

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΚΑΤΑΓΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΠΑΞΙΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΑΜΠΑΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ
ΩΣ ΤΙΣ ΗΜΕΡΕΣ ΜΑΣ σελ.9

1.1.ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΠΟΧΗ σελ.9

1.2.ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ σελ.10

1.3. ΕΛΛΗΝΟΡΩΜΑΙΚΗ ΕΠΟΧΗ σελ.11

1.4. ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ σελ.13

1.5.ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ σελ.15

1.6. ΝΕΟΤΕΡΗ ΕΠΟΧΗ σελ.16

1.7.Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ 1950-1980 σελ.20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ σελ.23

2.1.Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ σελ.23

2.2 ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ
ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ σελ.24

2.3 ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ σελ.24

2.4 ΟΙ ΠΟΡΟΙ ΚΑΙ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.25

2.5 ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.26
ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ σελ.32

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ σελ32

3.2.ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ 33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 σελ.36

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1 ΣΤΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ σελ36.

4.2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΦΑΣΗ (1838-1955) σελ36

4.3.Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (1956-1982) σελ.39

4.4.Η ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ (1983-....) σελ.40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ σελ.43

5.1.Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ σελ44

5.2 ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΥΛΟ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ σελ46

5.3 Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ σελ.52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 σελ.55

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ σελ.55

6.1.Η «ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ» σελ.55

6.2.Η ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ σελ.56

6.3.Η ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ σελ.58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 σελ.61

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» σελ.61

7.1.Η Α' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2000-2001) σελ.62

7.2.Η Β' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2007-2010) σελ.63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 σελ.67

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ σελ 67

8.1.ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ σελ.67

8.2.ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.68

8.3.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.69

8.4.ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ σελ.71

8.5.ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ σελ.75

8.6.Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ σελ.75

8.7.ΟΙ ΞΕΝΩΝΕΣ, ΤΑ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΗΜΙΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ σελ.76

8.8.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ
ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ σελ.79

8.9.Η ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ σελ.80

8.10.ΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ σελ.80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 σελ 81

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ σελ.81

9.1.ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ σελ.81

9.2.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ
ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ σελ.83

9.3. ΠΕΔΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΙΑΚΩΝ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ σελ.84

9.4.ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ σελ.87

9.5.ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
σελ.87

9.6.ΚΥΡΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ σελ 89

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 σελ.93

ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ σελ.93

10.1. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ σελ.93

10.2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ σελ.95

10.3.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ σελ.96

10.4.Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ σελ.100

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 σελ.107

ΕΡΕΥΝΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεωρείται αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο. Το πλαίσιο των αρχών λειτουργίας των νέων μονάδων είναι αυτό που παρέχει η κοινοτική ψυχιατρική: τομεοποίηση (παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο), αποφυγή του ιδρυματισμού, συνεχές της φροντίδας, διασφάλιση της ποιότητας, προσβασιμότητα των υπηρεσιών και ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση βασισμένη στις αρχές του αποϊδρυματισμού και στις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής επιδιώκει την αποδόμηση του παλαιού (που στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ταυτίζεται με το άσυλο και κυρίως τη λογική του) και πρέπει απαραίτητα να συμπληρωθεί απ' τη δόμηση του καινούριου: διαφορετικά δε γίνεται λόγος για αποϊδρυματοποίηση αλλά για διαδικασίες απονοσοκομειοποίησης. Οι νέες δομές που δημιουργούνται στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης έρχονται να επιτελέσουν διπλή λειτουργία: από τη μια μεριά να φροντίσουν με ανθρώπινο τρόπο στην κοινότητα, το δικαίωμα του πάσχοντα για φροντίδα και από την άλλη, να προάγουν πρακτικές που θα απαντούν στις ανάγκες φροντίδας όσων νοσούν τώρα και όσων θα νοσήσουν στο μέλλον και των οποίων οι ανάγκες αυτές σε διαφορετική περίπτωση ή θα έμεναν αναπάντητες ή θα ελάμβαναν απαντήσεις ακατάλληλες (έως και απαράδεκτες). Τέτοιες δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευμένα διαμερίσματα, κ.ά. Είναι σημαντικό οι ψυχικές διαταραχές να αντιμετωπίζονται εντός της κοινότητας σε κατάλληλες δομές (ξενώνες), ώστε να επιτευχθεί η αποκατάστασή τους με βάση τις αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αυτό είναι κάτι που κρίνεται αναγκαίο από τη στιγμή που η επιβάρυνση ατόμων, οικογενειών και κοινωνίας είναι μεγάλη αναφορικά με το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των διαταραχών. Κάτι τέτοιο εντοπίζεται και σε χρηματικές δαπάνες για την κάλυψη της φαρμακευτικής- νοσοκομειακής περίθαλψης αλλά και σε επίπεδο κοινωνικού αποκλεισμού και απώλειας ευκαιριών των οικογενειών, που καλούνται να φροντίζουν τα πάσχοντα μέλη τους.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: κοινωνική ψυχιατρική, μεταρρύθμιση, αποκατάσταση, νοσηλευτική ψυχικής υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τα τελευταία 15 χρόνια επιχειρείται στην Ελλάδα μια μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών, με την οποία επιδιώκεται η αντικατάσταση του ασυλιακού από το κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα στη Μεγάλη Βρετανία, τη Γαλλία, τις Η.Π.Α. και την Ιταλία, παρατηρείται μεταπολεμικά μια στροφή από το «ασυλιακό» στο «κοινοτικό μοντέλο» ψυχιατρικής περίθαλψης. Το ασυλιακό μοντέλο βασίζεται κυρίως στο θεσμό του ψυχιατρικού ασύλου και τη μετεξέλιξή του το ψυχιατρικό νοσοκομείο και ακολουθεί τη λογική της κοινωνικής απομόνωσης: οι ψυχιατρικοί ασθενείς απομονώνονται προκειμένου αφενός να προστατευτούν οι ίδιοι από τις βλαβερές κοινωνικές επιδράσεις και αφετέρου για να απαλλαγεί η ίδια η κοινωνία από μια μορφή παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Η απομόνωση συνοδεύεται από μια εξατομικευμένη θεώρηση της ψυχοπαθολογίας, βιολογικής ή ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης. Η ψυχική νόσος παραμένει έτσι ανεξήγητη για το πλατύ κοινό, το οποίο ασπάζεται πλήθος λαθεμένες απόψεις, προκαταλήψεις, δοξασίες, και φόβους, που της προσδίδουν το στοιχείο του στίγματος. Οι διακρίσεις που συνοδεύουν το στίγμα επιτείνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια στην προσπάθειά τους να επανακτήσουν την κοινωνική λειτουργικότητά τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Οι διακρίσεις όμως που συνοδεύουν το πάσχον άτομο δεν περιορίζονται μόνο σε αυτό, περιλαμβάνουν αντίθετα οτιδήποτε και οποιονδήποτε σχετίζεται με το άτομο αυτό: τη φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται για να ελεγχθούν τα συμπτώματα, τα μέλη της οικογένειας, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ακόμα και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή τις εξωνοσοκομειακές δομές στις οποίες αντιμετωπίζονται τα άτομα που πάσχουν. Το στίγμα και οι διακρίσεις που το συνοδεύουν είναι αναπόφευκτες συνέπειες του ασυλιακού μοντέλου περίθαλψης.

Αντίθετα, το κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης βασίζεται σε ένα σύνολο από διαφοροποιημένους θεσμούς (κοινοτικές στεγαστικές δομές, κινητή μονάδα, νοσοκομείο ημέρας, επαγγελματικά εργαστήρια, κέντρο ψυχικής υγείας, ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου, κ.α.) και ακολουθεί τη λογική της

διατήρησης των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις με κάθε τρόπο εντός του κοινωνικού ιστού με σκοπό την σταδιακή ενσωμάτωσή τους σε αυτόν.

Τα εν λόγω δύο μοντέλα ψυχιατρικής περίθαλψης βασίζονται σε διαφορετικές θεωρήσεις του ανθρώπου, της ανθρώπινης φύσης, της υγείας του και της ασθένειάς του και διαβλέπουν διαφορετικά τις δυνατότητες της θεραπευτικής παρέμβασης. Οι στεγαστικές δομές κοινοτικού τύπου (ξενώνες, οικοτροφεία, θεραπευτικά διαμερίσματα) αποτελούν βασική συνιστώσα των προγραμμάτων επανένταξης και αποκατάστασης των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις.

Η μελέτη του τρόπου που αυτού του τύπου οι δομές λειτουργούν σε ένα αστικό και σε ένα αγροτικό-ημιαστικό περιβάλλον συνεισφέρει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το συνολικό πρόγραμμα αποασυλοποίησης έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο επιλέξαμε την διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος. Πιστεύουμε ότι θα συνεισφέρει στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης αφού δεν έχει επιδιωχθεί στο παρελθόν ανάλογη συγκριτική προσέγγιση σε προγράμματα αποασυλοποίησης που αφορούν διαφορετικές κοινωνικές δομές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΤΙΣ ΗΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

1.1.ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

α. Παθογόνα Πνεύματα

Τρυπανισμένα κρανία από αρχαιολογικές ανασκαφές σε διάφορα μέρη του κόσμου υποβάλλουν την ιδέα μιας χειρουργικής επεμβάσεως που είχε σκοπό να ελευθερώσει το σώμα του υποκειμένου από τα κακά πνεύματα, τα οποία η πρωτόγονη αντίληψη θεωρούσε υπεύθυνα για τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η δοξασία ψυχοπαθολογικών πνευμάτων με τη μορφή δαιμόνων συναντιέται ακόμα και στις ημέρες μας. Η ίδια θεωρία, που χωρίς την προσωποποίηση της δαιμονολογίας διαφαίνεται και σ' αυτήν την επιστημονική ψυχολογία του Αριστοτέλη, επικράτησε ως τα πρόθυρα της σύγχρονης εποχής στην Ευρώπη και πολλά άλλα μέρη του κόσμου, με τραγικές συνέπειες για αμέτρητους ψυχιατρικούς αρρώστους.

Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες-την ινδική, την αιγυπτιακή, την εβραϊκή και προπάντων την ελληνική, στον Όμηρο και τις αττικές τραγωδίες. Επικρατεί παντού η ίδια περίπου άποψη, ότι οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε κακά πνεύματα, που στην αρχαία ελληνική μυθολογία αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα (Χαρτοκόλλης, 1991).

β. Σαμανισμός

Ο χαρακτηριστικός τύπος ανθρώπου που ασχολείται με τους ψυχικά αρρώστους σε πρωτόγονες κοινωνίες είναι ο σαμάνας. Πρόκειται για ένα άτομο προικισμένο με την ικανότητα να πέφτει σε μια κατάσταση εκστάσεως, κατά την οποία υποτίθεται ότι επικοινωνεί με τα παθογόνα πνεύματα και με κάποιον

τελετουργικό τρόπο τα υποχρεώνει να εγκαταλείψουν το σώμα (στην ουσία την ταυτότητα) του αρρώστου. Η εκστασιακή αυτή κατάσταση υποβοηθείται με διάφορα φυσικά μέσα, όπως ο καπνός από αρωματικά βότανα, η χρήση οιοπνευματωδών ποτών και άλλων χημικών ουσιών. Με τη συνοδεία ρυθμικής μουσικής, ιδίως από τύμπανα, ο σαμάνας και, συνήθως, ο άρρωστος επιδίδονται σε κάποια χορευτική δραστηριότητα, που καταλήγει σε μερική απώλεια συνειδήσεως, άναρθρες κραυγές και επιληπτοειδείς κινήσεις (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.2.ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

α. Ασκληπιεία

Στην αρχαία Ελλάδα, τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπιεία, ανάμεσα στα οποία τα πιο σπουδαία ήταν της θεσσαλικής Τρίκκης, της Επιδαύρου και της Κω. Στα κέντρα αυτά κατέφευγαν όλων των ειδών άρρωστοι, αλλά προπάντων άτομα με παθήσεις που δεν μπορούσαν να θεραπευτούν με τα μέσα που διέθεταν οι κοινοί γιατροί. Τέτοιες παθήσεις συμβαίνει συχνά να είναι ψυχιατρικές, παθήσεις στις οποίες ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων (Χαρτοκόλλης, 1991).

β. Ιπποκράτης

Ανάμεσα στους Ασκληπιιάδες, ιερείς του θεού της ιατρικής στην αρχαία Ελλάδα, ήταν ο Ιπποκράτης. Πρώτος αυτός διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την «ιερή νόσο» της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις, όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού. Γι' αυτό και θεωρείται ως ο πατέρας της ιατρικής. Ο Ιπποκράτης περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές- τις λεγόμενες φρενίτιδες- δίνοντάς τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμα ως σήμερα- υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια- όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε ολόκληρο τον κόσμο (Χαρτοκόλλης, 1991).

γ. Φιλόσοφοι- Ψυχολόγοι

Παρόμοιες υλιστικές ιδέες για την προέλευση των ψυχιατρικών διαταραχών είχαν και άλλοι εκτός από τον Ιπποκράτη, συγκεκριμένα ο ατομικός φιλόσοφος Δημόκριτος, που φαίνεται να επηρέασε άμεσα τις θεωρίες του πατέρα της ιατρικής. Σχεδόν σύγχρονός τους ήταν ο Πλάτων που υιοθέτησε μια θέση ιδεαλιστική και αντιεμπειρική. Κατά τον Πλάτωνα, οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν είναι παρά ειδικές μα αναπόφευκτες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής. Όσον αφορά τα συναισθήματα, τα συσχέτισε με τη λειτουργία του εγκεφάλου μάλλον παρά της καρδιάς, όπως άλλοι σύγχρονοί του και μεταγενέστεροι ψυχολόγοι- φιλόσοφοι. Άλλος αρχαιότερος του Πλάτωνα, ήταν ο Εμπεδοκλής ποιητής-φιλόσοφος και ανατόμος, που έδωσε μεγάλη σημασία στα συναισθήματα, κυρίως στον έρωτα και το μίσος, στην αδιάκοπη σύγκρουση των οποίων απέδωσε την ύπαρξη κάθε ζωής και, γενικά, την ύπαρξη του κόσμου. Μαθητής του Πλάτωνα, ο Αριστοτέλης συστηματοποίησε την ψυχολογία του ανθρώπου, δημιουργώντας μια ακαδημαϊκή παράδοση που διατηρήθηκε ζωντανή ως τις ημέρες μας. Είναι ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές λειτουργίες με τρόπο ως σκέψη, θυμικό και βούληση. Όπως ο Ιπποκράτης, υποστήριξε την οργανική προέλευση κάθε αρρώστιας, σωματικής ή ψυχικής αλλά αντί να τις αποδώσει σε διάφορους «χυμούς» και την πυκνότητά τους, επικαλέστηκε την ύπαρξη αερίων ή πνευμάτων που προκαλούν τις διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές. Τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη διαδέχτηκαν ο Επίκουρος και ο Ζήνων που δημιούργησαν δικά τους ιδανικά και τρόπους συμπεριφοράς (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.3. ΕΛΛΗΝΟΡΩΜΑΙΚΗ ΕΠΟΧΗ

α. Κλινικοί ψυχίατροι

Στην Ελληνορωμαϊκή εποχή κυριάρχησαν μυστικιστικές, μαγικοθρησκευτικές αντιλήψεις, που με τη μορφή της δαιμονολογίας πέρασαν στα Ευαγγέλια και το χριστιανισμό. Μια από τις φωτεινές εξαιρέσεις ήταν ο Ασκληπιάδης, γύρω στα μέσα του 1^{ου} Π.Χ. αιώνα, που φιλοσοφικά ανήκε στην Επικούρεια σχολή. Άρχισε ως ρήτορας, για να καταλήξει γιατρός και μάλιστα ψυχίατρος. Απορρίπτοντας την

παράδοση του Ιπποκράτη, περιέγραψε το ανθρώπινο σώμα με βάση την ατομική θεωρία του Δημόκριτου ως μια μάζα ατόμων σε συνεχή κίνηση, η οποία ανάλογα με την απόσταση, μικρή ή μεγάλη, που δημιουργεί ανάμεσα τους, προκαλεί τις διάφορες αρρώστιες. Ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε σε οξείες και χρόνιες καταστάσεις και έδωσε ιδιαίτερη σημασία στη θεραπεία των ψυχιατρικών αρρώστων, προσπαθώντας να τους ηρεμήσει με ειδικές συσκευές, διάφορων ειδών λουτρά και απαλή μουσική. Δεν πίστευε στην ωφελιμότητα των αφαιμάξεων και έβρισκε απαράδεκτη τη χρήση κελιών και σκοτεινών φυλακών, στις οποίες έκλειναν συνήθως τους ψυχιατρικούς αρρώστους στον καιρό του. Μαθητής του Ασκληπιάδη, ο γνωστός Ρωμαίος ρήτορας και στωικός φιλόσοφος Κικέρων έδωσε μια λεπτομερή περιγραφή των συναισθημάτων ή παθών, από τα οποία ξεχώρισε ως το πιο ισχυρό τη σεξουαλική επιθυμία, που την ονόμασε λίμπιτο. Ονομαστός στην αρχαιότητα ήταν επίσης ο Αρεταίος από την Καππαδοκία. Έζησε γύρω στα τέλη του 1^{ου} Μ.Χ. αιώνα. Έδωσε προσοχή στο πώς σκέπτεται και αισθάνεται ο άρρωστος. Όπως όλοι οι γιατροί της εποχής του, ο Αρεταίος ασχολήθηκε και με την υστερία. Είναι ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές διαταραχές της γεροντικής ηλικίας. Διαχώρισε επίσης τη σχιζοφρένεια από τη μανία, την οποία ο Κρέπελιν και η ψυχιατρική του 20^{ου} αιώνα συσχέτισε με την κατάθλιψη (Χαρτοκόλλης, 1991).

Πάνω- κάτω τον ίδιο καιρό διέπρεπε ο Σωρανός από την Έφεσο, γνωστός ανάμεσα στους συγχρόνους του ως «πρίγκιπας των γιατρών». Ανήκε στη σχολή των μεθοδιστών που δεν πίστευαν στη χρησιμότητα της ανατομίας και φυσιολογίας, και απορρίπτοντας τη θεωρία των «χυμών» του Ιπποκράτη, υποστήριζαν την ιδέα της ατομικής δομής του σώματος και της αρρώστιας που είχαν αναπτύξει οι οπαδοί του Δημόκριτου. Τόνισε την ατομικότητα του αρρώστου, υποδεικνύοντας πως πρώτα απ' όλα ο γιατρός πρέπει να βλέπει στον άρρωστο τον άνθρωπο και να του συμπεριφέρεται ανάλογα, προσπαθώντας να τον εξυπηρετεί μάλλον παρά να τον ελέγχει ή να τον δυναστεύει. Οι ιδέες του Σωράνου διασώθηκαν χάρη στα συγγράμματα του Σέλιου Αυρηλιανού, που η κλινική του παρατηρητικότητα είναι εφάμιλλη με αυτήν του δασκάλου του, αλλά η νοοτροπία του αντανακλά περισσότερο τις ηθικές προκαταλήψεις της εποχής και, πιθανόν, την ασκητική επίδραση των πρώτων χριστιανών (Χαρτοκόλλης, 1991).

