποτελούν την βασική προϋπόθεση για την δυνατότητα του ατόμου να λειτουργήσει στους ελεύθερους αγωνιστικούς χώρους εργασίας.

3. Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων:

Ο στόχος αυτός αντιπροσωπεύει μια γενικότερη προσπάθεια κοινωνικοποίησης των ατόμων αυτών. Ειδικότερα τους δίνονται τα κατάλληλα εφόδια ώστε να έχουν την δυνατότητα να αντιμετωπίσουν καθημερινές κοινωνικές επαφές αλλά κυρίως, τις εντάσεις και προστριβές που δημιουργούνται στους χώρους αυτούς.

4. Δεξιότητες που αφορούν την εύρεση εργασίας:

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν, η πληροφόρηση για τομείς εργασιών και χώρους όπου μπορούν ν' απορροφηθούν οι εκπαιδευόμενοι καθώς και η εκμάθηση της διαδικασίας υποβολής αίτησης και κοινωνικής συμπεριφοράς κατά την πρώτη επαφή με τον εργοδότη.

Συνεπώς οι στόχοι της αποκατάστασης αφορούν από την μια μεριά την αξιοποίηση και την ενίσχυση του δυναμικού που διαθέτει ο καθένας πράγμα που επιτυγχάνεται με την εκπαίδευση και την υποστήριξη και από την άλλη μεριά την μείωση των πιέσεων που προέρχονται από το περιβάλλον με την χρήση τεχνικών βοηθημάτων, την κατάλληλη προσαρμογή του χώρου και των συνθηκών, καθώς και με την καταπολέμηση των προκαταλήψεων με την σωστή πληροφόρηση του κοινού.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.

---Οι μονάδες επαγγελματικής εκπαίδευσης του Κέντρου, εντάσσονται στα πλαίσια της τριτογενούς πρόληψης που εφαρμόζει το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Οι μονάδες αυτές βρίσκονται στο Αιγάλεω, στον Πειραιά, στην Θεσσαλονίκη, στην Πάτρα και στο Ηράκλειο. Δεν λειτουργούν αυτόνομες αλλά σαν αναπόσπαστο τμήμα των άλλων Υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ. σε κάθε πόλη.

Η φιλοσοφία του προγράμματος κοινωνικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης, στηρίζεται στην ανάπτυξη από τους εκπαιδευόμενους αισθήματος αυτοεκτίμησης και ανεξαρτησίας και στην απόκτηση των απαραίτητων κοινωνικών δεξιοτήτων και επαγγελματικών γνώσεων, ώστε να μπορούν από μόνοι τους ν' αντιμετωπίζουν στην κοινωνική πραγματικότητα και την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Εγκαταστάσεις: Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στην διαμόρφωση του χώρου των εργαστηρίων, οι οποίοι μοιάζουν με τους αυθεντικά επαγγελματικούς χώρους.

Εξοπλισμός και διδασκόμενες ειδικότητες Στα εργαστήρια που λειτουργούν διδάσκονται οι ειδικότητες της Ταπητουργίας- Υφαντουργίας, Κορνιζοποιίας, Κοπτικής_Ραπτικής, Ηλεκτρολογίας, Ξυλουργικής, Κηπουρικής και Γραμματείας. Τα εργαστήρια που λειτουργούν σε κάθε μονάδα, έχουν επιλεγεί ύστερα από έρευνα της αγοράς στην οποία πρόκειται να διοχετευθούν οι απόφοιτοι των εργαστηρίων και σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ. Τα εργαστήρια έχουν εξοπλιστεί με κατάλληλα εργαλεία και υλικά, παρόμοια μ' αυτό που χρησιμοποιούνται στους πραγματικούς επαγγελματικούς χώρους.

Η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι 12-18 μήνες και υπάρχει η δυνατότητα προέκτασης του προγράμματος σε μερικούς εκπαιδευόμενους σε 3 χρόνια.

Το προσωπικό των μονάδων, αποτελούν επιστήμονες ψυχικής υγείας και εκπαιδευτές των ειδικοτήτων.

Τρόπος καθημερινής λειτουργίας:

Το ωράριο λειτουργίας των εργαστηρίων είναι παρόμοιο με αυτό των αντιστοιχών επαγγελμάτων στους αυθεντικούς χώρους εργασίας. Σε όλη την διάρκεια εκπαίδευσης, γίνεται αξιολόγηση των εκπαιδευόμενων με την χρησιμοποίηση ειδικών κλιμάκων εκτίμησης της ψυχοπαθολογικής εικόνας όπως και της εργασιακής συμπεριφοράς και απόδοσης, από τον εκπαιδευτή και από τον ίδιο τον εκπαιδευόμενο. Στο πρόγραμμα λειτουργίας των εργαστηρίων, περιλαμβάνεται καθημερινή ατομική συνεργασία θεραπευτών με τους ασθενείς που έχουν ανάγκη, καθώς και ομαδική ψυχοθεραπεία, θεραπεία

μέσα από παιχνίδι, γυμναστική και θεατρική αυτοέκφραση.

Επίσης περιλαμβάνονται:

- α) Επισκέψεις σε εργασιακούς χώρους, βιοτεχνίες, εκθέσεις
- β) Πρωϊνοί περίπατοι η ημερήσια εκδρομή μία φορά τον μήνα
- γ) Δραστηριότητες ψυχαγωγικού χαρακτήρα μία φορά το μήνα.

Τα άτομα που επιλέγονται για να παρακολουθήσουν τα προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, είναι κάτω από 25 ετών, έχουν μία ικανότητα λειτουργικότητας ικανοποιητική καθώς και προϋποθέσεις επαγγελματικής εκπαίδευσης επιλέγονται άτομα χωρίς έντονα ενεργά ψυχοπαθολογικά στοιχεία, ενώ πολλά απ' αυτά, έχουν νοσηλευθεί στο παρελθόν σε ψυχιατρικό ίδρυμα.

Ένα από τα σημαντικότερα προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης του Κ.Ψ.Υ., αφορά ασθενείς νοσηλευόμενους στα ψυχιατρεία. Συγκεκριμένα στο πρόγραμμα αυτό στο Αιγάλεω συμπεριλαμβάνονται ψυχωσικά ασθενείς του Δρομοκαΐτειου και του Δημόσιου Ψυχιατρείου και αυτό είναι ένας δείκτης συνεργασία και της λειτουργικής σύνδεσης που έχει το Κ.Ψ.Υ, με τα ψυχιατρεία.

ΟΙ ασθενείς συνεχίζουν να παραμένουν στο ψυχιατρείο και προσέρχονται μόνοι τους στην Μονάδα Αποκατάστασης 5 ημέρες την εβδομάδα από το Πρωϊ έως το μεσημέρι και παρακολουθούν το πρόγραμμα όπως οι άλλοι εκπαιδευόμενοι. Ο χρόνος συμμετοχής τους στο πρόγραμμα είναι από 6-20 μήνες. Τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα δείχνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών που παρακολούθησαν το πρόγραμμα αυτό, βοηθήθηκαν στο να αποκατασταθούν κοινωνικά και επαγγελματικά και εξήλθαν από τα ψυχιατρικά ιδρύματα.

Η Επαγγελματική Αποκατάσταση.

Πρέπει να τονίσουμε ότι η εκπαίδευση δεν έχει ως τελικό στόχο την εκμάθηση ορισμένων δεξιοτήτων και μόνο, αλλά και την απόκτηση κατάλληλων ικανοτήτων για την καλύτερη προσαρμογή των ατόμων αυτών. Δηλ. τελικός στόχος είναι η μελλοντική κοινωνική αποκατάσταση και όχι η επιτυχημένη η εργασιακή δραστηριότητα μέσα στα εργαστήρια.

Η διαδικασία της επαγγελματικής αποκατάστασης προβλέπει την προετοιμασία αφενός μεν της κοινότητας ώστε να δεχτεί τους αποφοίτους για να ανταπεξέλθουν στις συνθήκες της κοινότητας.

Η κοινωνική υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. κάνει τεράστιες προσπάθειες για να βρεί εργασία στους απόφοιτους των εργαστηρίων στους αντίστοιχους επαγγελματικούς χώρους.

Συγκεκριμένα, αναζητά και βρίσκει όλους τους εργοδότες της Κοινότητας που έχουν σχετική, με τις ειδικότητες των εργαστηρίων, εργασία. Τους ενημερώνει για τα εργαστήρια και κάνει προτάσεις συνεργασίας με το Κέντρο, ώστε ν' απασχολήσουν στην δουλειά τους απόφοιτους. Επίσης κάνει προσπάθειες για κάλυψη θέσεων από εκπαιδευόμενους σε προκηρύξεις θέσεων του δημοσίου καθώς και εξεύρεση εργοδοτών από τις εφημερίδες.

Η κοινωνική υπηρεσία έρχεται σε άμεση επαφή με τις οικογένειες των εκπαιδευόμενων και συνεργάζεται στενά μαζί τους συμβάλλοντας έτσι στην κινητοποίησή τους.

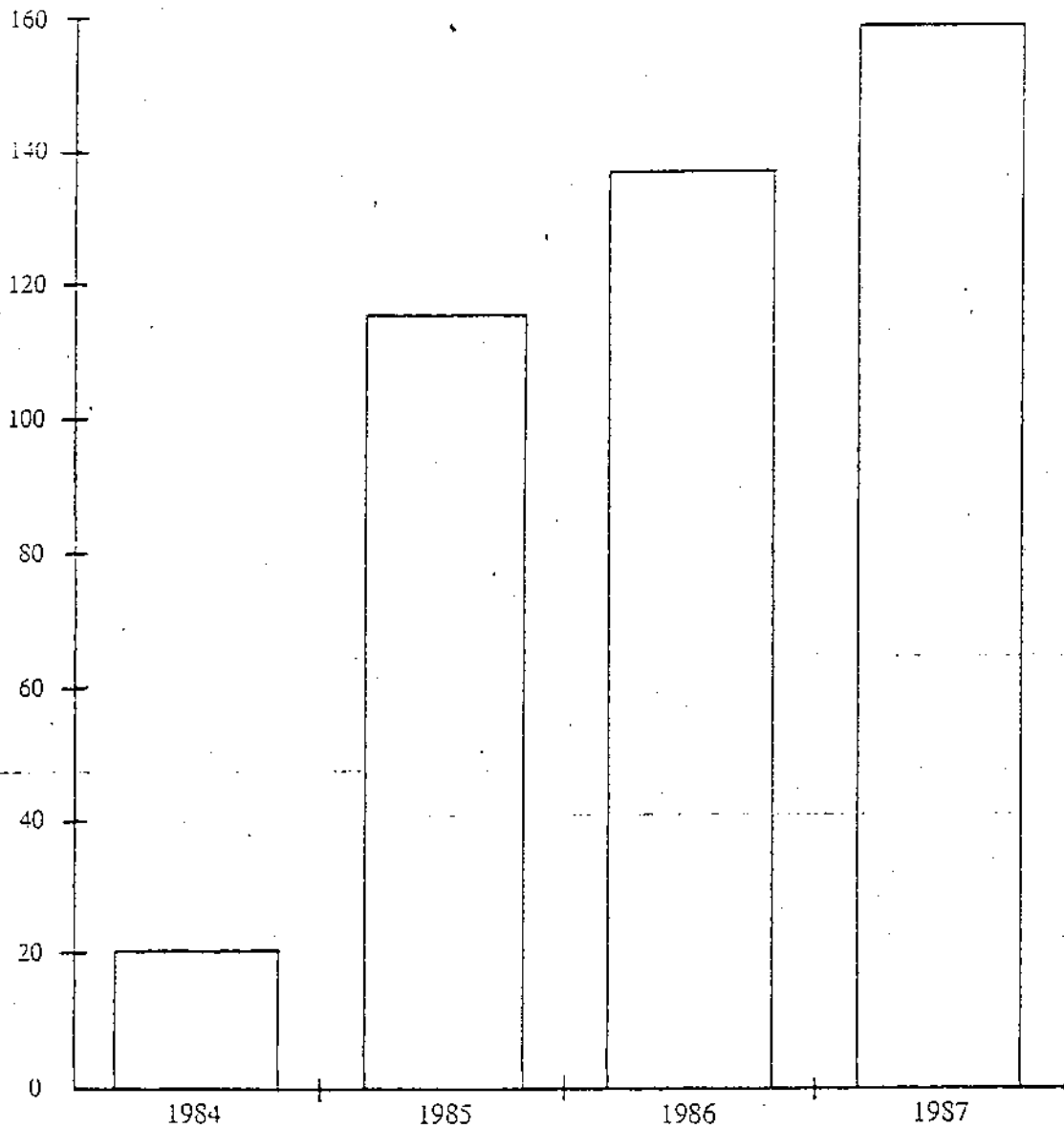
Πολλή σημαντική είναι η συνεργασία που προσφέρει ο Ο.Α.Ε.Δ. Συγκεκριμένα χρηματοδοτεί τους ιδιοκτήτες των επιχειρήσεων για να προσλάβουν απόφοιτους των εργαστηρίων, δημιουργεί θέσεις απασχόλησης, δίνει κίνητρα προς τους εργοδότες και χορηγεί δάνεια

δάνεια για την δημιουργία εργαστηρίων από αποφοίτους.

Τα αποτελέσματα από την μέχρι τώρα λειτουργία των μονάδων είναι πολύ ενθαρρυντικά. Ο μεγαλύτερος αριθμός των αποφοίτων (60%) έχουν βρεί εργασία και ζούν φυσιολογικά στην κοινότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1984-87



Οι εκπαιδευόμενοι στις Υ.Ε.Ε.Α. ήταν το 1984: 21 άτομα, το 1985: 116, το 1986: 138 και το 1987: 160 άτομα.

Υπηρεσίες Προστατευόμενης Στέγασης (ΞΕΝΩΝΕΣ).