β. Γαληνός

Η περίοδος της ελληνορωμαϊκής ψυχιατρικής κλείνει με τον Γαληνό γύρω στα 200 μ.Χ., επτά αιώνες ύστερα από τον Ιπποκράτη. Ο Γαληνός συγκέντρωσε και συστηματοποίησε όλες τις θετικές γνώσεις των προγενεστέρων του, εμπλουτίζοντάς τις με δικές του κλινικές παρατηρήσεις και δημιουργώντας μια ιατρική παράδοση που επέζησε σχεδόν ως τα μέσα του 18^{ου} αιώνα. Ο Γαληνός έδωσε μεγάλη προσοχή στο κεντρικό νευρικό σύστημα, θεωρώντας τον εγκέφαλο ως την απόρροια των αισθήσεων και της κινητικότητας και, γενικά, ως την έδρα των ψυχικών λειτουργιών. Υποστήριξε ότι η ψυχική Υγεία εξαρτάται από την αρμονική σχέση τριών λειτουργιών του εγκεφάλου: του λογικού, του παραλόγου και του αισθησιακού. Ο Γαληνός υπογράμμισε τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων στη δημιουργία των σωματικών διαταραχών, έτσι που να μπορεί να θεωρηθεί ως πρόγονος της ψυχοσωματικής ιατρικής. Επίσης συσχέτισε την κατάθλιψη με τη μανία (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.4. ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ

α. Δαιμονολογία

Η πίστη σε δαίμονες ή σε δαιμόνια ως τα αίτια των ψυχικών διαταραχών επικράτησε και πάλι κατά την ελληνοβυζαντινή περίοδο, για να περάσει τελικά στη χριστιανική θρησκεία. Για κάμποσο καιρό, ωστόσο, η Εκκλησία είχε τις αμφιβολίες της για το τι συνιστούσε μια ψυχιατρική διαταραχή, θέτοντας συχνά το ερώτημα αν ο τρελός ήταν άγιος ή οπαδός του διαβόλου. Τέλος, γύρω στον 6^ο με 8^ο αιώνα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ψυχιατρική αρρώστια, σε όλες τις εκφράσεις της, ήταν έργο του διαβόλου. Στην εξέλιξη αυτή, αποφασιστική ήταν η επίδραση των γραπτών του Μεγάλου Πατέρα της Δυτικής Εκκλησίας, Άγιου Αυγουστίνου (Χαρτοκόλλης, 1991).

Αναφερόμενος στα συναισθήματα, ο Αυγουστίνος παρατήρησε ότι ο έλεγχος που θα μπορούσε να εξασκήσει η λογική επάνω τους είναι στο μέτρο που το επιτρέπουν τα σκοτεινά ορμέμφυτα του ανθρώπου, ιδίως η σεξουαλικότητα. Για τον Αυγουστίνο, οι σεξουαλικές σχέσεις είναι απεχθείς και πρέπει να αποφεύγονται καθώς της διαπνέει η λαγνεία. Επιτρέπονται μόνο για το σκοπό της αναπαραγωγής. Ωστόσο, μόλο που έκανε διάκριση ανάμεσα στους δαιμονισμένους και τους ψυχικά αρρώστους, δε διευκρίνισε ποτέ ποια ήταν η διαφορά. Οι ιδέες του Αυγουστίνου

επικράτησαν στην Ευρώπη του Μεσαίωνα και της Αναγεννήσεως, οπότε κάθε διάκριση μεταξύ δαιμονισμένων και ψυχικά αρρώστων ουσιαστικά εξέλειπε, ιδίως στην περίπτωση της υστερίας. Η ψυχιατρική αρρώστια έπαψε να αποτελεί θέμα της ιατρικής επιστήμης, περνώντας στη δικαιοδοσία του ιερέα και του μοναχού, που την αντιμετώπισαν με τον εξορκισμό ή την καταδίωξη. Ο γιατρός που ασχολείται με τους τρελούς δεν εξαφανίστηκε τελείως, αλλά γνωρίζουμε λίγα για τις θεωρίες και την πρακτική του (Χαρτοκόλλης, 1991).

β. Βυζαντινοί Ψυχίατροι

Στο Βυζάντιο, η κληρονομιά της ελληνικής παιδείας και η αλεξανδρινή παράδοση καθυστέρησαν κάπως την παρακμή της ιατρικής επιστήμης. Οι πιο αξιόλογοι αντιπρόσωποι της βυζαντινής ιατρικής, που ασχολήθηκαν επίσης με την ψυχιατρική, είναι ο Αλέξανδρος ο Τραλλιανός και ο Παύλος ο Αιγινήτης. Ο Τραλλιανός θεωρούσε τον εαυτό του οπαδό του Ιπποκράτη και του Γαληνού, αλλά ήταν επίσης αρκετά επηρεασμένος από τις προλήψεις της εποχής του. Πίστευε στα καθαρτικά και στα φαρμακευτικά κατασκευάσματα, τα οποία συνέθετε με καταπληκτική φαντασία σε μεγάλη ποικιλία (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο Παύλος ο Αιγινήτης, που θεωρείται ως ο τελευταίος βυζαντινός γιατρός κάποιας περιωπής, δεν ήταν παρά ένας ταπεινός αντιγραφέας του παρελθόντος, όπως ο ίδιος αναγνώρισε στα συγγράμματά του, που τους λείπει κάθε πρωτοτυπία. Ασχολήθηκε κυρίως με τη μαιευτική. Οι απόψεις του για τις ψυχιατρικές διαταραχές είχαν για βάση τις ιδέες του Γαληνού. Τον 11^ο αιώνα, τον καιρό των Κομνηνών, ο Μιχαήλ Ψελλός γράφει εγκυκλοπαιδικά και για την ιατρική, συνθέτοντας μian ιεραρχική ταξινόμηση των δαιμόνων που ενοχλούν και εμποδίζουν τη λειτουργία της ανθρώπινης ψυχής. Η δαιμονολογία κυριαρχεί τώρα σε Δύση και Ανατολή (Χαρτοκόλλης, 1991).

γ. Άραβες Ψυχίατροι

Πολύ ανεκτική και γενικά ανθρωπιστική ήταν η αντιμετώπιση των ψυχιατρικών αρρώστων από τους Άραβες, που μετέφρασαν τα κείμενα του Ιπποκράτη και του Γαληνού και ασπάστηκαν τις αρχές της ελληνορωμαϊκής ιατρικής επιστήμης. Βοήθησε σ' αυτό και η μωαμεθανική αντίληψη ότι ο θεός αγαπάει τον

τρελό, που τον έχει επιλέξει για να λέει την αλήθεια. Ψυχιατρικοί άρρωστοι αντιμετώπιζονταν συχνά ως άγιοι, άξιοι λατρείας μάλλον παρά οίκτου, φόβου ή κατατρεγμού (Χαρτοκόλλης, 1991).

Στα τέλη του 9^{ου} αιώνα, ο Πέρσης Ραζής, γράφει πολυάριθμα βιβλία για την ιατρική και γίνεται ονομαστός ως ο Γαληνός των Αράβων. Θαυμαστής και δεινός γνώστης της ελληνικής ιατρικής από τον Ιπποκράτη ως τον Παύλο τον Αιγινήτη, ο Ραζής έδωσε μεγάλη προσοχή στην ατομικότητα του αρρώστου, υπογραμμίζοντας τη θεραπευτική σημασία της σχέσης του με το γιατρό. Λίγο νεότερος από τον Ραζή, ο Πέρσης επίσης Αβισέννας, γνωστός ως πρίγκιπας των γιατρών υιοθέτησε τις ιδέες του Αριστοτέλη και αρνήθηκε την ανάμειξη των δαιμόνων στην ψυχιατρική. Γενικά, οι Άραβες γιατροί δεν πρόσφεραν καινούριες γνώσεις στην ψυχιατρική, αλλά οι κλινικές παρατηρήσεις ψυχιατρικών περιπτώσεων που μας άφησαν χαρακτηρίζονται από σαφήνεια και αντικειμενικότητα. Και το σπουδαιότερο, έμειναν ελεύθεροι από την επίδραση της δαιμονολογίας (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.5. ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ

α. Η Κωδικοποίηση της Δαιμονολογίας

Στα τέλη του 15^{ου} αιώνα, μέσα στο κλίμα της δημιουργικότητας και του ενθουσιασμού για τη ζωή, τη μάθηση και την αρχαία Ελλάδα που χαρακτηρίζουν την εποχή της Αναγεννήσεως στην Ευρώπη, δύο Γερμανοί μοναχοί, ο Γιόχαν Σπρένγκερ και ο Χάινριχ Κρέμερ, παίρνουν την πρωτοβουλία να κωδικοποιήσουν τη θεωρία και τους κανόνες της δαιμονολογίας, γράφοντας Το Σφυρί των Μαγισσών. Το βιβλίο αυτό υιοθετήθηκε από την Ιερή εξέταση ως ο επίσημος οδηγός των αποφάσεών της, προκειμένου για άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές, που κατηγορούνταν ως αιρετικά και όργανα του διαβόλου. Γραμμένο με πνεύμα αντιερωτικό και μισογυνικό, το βιβλίο των δύο μοναχών ταυτίζει τις ψυχιατρικές διαταραχές με τη μαγεία και τη θρησκευτική αίρεση (Χαρτοκόλλης, 1991).

β. Το Κίνημα κατά της Δαιμονολογίας

Οι αρχές που διακήρυττε το Σφυρί των Μαγισσών εξακολούθησαν να αποτελούν μέρος του διοικητικού μηχανισμού της Εκκλησίας και της Πολιτείας για

κάμποσους ακόμα αιώνες. Αλλά δεν έμειναν για πολύ χωρίς αντίδραση. Από τους πιο πρωτότυπους και προοδευτικούς αντιπροσώπους που αντέδρασαν είναι ο Ισπανός Χουάν Λουίς Βίβες και ο σύγχρονός του Παράκελσος. Περιγράφοντας τον άνθρωπο ως ένα ψυχοβιολογικό σύνολο, ο Παράκελσος, όπως και ο Βίβες αλλά πολύ πιο έντονα, υποστήριξε την ανάγκη για μια ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών αρρώστων (Χαρτοκόλλης, 1991).

γ. Η Μελέτη του Εγκεφάλου

Κατά τον 13^ο αιώνα, στα πρόθυρα της Αναγεννήσεως, δυο σημαντικοί φιλόσοφοι της Δυτικής Εκκλησίας, ο Γερμανός Αλβέρτος ο Μεγάλος και ο Ιταλός Θωμάς Ακινάτος, υποστήριξαν ότι η ψυχή δεν μπορεί να αρρωστήσει και επομένως η τρέλα είναι ουσιαστικά μια σωματική διαταραχή. Μπορούσε μεν η ψυχή να επηρεάζεται από το διάβολο, αλλά επίσης να εξαρτάται από οργανικούς παράγοντες, όπως οι τέσσερις «χυμοί» του Ιπποκράτη και τα αέρια ή πνεύματα του Αριστοτέλη, που κατά τη θεωρία του κυκλοφορούν στον εγκέφαλο προκαλώντας ψυχιατρικές διαταραχές- θεωρία που, όσο παράδοξη και αν ακούγεται, επικράτησε ως τα πρόθυρα της σύγχρονης εποχής (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.6. ΝΕΟΤΕΡΗ ΕΠΟΧΗ

α. Η Γένεση της Νευρολογίας

Αναζητώντας την έδρα της ψυχής στο νευρικό σύστημα, που ήταν πια φανερό πως εξαρτάται από τον εγκέφαλο, ανατόμοι και φυσιολόγοι μιας πιο πρόσφατης εποχής- αρχίζοντας από τον Ντεκάρτ, που την τοποθέτησε στην επίφυση- έλπισαν ότι θα ανακάλυπταν κάποια απτή, οργανική αιτιολογία της ψυχικής αρρώστιας. Έτσι ιδρύθηκε η νευρολογία, ως ένας ιδιαίτερος κλάδος της ιατρικής, που περιλάμβανε την ψυχιατρική σαν μιαν άλλη έκφραση ή άποψη της. Και η σχέση αυτή παρέμεινε αμετάβλητη αρκετούς αιώνες- στη χώρα μας ως εντελώς πρόσφατα (Χαρτοκόλλης, 1991).

β. Το Αίνιγμα της Υστερίας

Στις αρχές του 17^{ου} αιώνα, ο Έντουαρντ Τζόρντεν, όχι μόνο αναγνώρισε πως τα υποτιθέμενα θύματα των μαγισσών ήταν στην πραγματικότητα θύματα της υστερίας, αλλά επισήμανε την επίδραση των συναισθημάτων και του εγκεφάλου που τα κατευθύνει προτείνοντας μια ψυχολογική αντιμετώπιση του προβλήματος. Ανεξάρτητα από τον Τζόρντεν, ή άποψη ότι η υστερία είναι μια ψυχοσωματική διαταραχή, που συχνά έχει σχέση με την μελαγχολία, υποστηρίχτηκε από τον σύγχρονό του Ρόμπερτ Μπάρτον. Εκείνος, ωστόσο, που καθιέρωσε την ιδέα ότι η υστερία, με όλα τα ποικίλα ψυχοσωματικά της φαινόμενα, ανήκει στις ψυχιατρικές διαταραχές, είναι ο περίφημος Άγγλος γιατρός του 17^{ου} αιώνα Τόμας Σύντενχαμ (Χαρτοκόλλης, 1991).

γ. Ψυχιατρική Αναγέννηση

Το ενδιαφέρον για τη φύση της υστερίας, που ξεκίνησε ως αντίδραση κατά της δαιμονολογίας μέσα στο επιστημονικό πνεύμα της Αναγεννήσεως, με τον καιρό διευρύνθηκε έτσι που να περιλάβει όλο το πεδίο της ψυχιατρικής. Οι ερευνητικές προσπάθειες δεν περιορίζονται μόνο στην αναζήτηση της αιτιολογίας των ψυχιατρικών διαταραχών, αλλά επεκτείνονται και στη θεραπεία τους. (Χαρτοκόλλης, 1991).

Το 1662, στην Αγγλία, προτείνεται ως θεραπεία της μελαγχολίας η μετάγγιση αίματος από αρτηρίες βοδιού. Τον ίδιο περίπου καιρό, η Φιλοσοφική Εταιρεία του Λονδίνου προγραμματίζει μια σειρά θεραπευτικών πειραμάτων πάνω σε μελαγχολικούς αρρώστους νοσηλεύομενους σε δημόσιο άσυλο. Καινούριες μέθοδοι θεραπείας που δοκιμάζονται με βάση επιστημονικές υποθέσεις είναι καυτηριάσεις, εξωτερική ή εσωτερική χρήση ξυδιού, αλάτων, σαπουνιού, καφέ και άλλων πικρών ουσιών, ρινισμάτων σιδήρου κ.τ.λ. Η παρατήρηση ότι παθήσεις του δέρματος, όπως η ψωρίαση, το έκζεμα και η οστρακιά, μπορούν να συμπέσουν με τον τερματισμό μιας κρίσης τρέλας, εμπνέει την τεχνητή πρόκλησή τους. Με το σκοπό να αποσπάσουν την προσοχή του αρρώστου από τις ψυχαναγκαστικές του ιδέες και τα ψυχωτικά του παραληρήματα, ψυχίατροι επινοούν περιστροφικές καρέκλες και ειδικές συσκευές ψυχρολουσίας· αλλά επίσης συνιστούν περιπάτους, ταξίδια, ιππασία, γυμναστική στην ύπαιθρο, χορευτικές ασκήσεις, διασκεδαστικά θεάματα ή αναγνώσματα. Τέλος, η ανάγκη για μίαν ανθρώπινη, ψυχολογική προσέγγιση του αρρώστου αρχίζει και πάλι να αναγνωρίζεται. Ανεξάρτητα από οποιαδήποτε σωματική θεραπεία, τονίζεται

η σημασία της παραινέσεως, της πειθούς, της επιχειρηματολογίας, του διαλόγου μεταξύ γιατρού και αρρώστου. Η ψυχολογική αυτή αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας θα οδηγήσει τελικά στην αναμόρφωση των ψυχιατρικών ασύλων (Χαρτοκόλλης, 1991).

δ. Φρενολογία

Φιλοδοξώντας να συνδέσει τις ανώτερες ψυχικές λειτουργίες και τις διαταραχές τους με συγκεκριμένες περιοχές του κεντρικού νευρικού συστήματος, ο Αυστριακός Φραντς Γιόζεφ Γκαλ, στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, επινόησε μια διαγνωστική τοπογραφία του εγκεφάλου, που μπορούσε να επισημανθεί πάνω στην επιφάνεια του κρανίου. Έτσι η υστερία εντοπίστηκε στην παρεγκεφαλίδα, υποθετικό κέντρο του αισθησιακού έρωτα. Το σύστημα του Γκαλ έγινε γνωστό ως φρενολογία (Χαρτοκόλλης, 1991).

ε. Υπνωτισμός

Λίγο πριν από τον Γκαλ, ο επίσης Αυστριακός Φραντς Μέσμερ ανακάλυψε τον ζωικό μαγνητισμό, δηλαδή τη δύναμη της υποβολής, με την οποία κανένας μπορεί να προκαλέσει σε κάποιον άλλο μιαν αλλοίωση της συνειδήσεως ανάλογη μ' αυτήν που φέρνει ο ύπνος και να τον πείσει να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του. Η μέθοδος του Μέσμερ μετονομάστηκε υπνωτισμός (Χαρτοκόλλης, 1991).

στ. Περιγραφική Ψυχιατρική

Σύγχρονος του Μέσμερ, ο Γάλλος ψυχίατρος Φίλιππος Πινέλ έδωσε την προσοχή του στην ψυχιατρική νοσολογία, προτιμώντας την περιγραφή συμπτωμάτων και περιπτώσεων και αποφεύγοντας υποθέσεις και θεωρίες, που τις έβρισκε τελείως πρόωρες για την ψυχιατρική του καιρού του. Ο Εσκιρόλ περιέγραψε με σαφήνεια τις ψευδαισθήσεις και τη μονομανία. Ήταν ο πρώτος που δίδαξε το μάθημα της ψυχιατρικής. Διατύπωσε επίσης νομικούς κανονισμούς εισαγωγής αρρώστων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, που επηρέασαν παρόμοιες νομοθεσίες σε άλλες χώρες. Ανάμεσα στους Γάλλους ψυχιάτρους της εποχής ξεχωρίζει ο Φαλρέ που επιδόθηκε στη μελέτη καταθλιπτικών διαταραχών που καταλήγουν σε αυτοκτονία: και, όπως οι

περισσότεροι Γάλλοι ψυχίατροι, ασχολήθηκε με τη νοσοκομειακή περίθαλψη και νομοθεσία (Χαρτοκόλλης, 1991).