Μία από τις βασικές προϋποθέσεις για την πετυχημένη αποιδροματοποίηση των χρόνια ψυχικά ασθενών είναι η εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης στην Κοινότητα. Συχνότατα όμως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας βρίσκονται αντιμέτωποι με χρόνια ασθενείς οι οποίοι είτε δεν έχουν οικογένεια, είτε έχουν ακατάλληλη οικογένεια, όπως επίσης δεν έχουν τα οικονομικά μέσα για να αποκτήσουν ατομική στέγαση.

Είναι λοιπόν σημαντικό που τα Κ.Ψ. παρέχουν σ' όλους τους άστεγους ψυχικά πάσχοντες ανθρώπινες συνθήκες διαβίωσης, κατάλληλη ιατρική φροντίδα και εκτεταμένες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες.

Η έλλειψη κατάλληλου κοινωνικού και οικονομικού δικτύου υποστήριξης αποτελεί αποφασιστικό παράγοντα για τον εγκλεισμό κάποιου ψυχικά ασθενή, σημαντικότερο ίσως και από τους παράγοντες όπως η σοβαρότητα ή η επικυδυνότητα των συμπτωμάτων του. Γι' αυτό το λόγο, οι μονάδες προστατευόμενης στέγασης έχουν σχεδιαστεί ακριβώς για να προσφέρουν λύσεις στο πρόβλημα της διαμονής των ατόμων αυτών.

ΜΟΡΦΕΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΗΣ ΣΤΕΓΑΣΗΣ.

Ξενώνες με μέτρια επιτήρηση: Οι Ξενώνες αυτοί έχουν την μορφή "οικοτροφείου", όπου οι ασθενείς λειτουργούν σχετικά ανεξάρτητοι υπό την εποπτεία προσωπικού ειδικαίδικευμένου αλλά όχι απαραίτητα επιστημονικά εξειδικευμένου

Ανεξάρτητες κατοικίες: Εδώ φιλοξενούνται ομάδες ασθενών οι οποίοι έχουν την ικανότητα να λειτουργήσουν στην κοινότητα. Δεν υπάρχει άμεση επιτήρηση αλλά άμεση σύνδεση με τις κοινωνικές υπηρεσίες των Κ.Ψ.Υ.

ΘΕΤΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ: Οι κοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ αναλαμβάνουν την τοποθέτηση ασθενών σε οικογένειες που προσφέρουν στέγη και κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς, οι οποίοι όμως, θα πρέπει να έχουν την δυνατότητα να λειτουργούν ανεξάρτητα και να λαμβάνουν μέρος σε επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες στην κοινότητα.

Στόχοι της προστατευόμενης Στέγασης.

Οι στόχοι των Ξενώνων συνίσταται στα εξής:

1. Στην προσφορά κατάλληλης εκπαίδευσης και προετοιμασίας σε αποιδροματοποιημένα άτομα, με στόχο την επανένταξη και ανεξάρτητη λειτουργία τους στην Κοινότητα.
2. Στην προσφορά ψυχιατρικής βοήθειας και παρακολούθησης σε άτομα με χρόνια ψυχικά προβλήματα, τα οποία μπορούν κατά την διάρκεια της ημέρας να επωφεληθούν από άλλες κοινοτικές δραστηριότητες.
3. Στην περίθαλψη ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα των οποίων η θεραπεία απαιτεί την προσωρινή απομάκρυνση από το οικογενειακό τους περιβάλλον.
4. Στην προσφορά μακρόχρονης προστατευομένης στέγασης σε άτομα σε σοβαρές χρόνιες αναπηρίες, για τα οποία η μόνη εναλλακτική λύση θα ήταν ο ισόβειος εγκλεισμός τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Λειτουργία των Ξενώνων.

Ο πρωταρχικός στόχος της στέγασης στην κοινότητα είναι η παροχή ασφαλούς και άνετη κατοικίας στους ψυχιατρικούς ασθενείς.

Η υλική υποδομή των Ξενώνων είναι τέτοια, ώστε να εξασφαλί-

ζει συνθήκες διαβίωσης όμοιες μ' αυτές που επικρατούν στις "κανονικές κατοικίες" της κοινότητας.

Αυτό εξασφαλίζεται με την ύπαρξη ατομικών δωματίων σε συνδιασμό με κοινόχρηστους χώρους ψυχαγωγίας κ.λ.π.

Πρωταρχική έμφαση δίνεται σε δραστηριότητες, που αποτρέπουν την κοινωνική απομόνωση των ψυχικά ασθενών. Η ιδανική μορφή περίθαλψης περιλαμβάνει ένα ασφαλή τόπο κατοικίας σε συνδιασμό με εργασία στην διάρκεια της ημέρας και συμμετοχή στις κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες της κοινότητας. Άρα οι ενέργειες που απαιτούνται για την επανένταξη των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα μπορούν να χωρισθούν σε 2 κατηγορίες

- α) σε δραστηριότητες μέσα στους ξενώνες και
- β) σε προσπάθειες για την επαγγελματική αποκατάσταση και επανένταξή τους στις δραστηριότητες της κοινότητας στην οποία βρίσκεται ο ξενώνας.

Οι δραστηριότητες της πρώτης κατηγορίας περιλαμβάνουν εκπαίδευση με τρόπους καθημερινής διαβίωσης, όπως: αυτοσυντήρηση και προσωπική υγιεινή, κατάλληλη χρήση του ελεύθερου χρόνου και δημιουργικότητα, εκπαίδευση σε κοινωνικές δραστηριότητες και δραστηριότητες επιβίωσης οικιακές δραστηριότητες.

Στην δεύτερη κατηγορία δραστηριοτήτων μεντάσσονται οι προσπάθειες για την λειτουργική σύνδεση του ξενώνα με τις κοινοτικές υπηρεσίες. Οι ξενώνες συνδέονται λειτουργικά με εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης ή σε περίπτωση που οι ασθενείς δεν έχουν ανάγκη εκπαίδευσης με την κοινωνική υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. που αναλαμβάνουν την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων αυτών.

Η συμμετοχή σε ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις, ομαδικές ή ατομικές είναι είτε υποχρεωτική, είτε προαιρετική. Ο Ξε-νάνας διαθέτει μόνιμο ειδικευμένο προσωπικό και συνδέεται λει-τουργικά με τις άλλες υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ., που παρέχουν τις κατάλληλες φροντίδες στους ασθενείς.

Οι αλλαγές στις συνθήκες στέγασης και διαμονής (από το κλειστό ψυχιατρείο στην προστατευόμενη στέγαση) αποτελούν βάση για μία πιο ουσιαστική κοινοτική μεταρρύθμιση στο σύστημα υπη-ρεσιών και όχι αυτόνομο τελικό στόχο. Είναι απαραίτητες οι εμπειρικές συγκρίσεις διαφόρων μορφών προστατευόμενης στέγασης καθώς και η μεθοδουμένη διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλουν ή όχι στην επιτυχημένη λειτουργία τους.

Το πρότυπο Κοινοτικό Κέντρο Αιγάλεω.

Γνωρίζοντας ότι οι υπάρχουσες εμπειρίες Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα είναι αποσπασματικές και ότι σε κανένα δήμο της Ελλάδας δεν υπάρχει ένα Κ.Ψ.Υ. που να έχει όλες μαζί τις βασικές μορφές του Κ.Ψ.Υ. με προοπτική να αποτελέ-σει ένα πρότυπο για την Ελλάδα.

Στηρίχθηκε για την επιτυχία του στην συσσωρευμένη εμπειρία των επιστημόνων του Κ.Ψ.Υ., και στα νέα Διεθνή επιστημονικά συμπεράσματα.

Οι βασικές λειτουργίες είναι:

1. Η αρχή της πλήρους παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα και με μικρότερο δυνατό κόστος.

Η παρεχόμενη θεραπεία προσαρμόζεται σε χρονικά πλαίσια εναρμονιζόμενα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

2. Η αρχή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο (τομεοποίηση)

Η παροχή υπηρεσιών στους κατοίκους μιας συγκεκριμένης κοινότητας επιτρέπει την αντιμετώπιση κάθε περιστατικού σαν προσώπου που ζει και λειτουργεί σε αμφίδρομη σχέση με το σύνολο των κοινωνικών λειτουργιών της κοινότητας και δεν περιορίζεται η αντιμετώπιση του περιστατικού στην νόσο που παρουσιάζει.

3. Η αρχή της συνεχούς παροχής υπηρεσιών: από την ίδια ομάδα ψυχικής υγείας, η οποία τον παρακολουθεί από την αρχή της εκδήλωσης της ψυχοπαθολογίας του εξελεκτικά μέχρι την πλήρη αποκατάστασή του με σκοπό ν' αποφύγει τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο.

4. Η αρχή της ανταποκριτικότητας.

Η προσέλευση του κοινού στο παράρτημα είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που δημιουργείται μέσα από την συνεργασία του με τις Ιατοκοινωνικές Υπηρεσίες της Κοινότητας.

Ο Δήμος Αιγάλεω ανήκει στους Δήμους Δ. Αττικής που είναι οι πλέον υπβαρθμισμένες χωροταξικά και κοινωνικά περιοχές. Η πλειοψηφία του πληθυσμού της περιοχής ανήκει στην εργατική τάξη και προέρχεται από την εσωτερική μετανάστευση μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο Δήμος Αιγάλεω έχει 81.000 εγγεγραμμένους δημότες αλλά πληθυσμιακά πλησιάζει τις 120.000 με τους ετεροδημότες που μένουν στην περιοχή αλλά δεν είναι γραμμένοι στους καταλόγους.

Είναι αυτοτελής Κοινότητα με δημοτικές αρχές, 19 συνοικιακά συμβούλια, με ικανοποιητικό επίπεδο κοινωνικής συνοχής και με ύπαρξη ιατροκοινωνικών υπηρεσιών. Ο πληθυσμός του Αιγάλεω

είναι μέσα στα πληθυσμιακά όρια που θέτει ο Π.Ο.Υ. για δημιουργία Κ.Ψ.Υ. Επίσης σε μικρή απόσταση από το Αιγάλεω βρίσκονται δύο από τα μεγαλύτερα δημόσια ψυχιατρεία της χώρας "Δάφνη" και "Δρομοκαϊτειο".

Για το Κ.Ψ.Υ. στο Δήμο του Αιγάλεω, εξασφαλίστηκε κτίριο σε κεντρική τοποθεσία, με εμβαδόν 1.500 τετραγωνικά μέτρα και διαρρυθμίστηκαν εσωτερικοί χώροι σύμφωνα με υποδείξεις Αρχιτεκτονικού ειδικού σε θέματα υγείας.

Οι Υπηρεσίες που στεγάστηκαν είναι:

- Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία για παιδιά και εφήβους
- Ψυχιατρική Υπηρεσία Ενηλίκων
- Υπηρεσία Επιεγόντων περιστατικών
- Νοσοκομείο Ημέρας
- Υπηρεσία Επαγγελματικής εκπαίδευσης και Αποκατάστασης
- Μετανοσοκομειακός Ξενώνας 15 κλινών, υψηλής εποπτείας και υποστήριξης. Ο Ξενώνας βρίσκεται σε ανεξάρτητο οίκημα.

Για να καλυφθούν οι θεραπευτικές κοινωνικές και επαγγελματικές ανάγκες καθώς και οι ανάγκες αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων έχουν πλαισιωθεί από όλα τα επαγγέλματα ψυχικής υγείας.

Ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Λογοθεραπεύτρια, νοσοκόμες, απασχολησιοθεραπευτές, τεχνικοί εκπαιδευτές, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό όλοι ανταποκρίνονται στην ανάγκη ημερήσιας 12ωρης λειτουργίας. Οι ψυχίατροι είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και δεν έχουν ιδιωτικά ιατρεία. Επίσης στατιστικολόγος και κοινωνιολόγος από την κεντρική υπηρεσία, συμμετέχουν στο ερευνητικό πρόγραμμα για την μελέτη της ψυχιατρικής νοσηρότητας στην κοινότητα. Για τις ανάγκες συνεχούς εκπαίδευσης υπάρχει ειδική αίθουσα σεμι-

ναρίων 150 ατόμων και διενεργούνται εβδομαδιαίες συζητήσεις και ενημερώσεις για ζητήματα ψυχικής υγείας και παρουσίαση νέων δεδομένων από την διεθνή Βιβλιογραφία.

Υπάρχει λειτουργική σύνδεση του Κ.Ψ.Υ, Αιγάλεω με το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου του Πειραιά και με κλινικές του Δημοσίου Ψυχιατρείου και του Δρομοκαϊτείου.

Η ψυχιατρική ομάδα αναγνωρίζει τον σημαντικό ρόλο του γενικού γιατρού στην πρόληψη και θεραπεία της ψυχικής αρρώστειας και έχει επικοινωνία και συνεργασία μαζί του. Σε περίπτωση που ο άρρωστος παραπέμπεται από τον γενικό γιατρό όσο γίνεται πιο γρήγορα οι οικογενειακοί γιατροί ενισχύονται να παρακολουθήσουν αρρώστους με ελαφρές ψυχονευρωτικές διαταραχές. Η ψυχιατρική ομάδα προσφέρει υπηρεσίες στο σπίτι, όταν αυτό απαιτείται.

Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία.

Η παιδοψυχιατρική σαν ειδικότητα, έχει δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην πρόληψη και πρόωπη επέμβαση, στα πλαίσια ενός κοινοτικού προσανατολισμού. Η παιδοψυχιατρική ομάδα κάνει άμεσα προληπτική δουλειά, συμβουλευτική εργασία και θεραπευτική αντιμετώπιση

- Προσφέρει καθοδήγηση για την ανατροφή φυσιολογικών παιδιών
- Υποστηρίζει παιδιά διαλυμένων οικογενειών, για να αποφευχθούν συναισθηματικές διαταραχές και προβλήματα σχέσεων.
- Συμβουλευτεί για εξειδικευμένα θέματα όπως η υιοθεσία κ.α.
- Υποστηρίζει σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Υπηρεσία Ενηλίκων τις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών με γονείς ψυχικά αρρώστου.