ζ. Οργανική Ψυχιατρική

Γύρω στα μέσα του 19^{ου} αιώνα η σκυτάλη της ψυχιατρικής περνάει στη Γερμανία, ή μάλλον στον γερμανικό χώρο, που περιλαμβάνει την Αυστρία και ιδίως τη Βιέννη, αλλά και τη γερμανόφωνη Ελβετία. Από το δημόσιο ψυχιατρείο, όπου κυρίως λειτουργούσε ως τότε, με την έμφαση στην ανθρωπιστική μεταχείριση των αρρώστων και την ψυχολογική θεραπεία, περνάει στο Πανεπιστήμιο, όπου την προτεραιότητα έχουν η έρευνα και η θεωρία. Στη στροφή αυτή πρωτοστάτησε ο Βίλχελμ Γκρίσινγκερ, που διακήρυξε ότι οι ψυχιατρικές αρρώστιες είναι οργανικές, συγκεκριμένα αρρώστιες των οποίων η αιτιολογία θα έπρεπε να αναζητηθεί στη φυσιολογία του εγκεφάλου. Δεν υπήρχε δυαδισμός ή πλουραλισμός στην άποψη του Γκρίσινγκερ. Η ψυχιατρική δεν ήταν παρά νευροπαθολογία (Χαρτοκόλλης, 1991).

η. Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική

Ο Σίγκμουντ Φρόυντ άρχισε ως νευροανατόμος ερευνητής στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης. Το ενδιαφέρον του στράφηκε στην ψυχοπαθολογία των νευρώσεων και την ψυχοθεραπεία. Και, μόλο που ο προσανατολισμός του παρέμεινε βιολογικός, έγινε ο ιδρυτής μιας καινούριας σχολής ψυχολογίας του ανθρώπου, που επηρέασε βαθιά όχι μόνο την ψυχιατρική, αλλά και την ανθρωπολογία, την ιστορία, τη λογοτεχνία, την τέχνη και, γενικά, τον πολιτισμό του αιώνα μας. Η ψυχανάλυση, τόσο στη θεωρία όσο και στη θεραπευτική εφαρμογή της, συμπληρώθηκε από τους μαθητές του Φρόυντ. Ψυχοδυναμική στην ουσία ήταν και η τοποθέτηση του Μπλόυλερ ενώ ο Καρλ Γιάσπερς και ο Λούντοιχ Μπινσβανγκερ εισήγαγαν την υπαρξιστική άποψη στην ψυχιατρική. Ο Άντολφ Μέγερ ίδρυσε τη σχολή της Ψυχοβιολογίας, κατά την οποία οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι δυναμικές αντιδράσεις στις βιολογικές και κοινωνικές συνθήκες που διέπουν τη λειτουργία του οργανισμού (Χαρτοκόλλης, 1991).

θ. Η Ψυχιατρική στις Ημέρες μας

Η εισαγωγή της ψυχαναλυτικής θεωρίας, και κατά δεύτερο λόγο της ψυχοβιολογίας και του υπαρξισμού, παραμέρισαν κάπως την οργανική άποψη στην Ευρώπη και, πολύ πιο ριζικά, ιδίως μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, στην Αμερική. Πιο πρόσφατα η ανακάλυψη χημικών ουσιών με ειδική ψυχοφαρμακευτική δραστηριότητα και η παράλληλη ανάπτυξη εργαστηριακών μεθόδων έρευνας των μηχανισμών της λειτουργίας του εγκεφάλου έχουν προκαλέσει μια ανακατάταξη των κατευθύνσεων, δημιουργώντας το ενδεχόμενο μιας επιστροφής στη διπολική παράδοση της ψυχιατρικής: μιας οργανικής και μιας ψυχολογικής. Αλλά, δεδομένου ότι οι ψυχοδυναμικές και κοινωνιολογικές αρχές έχουν στο μεταξύ δεθεί λειτουργικά με την κλινική πράξη, μια τέτοια παλινδρομική εξέλιξη φαίνεται να αποκλείεται. Αντίθετα, όλες οι ενδείξεις υπόσχονται μια δημιουργική σύνθεση μάλλον παρά μια καινούρια διαμάχη ή απλώς συνύπαρξη- τη δημιουργία μιας ενιαίας, ψυχοκοινωνικοβιολογικής επιστήμης (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.7.Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ 1950-1980

Στη μεταπολεμική περίοδο το δίκτυο των δημοσίων ψυχιατρείων της χώρας εξαπλώθηκε. Οι ιδιωτικές κλινικές, που είχαν αρχίσει να ιδρύονται νωρίτερα τον ίδιο αιώνα πληθαίνουν την εποχή αυτή. Όμως μόνο όσοι είχαν την οικονομική ευχέρεια μπορούσαν να τις χρησιμοποιούν, ενώ η κύρια υπηρεσία ψυχιατρικής περίθαλψης παρέμενε το δημόσιο ψυχιατρείο. Η εξάπλωση του δικτύου των ψυχιατρείων ήταν η απάντηση στη συνεχιζόμενη υπερπληρότητα των δημοσίων ιδρυμάτων, ειδικά στο Δαφνί και στη Θεσσαλονίκη. Οι λόγοι που κατεξοχήν συντέλεσαν στη δημιουργία αυτής της υπερπληρότητας θα συζητηθούν σύντομα πιο κάτω (Blue, 1999).

Για τη συγκεκριμένη περίοδο είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι παρατηρείται ελάχιστη μεταρρυθμιστική δραστηριότητα στον τομέα της περίθαλψης των ασθενών. Η ελληνική ψυχιατρική ακολουθούσε τότε άλλες ψυχιατρικές της εποχής, όσον αφορά τη χρήση ουσιών για τον έλεγχο και τη θεραπεία των συμπτωμάτων. Ενώ, όμως, οι άλλες ψυχιατρικές είχαν ήδη αναπτύξει ή άρχιζαν να αναπτύσσουν διαφορετικές θεραπείες εκτός των φαρμακολογικών, (πχ. Ψυχοθεραπείες), και να θεσμοθετούν διάφορες ψυχιατρικές υπηρεσίες χωριστά από τον περιβάλλον των ιδρυμάτων, η περίθαλψη υπό

περιορισμό στο ψυχιατρείο παρέμενε το κυριότερο είδος θεραπείας στην Ελλάδα (Blue, 1999).

Με πρωτοβουλία κάποιων δραστήριων ατόμων -και όχι των ειδικών ως ενιαίου σώματος- είχαν γίνει μερικές προσπάθειες να βελτιωθούν οι συνθήκες για τους ασθενείς στα ιδρύματα . Στην Α΄ Κλινική του Δρομοκαϊτείου, η συνεργασία ανάμεσα σε ψυχιάτρους και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και εξέλιξη των βιολογικών θεραπειών, δημιούργησαν αίσθηση εμπιστοσύνης στους ασθενείς. Τα σιδερένια κάγκελα -βαθιά εδραιωμένο σύμβολο των ψυχιατρείων- αφαιρέθηκαν από τα παράθυρα και οι πόρτες της κλινικής άνοιξαν το 1953. Συγχρόνως καταργήθηκαν όλοι οι σωματικοί περιορισμοί, (σιδερένια κλουβιά, αλυσίδες, ζουρλομανδύες). Αργότερα, άνοιξε η πύλη του ψυχιατρείου ώστε να μπορούν οι ασθενείς να συναναστρέφονται ελεύθερα μεταξύ τους μέσα στο μεγάλο κήπο και στην περιοχή γύρω από το Δρομοκαϊτείο. Ως φιλανθρωπικό ίδρυμα, το Δρομοκαϊτείο είχε δυνατότητα επιλογής τόσο στις εισαγωγές ασθενών όσο και στη λήψη αποφάσεων (Blue, 1999).

Τη δεκαετία του '50 η υπερπληρότητα των δημοσίων ψυχιατρείων πήρε διαστάσεις σοβαρού προβλήματος και η παραδοσιακή λύση, δηλαδή η προσθήκη περισσότερων κρεβατιών, ήταν πλέον απρόσφορη. Αντιμέτωπη με μια σειρά προβλήματα, (τους υπεράριθμους των ψυχιατρείων, πολλούς ασθενείς με βαριές ψυχοσθένειες ή πάσχοντες από μη ανατρέψιμες οργανικές παθήσεις, επίσης από πολλούς εγκαταλειμμένους επιδεικτικά από τις οικογένειές τους), η κυβέρνηση πρότεινε το 1957 τη δημιουργία της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου (Blue, 1999).

Μολονότι η Λέρος όντως ανακούφισε το Δαφνί και τα άλλα ψυχιατρεία από τους υπεράριθμους ασθενείς κατά τις δεκαετίες που ακολούθησαν , ήταν συγχρόνως σαφές ότι αδυνατούσε να λειτουργήσει ως μοναδική απάντηση στο συγκεκριμένο πρόβλημα. Στο ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης οι συνθήκες αυτές συνεχίστηκαν και τη δεκαετία του '60. Η λύση στο πρόβλημα βρέθηκε σε ένα παλιό σανατόριο, πρώην μονή, που απείχε 26 χιλιόμετρα από την πόλη της Κατερίνης. Χωμένο ανάμεσα σε λόφους με πλούσια βλάστηση και μακριά από οποιοδήποτε χωριό, το καινούργιο δημόσιο ψυχιατρείο, το Πέτρας Ολύμπου, ιδρύθηκε γύρω στο 1969. Όπως μου εξήγησε εκεί ένας πληροφορητής, ήταν προορισμένο να λειτουργήσει ουσιαστικά ως άσυλο για τη συντήρηση ανίατων

περιπτώσεων. Άσχετα με τον τόπο καταγωγής τους, (δηλαδή αν έμεναν κοντά στην Κατερίνη ή όχι), μεταφέρθηκαν εκεί από το ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης οι πιο βαριές περιπτώσεις ψυχασθένειας, νοητικής καθυστέρησης, εγκεφαλικών βλαβών και επιληψίας, καθώς και άτομα που δεν είχαν πλέον επαφή με τις οικογένειές τους (Blue, 1999).

Ένα ακόμη δημόσιο ψυχιατρείο, το δημόσιο Ψυχιατρείο της Τρίπολης, εγκαινιάστηκε το 1968, προκειμένου να βελτιωθούν οι συνθήκες που επικρατούσαν στο Δαφνί και να υπάρξει ένα περιφερειακό ψυχιατρικό ίδρυμα για τις ανάγκες του πληθυσμού των νοτίων περιοχών της χώρας. Το ψυχιατρείο της Σούδας, του οποίου η οικοδόμηση είχε αρχίσει το 1965, μεταφέρθηκε το 1971 σε νέα κτήρια και σε νέα περιοχή, σε απόσταση τεσσάρων χιλιομέτρων από τα Χανιά και περίπου δύο χιλιομέτρων από τις αρχικές του εγκαταστάσεις. Το 1973 μετονομάστηκε σε «Σανατόριο Ψυχοπαθών Χανίων». Τελικά, το 1980 το δίκτυο ψυχιατρικών ιδρυμάτων στην Ελλάδα έφτασε να αποτελείται από οκτώ ψυχιατρεία, που λειτουργούσαν ως κύριοι φορείς της ψυχιατρικής περίθαλψης στον δημόσιο τομέα (Blue, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1. Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονται για το 12% της παγκόσμιας επιβάρυνσης της υγείας από νόσους. Εκτιμάται μάλιστα ότι μέχρι το 2020 θα φτάσει το 15%. Η κατάθλιψη αναμένεται να γίνει η δεύτερη κύρια αιτία ανικανότητας στον κόσμο. Η ευπαθέστερη ηλικιακή ομάδα είναι οι λεγόμενοι «νεαροί ενήλικες» που αποτελούν το πλέον παραγωγικό κομμάτι μιας κοινωνίας (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

Οι λόγοι που μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών είναι η ταχεία αστικοποίηση, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές και οι μακροοικονομικές αλλαγές. Τα αποτελέσματα της αστικοποίησης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τις ψυχικές διαταραχές, δηλαδή η αυξημένη έλλειψη στέγης, η φτώχεια, η έλλειψη ζωτικού χώρου, τα υψηλά επίπεδα μόλυνσης, η διάλυση των οικογενειών και η απώλεια κοινωνικής στήριξης συμβάλλουν στην αύξηση των διαταραχών της ψυχικής υγείας (Αγγελόπουλος, 1990).

Τα άτομα που επίσης εκτίθενται σε βία είναι πιθανότερο απ' ό,τι οι άλλοι να υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η διαταραχή από ψυχοτραυματική εμπειρία και η κατάθλιψη, που δυνατόν να οδηγήσουν σε κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών και σε αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

Τα άτομα που νοσούν αντιμετωπίζουν το στίγμα και υφίστανται διακρίσεις σε όλο τον κόσμο. Εκδηλώνεται ως προκατάληψη, στερεοτυπική αντιμετώπιση, φόβος, ντροπή, θυμός, απόρριψη ή αποφυγή. Οι νοσούντες υφίστανται παραβιάσεις των ανθρώπινων δικαιωμάτων και ελευθεριών τους τόσο στην κοινωνία όσο και στην κλειστή κοινότητα των ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Συχνός είναι επίσης ο αποκλεισμός τους στην αγορά εργασίας και η περιορισμένη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες, στην

ασφάλιση και στη στέγαση. Η κακοποίηση που δέχονται στον ψυχολογικό, το σωματικό και σεξουαλικό τομέα γίνεται συχνή καθημερινή εμπειρία. Μεγάλο μέρος όλων αυτών των προβλημάτων δεν δηλώνεται πουθενά και επομένως η επιβάρυνση δεν ποσοτικοποιείται (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

2.2 ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών επιβαρύνει τις κοινωνίες, τις κυβερνήσεις, τα άτομα που υποφέρουν, καθώς και όσους τα φροντίζουν και τις οικογένειές τους. Η πιο φανερή οικονομική επιβάρυνση είναι το άμεσο κόστος της θεραπευτικής αγωγής. Πολλές ψυχικές διαταραχές είναι χρόνιες και τείνουν να υποτροπιάζουν. Αυτό σημαίνει μακροχρόνιες ή επανειλημμένες θεραπείες και φροντίδα, πράγμα που επιβαρύνει σημαντικά το κόστος (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

Το έμμεσο κόστος πηγάζει κυρίως από την απώλεια εργασίας και τη μειωμένη παραγωγικότητα των ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές και όσων τους φροντίζουν καθώς και των οικογενειών τους. Το έμμεσο κόστος είναι υψηλότερο από το άμεσο. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α. το ετήσιο άμεσο κόστος θεραπειάς που αφορά την κατάθλιψη είναι γύρω στα 12 δισεκατομμύρια δολάρια ενώ το έμμεσο κόστος των απουσιών από την εργασία και της απολεσθείσας παραγωγικότητας που αποδίδεται στην κατάθλιψη, υπολογίστηκε σε 31 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή σχεδόν το τριπλάσιο του άμεσου κόστους. Επομένως από οικονομική άποψη η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών είναι δαπανηρή αλλά πιο δαπανηρό είναι να αφεθούν αθεράπευτες (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

Οι οικογένειες υφίστανται επίσης το κοινωνικό κόστος και το συναισθηματικό βάρος που προκαλεί η φροντίδα των ανήμπορων μελών τους, την έκπτωση της ποιότητας ζωής όσων είναι υποχρεωμένοι να προσφέρουν φροντίδα, τον κοινωνικό αποκλεισμό, το στίγμα και την απώλεια ευκαιριών να βελτιώσουν τη ζωή τους (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

2.3 ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ

Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών δεν είναι ομοιόμορφη σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Οι πιο ευάλωτες ομάδες είναι αυτές που βρίσκονται σε δυσμενείς συνθήκες και έχουν τους λιγότερους πόρους. Αυτές οι ομάδες περιλαμβάνουν τις γυναίκες και ειδικά εκείνες που κακοποιούνται, τα άτομα που ζουν σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας, τους μετανάστες, τα άτομα με ψυχοτραυματικές εμπειρίες, τα παιδιά και τους εφήβους χωρίς φροντίδα (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

Επίσης η ψυχική υγεία μπορεί να επιβαρυνθεί από παράγοντες, όπως είναι την ύπαρξη μεγάλου αριθμού ατόμων σε έναν γεωγραφικό χώρο. Αυτό είναι ένα γεγονός, το οποίο μειώνει την πιθανότητα να παίξει κανείς ένα διαφορετικό κοινωνικό ρόλο, με αποτέλεσμα οι κοινωνικοί ρόλοι να επαναλαμβάνονται και να δημιουργείται έτσι ένα αίσθημα αδυναμίας του να ταυτιστεί κανείς σε ένα δικό του ρόλο. Ένας ακόμη παράγοντας που θεωρείται ότι επηρεάζει την ψυχική ισορροπία, είναι η μοντέρνα πολεοδομία των αστικών περιοχών. Οι πολυκατοικίες στις οποίες συνωστίζονται πολλές οικογένειες μαζί, είναι πιθανόν να επιδεινώσουν τα ήδη υπάρχοντα αισθήματα φόβου, καχυποψίας και μοναξιάς. Αυτό είναι κάτι που θα αλλάξει, αν η πολεοδομία και η αρχιτεκτονική αρχίσουν να εξυπηρετούν τις ανάγκες των ανθρώπων και όχι τους δικούς τους αφηρημένους σκοπούς. Το οικοδομήσιμο περιβάλλον, ίσως να μην επιδρά άμεσα στις κοινωνικές δομές και αξίες, μπορεί όμως να συμβάλλει στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, με το να μειώνει το άγχος και να αυξάνει την ικανοποίηση από την θετική ψυχοσυναλλαγή μεταξύ των γειτόνων (Αγγελόπουλος, 1990).

2.4 ΟΙ ΠΟΡΟΙ ΚΑΙ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δυστυχώς η χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ανεπαρκής κυρίως στις μη ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες. Το 62% των αναπτυσσόμενων και το 16% των αναπτυγμένων οικονομικά χωρών δαπανά για την ψυχική υγεία λιγότερο του 1% του συνολικού του προϋπολογισμού για την υγεία. Σχεδόν για το 70% των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο αναλογεί ένας ψυχίατρος σε κάθε 100.000 άτομα (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

Μπορούμε να ευελπιστούμε ότι στον 21ο αιώνα η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα βελτιωθεί σημαντικά. Οι πρόοδοι στις κοινωνικές επιστήμες μας επιτρέπουν να κατανοούμε καλύτερα τις κοινωνικές αιτίες των ψυχικών

διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Η αναπτυξιακή προσέγγιση φωτίζει τα προβλήματα που οφείλονται σε δύσκολες κατά την παιδική ηλικία και τις συνακόλουθες ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων. Οι κλινικοί έχουν τώρα πρόσβαση σε πιο αποτελεσματικά ψυχοτρόπα φάρμακα για ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών. Η έρευνα έχει δείξει την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στο να επιταχύνουν και να σταθεροποιούν την ανάρρωση από κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος, όπως και από χρόνιες καταστάσεις, όπως η σχιζοφρένεια (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

2.5 ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ψυχική υγεία των πληθυσμών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες τόσο στο κοινωνικό όσο και στο οικονομικό επίπεδο. Οι κυβερνήσεις με τις παρεμβάσεις τους κάθε φορά μπορούν να επηρεάσουν κάποιους απ' αυτούς τους παράγοντες με αποτελέσματα είτε αρνητικά, είτε θετικά για την ψυχική υγεία.

Με βάση την ψυχοκοινωνική θεώρηση στη γένεση της ψυχικής νόσου, έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα υποθέσεων για το ρόλο που διαδραματίζουν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στη διαμόρφωση του διπόλου ψυχική υγεία –ψυχική νόσος. Ένα πλέγμα ψυχολογικών, οικογενειακών και ευρύτερων κοινωνικών παραγόντων θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε κάθε ψυχική νόσο και παίζουν συντελεστικό ρόλο στην ανάπτυξή της. Έτσι, φαίνεται ότι οικογενειακές και κοινωνικές καταστάσεις, γεγονότα, συνθήκες και ερεθίσματα, καθώς και ψυχολογικές καταστάσεις, όπως συγκρούσεις και ματαιώσεις, μπορούν να επιφέρουν μια γενικότερη διαταραχή στην ομοιόσταση του οργανισμού. Τα λεγόμενα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, όπως ο θάνατος αγαπημένων προσώπων, η απώλεια της εργασίας, οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, ο χωρισμός και αποχωρισμός, η αναγκαστική μετακίνηση, η αλλαγή σπιτιού ή σχολείου, τα οικονομικά προβλήματα, η συνταξιοδότηση, η μετανάστευση και μια σειρά από άλλα γεγονότα, έχουν προταθεί ως αντιπροσωπευτικοί στρεσογόνοι παράγοντες, που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης μιας διαταραχής στην ψυχική ή και σωματική υγεία του ατόμου. Παρακάτω αναλύονται ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες (Χριστοδούλου et all, 2000).

2.5.1. ΦΤΩΧΕΙΑ

Η φτώχεια είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου μελλοντικών ψυχικών διαταραχών. Οι φτωχοί βιώνουν τη δυστυχία, πράγμα που τους καθιστά πιο ευάλωτους στις ψυχικές διαταραχές. Αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά εμπόδια στο να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, επειδή δεν μπορούν να πληρώσουν, ή επειδή οι υπηρεσίες δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες τους. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ιδίως όσα έχουν χρόνια νοσήματα, κινδυνεύουν να μείνουν άστεγα, άνεργα και να αποκλειστούν κοινωνικά. Οι κυβερνητικές πολιτικές με στόχο να μειώσουν τα απόλυτα ή τα σχετικά επίπεδα της φτώχειας προσδοκείται να έχουν σημαντική θετική επίπτωση στις ψυχικές διαταραχές (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

2.5.2.ΑΣΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

Πολλές παγκόσμιες τάσεις, π.χ. η αστικοποίηση, έχουν αρνητική επίπτωση στην ψυχική υγεία των πληθυσμών. Αυξάνει τον κίνδυνο να μείνει κανείς άστεγος, να χάσει τα μέσα επιβίωσης και να εκτεθεί σε παθογόνο περιβάλλον, π.χ. τη μόλυνση των πόλεων. Διαλύει επίσης τις οικογενειακές δομές, πράγμα που οδηγεί σε μειωμένη κοινωνική στήριξη. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η αστικοποίηση συνόδευσε την οικονομική ανάπτυξη, την ανάδυση συγκροτημένων οικονομιών της αγοράς και την ταχεία εκβιομηχάνιση. Οι κυβερνήσεις μπορούν να εξομαλύνουν καταστάσεις μέσω της νομοθεσίας και της πολιτικής που ακολουθούν, ώστε να βελτιώσουν τη στέγαση και τις συνθήκες ζωής των αστικών πληθυσμών (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

2.5.3. ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΤΕΓΗΣ

Η έλλειψη στέγης μπορεί να είναι η αιτία ψυχικών διαταραχών ή συνέπιά τους. Τα άτομα που ζουν σε κακές στεγαστικές συνθήκες είναι πιθανότερο να παραπονούνται για ψυχολογικά προβλήματα και να έχουν υψηλότερο επιπολασμό ψυχικών διαταραχών από ότι άλλοι. Η σχετική με τη στέγαση νομοθεσία και εθνικές

στεγαστικές πολιτικές, που ελαττώνουν τον αριθμό των αστέγων και βελτιώνουν την ποιότητα και διαθεσιμότητα της στέγης σε μια χώρα, μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα ως προς τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

Το που θα στεγαστεί το πάσχον ψυχικά άτομο αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα. Πολλά άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές αναγκάζονται, επειδή δεν έχουν εργασία, είναι ακριβά τα ενοίκια και η οικογένεια τους δεν θέλει ή δεν μπορεί να τα συντηρεί, να είναι για πολλά χρόνια έγκλειστα σε ψυχιατρεία ή σε ξενώνες (Θεοφίλου, 2002).

Οι εθνικές στεγαστικές πολιτικές και η νομοθεσία μπορούν επίσης να διασφαλίσουν, ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, δεν υφίστανται διακρίσεις ως προς την διάθεση των κατοικιών και ότι έχουν την ίδια πρόσβαση, όπως όλοι, σε κατοικίες, τις οποίες παραχωρεί ή επιχορηγεί το κράτος. Οι χώρες μπορούν επίσης να προάγουν την ψυχική υγεία, δίνοντας προτεραιότητα στη στέγαση ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, και ιδιαίτερα όσον αφορά τη στέγαση που εξυπηρετεί τις ειδικές ανάγκες τους, δηλαδή σπίτια ενδιάμεσης διαμονής και υποστηριζόμενα σπίτια μακράς διαμονής. Τα παραπάνω είναι συχνά ουσιώδη για την επιτυχία του αποϊδρυματισμού και της μόνιμης φροντίδας στο κοινοτικό επίπεδο. Τέτοιες πολιτικές όμως θα αμφισβητηθούν εάν μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού δεν έχει στέγη (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

2.5.4. ΑΝΕΡΓΙΑ

Η ανεργία έχει μια βαθιά αμφίδρομη σχέση με τις ψυχικές διαταραχές. Οι άνεργοι κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, όπως άγχος, κατάθλιψη, απώλεια της αυτοπεποίθησης, μείωση της αυτοεκτίμησης και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η ανεργία μπορεί να είναι ιδιαίτερα καταστροφική για την ψυχική υγεία των μεγαλύτερων ενηλίκων, που έχουν μικρή προοπτική να επανεισέλθουν στην αγορά εργασίας. Την τελευταία δεκαετία πολλές αναπτυσσόμενες χώρες έχουν αναλάβει οικονομικές μεταρρυθμίσεις με στόχο τη δόμηση οικονομιών της αγοράς. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις συνήθως περιλαμβάνουν αλλαγές στη νομοθεσία, με σκοπό να αυξηθεί η ευελιξία της αγοράς εργασίας. Αυτό μπορεί να είναι σωστό με οικονομικά κριτήρια αλλά, όμως, αυξάνει τις πιθανότητες ξαφνικής ανόδου της ανεργίας. Η άνοδος των δεικτών απασχόλησης σε μια χώρα

είναι δυνατό να βελτιώσει δραματικά το επίπεδο ψυχικής υγείας της χώρας αυτής (Χριστοδούλου et all, 2000).

Εκτός όμως από την ανάγκη ανόδου των δεικτών απασχόλησης, παίζει σημαντικό ρόλο η επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων που νοσούν, για να είναι σε θέση να καλύψουν κάποια θέση απασχόλησης. Τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές καλούνται να ενταχθούν στην αγορά εργασίας με δυσμενείς και άνισους όρους. Οι όροι ένταξης είναι δυσμενείς, διότι η αγορά εργασίας δεν είναι ανοιχτή, ούτε παρέχει απλόχερα ευκαιρίες για επαγγελματική απασχόληση. Συγχρόνως, τα άτομα αυτά έχουν να αντιμετωπίσουν μια σειρά προβλημάτων, όπως: χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, έλλειψη εξειδίκευσης, προκαταλήψεις εργοδοτών (Θεοφίλου, 2002).

Οι καλές συνθήκες εργασίας είναι ουσιώδεις για την προαγωγή και διατήρηση της ψυχικής υγείας του εργατικού δυναμικού μιας χώρας. Αν και μπορεί να λεχθεί ότι η απασχόληση έχει θετική σχέση με την ψυχική υγεία, αφ' εαυτής δεν διασφαλίζει την καλή ψυχική υγεία. Οι συνθήκες που σχετίζονται με την εργασία, όπως η φύση και το περιβάλλον της εργασίας, είναι βασικοί παράγοντες. Η εργατική νομοθεσία μπορεί να προάγει την ανάπτυξη ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας. Η σχετική με την απασχόληση και την ασφάλεια εργασίας νομοθεσία πρέπει να αντιμετωπίζει θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και την κατάχρηση ουσιών. Πολλές χώρες έχουν συντάγματα ή νομοθεσίες που απαγορεύουν τις διακρίσεις λόγω αναπηρίας ή ανικανότητας. Ακόμη και τότε, τα άτομα με αναπηρίες, και ιδιαίτερα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, έχουν δυσκολίες να βρουν εργασία. Αυτό οφείλεται κυρίως στο στίγμα, αλλά επίσης στις δυσκολίες απασχόλησης ατόμων με ψυχικές διαταραχές, π.χ. στο ότι ίσως χρειαστούν πρόσθετη στήριξη και στον κίνδυνο υποτροπών. Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι διακρίσεις, μερικές χώρες έχουν θέσει στόχους στους εργοδότες, όπου, κατά το νόμο, χώροι εργασίας με έναν ορισμένο αριθμό εργαζομένων υποχρεούνται να έχουν ένα ορισμένο ποσοστό αναπήρων εργαζομένων. Οι πρώτες ενδείξεις είναι ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν ωφελήθηκαν αναλογικά από αυτές τις στρατηγικές (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

2.5.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Οι αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν συνήθως ολοκληρωμένα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία θα μετρίαζαν τα δυσάρεστα επακόλουθα των οικονομικών αλλαγών. Οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν σημαντική ανικανότητα

και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν παρέχονται τα επιδόματα ανικανότητας. Οι οικογένειες, και όσοι φροντίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, παίζουν σημαντικό ρόλο στο να τα καταστήσουν ικανά να ζουν στην κοινότητα, και έτσι να μειωθεί η επιβάρυνση των υπηρεσιών. Αυτό δικαιώνει την παροχή επιδομάτων από την κοινωνική ασφάλιση στις οικογένειες και σε όσους φροντίζουν άτομα με χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

2.5.6.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εκπαίδευση καθορίζει σημαντικά τη μελλοντική ψυχική υγεία. Στα σχολεία υπάρχει ευκαιρία να γίνει έγκαιρη παρατήρηση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων των παιδιών, πριν να εμφανιστούν μείζονες ψυχικές διαταραχές. Είναι επίσης δυνατό να αναληφθούν δράσεις πρόληψης και ενημέρωσης σχετικά με την ψυχική υγεία. Η έλλειψη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι σημαντικός παράγοντας, ο οποίος προδικάζει μελλοντικά ψυχικά προβλήματα. Στρατηγικές για την αποθάρρυνση της εγκατάλειψης της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Άλλες προληπτικές δράσεις περιλαμβάνουν προγράμματα εκπαίδευσης που προάγουν τις ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, τις δεξιότητες αντιμετώπισης, χειραφέτησης και τις διαπροσωπικές δεξιότητες, καθώς και προγράμματα πρόληψης της χρήσης αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών από τους εφήβους (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2004).

Βέβαια, υπάρχει και η περίπτωση εφήβων που εξαιτίας της εμφάνισης ψυχωσικών συμπτωμάτων αδυνατούν να ολοκληρώσουν την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, με αποτέλεσμα το μέτριο μορφωτικό επίπεδο να αποτελεί εμπόδιο στην διεκδίκηση θέσεων. Γενικότερα οι δυσκολίες/ εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην επαγγελματική τους προετοιμασία και ένταξη στην αγορά εργασίας τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι: α)προκαταλήψεις/ διακρίσεις/ κοινωνικός στιγματισμός, β) η φύση της ασθένειας, γ) η έλλειψη συμβουλευτικής καθοδήγησης και επαγγελματικού προσανατολισμού. Επίσης η προσωπική αδράνεια, αδιαφορία και παθητικότητα, η ελλιπής εκπαίδευση/ κατάρτιση, η έλλειψη ειδικών κρατικών υπηρεσιών, αποτελούν τις δευτερεύουσες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς στην επαγγελματική τους προετοιμασία και ένταξη (Θεοφίλου, 2002).

2.5.7. ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πιθανότερο να εμπλακούν με την ποινική δικαιοσύνη από ότι οι άλλοι άνθρωποι, και οι φυλακισμένοι είναι πιθανότερο να έχουν ψυχικές διαταραχές από ότι ο γενικός πληθυσμός. Χρειάζονται πολιτικές ώστε να προλαμβάνεται η άστοχη φυλάκιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να διευκολύνεται η μεταγωγή τους σε εγκαταστάσεις όπου θα προσφέρεται θεραπεία. Το πρόβλημα των παιδιών και των εφήβων στις φυλακές πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη νομοθεσία, με προγράμματα αναμόρφωσης και αποκατάστασης, και προγράμματα που εμπλέκουν τις οικογένειες (Ζαχαριάς, Πασαντωνόπουλος, 2004).

Πολλοί από τους παραπάνω κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι. Έτσι, υπάρχει μια σαφής διασύνδεση της φτώχειας, της αστικοποίησης και της έλλειψης στέγης. Αλλαγές στρατηγικής σε ένα τομέα επηρεάζουν διαδοχικά τους άλλους, που με τη σειρά τους επιδρούν στον αρχικό τομέα. Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της δυναμικής διεργασίας στην ψυχική υγεία μπορεί να είναι είτε θετικό είτε αρνητικό. Οι κυβερνήσεις πρέπει να αποδεχθούν το γεγονός ότι σημαντικές μακροοικονομικές και μακροκοινωνικές αλλαγές πολιτικής επηρεάζουν την ψυχική υγεία των πληθυσμών. Πρέπει να λειτουργήσουν μηχανισμοί για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και/ ή να καταγράφεται και να ελέγχεται η κατάσταση στην ψυχική υγεία στην οποία προκαλούνται μεταβολές από αυτές τις αλλαγές (Ζαχαριάς, Πασαντωνόπουλος, 2004).

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι ψυχικές διαταραχές έχουν επιπτώσεις άμεσα τόσο στο άτομο που νοσεί και την οικογένειά του, όσο και έμμεσα στην κοινωνία ευρύτερα. Το άτομο εκτός από το πρόβλημα της ψυχικής ασθένειας, έχει να αντιμετωπίσει τον κοινωνικό αποκλεισμό και όλες τις διαστάσεις του (στιγματισμός, προκατάληψη, απόρριψη, αποκλεισμός από την αγορά εργασίας). Ολόκληρος ο κρατικός μηχανισμός έχει ενεργοποιηθεί, προκειμένου να εξαλείψει τις αρνητικές συνέπειες της ψυχικής ασθένειας μέσω μακροπρόθεσμων πολιτικών, μεσοπρόθεσμων σχεδίων δράσης και βραχυπρόθεσμων προγραμμάτων. Στο επόμενο κεφάλαιο παραθέτουμε τις εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας και πως υλοποιούνται αυτές, μέσω ενός προγράμματος με συγκεκριμένες παρεμβάσεις, για την μείωση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ο Αμερικανός ψυχίατρος Southart έδωσε πρώτος τον παρακάτω ορισμό της κοινωνικής ψυχιατρικής: «η κοινωνική ψυχιατρική προκύπτει από τη σύζευξη των εννοιών του κοινωνικού και της ψυχιατρικής, χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους για τη διερεύνηση της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και έχει σκοπό να χρησιμοποιήσει τις χαρακτηριστικές και ηθολογικές ταξινομήσεις και τα δεδομένα της ψυχολογίας και των συναφών κλάδων». Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση στην πρακτική πλευρά της κοινωνικής ψυχιατρικής (Μαδιανός, 2000).

Ο ορισμός του κοινωνιολόγου Brown, τοποθετεί την κοινωνική ψυχιατρική στη διερεύνηση της κοινωνικής προσαρμογής των ατόμων και ομάδων, ενώ από θεραπευτική σκοπιά η κοινωνική ψυχιατρική προσφέρει έναν κοινωνικό προσδιορισμό στις ψυχικές νόσους σε σχέση με την στάση του κοινού πάνω σε αυτές. Είναι φανερό ότι ο Brown, στον ορισμό του, περιλαμβάνει και τα δύο πεδία ενδιαφέροντος της Κοινωνικής ψυχιατρικής (Μαδιανός, 2000).

Το 1955 ο καθηγητής κοινωνικής ψυχιατρικής του πανεπιστημίου Cornell της Ν. Υόρκης, Rennie, δίνει τον ακόλουθο ορισμό στο πρώτο τεύχος του *International Journal of social Psychiatry* : « Η κοινωνική ψυχιατρική ενδιαφέρεται για την επίπτωση και την επικράτηση των ψυχολογικών παθήσεων και διερευνά βαθύτερα τους κοινωνικοπολιτιστικούς εκείνους παράγοντες που έχουν πιθανή σημασία στην αιτιολογία και την δυναμική των ψυχικών διαταραχών. Διερευνά τους σημαντικούς παράγοντες πάνω στην οικογένεια και τη κοινωνία, που επιδρούν στην προσαρμογή των ατόμων και των ομάδων στο φυσικό τους περιβάλλον. Η κοινωνική ψυχιατρική ασχολείται με τον ψυχικά άρρωστο αλλά και γενικότερα με όλα τα άτομα της κοινωνίας και τις προσαρμοστικές τους ικανότητες. Η κοινωνική ψυχιατρική πρέπει επίσης να ενδιαφέρεται για τα άτομα που δε ζητούν ψυχιατρική βοήθεια , ενώ αναπτύσσει παράλληλα τα κατάλληλα όργανα έρευνας για να ερμηνεύσει την

ψυχοβιολογική και την κοινωνικοπολιτιστική απαρτίωση του ανθρώπου. Άρα, η κοινωνική ψυχιατρική διερευνά την αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον» (Μαδιανός, 2000).