- Υιοθετήθηκε ένας ευρύτερος προληπτικός ρόλος την Κοινότητα μέσα απ' την συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας στα σχολεία και διασύνδεση με τους καθηγητές, υπεύθυνους κέντρων νεότητας και άλλους που δουλεύουν με παιδιά και εφήβους.
- Παρέχεται θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές.

Ψυχιατρική Υπηρεσία Ενηλίκων.

Προσφέρει εκτίμηση, διάγνωση, θεραπεία σ' όλο το φάσμα των ψυχιατρικών διαταραχών. Γίνεται προσπάθεια για δημιουργία δεσμών με τον άρρωστο και τους συγγενείς του, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες στους οικογενειακούς γιατρούς και στεγάζεται με τους γιατρούς του Ι.Κ.Α.

Παρακολουθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα τους ασθενείς, κυρίως ψυχωσικούς, em επαναλαμβανόμενες επισκέψεις τόσο των ασθενών στην Ψυχιατρική Υπηρεσία όσο και του προσωπικού στα σπίτια των αρρώστων.

Νοσοκομείο Ημέρας.

Προσφέρει εντατική θεραπεία αλλά ταυτόχρονα, λειτουργώντας και σαν Κέντρο Ημέρας, παρέχει κοινωνική Περίθαλψη, απασχολησιοθεραπεία, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, κινητοποίηση, αποκατάσταση. Λειτουργεί για ένα αριθμό περιστατικών σαν προθάλαμος για την συμμετοχή στα προγράμματα αποκατάστασης.

Προσφέρει εντατική θεραπεία για σοβαρά ψυχιατρικά περιστατικά. η θεραπεία περιλαμβάνει ψυχιατρικές, ψυχοκοινωνικές, προεπαγγελματικές μεθόδους προσέγγισης από την ομάδα ψυχικής υγείας.

Το Νοσοκομείο Ημέρας είναι μια ενδιάμεση μορφή θεραπείας για περιστατικά που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν σε μονάδες εξωτερικών ιατρείων αλλά και δεν απαιτείται κλειστή ψυχιατρική νοσηλεία. Χρησιμοποιείται ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία ανάλογα με το περιστατικό. Γίνεται σημαντική χρήση μεθόδων εργασιοθεραπείας σαν μέσο κινητοποίησης των ασθενών αλλά παράλληλα σαν ψυχαγωγία και προστάδιο προεπαγγελματικής κατάρτισης. Η μέση διάρκεια παραμονής είναι 3-4 μήνες αλλά δεν ξεπερνά τους 6 μήνες.

Υπηρεσία Επειγόντων περιστατικών.

Το παράτημα του Κ.Ψ.Υ. αντιμετωπίζει τα επείγοντα περιστατικά σε 12ωρη βάση, από 8 π.μ. μέχρι 8 μ.μ. τις εργάσιμες μέρες της εβδομάδας.

Υπάρχει εφημερία ψυχιάτρων, ψυχολόγων και Κοινωνικών Λειτουργών με την κάλυψη των αναγκών της κοινότητας. Για τις υπόλοιπες ώρες της εβδομάδας τα περιστατικά μπορούν να απευθύνονται στην υπηρεσία "Γραμμή Ζωής S.O.S" του Κ.Ψ.Υ. και στην υπηρεσία επειγόντων περιστατικών της Αθήνας, που λειτουργεί σε 24ωρη βάση όλες τις ημέρες της εβδομάδας. Η υπηρεσία αντιμετωπίζει εκτός των επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών και περιστατικά που βρίσκονται σε ψυχολογική "κρίση". Η αντιμετώπιση των ψυχολογικών "κρίσεων" είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί τα άτομα αισθάνονται έντονη την ανάγκη για άμεση ανακούφιση από το άγος τους. Επίσης η άμεση αντιμετώπιση περιορίζει την εμφάνιση μονιμότερων ψυχικών διαταραχών.

Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης.

Ένα σύστημα κοινοτικής ψυχιατρικής ολοκληρώνεται με την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Δημιουργήθηκαν 2 υπηρεσίες Επαγγελματικής εκπαίδευσης για:

α) Ψυχικά ασθενείς και β) για εφήβους που πάσχουν από πρώιμο παιδικό αυτισμό. Τα άτομα εκπαιδεύονται στα εργαστήρια Ξυλο-γλυπτικής-ξυλουργικής κ.α. για 1-1/2 χρόνο. Η αποκατάσταση στις Υπηρεσίες προσπαθεί να επαναφέρει εκείνες τις δεξιότητες που το άτομο έχασε με την ψυχική αρρώστεια. Επίσης προσπαθεί να το εκπαιδέψει σε καινούργιες δεξιότητες.

Αυτά τα προγράμματα, που βοηθούν να ενσωματωθούν οι ψυχίατροι άρρωστοι στην κοινότητα, αποτελούν κυρίαρχο μέρος της περίθαλψης των θεραπευτικών υπηρεσιών.

Στους ψυχικά αρρώστους πρέπει να δοθεί ηθική υποστήριξη και βοήθεια από τους αρμόδιους φορείς, στην προσπάθεια για εξασφάλιση εργασίας στην ελεύθερη αγορά.

Νοσοκομειακός Ξενώνας Υψηλής Υποστήριξης και Εποπτείας.

Πολλοί από τους αρρώστους που μένουν στη ψυχιατρικά νοσοκομεία μπορούν να μείνουν στην κοινότητα.

Αυτό σημαίνει:

- Δεπτομερειακή εκτίμηση των αρρώστων για να κατανοήσουμε το επίπεδο μειονεκτικότητας και την πιθανότητα αποκατάστασης.
- Εκπαιδευτικό πρόγραμμα για αρρώστους με ειδική έμφαση στις κοινωνικές δεξιότητες, ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις θεραπείες της καθημερινής ζωής.
- Δημιουργία ποικίλων τύπων καταλυμάτων για αρρώστους που

ακολουθούν προγράμματα αποκατάστασης και μπορούν να ζήσουν στην κοινότητα.

Ο Ξενώνας λειτουργεί με 35 άτομα. Τα άτομα αυτά κατά την διάρκεια της ημέρας συμμετέχουν στα ημερήσια προγράμματα των άλλων υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ.

Η μέχρι τώρα λειτουργία του παραρτήματος του Κ.Ψ.Υ. στο Αιγάλεω έχει επιβεβαιώσει το σχεδιασμό που έχει γίνει για την ίδρυσή του. Έχει γίνει καταγραφή όλων των δραστηριοτήτων του και συνεχίζεται η επεξεργασία των δεδομένων για την αντικειμενική εκτίμησή τους.

Αναγνωρίζει όμως σαν απαραίτητο στοιχείο για την βελτίωσή του την προσαρμογή στις απαιτήσεις και ανάγκες της κοινότητας.

ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Η λειτουργία των κέντρων ψυχικής υγιεινής, βασίζεται στην ύπαρξη ομάδας ψυχικής υγιεινής, που αποτελείται από όλες τις ειδικότητες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Η αναγκαιότητα ύπαρξης της ομάδας δημιουργήθηκε μετά την αποδοχή, ότι η ψυχική διαταραχή δεν αφορά ένα συγκεκριμένο όργανο του ανθρωπίνου οργανισμού, αλλά εκφράζει την ανατροπή ή απώλεια της ομοιοστατικής ισορροπίας του ανθρώπου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Επομένως όλοι οι παράγοντες που επιδρούν στο άτομο, έχουν ανάγκη πληρέστερης μελέτης, όχι στο αφηρημένο πεδίο αποδοχής της ύπαρξης τους, αλλά στο εκάστοτε συγκεκριμένο άτομο. Αποτέλεσμα αυτής της αντίληψης, ήταν η απαίτηση για μια διεπιστημονική ομάδα, όπου ο κάθε επιστήμονας δεν προσφέρει τις γνώσεις και τις εμπειρίες του. Έτσι δημιουργήθηκε η Ομάδα Ψυχικής Υγιεινής, που αποτελεί κατάκτηση στον χώρο

της Ψυχικής Υγιεινής.

Σαν ομάδα Ψυχικής Υγιεινής, θα μπορούσαμε να ορίσουμε μία κατάσταση, όπου οι επιστήμονες που εργάζονται σ' αυτή:

- 1) Γνωρίζονται προσωπικά μεταξύ τους.
- 2) Είναι αποδεκτοί από τα άλλα μέλη της ομάδας.
- 3) Έχουν την πρόθεση να δουλέψουν μαζί επ' αόριστο και
- 4) Εργάζονται πρόσωπο με πρόσωπο σε μικρούς ή μεγάλους αριθμούς.

Η εργασία στην ομάδα προϋποθέτει την αμοιβαία αποδοχή των μελών των διαφόρων ειδικοτήτων και την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη του ασθενούς.

Λειτουργία της ομάδας.

Οι στόχοι της λειτουργίας της ομάδας, κατευθύνονται σε τρία επίπεδα:

- α) Την διάγνωση της ψυχικής διαταραχής.
- β) Την ανεύρεση από το άμεσο περιβάλλον των κοινωνικών παραγόντων που συμμετέχουν στην εκδήλωση της διαταραχής και
- γ) Την κατάσταση ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η λειτουργία της ομάδας επεκτείνεται όχι μόνο στην κλασική διάγνωση της ψυχιατρικής εξέτασης και την ανεύρεση της ψυχοπαθολογικής εικόνας αλλά και στην περαιτέρω θεραπευτική στρατηγική. Πλεονεκτήματα αυτής της προσέγγισης είναι ο υπολογισμός όλων των συντελεστών που συμβάλουν στην διαταραχή. Επίσης λαμβάνουν υπόψη οι στάσεις, οι άμυνες και οι αρνήσεις των συγγενών του ασθενούς, οι γνώσεις των οποίων είναι απαραίτητη για την επιτυχία των θεραπευτικών χειρισμών.

Για την καλή λειτουργία της ομάδας, είναι απαραίτητη η αλληλεγγύη ανάμεσα στα μέλη και η διαμόρφωση μιας ομάδας με κοινούς στόχους, που αποδέχεται μία κοινή διαδικασία στην λύση και στην εκτέλεση των αποφάσεων. Η λειτουργία μιας ομάδας στηρίζεται, στους κοινούς στόχους, αλλά επιτυγχάνεται μέσω των διαφοροποιημένων ρόλων των μελών της. Η αλληλεπίδραση είναι χρήσιμη, δεν πρέπει όμως να οδηγεί στην αναίρεση της ι-δαιτερότητας της κάθε ειδικότητας. Η ομάδα συνεδριάζει σε τακτά χρονικά διαστήματα και ο κάθε ειδικός προσφέρει στην ομάδα τις δικές του γνώσεις, από την επαφή του με τον ασθενή και προτάσεις. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ομάδας αποτελεί το γεγονός ότι είναι πολύ δύσκολο να διαχωρίσει κανείς με απόλυτο τρόπο την προσφορά του κάθε μέλους της ομάδας.

Ψυχίατρος.

Ο ρόλος του Ψυχιάτρου στο Κ.Ψ.Υ. είναι σύνθετος και υπερβαίνει τον κλασικό ιατρικό ρόλο. Απαιτείται εκτός από τις γνώσεις ψυχοπαθολογίας και ψυχοθεραπευτικών χειρισμών, να είναι σε θέση να αξιολογεί τις κοινωνικές παραμέτρους που υπεισέρχονται στις ψυχικές διαταραχές.

Ο ρόλος του Ψυχιάτρου, δεν περιορίζεται στην νοσολογική προσέγγιση, αλλά επεκτείνεται και στην συμμετοχή του στην διαδικασία πρόληψης στο επίπεδο της Κοινότητας καθώς και στην διαδικασία υποκατάστασης των ψυχικών διαταραχών. Είναι ο θεραπευτής των συγκεκριμένων περιστατικών, αλλά και ο σύμβουλος της Κοινότητας για θέματα ψυχικής ασθένειας. Είναι απαραίτητη από μέρους του, η πείρα σε θέματα Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας και γι' αυτό χορηγείται ειδικότητα Κοινοτικής Ψυχια-

τρικής από τα Κ.Ψ.Υ..

Στις υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ. ο ψυχίατρος είναι ένας κρίκος στην αλυσίδα των επαγγελματιών υγείας. Είναι υποχρεωμένος να εμπλέκεται στην κοινότητα, να παραπέμπει ασθενείς σε συναδέλφους άλλης ειδικότητας που ίσως είναι πιο κατάλληλος για μία συγκεκριμένη περίπτωση θεραπείας, ή και να περιορίζεται σε παθητικό ρόλο, λαμβάνοντας μέρος σε μία ομάδα, αρχηγός της οποίας ίσως είναι κάποιος άλλος.

Ο ψυχίατρος στην ομάδα προσδιορίζει τα ιατρικά σύνδρομα ή τις ιατρικές πλευρές πολυπλόκων καταστάσεων και τις αντιμετωπίζει αποτελεσματικά σε συνεργασία με τους άλλους επιστήμονες της ομάδας.

Ψυχολόγος

Η Κλινική Ψυχολογία είναι σχετικά νέα ειδικότητα. Η κύρια δραστηριότητα των ψυχολόγων αρχικά ήταν η ψυχοδιαγνωστική. Με την δημιουργία ιατροπαιδαγωγικών τμημάτων στο Κ.Ψ.Υ. ο ψυχολόγος συμμετέχει και στην θεραπευτική και στη συμβουλευτική διαδικασία. Η συμμετοχή του εκφράζεται με ατομική παρέμβαση, θεραπεία ομάδας ζεύγους, οικογένειας κ.λ.π. Ο ψυχολόγος συμμετείχε επίσης και σε θεραπευτικά προγράμματα για την μελέτη των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Αποκλειστική ευθύνη του ψυχολόγου είναι η χρησιμοποίηση και η αξιολόγηση των ψυχομετρικών δοκιμασιών (TEST).