Κατά τον Ruesch (1965) η κοινωνική ψυχιατρική δεν είναι ενιαία, αλλά ένα σύνολο δραστηριοτήτων που στρέφονται προς:

- την κοινωνιολογική και ανθρωπολογική θεώρηση, δηλαδή τη μελέτη των κοινωνικών φαινομένων, λειτουργιών, αξιών, θεσμών και συναλλακτικών συμπεριφορών που υπεισέρχονται στην ψυχοπαθολογία
- την επιδημιολογική, οικολογική άποψη με την μελέτη των κοινωνικο- περιβαλλοντικών παραγόντων
- την προληπτική άποψη μέσα από τη διαμόρφωση της νομικής, κοινωνικής και προσωπικής πολιτικής
- τη θεραπευτική άποψη απέναντι στην κοινωνική θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικά αρρώστων (Μαδιανός, 2000).

Κατά τον Ruesch η κοινωνική ψυχιατρική είναι μια θεώρηση και μια ιδεολογία, παρά μια λειτουργική μεθοδολογία, που στοχεύει στην κοινωνική λειτουργικότητα, παρά στην ψυχοπαθολογία και προσπαθεί να επηρεάσει, όχι μόνο άτομα, αλλά και ομάδες ατόμων και κοινωνικές οργανώσεις, με στόχο την αλλαγή της στάσης τους απέναντι στην ψυχική αρρώστια (Μαδιανός, 2000).

Ο Βασιλείου (1984) θεωρεί ότι κοινωνική ψυχιατρική είναι μια επιστημονολογική προσέγγιση του ανθρώπου, θεωρώντας τον ως ένα βιοψυχοκοινωνικό σύστημα (Μαδιανός, 2000).

3.2.ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Το αντικείμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι:

- 1) το άτομο υγιές ή παθολογικό,
- 2) η οικογένεια του
- 3) ομάδες ατόμων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (ευάλωτοι πληθυσμοί, μειονότητες).

Ιδιαίτερες περιοχές που ενδιαφέρουν την κοινωνική ψυχιατρική είναι η μελέτη των φαινομένων:

- α) της κοινωνικής κινητικότητας μετανάστευσης, περιθωριακότητα,

β) της κοινωνικής διαστρωμάτωσης,

γ) της πολιτιστικής αλλαγής και

δ) της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης σε σχέση με τις διάφορες ψυχοπαθολογικές παραμέτρους (Μαδιανός, 2000).

Μερικά από τα ειδικά ερωτήματα που προσπαθεί να απαντήσει η κοινωνική ψυχιατρική τοποθετούνται πάνω στην ερμηνεία της παθολογικής συμπεριφοράς κάτω από διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες ή μέσα από διάφορα κοινωνικά φαινόμενα (κοινωνική αποδιοργάνωση, περιθωριακότητα, φτώχεια). Είναι φανερό ότι η σύγχρονη Κοινωνική Ψυχιατρική έχει πολλαπλασιάσει τα πεδία του ενδιαφέροντος της με αποτέλεσμα ένα ευρύ φάσμα ευρημάτων που, όμως αρκετές φορές αυξάνουν τα ερωτηματικά για τις διάφορες συσχετίσεις (Μαδιανός, 2000).

Είναι φανερό ότι η κοινωνική ψυχιατρική αποτελεί ιστορικά μια εξελικτική μορφή της ψυχιατρικής. Αυτό κάθε αυτό το περιεχόμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής κυμαίνεται από την καθαρή επιστημονική έρευνα. Μέχρι την παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Το αντικείμενο της κοινωνικής ψυχιατρικής ήταν χρονικά συνδεδεμένες με επαναστάσεις, πολέμους και κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές. Ο Southard μιλάει για κοινωνική ψυχιατρική αμέσως μετά τη λήξη του Α' παγκοσμίου πολέμου, ενώ την εποχή της οικονομικής καταστροφής του 1929-30, που ήταν εποχή εργατικών διεκδικήσεων στις ΗΠΑ, στην Ευρώπη αρχίζει να θεμελιώνεται η κοινωνιοψυχιατρική έρευνα με τις εργασίες των Overgaard, Faris, και Dunham. (Μαδιανός 1989, σ. 29, τόμος Α) Η μη αποδοχή της κοινωνικής ψυχιατρικής, που ήταν αμάλγαμα παραψυχιατρικών και κοινωνικών κλάδων, από το αμερικανικό ψυχιατρικό κατεστημένο του 1920-40, που πήραν ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης και είχε σαν ιδεολογικό υπόβαθρο την εξατομικευμένη ψυχιατρική στάση, ήταν ένα αναμενόμενο γεγονός, όπως η αποδοχή της κοινωνικής ψυχιατρικής μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και το κύμα κοινωνικο-οικονομικών ανακατατάξεων (Μαδιανός, 2000).

Ο εσωτερικός φιλελευθερισμός των Kennedy στις ΗΠΑ και οι εξελίξεις με την επέμβαση στο Βιετνάμ, η αυξημένη κοινωνική παθολογία των μεγαλουπόλεων, παράλληλα με την επανάσταση στο τομέα της ψυχοφαρμακολογίας, δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για τη σημερινή έκταση της κοινωνικής ψυχιατρικής στις ΗΠΑ, ενώ στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού η συνειδητοποίηση των ατόμων και των ομάδων πίεσης ότι ο ψυχικά άρρωστος έχει ατομικά δικαιώματα οδήγησε ορισμένα κράτη στο άνοιγμα των πυλών των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο. Ο Μάιος του

1968 υπήρξε ορόσημο στις κοινωνιοψυχιατρικές εξελίξεις και αμφισβητήσεις με κατάληξη στο «ιταλικό πείραμα». Αυτή η ίδια η Κοινωνική Ψυχιατρική, σαν «νέος» κλάδος της Ψυχιατρικής, αυξάνει τις στενές θεραπευτικές δυνατότητες της παραδοσιακής Ψυχιατρικής και πλαταίνει τα πεδία της ψυχιατρικής έρευνας σε χώρους ανεξερεύνητους (Μαδιανός, 2000).

Συμπερασματικά, η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι προϊόν ιστορικών εξελίξεων στις ανθρώπινες κοινωνικές σχέσεις και παράλληλων αναγκών για νέες, ψυχιατρικά αποδοτικότερες, μορφές θεραπείας και έρευνας της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Μαδιανός, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1 ΣΤΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η χρονική πορεία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα μπορεί με βάση τα χαρακτηριστικά της να διαιρεθεί στην ιστορική φάση (1838-1955), την παραδοσιακή φάση (1956-1982) και την μεταβατική φάση (1983-...)

4.2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΦΑΣΗ (1838-1955)

Η ιστορική εξέλιξη της περίθαλψης των ψυχικά αρρώστων στην χώρα μας είναι παράλληλη με την έννοια της ψυχικής αρρώστιας, όπως αυτή διαμορφώθηκε μέσα από την ιστορική πορεία της ελληνικής κοινωνίας. Η λαϊκή αντίληψη για την ψυχική αρρώστια από τους κλασικούς χρόνους περιλαμβάνει την υπερφυσική αιτιολογία της. Ο ψυχικά άρρωστος είναι ένα άτομο με θεϊκές ιδιότητες. Είναι ένα διαφορετικό άτομο, που διακατέχεται από τα πνεύματα της Μανίας και της Λύσσας. Τον 4^ο π.Χ. αιώνα αναπτύσσεται η Ιπποκρατική άποψη για την ψυχική αρρώστια με την γνωστή θέση ότι η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών: του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του φλέγματος. Έτσι μπαίνει η πρώτη βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής ασθένειας. Οι Ιπποκρατικοί απέρριψαν την θεολογική άποψη για την επιληψία και την ψυχική αρρώστια, σε αντίθεση με τις γνωστές επικρατούσες απόψεις, και εφάρμοσαν στην πράξη τις κλινικές τους παρατηρήσεις, όπως ήταν η ερμηνεία των ονείρων, η υποβολή σε λογοθεραπεία και η παραμονή σε ιερά. (αναφέρονται 420 τέτοια ιερά σε ολόκληρη την Ελλάδα). Ο Απόλλων θεωρείτο ο θεός που τιμωρούσε τους ασεβείς με την εμφάνιση της φρενοβλάβειας, γι' αυτό αποκαλείτο Λοξίας (Μαδιανός, 1994).

Η έννοια του εγκλεισμού των «τρελών» για πρώτη φορά αναπτύσσεται στους «Νόμους» από τον Πλάτωνα. Ένα ψυχικά άρρωστο άτομο ήταν δυνατόν να καταδικαστεί από τον δικαστή σε φυλάκιση πέντε χρόνων με τη ρητή απαγόρευση

των επαφών του με την κοινότητα. Μετά το διάστημα αυτό ο έγκλειστος έπρεπε να απελευθερωθεί αν και εφόσον η συμπεριφορά του είχε βελτιωθεί αλλιώς θα έπρεπε να θανατωθεί. Στην πραγματικότητα οι ψυχικά άρρωστοι στην Αθηνά κρατούνταν στο σπίτι τους κάτω από συνεχή παρακολούθηση και αν οι συγγενείς τους εγκατέλειπαν, τιμωρούνταν. Ο Αριστοτέλης εισήγαγε πρώτος την εμπειρική παρατήρηση πάνω στις διαταραχές της συμπεριφοράς του ανθρώπου και την έννοια της κάθαρσης, με την χρήση μουσικής, κρασιού και αφροδισιακών, ιδιαίτερα για τα μελαγχολικά άτομα. Ο ίδιος εισήγαγε τον όρο μελαγχολία, που προέρχεται από την Ιπποκρατική μέλαινα χολή, για άτομα με διαταραχές της αντίληψης (Μαδιανός, 1994).

Στην ρωμαϊκή εποχή δημιουργούνται τα πρώτα νομικά θέματα περί τον ψυχικά ασθενή, ενώ η διδασκαλία του Γαληνού καλύπτει κάθε ιατρική πράξη εκείνης της εποχής (Μαδιανός, 1994).

Τον 3^ο μ.Χ. αιώνα, ο Σωρανός και ο Αρεταίος αναπτύσσουν πραγματικά ανθρωπιστικές απόψεις περί την θεραπεία των ψυχικά αρρώστων. Οι τελευταίοι ενθαρρύνονταν να συμμετέχουν σε συζητήσεις, να παίζουν σε τραγωδίες ή κωμωδίες, μια πρακτική που μοιάζει με αυτήν που σήμερα αποκαλούμε ψυχόδραμα. Γενικά η αντίληψη για τον ψυχικά άρρωστο στους κλασικούς χρόνους στην Ελλάδα είναι, για τον πληθυσμό και τους ειδικούς, ένα μείγμα θεολογικών, φιλοσοφικών και αντίστοιχα ορθολογικών στοιχείων.

Κατά τους Βυζαντινούς χρόνους (4ος αιώνας), κλασικό παράδειγμα οργάνωσης ασυλιακής φιλανθρωπικής περίθαλψης αποτελεί το έργο του Μεγάλου Βασιλείου, η «Βασιλειάς». Στα ιδρύματα αυτά περιθάλπονταν και ψυχικά άρρωστοι. Ο Ιωάννης ο Χρυσόστομος αργότερα ίδρυσε πολλά νοσοκομεία στην Κωνσταντινούπολη (Μαδιανός, 1994).

Κατά την Οθωμανική αυτοκρατορία, ορισμένα μοναστήρια είχαν την φήμη κέντρων εξορκισμού και θεραπείας «δαιμονισμένων, τρελών, επιληπτικών και διεγερτικών άρρωστων». Υπήρχαν κελιά- ξενώνες όπου οι ανήσυχτοι άρρωστοι παρέμεναν νηστεύοντας αυστηρά, δεμένοι με αλυσίδες, δεχόμενοι εκκλησιαστικές «θεραπευτικές» πρακτικές που περιελάμβαναν τους εξορκισμούς του Μεγάλου Βασιλείου, το ράντισμα με άγιασμα και τις προσευχές. Τέτοιες προσευχές στον Ελλαδικό χώρο ήταν η Χίος, όπου υπήρχαν πολλά μοναστήρια όπως αυτά του Άγιου Ρόκκου και το μοναστήρι της Αγίας Ματρώνας (Πλουμπίδης, 1989).

Στην Κεφαλονιά η συγκέντρωση ψυχασθενών γινόταν στο μοναστήρι του Αγίου Γεράσιμου, στην Θεσσαλονίκη στο μοναστήρι του Αγίου Αντωνίου, στην Κέρκυρα στην εκκλησία του Αγίου Σπυρίδωνα, στην Αττική στο μοναστήρι του Δαφνίου, στην Σμύρνη στην εκκλησία του Αγίου Χαραλάμπους. Ψυχασθενείς συγκεντρώνονταν επίσης και σε ορισμένα μοναστήρια του Αγίου Όρους (Πλουμπίδης, 1981).

Στα περισσότερα μοναστήρια γίνονταν δεκτοί χριστιανοί ορθόδοξοι και ετερόδοξοι (μουσουλμάνοι και εβραίοι). Σε άλλα πάλι γίνονταν επιλεκτική διαλογή αρρώστων, ενώ άλλα δέχονταν μόνο επιληπτικούς ή μελαγχολικούς, ή μανιακούς ή μόνον ήσυχους αρρώστους. Μερικά μοναστήρια αργότερα μετατράπηκαν σε άσυλα ή μικρά νοσοκομεία (Πλουμπίδης, 1981).

Κατά τις πρώτες 10ετίες του 1800, όχι μόνο μέριμνα, αλλά ούτε καν θέμα ψυχικής νόσου και ψυχικών αρρώστων δεν υπήρχε. Το πιθανότερο είναι ότι οι τελευταίοι δεν θα ήταν τότε πολλοί και το μεγαλύτερο μέρος απ' αυτούς, (οι ακίνδυνοι με τις ελαφρές καταστάσεις), χάνονταν μέσα στο κοινωνικό σύνολο, χάρη στην προστασία των οικογενειών τους και την ανοχή του κοινού, πού τους θεωρούσε απλά σαν «μισερά» άτομα και του; έβλεπε με συγκατάβαση και πολύ συχνά με διαθέσεις εμπαιγμού και δημιουργίας ιλαρότητας σε βάρος τους.

Στον ελλαδικό χώρο τα πρώτα άσυλα ιδρύθηκαν σε συγκεκριμένους τόπους. Το πρώτο άσυλο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα, το 1838. Αργότερα το 1840 ιδρύθηκε στην Κεφαλονιά από Άγγλους, ένα άσυλο σε στρατώνα κατά το πρότυπο του άσυλου στην Κέρκυρα. Ένα άλλο άσυλο λειτούργησε το 1885 στην Μαγνησία (Πλουμπίδης, 1981).

Στην Κωνσταντινούπολη υπήρξε ένας αριθμός ιδρυμάτων που δέχονταν ψυχασθενείς. Στα μέσα του 16ου αιώνα τοποθετείται η ίδρυση του νοσοκομείου του Γαλατά των Γεμιτζήδων, δηλαδή των ναυτικών, που δεχόταν ψυχοπαθείς. Το 1855 ιδρύθηκε το άσυλο «La Paix» στην Κωνσταντινούπολη από καθολικές καλογριές (Πλουμπίδης, 1981).

Λίγα χρόνια μετά την ίδρυση του ελληνικού κράτους, τον Ιανουάριο του 1833, οργανώθηκε η πρώτη Υγειονομική Υπηρεσία επρόκειτο για Υγειονομικό τμήμα ή αστυνομία που ανήκε στην Γραμματεία (Υπουργείο) των εσωτερικών. Το πρώτο υγειονομικό νομοθέτημα ήταν ο γνωστός νόμος «περί συστάσεως φρενοκομείων» και ακολούθησε ο νόμος για λωβοκομεία ή λεπροκομεία που ιδρύθηκαν στην Σπιναλόγκα και στην Σάμο. Ο νόμος «περί συστάσεως

φρενοκομείων» καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του άρρωστου στο ψυχιατρείο μετά από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα κτλ του άρρωστου. Οι δε νομάρχης, δήμαρχος, και αστυνομικός διευθυντής ήταν υπεύθυνοι για την διοικητική διαδικασία του εγκλεισμού μετά από την δικαστική απόφαση του Πρωτοδικείου. Ο νομάρχης όφειλε να αναφέρει στον υπουργό Υγείας κάθε εισαγωγή, αναστολή εξόδου ή απόλυση άρρωστου μέσα σε 24 ώρες. Σε ανάλογο χρονικό διάστημα ο Υπουργός είχε το δικαίωμα, με αιτιολογημένη απόφαση του, να εγκρίνει, να τροποποιήσει ή να ακυρώσει τις προηγούμενες αποφάσεις ή να απαιτήσει νέα γνωμάτευση. Σύμφωνα με τον νόμο, την έξοδο του άρρωστου από το ίδρυμα μπορούσαν να ζητήσουν άμεσα συγγενείς ή και λοιποί που είχαν οριστεί με δικαστικές πράξεις. Ο άρρωστος μπορούσε να εξέλθει του ιδρύματος μετά από έγγραφη βεβαίωση του αρμόδιου ψυχίατρου (Μάτσα, 1984).

Η ιστορική πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στον ελλαδικό χώρο ακολούθησε πορεία παρόμοια με την υπόλοιπη Ευρώπη, με την μόνη διάφορα την καθυστέρηση στην δημιουργία άσυλων. Η καθυστέρηση αυτή ίσως να οφείλεται στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της κοινωνίας και στην ύπαρξη της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας που κρατούσε τον ψυχικά άρρωστο μέσα στο σπίτι. Ο παραπάνω πίνακας περιγράφει χρονολογικά τους κυριότερους σταθμούς εξέλιξης της ψυχιατρικής στην χώρα μας έως το 1981, λίγο πριν ξεκινήσει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Μαδιανός, 1994).