Ο ψυχολόγος συμμετέχει και στις 2 φάσεις της κλινικής προσέγγισης, δηλ. στην διάγνωση και την θεραπεία. Επειδή είναι ειδικευμένος στην χρήση και την χορήγηση (TEST) μπορεί να δώσει στην ομάδα μια πιο πλήρη εικόνα για το συγκεκριμένο άτομο.

Κοινωνικός Λειτουργός.

Προμηθεύει την ομάδα της ψυχικής υγιεινής με πληροφορίες για τον ασθενή από ποικίλες πηγές. Ενημερώνεται για τον φάκελο που έχει ο ασθενής στο σχολείο, στο στρατό, στον γενικό γιατρό του, στην δουλειά του. Παρέχει πληροφορίες για την προηγούμενη σχέση του ασθενή ή της οικογένειάς του με κοινοτικούς φορείς, κάνει μια αρχική ετίμηση των κοινοτικών φορέων που είναι αποδεκτοί από την οικογένεια έτσι ώστε να ενσωματωθούν στο σχέδιο θεραπείας. Επειδή τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς αποτελούν πολύτιμη πηγή των στοιχείων, ο ψυχίατρος παίρνει το ιστορικό του ασθενή και ο Κοινωνικός Λειτουργός το ιστορικό της οικογένειας.

Το πλεονέκτημα αυτής της διευθέτησης είναι ότι δίνεται η ευκαιρία στους συγγενείς να έχουν επαφή μ' έναν ειδικό, ο οποίος ενδιαφέρεται για τις ανάγκες τους και τα προβλήματα που τους δημιουργεί η ασθένεια του συγγενικού τους ατόμου.

Ο ρόλος των Κοινωνικών λειτουργών στην ομάδα είναι να συλλέγει και να αξιολογεί πληροφορίες, σχετικές με την κοινωνική πλευρά του ασθενούς, την οικογένεια και την κοινοτική ζωή και να συνεισφέρει στην θεραπεία ατόμων και οικογενειών ή να υποστηρίζει την κοινότητα μέσα από ατομική ή ομαδική εργασία.

Εργασιοθεραπευτής.

Ο ρόλος του εργασιοθεραπευτή είναι επίσης πολύ σημαντικός. Μπορεί να κρίνει κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί αλλά και να εργασθεί δημιουργικά. Στην ομάδα ο εργασιοθεραπευτής μεταφέρει τις εκτιμήσεις του και δίνει συμβουλές για τον

εξοπλισμό και την λειτουργία της εργασιοθεραπευτικής εκπαίδευσης των ασθενών.

Η Εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών έχει σημαντικότερη συμβολή στις θεραπευτικές προσπάθειες καθώς προσφέρει ευκαιρίες και των ικανοτήτων αυτοπειθαρχίας και υγιούς αλληλεπίδρασμού με τους υπόλοιπους εκπαιδευομένους.

Λογοθεραπευτής.

Αναλαμβάνει την διαγνωστική εκτίμηση των λεκτικών ικανοτήτων του ασθενούς, τόσο στο επίπεδο κατανόησης του λόγου, όσο και στα επίπεδα έκφρασης και επικοινωνίας. Η θεραπευτική του παρέμβαση στοχεύει στην επέκταση των λεκτικών δεξιοτήτων επικοινωνίας του ασθενούς. Η συμβολή του στην διεπληστημονική ομάδα καθώς και στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς είναι μεγάλη, γιατί προσφέρει πολύτιμες συμβουλές για καλύτερους τρόπους επικοινωνίας του ασθενή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙΙ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ Κ.Ψ.Υ.

Η συμμετοχή του Νοσηλευτή στα Κ.Ψ.Υ. κάνει αναγκαία όχι μόνο την εξοδό τους από το Ψυχιατρείο αλλά και κυρίως την μετατροπή και διερεύνηση του παραδοσιακού ρόλου του.

Σήμερα, η έμφαση στην νοσηλευτική πρακτική δίνεται σε θεραπευτικά μοντέλα μικρής διάρκειας, που βασίζονται στην κοινότητα παρά σε μια μακροχρόνια φροντίδα σε ιδρύματα.

Τα Κ.Ψ.Υ. αποτελούν την έκφραση αυτής της τάσης και στηρίζονται στην ύπαρξη εργασιακής ομάδας, στην οποία συμμετέχουν ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός και ειδικευμένος Νοσηλευτής.

Η λειτουργία των κέντρων βασίζεται κυρίως στην αρμονική συνεργασία των μελών της Ψυχιατρικής ομάδας που δρουν ισοδύναμα. Εφαρμόζοντας λοιπόν, την σύγχρονη ψυχιατρική η πυραμίδα Ιεραρχίας του Νοσοκομείου, έχει αντικατασταθεί από μία ομαλή συνεργασία και αποδοχή μεταξύ των ειδικών, που μετέχουν σαν ισότιμα μέλη στην ομάδα εργασίας.

Ο Νοσηλευτής γίνεται όχι μόνο ένα σεβαστό μέλος μιας πολυσύνθετης ομάδας Εργασίας, αλλά αναπτύσει και μια άλλη διάσταση νοσηλευτικής φροντίδας αυτή που έχει σχέση με ψυχοθεραπευτικούς μεθόδους, όπως για παράδειγμα την εξάσκηση της οικογενειακής θεραπείας.

Ο Ειδικευόμενος Νοσηλευτής του κέντρου αφού αξιολογήσει το επίπεδο των ικανοτήτων του και φτάσει στο σημείο να διαλέξει και να έχει μία μετέπειτα επιπλέον εκπαίδευση σε κατάλληλες σχολές εδώ ή στο εξωτερικό θα είναι σε θέση να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Μπορούμε λοιπόν να δούμε, ότι με την σχετική απαραίτητη εξειδίκευση, οι Νοσηλευτές είναι δυνατόν τελικά να συμβάλλουν ισότιμα σαν θεραπευτές στην διατήρηση της ψυχικής υγείας. Όπως π.χ. μπορούν να προετοιμάζουν θεραπευτικούς χειρισμούς και να παρέχουν ψυχοθεραπεία σε άτομα και οικογένειες.

Αν όμως εξετάσουμε την ψυχοθεραπεία, πρέπει να τονίσουμε ότι είναι μια διεργασία πολύπλοκη και δύσκολη απαιτεί πάρα-πολλές ικανότητες, προετοιμασία και εμπειρία.

Η συμβουλευτική όμως σαν υπηρεσία που μπορεί να παρέχει ένας νοσηλευτής είναι πιο εύκολη, πιο προσιτή και ασχολείται κυρίως με την παροχή υποστήριξης, προετοιμασίας και εκπαίδευσης.

Τέλος η οικογενειακή θεραπεία είναι πολύπλοκη, γιατί χρειάζεται μία εξειδίκευση έτσι που να μπορεί κανείς να καταλαμβάνει τα οικογενειακά δυναμικά την ψυχοπαθολογία, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τις διάφορες οικογενειακές θεωρίες και τεχνικές .

Έτσι ο Νοσηλευτής απαιτείται να έχει την ικανότητα να παίξει πολλούς ρόλους. Δηλαδή το ρόλο του Νοσηλευτή δασκάλου, του Νοσηλευτή συμβουλευτή, του Νοσηλευτή που έχει ρόλο συνδεδετικού προσώπου, του Νοσηλευτή στηρίγματος και του Νοσηλευτή στο ρόλο του θεραπευτή.

Στο ρόλο του οικογενειακού θεραπευτή, ο Νοσηλευτής είναι απαραίτητος να μπορεί να προσαρμόζει την συμπεριφορά του, ανάλογα με τις καταστάσεις. Για να αποκτήσει θεραπευτικές τεχνικές θα πρέπει ορισμένες φορές να χρειασθεί να γίνει σοβαρός, παθητικός, ενεργητικός, αυτόνομος να είναι άνετος με τον εαυτό του και μέσα στις ομάδες. Όλα αυτά σημαίνουν ότι ο Νοσηλευτής έχει την επίγνωση του τι νοιώθει ο ίδιος,

τι σκέφτεται, τι κάνει σ' όλη την διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας.

Για να βελτιώσει ο Νοσηλευτής τις ικανότητές του, χρειάζεται αποφασιστικότητα και συμμετοχή μέσα από προχωρημένη και συνεχή εκπαίδευση, έρευνα και κλινική επίβλεψη. Μέσα σ' ένα τέτοιο πλαίσιο εξειδίκευσης οι νοσηλευτές έχουν την δυνατότητα να παρέχουν ατομική ψυχοθεραπεία.

Οι Νοσηλευτές απαιτούν μία πολύτιμη βοήθεια με την μοναδική και από πρώτο χέρι γνώση που έχουν με τον ψυχίατρο ασθενή, κάτι που δεν το έχουν στον ίδιο βαθμό ίσως, άλλα μέλη της ομάδας. Έτσι ο Νοσηλευτής αποτελεί πληροφορική βάση για την ομάδα.

Φαίνεται το πόσο σπουδαίο ρόλο παίζει η προσωπικότητα του Νοσηλευτή ακόμα η διάθεση και η θέλησή του να αφήσει την όποια ασφάλεια που του έδινε μέχρι τώρα το παραδοσιακό ιεραρχικό μοντέλο.

Κάτι άλλο που ίσως δεν θα πρέπει να ξεχνάνε οι Νοσηλευτές είναι ότι έχουμε να κάνουμε με άτομα με ανθρώπους, με προσωπικότητες με οντότητες. Καμιά φορά ξεχνάμε και προσπαθούμε να βγάλουμε μέσα, από το πρόγραμμα επαγγελματικής εκπαίδευσης όπου συμμετέχουμε, καλούς τεχνίτες να μετατρέψουμε δηλ. το άτομο σε μηχανικό άτομο. Στα άτομα αυτά χρειάζεται να δώσουμε εκτός από τις τεχνικές γνώσεις και άλλες πιο σημαντικές γνώσεις ώστε να τα βοηθήσουμε να κερδίσουν και να αναπτύξουν την προσωπικότητά τους. Ο στόχος μας δηλ. είναι να βοηθήσουμε στην κοινωνι-κο-επαγγελματικής του ένταξης. Να το βοηθήσουμε να ενταχθεί στο κοινωνικό του περίγυρο. Να ξανάρθει στην κοινωνία από την οποία παροδικά βγήκε για κάποιο λόγο, να

μπορέσει να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις και έτσι να ξανάρθει και να μπει στη Κοινότητα.

Θα πρέπει με το άτομο που θα ασχοληθούμε να είμαστε ευαίσθητοι στα μηνύματα που μας στέλνει και να πρέπει να 'μαστε αυτό που λέμε πομπός και δέκτης.

Ο ρόλος ο δικός μας είναι να τον βοηθήσουμε να εκφράσει αυτό που αισθάνεται για να μπορέσει να μας δώσει την δυνατότητα να αξιοποιήσουμε μαζί του τις ικανότητες και τις δυνατότητες οι οποίες πολλές φορές βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση.

Δεν θα πρέπει λοιπόν να παραγνωρίζουμε ότι έχουμε να κάνουμε με άτομα που έχουνε μια προσωπικότητα και ότι με αυτή πρέπει να δουλέψουμε τελικά.

Οι στόχοι που μπορούμε να βάλουμε διακρίνονται σε βραχυπρόθεσμους, μεσοπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους.

Όταν λέμε βραχυπρόθεσμο στόχο εννοούμε την δημιουργία των προϋποθέσεων εκείνων που θα γίνουνε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, ώστε το άτομο με τις ειδικές ανάγκες να αισθανθεί άνετα μέσα στο χώρο εκπαίδευσής του κι έτσι να του δοθεί η δυνατότητα να δέσει και να ζήσει με την ομάδα που θα συνεχίσει μια ζωή τριών χρόνων ή δύο ανάλογα.

Σαν μεσοπρόθεσμο στόχο θα πρέπει να βάλουμε την επαγγελματική προετοιμασία δηλ. την τεχνική του κατάρτιση ή οποία εξαρτάται από τον πρώτο στόχο.

Ο 3ος στόχος ο μακροπρόθεσμος είναι να τον βοηθήσουμε να τον εντάξουμε ή να τον ενσωματώσουμε στο κοινωνικό σύνολο.

Μόνο με την μελέτη της ψυχικής ασθένειας η νοσηλεύτρια μπορεί πραγματικά να φθάσει στο σημείο να ανγνωρίζει και να καταλαβαίνει την ψυχική υγεία πλήρως ειότι όταν βλέπει συμπεριφορά που μπορεί να θεωρηθεί ανώμαλη σκέπτεται ότι το άτομο ψυχικά είναι άρρωστο.

Οι ασθενείς έρχονται σε επικοινωνία με τις νοσηλεύτριες διαρκώς κατά την διάρκεια παραμονής τους στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και επομένως έχουν κάποια επαφή με αυτές.

Αυτό πιθανό να είναι είχε αγάπη για εξάρτηση ή φυλυποψία και απόρριψη ή ακόμα χωρίς ανταπόκριση είναι φυσικό το ότι οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να έχουν διαφορετική σχέση με τους ασθενείς όπως έχουν διαφορετικές σχέσεις με εκείνους που συναναστρέφονται στην καθημερινή ζωή τους.

Βασικό είναι ότι αδελφή πρέπει να αναγράφει παρατηρήσεις και να βοηθά τον γιατρό και όχι να κάνει κλινικές κρίσεις μόνη της.

Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να μπορεί να ξεχωρίζει ανάμεσα στους ρόλους του συμβούλου & του καθοδηγητού.

Τέλος σαν επίλογο αναφέρουμε την προσπάθεια η αδελφή να δέχεται τον ασθενή σαν άνθρωπο γι' αυτό το λόγο χρειάζεται να δημιουργήσει φυσική και πνευματική επαφή με τον ασθενή.

Οφείλει να συσκέπτεται με το υπόλοιπο προσωπικό κατά τακτά χρονικά διαστήματα, συνήθως κάθε βδομάδα για έρευνα και αξιολόγηση των διαφόρων περιπτώσεων και λήψη αποφάσεων.

E P E Y N H T I K O

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ερευνά μας αυτή επριλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο που αναφέρεται στο επιστημονικό προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. και ένα δεύτερο που απευθύνεται στους ασθενείς που έρχονται σε επαφή με το χώρο των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής.

Η ερευνά μας αυτή χωρίζεται σε τρία επιμέρους κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των ερωτήσεων χωριστά. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρούμε μια ομαδοποίηση των ερωτήσεων με βάση κάποια χαρακτηριστικά τους και εξαγωγή συμπερασμάτων που προκύπτουν απ' αυτήν.

Ενώ στο τρίτο κεφάλαιο βγάζουμε γενικότερα συμπεράσματα και βάση αυτών γίνονται ορισμένες προτάσεις.

Θα πρέπει να αναφερθούμε ότι η ερευνά μας αυτή πραγματοποιήθηκε στα Κ.Ψ.Υ. Αιγάλεω, Πάτρα, Πειραιά κατά το χρονικό διάστημα Μαρτίου-Απριλίου 1991.

Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει πενήντα (50) ερωτηματολόγια για κάθε μέρος της.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Φύλο.....

Ηλικία.....

Επάγγελμα.....

Ετη απασχόλησης.....

1. Πιστεύεται ότι είναι απαραίτητα τα Κ.Ψ.Υ. NAI OXI

2. Έχετε δουλέψει σε άλλο τομέα ψυχιατρικής περίθαλψης

NAI OXI

(Αν ναι αναφέρετε τους τομείς) 1.....2.....3.....

3. Είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας NAI OXI

4. Οι ασθενείς συνεργάζονται μαζί σας; NAI OXI

(Αναφέρατε τους λόγους) 1.....2.....3.....

5. Υπάρχει συνεργασία με τους συναδέλφους σας; NAI OXI

6. Υπάρχει συνεργασία με άλλο παράρτημα του Κ.Ψ.Υ. NAI OXI

7. Υπάρχει συνεργασία με άλλους φορείς της ψυχιατρικής περίθαλψης;

Αναφέρετε τους 1.....2.....3.....

8. Πιστεύεται ότι το προσωπικό επαρκεί για να καλύψει τις

ανάγκες του Κ.Ψ.Υ. NAI OXI

9. Ο εξοπλισμός του Κ.Ψ.Υ. επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες

του από κέντρο που εργάζεσθε; NAI OXI

10. Νιώθετε ικανοποιημένοι από την προσφορά σας στο Κ.Ψ.Υ.;

NAI OXI

11. Πιστεύεται ότι τα Κ.Ψ.Υ. έχουν βοηθήσει στην προάσπιση

της ψυχικής υγείας; NAI OXI

12. Έχετε εξειδικευτεί ή μετεκπαιδευτεί πάνω στο αντικείμενό

σας; NAI OXI

13. Πιστεύεται ότι υπάρχει ανάγκη εξειδίκευσης ή μετεκπαίδευσης;

NAI OXI

14. Αν έχετε καμία πρόταση για τυχόν καλύτερη λειτουργία των Κ.Ψ.Υ. αναφέρετε αυτές:

1.....

2.....

3.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ανάλυση δείγματος: Ρωτήθηκαν και έδωσαν απαντήσεις πενήντα (50) άτομα.

Από αυτά τα άτομα οι δέκα (10) είναι Ψυχίατροι-Νευρολόγοι, 20% του δείγματος, οχτώ (8) είναι Ψυχολόγοι, 16% του δείγματος, έντεκα (11) είναι εργασιοθεραπευτές, 22% του δείγματος, εννέα (9) Κοινωνικοί Λειτουργοί, 18% του δείγματος και δώδεκα (12) Νοσηλεύτες, 24% του δείγματος.

Το ποσοστό που καταλαμβάνει κάθε επάγγελμα στο δείγμα της έρευνας, ανταποκρίνεται με μικρή ίσως απόκλιση, στα πραγματικά ποσοστά που καταλαμβάνει κάθε επάγγελμα στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής που πραγματοποιήθηκε ή ερευνά μας.

Οι Γυναίκες αποτελούν το 54% του δείγματος, ενώ οι Άντρες το 46%.

Ως προς την ηλικία τους το 46% βρίσκεται μεταξύ 30-40 ετών, το 42% είναι κάτω των 30 ετών. Ενώ το 12% του δείγματός μας είναι ηλικίας πάνω από 40 ετών.

Το 64% των ερωτηθέντων ασχολούνται επαγγελματικά με θέματα ψυχικής υγείας ενώ οι πολύ έμπειροι με προυπηρεσία πάνω από 10 χρόνια αποτελούν το 16% των ερωτηθέντων.

Ανάλυση Ερωτηματολογίου. I

1. Πιστεύεται ότι είναι αναγκαία τα Κ.Ψ.Υ;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	50	100%
ΟΧΙ	-	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Η απόλυτη πλειοψηφία - 100% - του επιστημονικού προσωπικού των Κ.Ψ.Υ. πιστεύει στην αναγκαιότητα της ύπαρξης των Κ.Ψ.Υ.

2. Έχετε δουλέψει σε άλλο τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	25	50%
ΟΧΙ	<u>25</u>	<u>50%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το 50% των ερωτηθέντων έχουν προηγούμενη εμπειρία σε άλλο τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης.

3. Είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	43	86%
ΟΧΙ	<u>7</u>	<u>14%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Η μεγάλη πλειοψηφία - 86% - των ερωτηθέντων είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας τους.

4. Οι ασθενείς συνεργάζονται μεζί σας;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	45	90%
ΟΧΙ	<u>5</u>	<u>10%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το Επιστημονικό προσωπικό , σχεδόν στο σύνολο του -90% - συνεργάζεται αρμονικά με τους ασθενείς.

5. Υπάρχει συνεργασία με τους συναδέλφους σας;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	50	100%
ΟΧΙ	<u>0</u>	<u>0%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Ως προς το ερώτημα το επιστημονικό προσωπικό είναι απόλυτο -100% -. Όλοι υποστηρίζουν ότι έχουν άψογη συνεργασία με τους συναδέλφους τους.

6. Υπάρχει συνεργασία με άλλο παράρτημα του Κ.Ψ.Υ.;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	48	96%
ΟΧΙ	0	0%
Δ/Α	<u>2</u>	<u>4%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Και ως προς αυτό το ερώτημα όλοι όσοι απάντησαν -96% - δέχονται ότι υπάρχει συνεργασία με άλλο παράρτημα του Κ.Ψ.Υ.

7. Υπάρχει συνεργασία με άλλους φορείς της ψυχιατρικής περίθαλψης;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	50	100%
ΟΧΙ	<u>0</u>	<u>0%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Όλο το επιστημονικό προσωπικό - 100% - βεβαιώνει ότι υπάρχει συνεργασία των Κ.Ψ.Υ. με άλλους φορείς της ψυχιατρικής περίθαλψης.

8. Πιστεύεται ότι το προσωπικό επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των Κ.Ψ.Υ.;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	19	38%
ΟΧΙ	<u>31</u>	<u>62%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το -62% - των ερωτηθέντων βλέπει έλλειψη προσωπικού στα Κ.Ψ.Υ.

Ενώ το - 38% - πιστεύει ότι το προσωπικό επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των Κ.Ψ.Υ.

9. Ο εξοπλισμός του Κ.Ψ.Υ. επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες στο κέντρο που εργάζεσθε;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	39	78%
ΟΧΙ	<u>11</u>	<u>22%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το - 78% - του δείγματος μας είναι ικανοποιημένο από τον εξοπλισμό των Κ.Ψ.Υ.

Ενώ το - 22% - πιστεύει ότι δεν αρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των Κ.Ψ.Υ.

10. Νιώθετε ικανοποιημένοι από την προσφορά σας στο Κ.Ψ.Υ.;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	46	92%
ΟΧΙ	3	6%
Δ/Α	<u>1</u>	<u>2%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Όλο σχεδόν - 92% - το επιστημονικό προσωπικό νιώθει ικανοποιημένο από την προσφορά του στα Κ.Ψ.Υ.

Ένα - 6% - πιστεύει ότι δεν προσφέρει όλα όσα θα είθελε.

Ενώ το - 2% - δεν έδωσε απάντηση.

11. Πιστεύεται ότι τα Κ.Ψ.Υ. έχουν βοηθήσει στην προάσπιση της ψυχικής υγείας;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	50	100%
ΟΧΙ	<u>0</u>	<u>0%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Η πλειοψηφία του επιστημονικού προσωπικού των Κ.Ψ.Υ. - 100% - έχουν την γνώμη ότι τα Κ.Ψ.Υ. παίζουν σημαντικό ρόλο στην προάσπιση της ψυχικής υγείας.

12. Έχετε εξειδικευτεί ή μετεκπαιδευτεί πάνω στο αντικείμενό σας;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	36	72%
ΟΧΙ	<u>14</u>	<u>28%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το 72% του επιστημονικού προσωπικού έχει μετεκπαιδευτεί ή εξειδικευτεί πάνω στο αντικείμενό τους.

Ενώ το 28% δεν έχει κάποια εξειδίκευση ή μετεκπαίδευση.

13. Πιστεύεται ότι υπάρχει ανάγκη εξειδίκευσης ή μετεκπαίδευσης;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	50	100%
ΟΧΙ	<u>0</u>	<u>0%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Απόλυτη ηπεποίθηση του επιστημονικού προσωπικού - 100% -
ότι σ' αυτό τον αναίσθητο τομέα της υγείας χρειάζονται άτομα
που να γνωρίζουν καλά το αντικείμενό τους.

14. Αν έχετε καμία πρόταση για τυχόν καλύτερη λειτουργία
των Κ.Ψ.Υ., αναφέρετε αυτές:

Συγκεντρώσαμε ορισμένες προτάσεις του επιστημονικού προσωπικού
των Κ.Ψ.Υ., για καλύτερη λειτουργία αυτών, οι οποίες είναι:

- Καλύτερος συντονισμός μεταξύ των φορέων της ψυχικής υγείας.
- Ενημέρωση του πλατύ κοινού για τον χαρακτήρα των Κ.Ψ.Υ.
- Αποκέντρωση στο σύστημα λειτουργίας των Κ.Ψ.Υ.
- Πρόσληψη προσωπικού και
- Καλύτερη οργάνωση των Κ.Ψ.Υ.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Φύλο

Ηλικία

Επάγγελμα Ειδικότητα

Οικογενειακή κατάσταση:

Εγγαμος Άγαμος

Παιδιά:

Γονείς: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Αδέλφια:

1. Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεστε Κ.Ψ.Υ.; ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

2. Τι πρόβλημα σας έφερε στο Κ.Ψ.Υ. αναφέρετέ τα.

1..... 2.....

3. Ερχεστε συχνά σε επαφή με το Κ.Ψ.Υ. ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

4. Σας επισκέπτονται στο σπίτι από το Κ.Ψ.Υ. ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

5. Ποιός σας σύστησε στο Κ.Ψ.Υ.

1..... 2.....

6. Θα συστήνατε σε κάποιο γνωστό σας το Κ.Ψ.Υ. ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
(Αν όχι αναφέρατε τους λόγους)

1 2

7. Είχατε κάποια ψυχιατρική επαφή με:

α) Ψυχολόγο δ) άλλο ίδρυμα

β) Ψυχίατρο ε) Κοινωνικό λειτουργό

γ) Κ.Ψ.Υ.

8. Πόσο κράτησε η επαφή σας αυτή;

9. Μετέχετε σε κάποιο πρόγραμμα του Κ.Ψ.Υ. ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

10. Πιστεύετε ότι σας έχει βοηθήσει το πρόγραμμα αυτό; ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

11. Το προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. πιστεύεται ότι ανταποκρίνεται στο βαθμό που επιθυμείτε; ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

12. Το προσωπικό είναι συνεργάσιμο; δείχνει κατανόηση στο πρόβλημά σας;
ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

13. Εκφράζεστε ελεύθερα χωρίς κανένα ενδοιασμό στο επιστημονικό προσωπικό του Κ.Ψ.Υ.
ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

14. Πιστεύετε ότι τα Κ.Ψ.Υ. είναι αναγκαία για ψυχική υγιεινή;
ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

15. Έχετε βοηθηθεί από τότε που επισκεφτήκατε το Κ.Ψ.Υ. για πρώτη φορά;
ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

16. Αν έχετε καμία πρόταση για τυχόν μεγαλύτερη βοήθεια σας αναφέρετέ την.

1.....

2.....

ΕΡΕΥΝΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΑ Κ.Ψ.Υ.

Ανάλυση δείγματος: Ρωήθηκαν 50 άτομα, από τους οποίους το 74% είναι άντρες και το 26% γυναίκες.

Όσον αφορά την ηλικία τους το 68% είναι μεταξύ 20-30 ετών, το 22% είναι πάνω από 30 ετών, ενώ το 10% είναι κάτω των 20 ετών.

Ως προς το επάγγελμά τους το 68% μετέχουν σε κάποια πρόγραμμα του Κ.Ψ.Υ., το 10% ασχολείται με οικιακά, το 12% είναι μαθητές και φοιτητές ενώ το 10% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Την οικογενειακή τους κατάσταση, το 48% την χαρακτήρισε μέτρια, το 28% καλή, ενώ το 24% προέρχεται από κακή οικογενειακή κατάσταση.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι άγαμοι - 86% - ενώ το 14% έγγαμος από τους οποίους το 70% έχει παιδιά. Το 26% δήλωσαν ότι δεν έχουν τουλάχιστον έναν από τους γονείς τους. Μόνο το 6% απ' αυτούς δεν έχουν αδέρφια, ενώ το 14% έχει από τέσσερα (4) και πάνω.