4.3. Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (1956-1982)

Η μελέτη των χαρακτηριστικών του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας, στα πλαίσια του προγράμματος της Περιφερειοποιήσεις των Υπηρεσιών Υγείας του ΚΕΠΕ από την Μονάδα Κοινωνικής ψυχιατρικής της ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, απετέλεσε τη βάση για την συγγραφή συγκεκριμένων προτάσεων αναμόρφωσης του συστήματος αυτού, τις οποίες περίπου ακολούθησαν και οι διάφορες προτάσεις από διάφορες ομάδες εργασίας του Υπουργείου Υγείας από την μελέτη λοιπόν αυτή προέκυψε ότι το σύστημα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

α) Άνιση περιφερική κατανομή ψυχιάτρων στο γενικό πληθυσμό συγκριτικά με όλους τους άλλους γιατρούς. Το 60 % των ψυχιάτρων εργάζεται στην Αθηνά, η οποία έχει το 32% του πληθυσμού της χώρας.

- β) Συγκεντρωτισμός υπηρεσιών. Υπήρχαν 11 νόμοι χωρίς ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες. Οι 32 από τις 60 δημόσιες ή ιδιωτικές κλινικές ήταν, το 1982 εγκατεστημένες στην Αθηνά. Υπήρχαν 11 νόμοι από τους 51 χωρίς κανένα ψυχίατρο.
- γ) Ανισότιμη κατανομή ψυχιάτρων και προσωπικού ανά κρεβάτι, σε σχέση με το μέγεθος των ψυχιατρικών νοσοκομειακών μονάδων, συγκριτικά με τις μονάδες γενικής ιατρικής.
- δ) Περιορισμένη διαθεσιμότητα κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών.
- ε) Έλλειψη εναλλακτικού δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής, οι οποίες αποτελούν το φίλτρο για την είσοδο στο ψυχιατρείο παρέχοντας πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρόληψη.
- ζ) Απουσία ανώτατου επιπέδου εκπαίδευσης ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργοθεραπευτών και ειδικών υγειονόλων κοινοτικής ψυχικής υγιεινής.
- η) Τέλος υπήρχαν και άλλοι παράγοντες σημαντικοί, όπως η άνιση ποιότητα υπηρεσιών των ποικίλων ασφαλιστικών ταμείων, η απουσία νομικών ασφαλιστικών μέτρων για την αποκατάσταση ή την εναλλακτική λύση διαμονής πέρα πάω το άσυλο (προστατευμένα διαμερίσματα, ξενώνες) (Μαδιανός, 1994).

4.4.Η ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ (1983-....)

Είναι γενικά αποδεκτό ότι σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της Ψυχικής Υγείας παρατηρούνται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Σε αυτές πρέπει να περιληφθούν:

- η ψήφιση του νόμου Ν.1397 το 1983 που μπορεί να θεωρηθεί ως ορόσημο για την μεταβατική, τωρινή φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης με το άρθρο 21 του Ν. 1397/83 του Ε.Σ.Υ. για την ψυχική υγεία.
- ο κανονισμός 815 της 26-3-1984 του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν το διοικητικό οργανωτικό μέσο για την αναδιάρθρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 1994).

Ανάμεσα στις εξελίξεις της δεκαετίας του '80 πρέπει να αναφερθούν και οι ακόλουθες:

- η ολοκλήρωση ενός συστήματος υπηρεσιών από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Νοσοκομείο ημέρας, ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής, εργαστήρια

επαγγελματικής εκπαίδευσης του κέντρου, ξενώνας-1984, οικοτροφείο-1986, νέα εξωτερικά ιατρεία-1986)

- η λειτουργία ψυχιατρικών κλινικών στα πανεπιστήμια Πατρών, Ιωαννίνων, Θράκης και Κρήτης, στις οποίες περιλαμβάνονται μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας στα γενικά νοσοκομεία, Κέντρα ημέρας, Ξενώνες και εργαστήρια.
- η νομοθεσία 963/79 για την προστασία των σωματικά και ψυχικά ανάπηρων και τα ειδικά προγράμματα του ΟΑΕΔ (εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης) που έχει ιδρύσει σε διάφορες πόλεις σε συνεργασία με τις τοπικές ψυχιατρικές μονάδες και με την οικονομική ενίσχυση του Κοινωνικού Ταμείου της ΕΟΚ.
- ίδρυση επιτροπών Ψυχικής Υγείας στο ΚΕ.Σ.Υ
- νέα νομοθεσία για την αποκατάσταση των ψυχικά άρρωστων (Ν. 1648 /1986)
- η ίδρυση των πρώτων ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη και άλλες πόλεις (Μαδιανός, 1994).

Αξιοσημείωτη είναι η ολοένα και αυξανόμενη ευαισθησία των ειδικών μπροστά στα προβλήματα της Ψυχικής Υγείας, την οικολογία, τα προβλήματα του εξαστισμού και ποιότητας ζωής. Εδώ συνέβαλε και η δημιουργία ομάδων πίεσης για την ανάγκη της αναμόρφωσης του ψυχιατρικού συστήματος (Μαδιανός, 1994).

Πρέπει επίσης να τονιστεί η σημερινή κατάσταση της ελληνικής κοινωνίας, η οποία έχει υποστεί σημαντικό μετασχηματισμό εξαιτίας του εξαστισμού, της εκβιομηχάνισης και της μετανάστευσης, σαν αποτέλεσμα της μεταπολεμικής οικονομικής κατάστασης της χώρας. Η μεταβατική κατάσταση αυτή της ελληνικής κοινωνίας επιδρά στην διαμόρφωση του πυρηνικού πρότυπου οικογένειας, ενώ παράλληλα διαπιστώνεται μια σειρά από σημαντικές αλλαγές (χαλάρωση συγγενικών δεσμών, αλλαγή ρόλων και εξουσίας άντρα-γυναίκας), που φαίνεται να δημιουργούν έδαφος για την πρόκληση μηχανισμών stress και την εξασθένηση του μικροπεριβαλλοντικού υποστηρικτικού συστήματος για τα ψυχικά ευάλωτα άτομα (Μαδιανός, 1994).

Η ελληνική κοινωνία βρίσκεται από πλευράς πρωτοβάθμιας αλλά και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, τελείως ανέτοιμη να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες, όπως αυτές διαπιστώθηκαν από έρευνες στην δεκαετία του 1980. Με την νομοθετική θεσμοθέτηση του Εθνικού συστήματος Υγείας, τίθενται οι προϋπόθεσης

για την υλοποίηση του ώστε οι «υπηρεσίες του συστήματος να παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση μέσα από το ενιαίο και αποκεντρωτικό σύστημα Υγείας» (Μαδιανός, 1994).

Η ανάγκη αποϊδρυματισμού κρίνεται επιτακτική αν αναλογιστεί κανείς τα αντιθεραπευτικά αποτελέσματα στην κατάσταση των ψυχικά ασθενών, τα οποία μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

- στίγμα
- απόσυρση από κοινωνικούς ρόλους
- περιορισμό των κοινωνικών προσδοκιών
- ρήξη των οικογενειακών δομών
- ρήξη του κοινωνικού δικτύου υποστήριξης
- παθητικοποίηση
- αποπροσωποίηση
- και κακοποίηση (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

Κοινωνιολογικές μελέτες έδειξαν ότι το ψυχιατρείο επιτελεί περισσότερο λειτουργίες κοινωνικού ελέγχου και εγκλεισμού παρά θεραπευτικές διαδικασίες και ότι λειτουργεί σαν μια μικρή απομονωμένη αυταρχική κοινωνία που επιδρά και επηρεάζει αρνητικά την προσωπικότητα και την συμπεριφορά των ατόμων, καταργώντας τα δικαιώματά τους. Η ζωή στο ψυχιατρείο πιέζει τους ασθενείς να αποσύρουν τις άμυνές τους, να αποδέχονται παθολογικούς ρόλους και να εναρμονίζονται με τις επιταγές του προσωπικού και να περιορίζονται στην αποκλεισμένη ψυχιατρική μικροκοινωνία.

Η λειτουργία του ψυχιατρείου συνδύασθηκε με καταγγελίες για σκάνδαλα. Η δημοσιοποίηση καταγγελιών εξαθλίωσης και κακοποίησης ασθενών σε ψυχιατρική ιδρυματική φροντίδα κινητοποίησε ευρείας έκτασης κριτικές με αποτέλεσμα την ανάπτυξη κινήματος αποϊδρυματισμού. Σαν αντιστάθμισμα στις αποτυχημένες ιδρυματικές πρακτικές του ψυχιατρείου αντιπροτάθηκε η διάσπαση των λειτουργιών του σε αποκεντρωμένες υπηρεσίες φροντίδας των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με τον μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, την μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα. Η μεταρρύθμιση αφορά:

- το νομικό πλαίσιο
- το οργανωτικό πλαίσιο
- το διοικητικό πλαίσιο
- το διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000)

Βέβαια η μεταρρύθμιση των τεσσάρων αυτών πλαισίων πρέπει να είναι προϊόν θεωρητικών ζυμώσεων, αναζητήσεων και προτάσεων από την βάση και όχι το αποτέλεσμα κυβερνητικών επιλογών. Η μεταρρύθμιση εάν αποτελεί κρατική επιλογή, θα παραμείνει ένας ανεκπλήρωτος στόχος, ή ακόμη μια ουτοπία, αν δεν συμπεριλάβει και τους τέσσερις παραπάνω τομείς οι οποίοι καθορίζουν τη μορφή και την ποιότητα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης ή καλύτερα της φροντίδας Ψυχικής Υγείας. (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

Η μεταρρύθμιση λοιπόν της ψυχιατρικής περίθαλψης, και ιδιαίτερα των συστημάτων υπηρεσιών που καλύπτουν και τους τρεις βαθμούς της περίθαλψης, καθώς και η ευαισθητοποίηση στην Κοινωνική Ψυχιατρική ολοένα μεγαλύτερου αριθμού ψυχιατρικών στελεχών, αναδεικνύουν στην επιφάνεια την ανάγκη για την ανάπτυξη του τομέα της Διοικητικής ψυχιατρικής. Είναι γνωστό ότι ένα σημαντικό ποσοστό του έργου των ψυχιάτρων ή άλλων συναφών κλάδων σε ορισμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες αφορά διοικητικά καθήκοντα π.χ. την οργάνωση και τον προγραμματισμό νέων υπηρεσιών, την κατανομή των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες, τα καθήκοντα και τις σχέσεις του προσωπικού, το συντονισμό του συστήματος υπηρεσιών, την αποκέντρωση υπηρεσιών, την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, την συμμετοχή των πολιτών κτλ (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

Ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεωρείται η αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στοχεύει στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του ψυχικά ασθενούς, ο οποίος αντιμετωπίζεται προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο του στο φυσικό του χώρο (οικογένεια, εργασία, φίλοι κ.λ.π.) που δυσχεραίνουν την κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση και επανένταξη (Χριστοδούλου et all, 2000).

Η κίνηση για την μεταρρύθμιση του τρόπου παροχής υπηρεσιών ενισχύθηκε από ορισμένες κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις, όπως: α) η εξάπλωση των σοσιαλιστικών ιδεών και προτύπων, τα οποία προβάλλουν την κοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Δεν είναι τυχαίο ότι από τις πρώτες χώρες που προώθησαν, πριν από αρκετές δεκαετίες, πρωτοπόρα για την εποχή τους προγράμματα κοινωνικής Ψυχιατρικής, ήταν η Σοβιετική ένωση. β) η ευαισθητοποίηση της παγκόσμιας κοινής γνώμης, για τα δικαιώματα των ανθρώπων, ιδίως των κοινωνικών μειονοτήτων, των μειονεκτούντων ατόμων, αυτών που παρουσιάζουν εκδηλώσεις αποκλίνουσας συμπεριφοράς. γ) η βελτίωση του βιοτικού και του πολιτιστικού επιπέδου μεγάλων στρωμάτων του πληθυσμού. δ) η ανακάλυψη μετά των 1950 διαφορετικών κατηγοριών ψυχοφαρμάκων, τα οποία άλλαξαν ριζικά την κλινική εικόνα και την πρόγνωση αρκετών ψυχικών διαταραχών (Λειβαδίτης, 1994).

5.1.Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται άμεσα με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Κοινοτική Ψυχιατρική είναι η πρακτική πλευρά της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Με τον όρο «κοινοτική ψυχιατρική» προσδιορίζεται το σύνολο των ψυχιατρικών θεσμών που αποσκοπούν στη παροχή ψυχιατρικής φροντίδας (πρόληψη, αντιμετώπιση, αποκατάσταση) χωρίς τη μεσολάβηση της νοσηλείας (ή με την πολύ περιορισμένη χρήση αυτής) (Χριστοδούλου et all, 2000).

Αποϊδρυματοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα (μετά από κατάλληλη προετοιμασία) και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα. Απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχίας των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών είναι η

σωστή επιλογή των ασθενών (απουσία επιθετικών ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, ύπαρξη κάποιου βαθμού κοινωνικολειτουργικών δεξιοτήτων) και η λειτουργία πλέγματος υπηρεσιών κοινωνικής και ψυχιατρικής μέριμνας στην κοινότητα (Χριστοδούλου et al, 2000).

Στόχος του αποϊδρυματισμού και της ανάπτυξης του συστήματος των υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας είναι να έχουν οι ψυχικά ασθενείς την ευκαιρία να απολαμβάνουν μια όσο το δυνατόν κανονική ζωή στην κοινότητα με την υποστήριξη κατάλληλων και τοπικά προσδιορισμένων υπηρεσιών θεραπευτικής και κοινωνικής φροντίδας. Το μοντέλο φροντίδας της ψυχικής υγείας στην κοινότητα βασίζεται στις εξής αρχές:

- της αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού
- της εξωνοσοκομειακής φροντίδας
- της κοινωνικής ψυχιατρικής
- της τομεοποίησης
- της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- της κοινωνικής ενσωμάτωσης (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

Το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, βάσει των προαναφερόμενων αρχών, προσανατολίζεται πλέον στην συγκρότηση τοπικά ολοκληρωμένων δικτύων συντονισμένων υπηρεσιών διαρκούς φροντίδας της ψυχικής ασθένειας στην κοινότητα. Σε τοπικό επίπεδο δημιουργούνται:

- υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που σκοπό έχουν να επηρεάζουν άμεσα με θεραπευτικές μεθόδους και τεχνικές τα συμπτώματα του ψυχικού προβλήματος και
- μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, που σκοπό έχουν να αντιμετωπίζουν άμεσα τις ανάγκες κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου (στέγασης, επαγγελματικής κατάρτισης, απασχόλησης, συνηγορίας, ψυχαγωγίας) (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

Διαχρονικές μελέτες που συνέκριναν την ποιότητα ζωής ασθενών που μετακινήθηκαν από παραδοσιακά ψυχιατρικά ιδρυματικά περιβάλλοντα σε υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα, κατέδειξαν ότι αυτοί είχαν σημαντικές βελτιώσεις στην κοινωνική τους δραστηριότητα, στο εύρος του κοινωνικού τους δικτύου, στην ικανότητα να καλύπτουν τις ανάγκες τους και θετικές διαφοροποιήσεις στο συναίσθημα της αυτονομίας και αυτοεκτίμησης τους (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

Οι ίδιοι οι ασθενείς συγκρίνοντας την ζωή τους στις υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα, σε σχέση με την ζωή τους στο ψυχιατρείο, αναφέρουν περισσότερο ιδιωτικό χώρο, μεγαλύτερη ασφάλεια, αυξημένο αίσθημα ελευθέριας, υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σε πολλούς τομείς της ζωής τους και εμφανίζουν σημαντικά βελτιωμένη εικόνα (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

Πρέπει όμως να επισημανθεί ότι, στην διαδικασία του αποϊδρυματισμού και της ανάπτυξης των υπηρεσιών κοινοτικού τύπου φροντίδας, η κοινότητα δεν προσεγγίζεται απλά σαν μια αλλαγή του τόπου παροχής θεραπείας αλλά σαν ένα φυσικό δυναμικό πλαίσιο όπου αλληλεπιδρούν κοινωνικές σχέσεις που δεν είναι δυνατόν να προσδιορίζουν την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου με ψυχικό πρόβλημα (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

5.2 ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΥΛΟ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

5.2.1.ΟΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

Τα ψυχιατρικά ιδρύματα διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

1) τα της «*θείας χάριτος*», όπου όλα γίνονται από φιλανθρωπικά αίτια χωρίς να υπάρχει εξήγηση, αφού περιλαμβάνουν απόψεις και θεωρίες που έχουν παγιωθεί από δεκάδες χρόνια,

2) τα «*χαρισματικά*», όπου ο διευθυντής είναι χαρισματικός με αποτέλεσμα να ταυτίζονται με αυτόν μέσα από έναν ναρκισσισμό, ο οποίος έχει επιπτώσεις και στο θεραπευτικό σκέλος, ευνοώντας την προβολή των επιτυχιών προς τα έξω. Η εξιδανίκευση αυτή είναι η αιτία απόρριψης από τους εκτός ιδρύματος κι έχει ως συνέπεια τη δημιουργία επιθετικότητας,

3) τα «*διαπραγματευτικά*» που μέσα από τις συναλλακτικές διεργασίες μπορούν να επιφέρουν τη μεταρρύθμιση (Μαδιανός, 1994).

5.2.2 Η ΑΝΤΙΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ

Οι ψυχωσικοί άρρωστοι λόγω της παραμονής τους στο άσυλο για μεγάλο χρονικό διάστημα με σκοπό τη θεραπεία από την ψυχωσική διεργασία, χάνουν

βαθμιαία τη λειτουργικότητα που τους έχει απομείνει. Ο άρρωστος είναι έγκλειστος, αδιαφοροποιήτος, χωρίς εξωτερικά ερεθίσματα, ώστε να ενισχύεται η ψυχωσική του ομογενοποίηση, η έλλειψη δηλαδή της διάκρισης ανάμεσα σε ανθρώπους, πράγματα και χώρους. Λογικό επακόλουθο είναι κάποιος να αναρωτηθεί: η αντίφαση που έγκειται; Η αντίφαση του ασύλου έγκειται στο ότι το ψυχιατρείο υποτίθεται ότι είναι ο θεραπευτικός χώρος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ψύχωσης και όχι ο χώρος προαγωγής τους (Μαδιανός, 1994).

Μπορούμε να τα δούμε όλα αυτά αν εξετάσουμε το παράδειγμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής που είναι το μεγαλύτερο:

Περισσότεροι από 60.000 ασθενείς έχουν νοσηλευτεί στο Δαφνί στα 80 χρόνια λειτουργίας του, ενώ το 1998 οι εισαγωγές έφτασαν στις 3.400. Στα 26 τμήματα του ιδρύματος μπορούν να νοσηλευτούν 1.300 ασθενείς, αλλά οι γιατροί του νοσοκομείου χαρακτηρίζουν μέτριες έως κακές και θλιβερές τις συνθήκες νοσηλείας. Οι περισσότεροι από τους νοσηλευόμενους είναι άνω των 50 ετών και μέρα με τη μέρα χάνονται οι ελπίδες για κάθε είδους αποκατάσταση (ψυχική, συναισθηματική, κοινωνική, επαγγελματική). Μεγάλος αριθμός ασθενών δεν βγαίνουν από το θάλαμό τους, ούτε δέχονται επισκεπτήριο, το 73% είναι άγαμοι, ενώ η πλειονότητα έχει ιδρυματοποιηθεί ύστερα από παραμονή 20-30 χρόνων. Το θετικό είναι ότι οι 1003 από αυτούς δεν χρειάζονται τη βοήθεια προσωπικού για τις ανάγκες τους (Διαλυνάκη, 2004).