Ανάλυση Ερωτηματολογίου ΙΙ

1. Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεσταιτο Κ.Ψ.Υ.;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	35	70%
ΟΧΙ	<u>15</u>	<u>30%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Μόνο το 30% των ερωτηθέντων είχαν προηγούμενη επαφή με Κ.Ψ.Υ., ενώ το 70% έρχεται πρώτη φορά σε επαφή με αυτά.

2. Τι πρόβλημα σας έφερε στο Κ.Ψ.Υ.;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ψυχολογικά προβλήματα	27	54%
Μελαγχολία	11	22%
Δυσχέρεια επικοινωνίας	6	11%
Παρεσθήσεις	3	6%
Πρόβλημα προσαρμογής	<u>3</u>	<u>6%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι ο σοβαρότερος λόγος - 54%

- που έρχονται οι ασθενείς σε επαφή με τα Κ.Ψ.Υ.

3. Έρχεσται συχνά σε επαφή με τα Κ.Ψ.Υ.;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	43	86%
ΟΧΙ	6	12%
Δ/Α	<u>1</u>	<u>2%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Σχεδον όλοι οι ερωτηθέντες - 86% - έχουν συχνή επαφή με τα Κ.Ψ.Υ., το 12% δεν έχει συχνή επαφή με τα Κ.Ψ.Υ, ενώ το 2% δεν έδωσε απάντηση.

4. Σας επισκέπτονται συχνά στο σπίτι από τα Κ.Ψ.Υ.

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	21	42%
ΟΧΙ	28	56%
Δ/Α	<u>1</u>	<u>2%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το 56% των ασθενών απήντησαν ότι δεν τους επισκέφτηκαν από τα Κ.Ψ.Υ, το 42% δέχτηκαν επίσκεψη του επιστημονικού προσωπικού ενώ το 2% δεν απάντησαν.

5. Ποιός σας σύστησε στο Κ.Ψ.Υ;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Ψυχολόγοι	15	30%
Ψυχίατρος	17	34%
Νοσηλεύτης	10	20%
Κοινωνικοί λειτουργοί	5	22%
Οικογενειακό περιβάλλον	3	6%
ΣΥΝΟΛΟ	<u>50</u>	<u>100%</u>

Οι Ψυχίατροι και οι Ψυχολόγοι είναι σε μεγάλο ποσοστό - 64% - ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στους ασθενείς και τα Κ.Ψ.Υ. Οι Νοσηλεύτες κατέχουν το 20% ενώ πολύ μικρό ποσοστό παίζει το Οικογενειακό περιβάλλον μόλις 6%.

6. Θα συστήνατε σε κάποιον γνωστό σας το Κ.Ψ.Υ.;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	40	80%
ΟΧΙ	0	0%
Δ/Α	<u>10</u>	<u>20%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Αρνητική απάντηση δεν έδωσε κανένας ασθενής, αλλά είναι αρκετά μεγάλο το ποσοστό - 20% - που δεν έδωσε καθόλου απάντηση.

Ενώ το 100% αυτών που έδωσαν απάντησαν θα συνιστούσα ανεπιφύλαχτα τα Κ.Ψ.Υ.

7. Είμαστε κάποια ψυχιατρική επαφή με:

- α) Ψυχολόγο
- β) Ψυχίατρο
- γ) Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
- δ) Άλλο ίδρυμα
- ε) Κοινωνική Διευθυντή

Το 100% των ερωτηθέντων είχαν ψυχιατρική επαφή με έναν ή περισσότερους επαγγελματίες της ψυχικής υγιεινής.

Αναλυτικότερα:	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
α) Ψυχολόγο	29	54%
β) Ψυχίατρο	20	40%
γ) Κ.Ψ.Υ.	15	22%
δ) Άλλο ίδρυμα	19	38%
ε) Κοινωνική Διευθυντής	11	22%

8) Πόσο κράτησε η επαφή σας αυτή;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Μέχρι ένα χρόνο	10	20%
Από ένα-πέντε χρόνια	25	50%
Πάνω από πέντε χρόνια	15	30%
	<hr/>	<hr/>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Ένα 30% των ατόμων αυτών έχει μακροχρόνια ψυχιατρική επαφή.

Το 50% έχει ένα μέσο χρονικό διάστημα ψυχιατρικών επαφών.

Ενώ το 20% απάντησε ότι είχε μικρό χρόνο ψυχιατρικής επαφής.

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
9. Μετέχετε σε κάποιο πρόγραμμα του Κ.Ψ.Υ.;		
ΝΑΙ	38	76%
ΟΧΙ	12	24%
ΣΥΝΟΛΟ	<u>50</u>	<u>100%</u>

Το 76% μετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα του Κ.Ψ.Υ, ενώ το 24% απάντησε ότι έχει απλώς συμβουλευτικό χαρακτήρα η επαφή του με το Κ.Ψ.Υ.

10. Πιστεύεται ότι σας έχει βοηθήσει το πρόγραμμα αυτό;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	34	89%
ΟΧΙ	<u>4</u>	<u>11%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	38	100%

Το 89% όσων μετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα του Κ.Ψ.Υ. έχουν βοηθήσει από αυτό. Αρνητική απάντηση έδωσε το 11% των ερωτηθέντων.

11. Το προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. πιστεύεται, ότι ανταποκρίνεται στο βαθμό που επιθυμείται:

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	41	82%
ΟΧΙ	8	16%
Δ/Α	<u>1</u>	<u>2%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	<u>50</u>	<u>100%</u>

Το μεγαλύτερο ποσοστό - 82% - των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τα Κ.Ψ.Υ. δηλώνουν ότι το προσωπικό ανταποκρίνεται στο βαθμό που επιθυμούν. Το 16% έδωσε αρνητική απάντηση ενώ το 2% δεν απάντησε.

12. Το προσωπικό είναι συνεργάσιμο, δείχνει κατανόηση στο
προβλημά σας;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΝΑΙ	45	90%
ΟΧΙ	<u>5</u>	<u>10%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που ρωτήθηκαν έχουν την
άποψη ότι το επιστημονικό προσωπικό δείχνει κατανόηση και
συνεργάζεται πάνω στο προβλημά τους. Την ίδια άποψη δεν
την συμμερίζεται το 10% των ασθενών.

13. Εκφράζεστε ελεύθερα χωρίς κανένα ενδιασμό στο επιστημονικό
προσωπικό του Κ.Ψ.Υ.

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	44	88%
ΟΧΙ	<u>6</u>	<u>12%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το 88% εκφράζεται ελεύθερα στο επιστημονικό προσωπικό ενώ
το 12% έχει ορισμένους ενδιασμούς που το κάνουν να μην εκφρά-
ζεται ελεύθερα.

14. Πιστεύεται ότι τα Κ.Ψ.Υ. είναι αναγκαία για την ψυχική
υγιεινή.

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	43	86%
ΟΧΙ	0	0%
Δ/Α	<u>7</u>	<u>14%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Η απόλυτη πλειοψηφία - 100% - που έδωσαν απάντηση θεωρούν

απαραίτητα τα Κ.Ψ.Υ. στην ψυχιατρική κοινότητα. Αρνητική απάντηση δεν έδωσε κανείς, ενώ δεν έδωσε απάντηση το 14%.

15. Έχετε βοηθηθεί από τότε που επισκεφτήκατε το Κ.Ψ.Υ για πρώτη φορά;

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	39	78%
ΟΧΙ	10	20%
Δ/Α	<u>1</u>	<u>2%</u>
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το 78% πιστεύει ότι βοηθήθηκε από την επαφή του με το Κ.Ψ.Υ. το 20% δεν είδε μεγάλη βελτίωση από την επαφή του, ενώ το 2% δεν απάντησε.

16. Αν έχετε καμία πρόταση για τυχόν μεγαλύτερη βοήθεια σας, αναφέρετε την:

Η πλειοψηφία αυτών που έδωσαν κάποια πρόταση, έχει σχέση με την αποδοχή και βοήθεια που σίγουρα χρειάζονταν από το κοινωνικό περιβάλλον.

Ακόμη:

- Συχνότερη επαφή με τα Κ.Ψ.Υ.
- Καλύτερη συνεργασία και κατανόηση από το επιστημονικό προσωπικό του Κ.Ψ.Υ.

ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΩΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

3. Είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας
8. Πιστεύεται ότι το προσωπικό επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του Κ.Ψ.Υ
9. Ο εξοπλισμός του Κ.Ψ.Υ. επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του στο κέντρο που εργάζεσθε.
-
1. Πιστεύεται ότι είναι απαραίτητα τα Κ.Ψ.Υ.
10. Νιώθετε ικανοποιημένοι από την προσφ. στο Κ.Ψ.Υ.
11. Πιστεύεται ότι τα Κ.Ψ.Υ. έχουν βοηθήσει στη προάσπιση της ψυχικής υγείας.
-
2. Έχετε δουλέψει σε άλλο τομέα της Ψυχ. Περίθαλψης.
12. Έχετε εξειδικευτεί στη μετεκπαίδευση πάνω στο αντικείμενο.
13. Πιστεύεται ότι υπάρχει ανάγκη εξειδίκευσης ή μετεκπαίδευσης
-
5. Υπάρχει συνεργασία με τους συναδέλφους σας.
6. Υπάρχει συνεργασία με άλλο παράρτημα του Κ.Ψ.Υ.
7. Υπάρχει συνεργασία με άλλους φορείς της ψυχιατρικής περίθαλψης.
-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρήσαμε την ανάλυση των ερωτηματολογίων ανά μία ερώτηση.

Στο κεφάλαιο αυτό ομαδοποιήσαμε τις ερωτήσεις, με βάση κάποια χαρακτηριστικά τους, ώστε να γίνει εύκολη η εξαγωγή γενικότερων συμπερασμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΠΡΩΤΟΥ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η πρώτη ομαδοποίηση των ερωτήσεων έχει σαν χαρακτηριστικό τα μέσα που διαθέτει το Κ.Ψ.Υ. στους εργαζόμενους για καλύτερη απόδοση στο έργο τους.

Οι συνθήκες εργασίας, ο αριθμός προσωπικού και ο τεχνικός εξοπλισμός είναι μερικά από τα μέσα αυτά.

Από τις απαντήσεις που μας έδωσαν οι εργαζόμενοι στα Κ.Ψ.Υ. συμπερνούμε:

- Τα κέντρα ψυχικής υγιεινής διαθέτουν τον κατάλληλο τεχνικό εξοπλισμό (θετική απάντηση 78%)
- Παρέχουν καλές συνθήκες εργασίας (θετική απάντηση 86%)
- Αντιμετωπίζουν πρόβλημα ως προς την έλλειψη προσωπικού. (62% βλέπουν έλλειψη προσωπικού)

Ειδικότερα θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το 82% των εργασιοθεραπευτών είναι ικανοποιημένο από τον τεχνικό εξοπλισμό των Κ.Ψ.Υ.

Το 90% αυτών που δεν είναι ευχαριστημένοι από τις συνθήκες εργασίας δεν έχει δουλέψει σε άλλο τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης. Ακόμη θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αυτοί που βλέπουν μεγαλύτερη έλλειψη προσωπικού είναι οι νοσηλευτές -83% - και οι εργασιοθεραπευτές - 81% -.

Αυτό που χαρακτηρίζει την δεύτερη ομαδοποίηση είναι η αποψη του επιστημονικού προσωπικού για τό ρόλο τους μέσα στ Κ.Ψ.Υ. αλλά και για το ρόλο των Κ.Ψ.Υ. στην πρόασηψη της ψυχικής υγείας. Με βάση την ανάλυση των ομαδοποιημένων

ερωτήσεων συμπεραίνουμε:

- Τα Κ.Ψ.Υ. θεωρούνται, με απόλυτο τρόπο, από το προσωπικό τους, σαν αναγκαία για την προάσπιση της ψυχικής υγείας.
- Ημεγάλη πλειοψηφία των εργαζομένων στα Κ.Ψ.Υ. -92% - είναι ικανοποιημένο από την προσφορά τους μέσα σ' αυτά βλέπουμε λοιπόν ότι τα Κ.Ψ.Υ. επιβαλονται, από το προσωπικό τους, στην ψυχιατρική κοινότητα για το θετικό έργο που προσφέρουν σ' αυτή. Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε, σαν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ότι όλοι όσοι δεν είναι ευχαριστημένοι από την προσφορά τους έχουν μακροχρόνια παρουσία στο χώρο των ψυχικών ασθενειών.

Η τρίτη κατηγορία ερωτημάτων έχει σχέση με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του επιστημονικού και προσωπικού των Κ.Ψ.Υ. Ειδικότερα αναφέρεται στην εξειδικευμένη στην μετεκπαίδευση και στην προηγούμενη εμπειρία του προσωπικού αυτού.

Από τις απαντήσεις που μας έδωσαν βγάζουμε τα παρακάτω συμπεράσματα.

- Ένα μεγάλο μέρος του προσωπικού των Κ.Ψ.Υ - 72% - έχει μετεκπαιδευτεί ή εξειδίκευση πάνω στο αντικείμενό του.
- Το μισό μόνο του επιστημονικού προσωπικού έχει προηγούμενη εμπειρία .
- Όλοι όσοι γνωρίζουν το ρόλο που καλούνται να παίξουν τα Κ.Ψ.Υ. θεωρούν ως απαραίτητο την εξειδίκευση του προσωπικού που τα επανδρώνει.

Προτού ολοκληρώσουμε θα πρέπει να κάνουμε μια ιδιαίτερη αναφορά στο ποσοστό που καταλαμβάνει κάθε κατηγορία επαγγέλματος σε σχέση με την εξειδίκευση.

Έχουμε λοιπόν το 100% των γιατρών και των εργασιοθεραπευτών

εξειδικευμένο πάνω στο αντικείμενό τους

Το ίδιο όμως δεν ισχύει και για τους νοσηλευτές και Κ. Λειτουργούς. Μόνο το 22% των Κ. Λειτουργών και το 40% των νοσηλευτών έχουν κάποια εξειδίκευση. Ενώ κάτι ανάλογο ισχύει ως προς την εμπειρία.

Η εσωτερική καθώς και η εξωτερική λειτουργικότητα των Κ.Ψ.Υ. έχει σχέση με την τελευταία δέσμη ερωτημάτων.

Αναφέρεται στην συνεργασία:

- Μεταξύ του προσωπικού.
- Ανάμεσα στα διάφορα παραρτήματα των Κ.Ψ.Υ.
- Και την συνεργασία των κέντρων αυτών με άλλους φορείς της Ψυχιατρικής κοινότητας.

Με βάση την ανάλυση αυτών των ερωτημάτων έχουμε σαν συμπέρασμα:

- Ότι αν μια παράμετρος της σωστής λειτουργίας των Κ.Ψ.Υ είναι η ισότιμη συνεργασία του προσωπικού τότε ως προς αυτόν τον τομέα τα Κ.Ψ.Υ. μπορούν να θεωρηθούν πετυχημένα αφού όλοι όσοι απάντησαν θεωρούν ότι συνεργάζονται με τους συναδέλφους τους.
- Με την ίδια βεβαιότητα απάντησε το προσωπικό για την συνεργασία μεταξύ των διαφόρων παραρτημάτων των Κ.Ψ.Υ.
- Όσον αφορά την συνεργασία των Κ.Ψ.Υ. με τους άλλους φορείς της ψυχιατρικής κοινότητας η πλειοψηφία του προσωπικού βεβαιώνει ότι υπάρχει.

Δεν οφείλεται κυρίως σε κάποιο νομοθετικό περιεχόμενο αλλά στην ατομική πρωτοβουλία των ανθρώπων που ασχολούνται με την ψυχική υγεία.

Τέλος αναφέρουμε ότι οι Ψυχιατρικές οι νευρολογικές

κλινικές καθώς και τα ΚΑΑ έχουν στενότερη συνεργασία με τα Κ.Ψ.Υ.

ΟΜΑΔΩΠΟΙΗΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

1. Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεται Κ.Ψ.Υ.
7. Είχατε κάποια ψυχιατρική επαφή με ψυχολόγο-ψυχίατρο-Κ.Ψ.Υ-
άλλο ίδρυμα - Κ.Λειτουργό.
8. Πόσο κράτησε η επαφή σας αυτή.
.....
2. Τι πρόβλημα σας έφερε στο Κ.Ψ.Υ. αναφερατέτα
5. ποιος σας σύστησε στο Κ.Ψ.Υ.
3. Έρχεσται συχνά σε επαφή με το Κ.Ψ.Υ.
4. Σας επισκέπτονται στο σπίτι από το Κ.Ψ.Υ.
.....
11. Το προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. πιστεύεται ότι ανταποκρίνεται
στο βαθμό που επιθυμείται.
12. Το προσωπικό είναι συνεργάσιμο; Δείχνει κατανόηση στο
προβλημά σου;
13. Εκφράζεστε ελεύθερα χωρίς κανένα ενδοιασμό στο επιστημονικό
προσωπικό του Κ.Ψ.Υ.
.....
9. μετέχεται σε κάποιο πρόγραμμα του Κ.Ψ.Υ.
10. Πιστεύεται ότι σας έχει βοηθήσει το πρόγραμμα αυτό;
14. Πιστεύεται ότι τα Κ.Ψ.Υ. είναι αναγκαία για την ψυχική
υγιεινή.
15. Έχετε βοηθήσει από τότε που επισκευτήκατε το Κ.Ψ.Υ.
για πρώτη φορά.
6. Θα συστήνατε σε κάποιο γνωστό σας το Κ.Ψ.Υ.
.....

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΥ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.

Η πρώτη ομαδοποίηση των ερωτήσεων έχει σχέση με προηγούμενες επαφές των ασθενών με την ψυχιατρική κοινότητα καθώς και τον χρόνο της επαφής αυτής.

Με βάση την ανάλυση των ερωτημάτων προκύπτει:

- Το μεγαλύτερο μέρος των επισκεπτών στο Κ.Ψ.Υ - 70% - για πρώτη φορά έρχεται σε επαφή με αυτά.
- Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό είχε νοσηλευτεί σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα.
- Όλοι όσοι επισκέπτονται τα Κ.Ψ.Υ. έχουν προηγούμενη ψυχιατρική επαφή με κάποιον επιστήμονα της ψυχικής υγείας.
- Το 50% των ασθενών αυτών είχαν προηγούμενη ψυχιατρική επαφή που κράτησε μέχρι και πέντε χρόνια ενώ το 20% αυτών πάνω από πέντε χρόνια.

Η δεύτερη ομαδοποίηση των ερωτήσεων έχει σχέση με το πρόβλημα των ασθενών ποιός είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα σ' αυτούς και τα Κ.Ψ.Υ.

Αν επισκέπτονται συχνά αυτά και αν υπάρχει επίσκεψη του επισημονικού προσωπικού στα σπίτια των ασθενών.

Βάση των απαντήσεων προκύπτει:

- Ο κυριότερος λόγος που έρχονται σε επαφή με τα κέντρα ψυχικής υγιεινής οι ψυχικά ασθενείς είναι τα ψυχολογικά προβλήματα (54%) , η μελαγχολία (22%) που την απαντάμε στις γυναίκες και τις νεαρές ηλικίες.
- Ο συνδετικός κρίκος μεταξύ ασθενών και των Κ.Ψ.Υ. είναι κυρίως οι γιατροί (68% των περιπτώσεων) ενώ οι νοσηλευτές έχουν

ποσοστό συμμετοχής. 20%

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε το μικρό ρόλο που παίζει το οικογενειακό περιβάλλον (6%) στο να έρθουν σε επαφή οι ασθενείς με τα Κ.Ψ.Υ.

Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι τα Κ.Ψ.Υ. είναι σχετικά καινούργιος θεσμός και δεν είναι γνωστά στο ευρύ κοινό..

- Το μεγαλύτερο ποσοστό (86%) των ατόμων αυτών έχουν συχνή επαφή με το Κ.Ψ.Υ.
- Μόνο το 42% των ασθενών το επισκέπτονται στο σπίτι του από το Κ.Ψ.Υ. Το γεγονός αυτό ίσως, έχει να κάνει με την έλλειψη προσωπικού που παρατηρείται στα Κ.Ψ.Υ.

Η επόμενη δέση ομαδοποιημένων ερωτημάτων αφορά τις σχέσεις την συνεργασία και τους τυχόν ενδοιασμούς μεταξύ ασθενών και επιστημονικού προσωπικού.

Από τις απαντήσεις των ασθενών συμπεραίνουμε:

- Το επιστημονικό προσωπικό ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του μεγαλύτερου μέρους των ασθενών.
- Πιστεύουν σε απόλυτο αριθμό, ότι το προσωπικό δείχνει, κατανόηση και συνεργάζεται για την λύση του προβλήματός τους.
- Μόνο το 12% αυτών δεν έχουν εμπιστοσύνη στο προσωπικό λόγω κάποιων ενδοιασμών.

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι όλοι όσοι δήλωσαν κάποιο πρόβλημα σε σχέση με το προσωπικό, έχουν κάποιο πρόβλημα που εμφανίστηκε τους τελευταίους τέσσερις μήνες.

Η τελευταία ομάδα των ερωτημάτων απαντάει στο πως βλέπουν οι ασθενείς τα επι μέρους προγράμματα των Κ.Ψ.Υ. αλλά και γενικότερα σαν θεσμό.

Με βάση την ανάλυση που έγινε στο πρώτο κεφάλαιο της έρευνας προκύπτει:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) των ασθενών που μετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα βλέπουν βελτίωση της κατάστασης τους.
- Το 20% των ασθενών δήλωσαν ότι δεν είχε βελτιωθεί η καταστασή τους από την γεννικότερη συμμετοχή τους στα Κ.Ψ.Υ.
- Θετικά βλέπουν σαν θεσμό τα Κ.Ψ.Υ. όλοι όσοι απάντησαν στην αντίστοιχη ερώτηση και θα σύστηναν ανεπιφύλακτα σε κάποιο γνωστό τους τα Κ.Ψ.Υ.

Άξιο για προσοχή είναι το γεγονός, ότι όλα τα άτομα που δεν βλέπουν βελτίωση από την συμμετοχή τους στα Κ.Ψ.Υ., είχαν προηγούμενη ψυχιατρική επαφή πάνω από πέντε χρόνια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

Κατά την πραγματοποίηση της έρευνάς μας αντιμετωπήσαμε αρκετές δυσκολίες και αντιξοότητες, ιδιαίτερα στο χώρο των ατόμων που επισκέπτονται το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Δυσκολίες στο να προσεγγίσουμε αυτά τα άτομα που συναντήσαμε τόσο από τους ίδιους τους "Ασθενείς", όσο και από την πλευρά του επιστημονικού προσωπικού.

Η αρνητική στάση από το κοινωνικό σύνολο που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά "ασθενείς" και η έλλειψη από μας κάποιας ιδιότητας ειδικού. Από την μία πλευρά αποτέλεσαν ανασταλτικούς παράγοντες για την προσέγγιση των ατόμων αυτών.

Από την άλλη, η αυστηρή τήρηση και προστασία του απόρρητου από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και ο τρόπος θεραπευτικής παρέμβασης του Κέντρου που βασίζεται στην ύπαρξη ομάδας ψυχικής υγιεινής όπου είναι αρκετά δύσκολο να παρεμβληθεί κανείς στη σχέση ομάδας με ασθενή, δημιουργούσαν επιπρόσθετες δυσκολίες.

Καταφέραμε παρόλα αυτά να αποκτήσουμε από την ίδια την εμπιστοσύνη και την αναγνώριση από το Επιστημονικό προσωπικό και από την άλλη μπορέσαμε κατά το δυνατόν να ξεπεράσουμε τους ενδοιασμούς και τις αρνήσεις που πρόβαλλαν οι ασθενείς και να τους προσεγγίσουμε.

Από την έρευνά μας προκύπτουν τα παρακάτω γενικά συμπεράσματα:

- Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τα Κ.Ψ.Υ., δείχνουν να είναι ικανοποιημένοι από τις θεραπευτικές μεθόδους που εφαρμόζει το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.
- Έχοντας - οι περισσότεροι - προηγούμενη εμπειρία από την κλειστή ιδρυματική περίθαλψη, δίνουν προτίμηση στο νέο

μοντέλο της περίθαλψης στην κοινότητα.

Η προτίμηση αυτή εκδηλώνεται με την ενεργητική συμμετοχή τους στην όλη θεραπευτική διαδικασία.

- Τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής έχουν καταξιωθεί στην συνείδηση τόσο των ατόμων που βρίσκονται σε στενή επαφή μαζί τους όσο και την εργαζομένων στις επιστημονικές υπηρεσίες του, σαν τον μεγαλύτερο φορέα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε θέματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα σήμερα, παρόλο τις αντιξοότητες και τις ελλείψεις που αντιμετωπίζουν.
- Ο επιστημονικοί συνεργάτες του Κ.Ψ.Υ., έχουν διαλέξει συνειδή το χώρο της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής και την προσφορά τους σε εναλλακτικά μοντέλα περίθαλψης βασισμένων στην κοινότητα, ενώ έχουν οι περισσότεροι προηγούμενη εμπειρία από άλλους τομείς ψυχιατρικής περίθαλψης.
- Η πλειοψηφία του επιστημονικού προσωπικού έχει ειδικευτεί ή μετεκπαιδευτεί στο τομέα της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής - πρωτοφανές για τα Ελληνικά δεδομένα. Αυτό επιβεβαιώνει την ιδιαίτερη ανάπτυξη της εκπαιδευτικής δραστηριότητας του Κ.Ψ.Υ., που προωθεί την αντίληψη της συνεχιζόμενης ψυχιατρικής εκπαίδευσης με την λειτουργία επιμορφωτικών σεμιναρίων.
- Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και όλα τα παραρτήματά του βρίσκονται σε αρμονική συνεργασία με τους άλλους φορείς της ψυχιατρικής, περίθαλψης και τα επιστημονικά ιδρύματα (Ψυχιατρεία, Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας) γεγονός που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την σωστή λειτουργία τους.
- Το Επιστημονικό προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. εφαρμόζοντας στην πράξη την αντίληψη της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής υιοθετεί ψυχο-

θεραπευτικές μεθόδους που αρνούνται την παθητική περίθαλψη και εκφράζουν την αντίληψη της Αυτικής περίθαλψης με την ενεργητική συμμετοχή και την συμμετοχή των ίδιων των θεραπευόμενων και ατόμων του άμεσου περιβάλλοντός τους.

Η λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείνης στα πλαίσια της Κοινότητας είναι απαραίτητος όρος για την εφαρμογή του εναλλακτικού μοντέλου που προτείνει η Κοινωνική Ψυχιατρική.

Είναι γνωστές οι περιπτώσεις Κέντρων Ψυχικής Υγείνης που λειτούργησαν ως αποφυάδες κλειστών Ψυχιατρικών ιδρυμάτων και τα οποία απέτυχαν να μειώσουν την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και να επεκταθούν σε θέματα πρόληψης της Ψυχικής ασθένειας. Υπήρξε απλώς τοπική εγκατάσταση υπηρεσιών τύπου "Εξωτερικών Ιατρείων" προσανατολισμένων στην προσφορά παραδοσιακών "ιατρικών" υπηρεσιών, ανεξάρτητα από τις ανάγκες του πληθυσμού της συγκεκριμένης περιοχής.

Για καλύτερη λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείνης αναφέρουμε τις προτάσεις μας οι οποίες είναι:

- A. Ένωση, σύνθεση, συντονισμός, αμοιβαία γνωριμία, αλληλοπληροφόρηση και όχι κατακερματισμός ανταγωνισμός, ασυντονισμός, για σωστή μελέτη και θεραπεία της ψυχοπαθολογικής εικόνας των ατόμων.
- B. Προώθηση της πιο ανοικτής συμμετοχής των πολιτών σ' όλες τις φάσεις προγραμματισμού - σχεδιασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τις κοινοτικές ανάγκες.
- Γ. Προτεραιότητα στην πρωτογενή πρόληψη, στην πληροφόρηση γύρω από ευρύτατα ζητήματα ψυχικής υγείας και κοινωνικών αναγκών π.χ. σύνδεση του προβλήματος της ανεργίας των νέων με παρατηρούμενες διαταραχές, συναισθηματικές, ψυχικές

και κοινωνικές.

- Δ. Για την πρόληψη αυτού του είδους απαιτείται από τους ειδικούς, προσαρμογή του παραδοσιακού επαγγελματικού τους ρόλου στην έννοια της πολυδυναμίας, πολυμορφίας, παρεμβάσεων, που επιβάλλονται μπροστά στην πολυπλοκότητα των αναγκών της κοινότητας.
- Ε. Συνεπώς η κατανόηση της "αρρώστειας" πρέπει να γίνει μέσα από παραδόσεις, τυπικές προκαταλήψεις ή δυσειδαιμονίες, λόγω του ότι υπάρχει σε κάθε κοινωνία μία διαφορετική κουλτούρα.
- ΣΤ. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής πρέπει να αναπτύξει δραστηριότητες έτσι ώστε να εκπαιδεύσει, να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει τους κατοίκους της Κοινότητας σε θέματα Ψυχικής Υγιεινής.
- Ζ. Να πραγματοποιούνται συνεχείς καμπάνιες πληροφόρησης που να περιέχουν σεμινάρια, διαλέξεις, συγκεντρώσεις ενάντια στις κοινωνικές προκαταλήψεις για την "τρέλα", έτσι ώστε ο ψυχικά ασθενής να θεωρείται ως τίσιμο μέλος της κοινότητας.
- Η. Κατάλληλος σχεδιασμός για ενέλικτα και ποικιλόμορφα προγράμματα για την κάλυψη των αναγκών των ψυχικά ασθενών ατόμων.
- Θ. Στατιστική έρευνα, επεξεργασία και αξιολόγηση των μέχρι τώρα εμπειριών των Κ.Ψ.Υ. και προσαρμογή αυτών στην θεωρία και πράξη στον τομέα της ψυχοκοινωνικής περίθαλψης.
- Ι. Διαμόρφωση του χώρου με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται μία άριστη θεραπευτική ατμόσφαιρα.
- Κ. Κρίνεται επιβεβλημένη η λειτουργία τμημάτων δημοσίων σχέσεων για να εξασφαλίζουν την ενημέρωση και την επικοινωνία κοινότητας στα Κ.Ψ.Υ.

- Λ. Σύσταση κεντρικού φορέα μέσα στην Κοινότητα που θα αποσκοπεί στον συντονισμό δραστηριοτήτων των υπηρεσιών Πρόνοιας - Υγείας και Ψυχικής Υγείας.
- Μ. Καλύτερη διάρθρωση του προσωπικού ποιοτικά και ποσοτικά.
- Ν. Απαραίτηση προϋπόθεση για την σωστή λειτουργία του Κ.Ψ.Υ. είναι η επιστημονική κατάρτιση και η ενημέρωση στις τρέχουσες εξελίξεις της Ψυχικής Υγιεινής από τους εργαζόμενους στα πλαίσια αυτά.

Γι' αυτό προτείνεται να παρθούν μέτρα για την μετεκπαίδευσή τους να δοθούν κίνητρα για την συμμετοχή των εργαζομένων σε σεμινάρια, διαλέξεις και συνέδρια.

Ειδικότερα για το Νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να μεριμνήσει η πολιτεία για την εξειδίκευση τους όχι μόνο στον τομέα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής αλλά γενικώτερα σ' όλους τους τομείς της Υγείας.

Οι επαγγελματίες της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής του Κ.Ψ.Υ. δεν θα πρέπει να περιμένουν παθητικά στα γραφεία τους αυτούς που θα τους ζητήσουν βοήθεια, αλλά οι ίδιοι θα πρέπει να πάνε στο φυσικό περιβάλλον των ατόμων της κοινότητας και να προσπαθήσουν να βρουν με τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους τρόπους για την επίλυση των προβλημάτων τους. Δηλαδή πέρασμα από την παθητική στάση στην ενεργητική στάση.

Σαν στόχος τους θα πρέπει να έχουν το να κατακτήσουν τους ίδιους και την υπηρεσία τους περιττή. Κατά πόσο είναι δυνατόν να επιτευχθεί είναι ακόμα νωρίς να προσδιοριστεί. Με τις θέσεις όμως της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής γίνεται τουλάχιστον μία προσέγγιση του στόχου αυτού.

Σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας στις σημερινές συνθήκες επιτρέπονται τρία κύρια Επίπεδα Ψυχιατρικής περίθαλψης που

αφορούν κύρια την δευτερογενή πρόληψη.

α) Τα ψυχιατρεία.

β) Τα ψυχιατρικά τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία.

γ) Τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής

Σύμφωνα με την σημερινή κοινωνική πραγματικότητα, οι τρεις μορφές υπηρεσιών θα υπάρχουν έως ότου η ανάπτυξη ενός δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών περιορίσει ή και εξαλείψει τα ασυλικά ψυχιατρεία.

Οι τρεις όμως μορφές υπηρεσιών θα πρέπει να λειτουργούν με βάση τις νεότερες επιστημονικές απόψεις.

Είναι κοινή πεποίθηση στους επιστήμονες της Ψυχικής Υγιεινής, σε διεθνές επίπεδο, ότι μία μεταρρύθμιση στην Ψυχιατρική δεν μπορεί να περιορίζεται σε εξωραϊσμό των υπάρχοντων υπηρεσιών, αλλά στην δημιουργία νέων μορφών υπηρεσιών στην κοινότητα.

Στην Ελλάδα προτάσεις για αλλαγές έχουν διατυπωθεί, αλλά εκτός από κάποιες θετικές προϋποθέσεις, νομοθετικές και οικονομικές ή Κοινοτική Ψυχιατρική, δεν βρήκε τόσο πρόσφορο έδαφος για να αναπτυχθεί όσο σε άλλα κράτη. Οι Προϋποθέσεις που έθεσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, προσφέρουν βάσιμες ελπίδες για μία μελλοντική ανάπτυξη του συστήματος κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Για να συντελεστεί και στην χώρα μας, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα πρέπει να υπάρξει ένας Εθνικός σχεδιασμός που να κινείται σε μερικές βασικές επιλογές. Αναφέρουμε τις πιο σημαντικές:

- 1) Ανάπτυξη των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και ανάλογων μορφών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, σε όλες τις πόλεις με πληθυσμό πάνω από 10.000 κατοίκους.
- 2) Στις πόλεις με μεγάλο πληθυσμό, θα πρέπει να γίνει διαίρεση σε υποτομείς με ανάπτυξη αντίστοιχων κέντρων ανά 40.000 - 60.000 κατοίκους.
- 3) Δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων 10-25 κλινών σε όλα τα Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία της χώρας
- 4) Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια της χώρας θα πρέπει να υπάρχουν αντίστοιχες ψυχιατρικές κλίνες όμως το μέγεθος του κάθε ψυχιάτρου να μην ξεπερνάει τις 200 κλίνες.
- 5) Ο περιορισμός των κλινών στα ασυλικά ψυχιατρεία να γίνεται με προοδευτικό προγραμματισμένο τρόπο π.χ. 500 κρεβάτια ετήσια σ' όλη τη χώρα.
- 6) Στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι απαραίτητο να συμμετέχει η Τοπική Αυτοδιοίκηση και να έχει κύρια ευθύνη για την λειτουργία των νέων υπηρεσιών.

Τέλος ένας Εθνικός σχεδιασμός για αλλαγή στο σύστημα ψυχικής υγιεινής να λάβει υπόψη ανάλογες διεθνείς εμπειρίες που πρέπει να προσαρμοστούν στα Ελληνικά δεδομένα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Μετά την διεξαγωγή της ερευνάς μας φαίνεται ότι τα Κ.Ψ.Υ. αποτελούν την ουσιαστικότερη παράμετρο των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Αποτελεί το φορέα που εκφράζει στην πράξη το μοντέλο της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Μ' ένα πλέγμα υπηρεσιών που συνοπτίζονται ποσοτικά και ποιοτικά προσπαθεί όχι μόνο να αντιμετωπίσει τις ψυχικές διαταραχές αλλά και να διερευνήσει τις κοινοτικές και πολιτιστικές παραμέτρους που αποτελούν τους αιτιολογικούς παράγοντες διαμόρφωσης της ψυχικής διαταραχής.

Τέλος φαίνεται ότι το Κ.Ψ.Υ. είναι ο πιο κατάλληλος συντονιστικός φορέας, εφόσον τα μεγάλα νοσοκομειακά ιδρύματα είναι προσανατολισμένα σε παραδοσιακά ιατροκεντρικά μοντέλα και απομακρυσμένα από τις κοινότητες τις οποίες εξυπηρετούν.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΓΡΙΒΑΣ Κ. "Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός", Έκδοση 1^η,
Εκδόσεις: Ίανος, Θεσσαλονίκη 1985.
- ΕΥΔΟΚΑΣ Τ. "Νεύρωση και Ψυχοθεραπεία", Έκδοση 1^η,
Εκδόσεις: Πυρσός Λευκωσία 1969.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. "Κοινωνία και Ψυχική Υγεία", Τόμος 1^{ος},
Έκδοση 1^η Εκδόσεις:Καστανιώτη, Αθήνα 1989.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. "Κοινωνία και Ψυχική Υγεία". Τόμος 2^{ος},
Έκδοση 1^η, Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα 1989.
- ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Γ. "Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση",
Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1987.
- ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Γ. "Κοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές
διαταραχές, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Αθήνα 1987.
- ΠΕΤΡΟΥΛΑΚΗΣ Ν. "Ψυχολογία της προσαρμογής"
Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1984.
- ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ Ν. "Στοιχεία Ψυχιατρικής" Ιατρικές Εκδόσεις:
Βασιλόπουλος, Αθήνα 1976.
- ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. LEBONICCI S. "Ελληνογαλλικό Συμπόσιο
Κοινωνικής Ψυχιατρικής". Έκδοση 1^η, Εκδόσεις:
Καστανιώτη, Αθήνα 1984.
- ΧΑΡΤΟΚΟΛΗΣ Η. "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική" Έκδοση -
Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα 1986.

Σ Η Μ Ε Ι Ω Σ Ε Ι Σ

ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ Β. "Κοινωνική Αποκατάσταση και επανένταξη στην κοινότητα, ατόμων με ψυχικές διαταραχές" στο βιβλίο του Παπαδάτου Γ. Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση. Εκδόσεις: Ειρήνη, Αθήνα 1987.

ΛΥΜΠΕΡΑΚΗΣ "Ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής στην Ελλάδα" στο βιβλίο του Παπαδάτου Γ. Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις: Ειρήνη, Αθήνα 1987.

ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ Κ. "Επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Δυνατότητες - Περιορισμοί" στο βιβλίο του Παπαδάτου Γ. Κοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Αθήνα 1987, σελ. 39-47.

ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Γ. "Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής", στο βιβλίο Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση Έκδοση 1^η, Εκδόσεις: Ειρήνη, Αθήνα 1987.

ΤΙΣΑΝΤΗΣ Ι. ΒΑΛΑΒΑΚΗ-ΣΟΥΚΟΥ "Εμπειρίες και παρατηρήσεις από την εφαρμογή εντός κοινοτικού προγράμματος εκτίμησης αναγκών της κοινότητας για πρόληψη σε θέματα ψυχικής υγείας", στο βιβλίο του Παπαδάτου Γ. Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις: Ειρήνη, Αθήνα 1987, σελ. 269-286.

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ι Σ

ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Α. "Η Νομοθεσία, η Κοινωνική Ψυχιατρική και οι Υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας". Ομιλία στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Αθήνα, Δεκέμβριος 10-13, 1984, σελ. 328-346.

ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ Α. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ. "Ενδιάμεσες δομές:

Θεωρία και Πρακτική. Μια κριτική προσέγγιση".

Ομιλία στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Αθήνα, Δεκέμβριος 10-13 1984.

σελ. 82-91.

ΛΥΜΠΕΡΑΚΗΣ. ΕΥΘΥΜΙΟΥ "Το σημερινό ψυχιατρικό πρόβλημα

στην Ελλάδα". Ομιλία στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο

Κοινωνικής Ψυχιατρικής". Αθήνα, Δεκέμβριος 10-13,

1984, σελ. 41-58.

ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ "Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση: Βασικές αρχές,

τύποι και πρόσφατες εμπειρίες από το Ελληνικό και

διεθνή χώρο". Ομιλία στο 1^ο Συνέδριο Εργοθεραπείας.

Αθήνα 1987.

ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ Κ. "Αξιολόγηση της δημόσιας ιδρυματικής

ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα". Ομιλία στο

Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Αθήνα , Δεκέμβριος 10-13, 1984, σελ. 59-81.

ΜΠΟΥΡΑΣ Ν. "Εφαρμογές Κοινωνικής Ψυχιατρικής:

συμβουλευτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας". Ομιλία στο

Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Αθήνα, Δεκέμβριος 10-13, 1984, σελ. 312-327

ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. "Σχετικά με τον μετασχηματισμό της
ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα". Ομιλία στο
Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Αθήνα, Δεκέμβριος 10-13, 1984, σελ. 358-364.

ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. "Ψυχιατρική περίθαλψη και κοινωνική ψυχια-
τρική". Ομιλία στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής
Ψυχιατρικής. Αθήνα, Δεκέμβριος 10-13, 1984, σελ.

82-91.