Σύμφωνα με τις επισημάνσεις της επιτροπής που προβλέπει η Ευρωπαϊκή Σύμβαση, στην Ελλάδα δεν αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά σε μεγάλο ποσοστό οι ψυχιατρικοί ασθενείς. Με λίγες εξαιρέσεις οι συνθήκες διαβίωσης κυμαίνονται από μέτριες έως κακές και σε μερικές περιπτώσεις άθλιες:

- Οι κοιτώνες 5 έως 20 κλινών είναι υποτυπωδώς εξοπλισμένοι και λίγοι ασθενείς έχουν προσωπικά αντικείμενα.
- Το περιβάλλον είναι γυμνό και απρόσωπο και η γενική εικόνα που επικρατεί είναι αυτή της στέρησης.
- Περίπου 30 από 70 γυναίκες ήταν κατάκοιτες χωρίς τα απαραίτητα μέσα για την εξυπηρέτησή τους.
- Δυο μη – ειδικευμένα μέλη του προσωπικού αναλογούν στη περίθαλψη 40 ή περισσότερων ασθενών (Διαλυνάκη, 2004).

Η πραγματικότητα :

- Μόνο ένας στους 20 από τους 1518 ασθενείς έχουν χρόνο νοσηλείας μικρότερο από 30 μέρες (77 συνολικά) και μόνο ένας στους 10 έχει χρόνο νοσηλείας μικρότερο από 3 μήνες (152 συνολικά).
- Πιθανότητες εξόδου έχουν 308 (1/10), ενώ για τους 1206 αρρώστους που νοσηλεύονται πάνω από έναν χρόνο (8/10) η πιθανότητα εξόδου κι επιστροφής στα σπίτια τους είναι πρακτικά μηδενική.
- Περισσότερα από 5 χρόνια νοσηλεύονται 888 ασθενείς, απ' αυτούς οι 332 είναι μεγαλύτεροι των 20 χρονών και 110 μεγαλύτεροι των 30.
- Ένας στους 4 είναι αναλφάβητος (27,87%), ενώ το 21,57% έχει παρακολουθήσει τις πρώτες τάξεις δημοτικού. Το χαμηλό επίπεδο γραμματικών γνώσεων είναι χαρακτηριστικό της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης.
- Το 73,11% είναι άγαμοι και λόγω μεγάλης ηλικίας δεν έχουν γονείς και τα αδέρφια τους (αν υπάρχουν) είναι συνήθως απρόθυμα να στηρίξουν την αποϊδρυματοποίηση.
- Σύμφωνα με διαγνωστικά κριτήρια 750 ανήκουν στην ομάδα των σχιζοφρενών, 296 έχουν νοητική στέρηση και 104 μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις.
- Οι 796 (53,6%) δε συμμετέχουν καθόλου στη ζωή του τμήματός τους, οι 192 ευκαιριακά, 511 δεν εξέρχονται ποτέ από το τμήμα νοσηλείας και οι 139 μόνο με συνοδεία προσωπικού.
- Όμως 1003 ασθενείς αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και 215 μερικώς. Αυτό είναι ενθαρρυντικό για την προσπάθεια της αποϊδρυματοποίησης.
- 300 ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο με άδεια, ενώ 1150 (7/10) δε βγαίνουν καθόλου από το νοσοκομείο.
- Οι περισσότεροι από τους μισούς (822) έχουν πολύ αραιό ή καθόλου επισκεπτήριο.
- Σύμφωνα με προτάσεις των θεραπευτικών ομάδων προκύπτει ότι εγκρίνεται η έξοδος μόνο για 115 ασθενείς και για 292 προτείνεται να νοσηλευτούν σε ψυχιατρικό άσυλο. Μόνο για 407 ασθενείς διαπιστώνεται από την ιατρική υπηρεσία η ανάγκη για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Ακόμα ζητείται να διερευνηθεί η οργάνωση προγράμματος επιστροφής για 163 αρρώστους και να μεταφερθούν 432 ασθενείς σε ιδρυματικού τύπου δομές (για νοητικά καθυστερημένους, υπερηλικές). Ενθαρρυντικό θεωρείται το γεγονός ότι προτείνεται η ένταξη 352 ασθενών σε εξωνοσοκομειακές δομές (Διαλυνάκη, 2004).

5.2.3 ΣΤΡΟΦΗ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής άρχισε μεταπολεμικά να λαμβάνει χώρα. Κατανοήθηκε στο εσωτερικό της ψυχιατρικής ως νίκη της «δημόσιας υγείας», σε αντίθεση με τη μονόπλευρη θεώρηση της ψυχικής ασθένειας ως ατομικού – βιολογικού φαινομένου που συνόδευε την ασυλιακή πρακτική. *«Το βασικό επιχείρημα της κοινοτικής ψυχιατρικής αποτελεί η πρόταση ενός εναλλακτικού σχεδίου στο παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο»*, δηλαδή μια πρόταση που βασίζεται σε μια διαφορετική θεσμική διάρθρωση, η οποία επιτρέπει της εφαρμογή μιας σειράς θεραπευτικών παρεμβάσεων χωρίς τη διαμεσολάβηση του εγκλεισμού, ή έστω χωρίς την επικέντρωση σε αυτόν. Στο νέο αυτό μοντέλο της κοινοτικής ψυχιατρικής, η ψυχιατρική φροντίδα λαμβάνει χώρα διαφόρων νέων δομών, οι οποίες βρίσκονται μέσα στη ζώσα κοινότητα (Τζανάκης, 2003).

Σ' αυτήν την πορεία προς τη κοινότητα καθοριστικό ρόλο έπαιξε η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων. Τα ψυχοφάρμακα τροποποίησαν ριζικά την επικρατούσα ατμόσφαιρα στο εσωτερικό των ψυχιατρικών ιδρυμάτων κι επέτρεψαν μια αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων των θεραπευομένων στο εσωτερικό της κοινότητας, χωρίς τη μεσολάβηση, ή με το δραστικό περιορισμό, της νοσηλείας. Όμως πέρα από την σημαντική αυτή ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων, η κρίση του ασυλιακού μοντέλου και οι προσπάθειες για ριζικό μετασχηματισμό του, είχαν προηγηθεί της ανακάλυψής τους. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε δυο περιπτώσεις εγχειρημάτων υπέρβασης του θεσμού του ασύλου και της λογικής του, οι οποίες έλαβαν χώρα πριν από την εμφάνιση των ψυχοφαρμάκων: η «θεσμική ψυχοθεραπεία» και η «θεραπευτική κοινότητα» (Τζανάκης, 2003).

Το κίνημα της θεσμικής ψυχοθεραπείας αναπτύχθηκε στη Γαλλία. Επηρεάστηκε από εξωγενείς παράγοντες, όπως η αγγλική εμπειρία του «μη περιορισμού» και της «ανοικτής πόρτας» και οι απόψεις του Γερμανού Simon για την εργασία ως θεραπευτικό παράγοντα (Μπαϊρακτάρης, 1994). Κεντρική αρχή του κινήματος απετέλεσε η διαπίστωση ότι δεν είναι δυνατή η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών χωρίς μια προηγηθείσα ανάλυση του ασυλιακού θεσμού. Οι παγιωμένες σχέσεις μεταξύ των θεσμικά εμπλεκομένων, των γιατρών, των νοσηλευτών, του βοηθητικού προσωπικού τους. Ο σκοπός του κινήματος ήταν να καταστεί δυνατή η διασύνδεση νοσοκομειακής πρακτικής και ψυχανάλυσης (Τζανάκης, 2003).

Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα άλλο παράδειγμα κριτικής του ασυλιακού μοντέλου πριν την ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων. Νέες θεωρίες και πρακτικές συνοδεύουν την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας. Οι νέες αυτές θεωρίες και πρακτικές κάνουν λόγο για διαφορά της θεραπευτικής κοινότητας από άλλα κέντρα και το πιο σημαντικό και ουσιαστικό, ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία του και στη θεραπεία άλλων, αντί της υιοθέτησης του παθητικού ρόλου και δέκτη των υπηρεσιών. Μέσω αυτών των επιχειρούμενων αλλαγών επιτυγχάνεται όχι μόνο η ενσωμάτωση στη ψυχιατρική πρακτική ενός νέου θεραπευτικού πνεύματος, αλλά και η κριτική του ασυλιακού περιβάλλοντος (Τζανάκης, 2003).

5.2.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΥΠΕΡΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ

Από την εφαρμογή των διαφόρων εθνικών προγραμμάτων που αποσκοπούν στην αντικατάσταση του ασυλιακού από το κοινοτικό μοντέλο, προκύπτουν ορισμένες γενικές μορφές μεταλλαγής του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας. Διακρίνονται σε τρία μοντέλα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: α) το μοντέλο της «αποϊδρυματοποίησης», β) το μοντέλο της «απονοσοκομειοποίησης» και γ) το «μεικτό μοντέλο» (το οποίο αποτελεί ένα συνδυασμό των δυο) (Τζανάκης, 2003).

5.2.5 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης ως μορφή υπέρβασης του ασύλου, προϋποθέτει έναν ριζικό στοχασμό όσον αφορά το νόημα της ψυχικής ασθένειας, τη διάρθρωση των θεσμών που απευθύνονται στη εξυπηρέτηση ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις και το ρόλο των επαγγελματιών. Η αναδιάταξη του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας βασίζεται στο κλείσιμο του ψυχιατρικού νοσοκομείου-ασύλου και την αντικατάστασή του από ένα σύνολο νέων εξωνοσοκομειακών δομών μέσα στην κοινότητα (Τζανάκης, 2003).

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας αμφισβητείται: αφενός κοινωνικοποιείται, αφετέρου πολιτικοποιείται. Το ίδιο και ο ψυχιατρικός θεσμός καθώς και οι επαγγελματικοί ρόλοι που σχετίζονται με αυτόν. Η ασθένεια νοείται ως απόκλιση από τα κοινωνικά πρότυπα και η διαχείρισή της, όπως εκφράζεται από την παραδοσιακή ψυχιατρική, ερμηνεύεται ως βία που αποκλείει τη διαφορετικότητα. Το ασυλιακό σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών νοείται ως σύστημα διαχείρισης, δηλαδή ένα

σύστημα που έχει ως ρόλο τη φύλαξη των αποκλινόντων. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η παραδοσιακή ψυχιατρική με τον εγκλεισμό στο άσυλο, αντί να οδηγεί στη θεραπεία της ασθένειας, οδηγεί στον αναδιπλασιασμό της, δηλαδή στην ιδρυματοποίηση, η οποία συνιστά μια ιατρογενή ασθένεια (Τζανάκης, 2003).

Ως μόνη λύση προτείνεται ως θεσμικού κέντρου της διαχειριστικής λογικής που βασίζεται στη βία. Για το σκοπό αυτό απαιτείται η αναδιοργάνωση των επαγγελματικών ρόλων, η παραίτηση από την ισχύ της αυθεντίας και η εγκαθίδρυση μιας παραδοχής των κοινωνικών αντιφάσεων και κατά συνέπεια της ύπαρξης της διαφορετικότητας. Η σύγκρουση με τις παραδοσιακές δυνάμεις θεωρείται αναπόφευκτη, εφόσον η ψυχιατρική σχετίζεται αναγκαστικά με τις κοινωνικές διαιρέσεις και την παγιωμένη κοινωνική ιεραρχία. Η διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης κατανοείται ως μια συνεχής κριτική διεργασία χωρίς έτοιμες συνταγές (Μπαϊρακτάρης, 1994).

5.2.6 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΑΠΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

Το μοντέλο αυτό πρεσβεύει ένα δραστικό περιορισμό του ρόλου των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και το κλείσιμό τους σε ορισμένες περιπτώσεις, με μια παράλληλη ενίσχυση της ελεύθερης αγοράς υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η λογική αυτού του μοντέλου είναι η φιλελευθεροποίηση του ψυχιατρικού συστήματος και η δημοσιονομική πολιτική περιστολής των δημοσίων δαπανών. Οι κοινοτικές δομές που οργανώνονται δεν αποσκοπούν στην αντικατάσταση της φροντίδας που πριν παρέχονταν από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι νέες δομές καλούνται να λειτουργήσουν παράλληλα αφενός με τον ιδιωτικό τομέα που αναπτύσσεται, και αφετέρου με μια σειρά από φιλανθρωπικού, ανθρωπιστικού και προνοιακού χαρακτήρα ιδρύματα (Τζανάκης, 2003).

Πρέπει να επισημάνουμε ότι το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων χωρίς την αντικατάστασή του από ένα δίκτυο κοινωνικών δομών (το οποίο θεωρείται ότι επίσης αναπαράγει δυνητικά την ιδρυματοποίηση) οδηγεί πολλούς από τους πρώην τροφίμους σε ένα άλλου είδους κοινωνικό περιθώριο: η αποασυλοποίηση παίρνει εδώ τη μορφή της αντικατάστασης του εγκλεισμού από την ανεργία και την έλλειψη στέγης. Η νέα αυτή κατάσταση οδηγεί στην άνθηση προνοιακών υπηρεσιών νεο-ιδρυματικού χαρακτήρα (περιστασιακή, εθελούσια διαμονή). Συναφές με αυτές τις εξελίξεις αποτελεί το φαινόμενο της συνεχούς

μεταπήδησης σε διαφορετικούς θεσμούς και ιδρύματα φροντίδας, χωρίς θεραπευτική συνέχεια. Κατ' αντιδιαστολή, στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου υπέρβασης του ασύλου, αναπτύσσονται σημαντικά κινήματα διεκδίκησης και προώθησης των ατομικών δικαιωμάτων από τα κάτω, με τη συμμετοχή τόσο ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις, όσο και επαγγελματιών (Μαδιανός, 2000).

5.2.7 ΤΟ «ΜΕΙΚΤΟ» ΜΟΝΤΕΛΟ

Οι περισσότερες μεταρρυθμιστικές πολιτικές που έλαβαν χώρα στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης των δυτικών χωρών βασίστηκαν στη συνύπαρξη της κοινοτικής ψυχιατρικής με το παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο, το οποίο παρότι συρρικνώνεται και μετασχηματίζεται, ούτε εξαφανίζεται ούτε και αποκαθίσταται πλήρως. Οι νέες δομές έχουν διπλό ρόλο, αφενός στην εισαγωγή του ατόμου στο ψυχιατρείο και αφετέρου στην επιστροφή του στους φυσικούς χώρους διαβίωσης. Δηλαδή, οι εναλλακτικές δομές δεν αντιστρατεύονται το ψυχιατρείο, αλλά το συμπληρώνουν, το υποκαθιστούν σε ορισμένες περιπτώσεις αλλά δεν το αντικαθιστούν. Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του «μεικτού» μοντέλου δε συνίσταται στον εγκλεισμό και στη διαχείρισή του, όπως παλαιότερα στο ασυλιακό μοντέλο (Τζανάκης, 2003).

5.3 Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ο αποϊδρυματισμός είναι μια φιλοσοφία που έχει τις ρίζες της στην αντιψυχιατρική κίνηση του 1950 και του 1960. Ο ψυχικά άρρωστος θεωρείται θύμα που θα δεχτεί «ανθρώπινη» φροντίδα μόνο αν τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα πάψουν να υπάρχουν. *«Ο αποϊδρυματισμός είναι μια διαδικασία κοινωνικής αλλαγής, από τον προσανατολισμό της φροντίδας των ψυχικά αρρώστων που βασίζεται στον εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα (άσυλα) προς την μέριμνα των αρρώστων στην κοινότητα σε συνθήκες ισότητας»* (Μαδιανός, 2005).

Κινείται γύρω από δυο βασικές ιδεολογικές προσεγγίσεις: την *ιδεολογία του παραδοσιακού ιατροκεντρισμού*, που διέπει τη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου και την *ιδεολογία της χειραφέτησης*.

Ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών θεσμών ή της παραδοσιακής λογικής προηγείται εκείνου του αποϊδρυματισμού του ίδιου του ασύλου. Οι ψυχιατρικοί

θεσμοί περικλείουν την παραδοσιακή ιατροκεντρική λογική της σχέσης «άρρωστος (νοσηλεύόμενος)- υγιής (θεραπευτής ή συγγενής ή οποιοσδήποτε τρίτος)» (Μαδιανός, 1994).

Από την άλλη η ιδεολογία της χειραφέτησης θέτει την προϋπόθεση της υπονόμευσης και ανατροπής της παραδοσιακής ψυχιατρικής λογικής με τη χειραφέτηση του ψυχιατρικού χώρου. Θα πρέπει απαραίτητα να αναπτυχθεί ένας διαφορετικός τύπος σχέσης μεταξύ των θεραπευτών και των θεραπευομένων μέσα στα πλαίσια της πραγματικότητας σχέσης υγείας- αρρώστιας.

Σύμφωνα με τον Del Aqua, ψυχίατρο της ιστορικής ομάδας Basaglia, «ο αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του ψυχιατρείου». «Αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητούμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει». «Αποϊδρυματισμός είναι το να έρθουμε στη θέση του αρρώστου, να του δώσουμε τη δυνατότητα να διαπραγματευθεί τη θεραπεία του. Ιδρυματισμός είναι όταν λέμε «ο άρρωστός μου», «ο γιατρός μου», ακόμα και αν εργαζόμαστε στη κοινότητα» (Μαδιανός, 1994).

Ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών αρρώστων, από τους οποίους το 50 έως 70% ήταν χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι, έκανε ορατή την ύπαρξή τους μέσα στην κοινότητα. Μετά από κάποιες έρευνες που έλαβαν χώρα κυρίως στις Η.Π.Α και τη Μεγάλη Βρετανία και είχαν ως στόχο την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων στην κοινότητα, προέκυψαν ορισμένα γενικά κοινά συμπεράσματα:

1) Οι περισσότεροι χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι αν και φαίνεται ότι λειτουργούν, στην πραγματικότητα ζουν περιθωριακά,

2) Η επαρκής και συνεχής παροχή υπηρεσιών στα Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής με ιδιαίτερη έμφαση στην επανένταξη σχετίζεται άμεσα με το προηγούμενο δεδομένο,

3) Η αποδοχή ή όχι του αρρώστου από την οικογένεια και την κοινότητα είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την παραμονή του χρόνιου ψυχωσικού έξω από το άσυλο,

4) Η προ- νοσηρά κατάσταση του χρόνιου ψυχωσικού από την άποψη εκπαίδευσης, επαγγέλματος, απασχόλησης ή οικογενειακής κατάστασης, δε βρέθηκε να επηρεάζει την πρόγνωση για επανεισαγωγή στο άσυλο, όσο η κατάσταση του από

πλευράς κοινωνικής λειτουργικότητας από τη στιγμή της έναρξης της νόσου μέχρι την εγκατάστασή του στην κοινότητα,

5) Η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής σε δόσεις συντήρησης περιλαμβάνει τις τυχόν υποτροπές σε σημαντικό ποσοστό,

6) Απαραίτητη είναι η ανοχή των αρρώστων σε ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής

7) Η αποδοχή της πραγματικότητας από τον άρρωστο, ότι δηλαδή αντιμετωπίζει δυσκολίες στην καθημερινή του ζωή και αγωνίζεται να τις υπερνικήσει (Μαδιανός, 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συχνά- από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας (Τζανάκης 2003).

Αναφορικά μ' αυτή τη «μετάβαση», από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο, το οποίο βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε σε τρεις περιόδους:

α) στην «πρόδρομη περίοδο», από τα τέλη του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου έως τα τέλη της δεκαετίας του 70,

β) στην «πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδο» από τις αρχές της δεκαετίας του '80 έως την ολοκλήρωση της εφαρμογής του κανονισμού 805/84, δηλαδή έως τα τέλη της δεκαετίας του '90 και

γ) στη «δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδο», αυτή του «ψυχαργώζ», του μεταρρυθμιστικού προγράμματος που ξεκίνησε το 2000 (πρώτη φάση 2000- 2001) με ορίζοντα δεκαετίας (Τζανάκης, 2003).

Καθεμιά από αυτές τις τρεις περιόδους διατηρεί ορισμένα ιδιαίτερα κοινωνικά χαρακτηριστικά. Αυτά σχετίζονται με τις βαθύτερες συγκροτήσεις και ανασυγκροτήσεις των λόγων «για» την ψυχιατρική και με τις ανάλογες θεσμικές διευθετήσεις και πρακτικές και δεν ανταποκρίνονται αποκλειστικά σε περιόδους εφαρμογής προγραμμάτων (Τζανάκης, 2003).

6.1.Η «ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ»

Η «πρόδρομη περίοδος εκτείνεται από το τέλος του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου έως τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ενώ διατηρούνται οι βασικές δομές της ασυλιακής ψυχιατρικής σε ένα μη προβληματικοποιημένο πλαίσιο, ορισμένα εγχειρήματα κινούνται προς την αντίθετη κατεύθυνση. Οι περισσότερες απ' αυτές τις προσπάθειες είναι εντελώς

αποσπασματικές και δεν έχουν τη συμβολική δύναμη που θα τους επέτρεπε να καταστούν «παραδειγματικές». Επικεφαλής των παρεμβάσεων αυτών ήταν μεμονωμένοι ψυχίατροι ή και ομάδες ψυχιάτρων που σπούδασαν στο εξωτερικό και γοητεύτηκαν από τις προοπτικές που διανοίγονταν με την καθιέρωση της κοινωνικής ψυχιατρικής. Η τελευταία γίνονταν αντιληπτή ως η μοντέρνα εκδοχή της ψυχιατρικής, το πρότυπο το οποίο όφειλε κανείς ως σύγχρονος «επαγγελματίας ψυχικής υγείας» να ακολουθήσει (Λυκέτσος, 1998).

Την εποχή που στη δύση πραγματοποιείται η επανάσταση των ψυχοφαρμάκων, διαδίδονται μια σειρά από ψυχοθεραπευτικές σχολές ψυχοδυναμικού και ατομικοκετρικού προσανατολισμού και τίθενται οι ιδεολογικές βάσεις (κριτική των ασύλων) της μεταστροφής της ψυχιατρικής φροντίδας από το «κλειστό» Νοσοκομείο -άσυλο στην «κοινότητα», στην Ελλάδα ιδρύονταν η «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου» (1957), προκειμένου να αποσυμφωρηθούν τα κεντρικά ψυχιατρεία, που είχαν υπερπληρωθεί εξαιτίας της ραγδαίας αστικοποίησης. Έως και τα τέλη της δεκαετίας του 70 η ασυλιακή ψυχιατρική αποτελεί την «κανονική» επιστήμη, για να δανειστούμε την ορολογία του Kuhn, δηλαδή τη μη προβληματικοποιημένη εφαρμογή ενός γενικού σχεδίου ψυχιατρικής φροντίδας βασισμένο στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο-άσυλο (Γζανάκης, 2003).

Παρά τον περιθωριακό τους χαρακτήρα όμως, οι ομάδες αυτές των ψυχιάτρων θα λειτουργήσουν αργότερα ως καταλύτες, σε ένα ευρύτερο εγχείρημα στιγματισμού της ασυλιακής ψυχιατρικής, δημιουργώντας ντόπια «παραδείγματα» εναλλακτικής ψυχιατρικής. Από την άλλη, τα άτομα και οι ομάδες αυτές θα αποκτήσουν ένα πολύ υψηλό γόητρο: 1) θα θεωρηθεί ότι δικαιώθηκαν για τις επιλογές και τους αγώνες τους και 2) θα ιδωθούν ως πρωτοπορία μιας ευρύτερης προσπάθειας που θα κυριαρχήσει τόσο συμβολικά-ιδεολογικά όσο και πρακτικά-οργανωτικά (Μπαϊρακτάρης, 1994).

6.2.Η ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Η επίσημη έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι αναπόδραστα συνδεδεμένη με το «σκάνδαλο» της Λέρου. Η Λέρος θα αποτελέσει τον σημαίνοντα «τόπο» της προσπάθειας αλλαγής, ο οποίος θα υπογραμμίσει ένα «ξεπερασμένο» όσο και «απάνθρωπο», σύμφωνα με τη νέα αντίληψη, «τρόπο». Η είσοδος της Ελλάδας στην Ε.Ο.Κ. και η συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας συμπίπτει με την ευαισθητοποίηση ομάδων «επαγγελματιών ψυχικής υγείας» για τις συνθήκες που

επικρατούσαν στα ψυχιατρεία και ιδιαίτερα στη Λέρο. Λίγο πιο πριν, στα τέλη της δεκαετίας του '70, η λεγόμενη «Ομάδα της Λέρου», συγκροτημένη κατά βάση από αγροτικούς γιατρούς που υπηρέτησαν στο εν λόγω νησί, δραστηριοποιείται και δημοσιοποιεί την κατάσταση που επικρατούσε εκεί. Ωστόσο, ήταν αυτό το νησί-σύμβολο που συμπύκνωσε εννοιολογικά το πρόταγμα της αλλαγής (Τζανάκης, 2003).

Με παρέμβαση της Ε.Ο.Κ. συγκροτείται μια επιτροπή εμπειρογνομόνων αποτελούμενη από Έλληνες και ξένους ειδικούς (κυρίως ψυχιάτρους) με σκοπό να εκπονήσουν μια μελέτη για το συνολικό μετασχηματισμό του συστήματος της ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Στη βάση αυτού του πορίσματος εγκρίθηκε ο κανονισμός 815 του 1984, πενταετούς διάρκειας, με συγχρηματοδότηση (55% κοινοτικοί και 45% εθνικοί πόροι), ο οποίος προέβλεπε την δημιουργία εναλλακτικών θεσμών, την εκπαίδευση του προσωπικού και άλλες δράσεις που αποσκοπούσαν στη μεταστροφή της λειτουργίας των δράσεις που αποσκοπούσαν στη μεταστροφή της λειτουργίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών προς το κοινοτικό μοντέλο. Η βραδύτητα στην απορρόφηση των κονδυλίων οδήγησε σε πενταετή παράταση (έως το 1995). Το 1991 αποφασίστηκε μια παρέμβαση ειδικά στο ψυχιατρείο της Λέρου (πρόγραμμα Λέρος II): δημιουργήθηκαν 11 ξενώνες σε όλη τη χώρα με στόχο την «επανένταξη» 110 τροφίμων (κατά βάση ηλικιωμένων και με μακρά παραμονή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία-άσυλα). Το χρονικό διάστημα 1980-95 δημιουργήθηκαν συνολικά 140 νέες δομές, στο πλαίσιο του κανονισμού της Ε.Ο.Κ. 815/84 και της παράτασης του (Τζανάκης, 2003).

Παράλληλα με την εφαρμογή των εξειδικευμένων προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μια σειρά από θεσμοί, όπως για παράδειγμα οι ψυχιατρικές κλινικές των περιφερειακών πανεπιστημίων, υποβοηθούν τη μετάβαση από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο. Αργότερα, ο Ν. 2071 (15/7/1992) θα εκσυγχρονίσει το μέχρι τότε υπάρχον νομικό πλαίσιο (Τζανάκης, 2003).

Ως κοινωνικοί επιταχυντές μιας διαδικασίας που ήδη βρίσκονταν στα πρώτα της βήματα, δηλαδή του περάσματος στο κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης, λειτούργησε τόσο η Λέρος και το «σκάνδαλο» που προκάλεσε όσο και η έξωθεν παρέμβαση. Είδαμε ότι εγχειρήματα προς την κατεύθυνση του κοινοτικού μοντέλου δεν ήταν άγνωστα στον ελληνικό χώρο. Καταρχάς, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αντανακλάται στην πολύ μεγάλη μείωση των διαθέσιμων κρεβατιών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, η οποία φτάνει την περίοδο 1981-2000 το 53,2%, που ανταποκρίνεται σε αριθμό 3.380 κρεβατιών (Τζανάκης, 2003).

Συνοπτικά, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, παρατηρείται: 1) σημαντική μείωση του αριθμού των διαθέσιμων κρεβατιών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, 2) σημαντική αύξηση του αριθμού των ψυχιατρικών κρεβατιών και των εξωτερικών ιατρείων των γενικών νοσοκομείων και 3) διεύρυνση των υπηρεσιών κοινοτικού τύπου και πολλαπλασιασμός των θέσεων στον τομέα της αποκαλούμενης «αποκατάστασης». Την ίδια στιγμή παρατηρείται ελάττωση του μέσου χρόνου νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρεία. Αυτή ανάγεται στην αλλαγή της στάσης των οικογενειών και των επαγγελματιών, οι οποίοι τείνουν στο να προτείνουν πιο μικρής διάρκειας ενδονοσοκομειακές νοσηλείες. Η αλλαγή όμως στο σύστημα της ψυχιατρικής φροντίδας καταδεικνύεται και από τη σημαντική αύξηση του προσωπικού των ιδρυμάτων νοσοκομειακού τύπου, τη στιγμή που η δυναμικότητα τους σε κρεβάτια περιορίζεται (Τζανάκης, 2003).

Σε γενικές γραμμές, όμως, η εφαρμογή του κανονισμού 815/84 οδήγησε σε σχετική αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών που δε θα πρέπει να νοηθεί μόνο γεωγραφικά αλλά και κοινωνικά. Δίπλα στο οριοθετημένο με σαφήνεια ψυχιατρικό Νοσοκομείο, που εξακολουθεί να κυριαρχεί, αναπτύσσεται σταδιακά ένας αριθμός πολύμορφων και διαφοροποιημένων υπηρεσιών. Οι δομές αυτές δε μπορούν προς το παρόν να αποτελέσουν ένα «δίκτυο» που να αντικαθιστά ή να τείνει στην υποκατάσταση του ψυχιατρείου. Είναι σχετικά ασύνδετες μεταξύ τους και δεν υπηρετούν ένα συνολικό σχεδιασμό. Αποτελούν, όμως, την πρώτη προσπάθεια σε εθνικό επίπεδο για το πέρασμα από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης (Τζανάκης, 2003).

6.3.Η ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Η πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδος χαρακτηρίζεται από έντονη συγκρουσιακή ατμόσφαιρα. Σιγά-σιγά, όμως, το επαναστατικό πνεύμα θα καταλαγιάσει και θα μετασχηματιστεί σε μια πραγματιστική λογική. Η «δεύτερη μεταρρυθμιστική» περίοδος, η οποία ξεκινά με τον καινούριο αιώνα και βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη, εστιάζεται στην ολοκλήρωση του περάσματος από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο. Ο ιδιαίτερος τόνος δίνεται ακριβώς από την έννοια της «συνέχειας» και της «ολοκλήρωσης»: κάτι έχει ξεκινήσει και «πρέπει» να ολοκληρωθεί. Το πρόγραμμα «ψυχαργός» θεσπίστηκε με βάση το μέλημα της ολοκλήρωσης του περάσματος (Τζανάκης, 2003).

Σε αντίθεση με την πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδο, έμφαση δόθηκε στον τομέα της εκπαίδευσης. Η κατάρτιση των νέων στελεχών βρέθηκε στο επίκεντρο της εφαρμογής εξειδικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Το γεγονός αυτό, ανεξάρτητα από την «αντικειμενική» εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της, καταδεικνύει την προβληματοποίηση της «στάσης του προσωπικού». Το προσληφθέν προσωπικό «οφείλει», σε αντίθεση με το παρελθόν, να είναι «εκπαιδευμένο», προκειμένου να κατέχει εκείνα τα εχέγγυα που θα του επιτρέψουν να επιτελέσει το έργο του, ακολουθώντας τη νέα αντίληψη για τον «άνθρωπο που πάσχει», για τον «ψυχιατρικό ασθενή». Η εκπαίδευση του βασίζεται εξαρχής στην υιοθέτηση του «θεραπευτικού πνεύματος» που συνάδει με ένα κοινοτικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης (Τζανάκης, 2003).

Εκτός όμως από την κατάρτιση του προσωπικού που επρόκειτο να στελεχώσει τις νέες δομές, οι οποίες θα δημιουργούνταν από την υλοποίηση του προγράμματος «ψυχαργός», μεγάλη έμφαση δόθηκε στην επέκταση προγραμμάτων «αποκαταστασιακού» χαρακτήρα. Τα προγράμματα αυτά υιοθετούσαν έναν προσανατολισμό «επανεξέταξης στον κοινωνικό ιστό» των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις που διαβιούσαν ήδη στα μεγάλα και στα μικρότερα ψυχιατρεία της χώρας (Τζανάκης, 2003).

Το μεγαλύτερο βάρος του προγράμματος «ψυχαργός» αφορούσε σε πρώτη φάση στη στεγαστική παρέμβαση. Δημιουργήθηκε ένας αρκετά μεγάλος αριθμός από στεγαστικές δομές που καταστατικά αποσκοπούν στην υποκατάσταση της μακρόχρονης ενδονοσηλειακής φροντίδας. Σε πρώτη φάση και η «στεγαστική αποκατάσταση» ακολουθούσε μια λογική «κοινωνικής επανεξέταξης», εφόσον απευθύνονταν κατά βάση σε άτομα που ήδη διαβιούσαν στα μεγάλα και στα μικρότερα ψυχιατρεία της χώρας για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (Τζανάκης, 2003).

Ο πληθυσμός που μεταφέρθηκε στις νέες στεγαστικές δομές στην πρώτη φάση του προγράμματος «ψυχαργός» (2000-2002) περιόρισε τον αριθμό των ατόμων που διέμεναν ουσιαστικά στα μεγάλα νοσηλευτικά ψυχιατρικά ιδρύματα (ο συνολικός πληθυσμός 5.700 ατόμων που διαβιούσαν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία το 1980 περιορίστηκε το 2002 σε 2.800). Η δυναμικότητα των νέων στεγαστικών δομών σε θέσεις «φιλοξενούμενων» αντιστοιχεί σε μια ανάλογη μείωση της δυναμικότητας των ψυχιατρείων σε κρεβάτια, από τα οποία και προέρχονται τα άτομα αυτά (Τζανάκης, 2003).

Η δεύτερη φάση του προγράμματος «ψυχαργός» ξεκίνησε το 2002 και ολοκληρώνεται το 2006. Η επίσημη πρόβλεψη αναφέρεται στο κλείσιμο, σε αυτό το διάστημα, πέντε ψυχιατρείων, τα οποία προβλέπεται να αντικατασταθούν από ολοκληρωμένα δίκτυα ψυχιατρικών δομών κοινοτικού τύπου. Έως το 2015 προβλέπεται ο τερματισμός της λειτουργίας του συνόλου των ψυχιατρείων με τη μορφή των μονάδων «μακράς νοσηλείας». Μετά το 2015 τα ψυχιατρικά νοσοκομεία προβλέπεται να λειτουργήσουν ως «μονάδες οξέων περιστατικών» και «βραχείας νοσηλείας», δηλαδή ως «κέντρα παρέμβασης στην κρίση» και ως «ξενώνες βραχείας νοσηλείας». Η πρόβλεψη για τις συνολικές εξελίξεις μεταξύ των ετών 2002 (ολοκλήρωση της πρώτης φάσης του προγράμματος «ψυχαργός») και 2010 (ολοκλήρωση του προγράμματος) (Τζανάκης, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένας μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός». Ως γλωσσολογικός νεολογισμός εμπεριέχει την ποιητική διάσταση της ψυχικής νόσου και τους απαραίτητους συνειρμούς γύρω από το «ταξίδι» από το χώρο του Ασύλου προς το χώρο της οικειότητας (κοινότητα) μέσα από τη μυθοπλασία αναζήτησης του χρυσόμαλλου δέρατος. Ειδικότερα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Ε.Π. Υγεία & Πρόνοια, 2000- 2006).

Το πρόγραμμα αποτελεί το επιχειρησιακό εργαλείο της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, στο πλαίσιο της τομεοποίησης (Μαδιανός, 2005).

Η πρώτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000 - 2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του, ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001 - 2010. Η δεύτερη αναθεώρηση του έχει προγραμματιστεί για το 2004, οπότε και θα ισχύει για μια νέα δεκαετία (Ε.Π. Υγεία & Πρόνοια, 2000-2006:3).

7.1.Η Α' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2000-2001)

Η Α' φάση υλοποίησης του Προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και, όπως ήδη αναφέρθηκε, χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Ε.Π. Υγεία & Πρόνοια, 2000- 2006).

Η Α' αυτή φάση εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. (Μαδιανός, 2005).

Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργός» υπήρξαν τα εξής σε επίπεδο εθνικό:

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Κατάρτισης
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση και Απασχόληση 973 ασθενών
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες,
- Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Στο πλαίσιο της Α' φάσης του «Ψυχαργός», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία «Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύκωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων υλοποίησης» του προγράμματος . Ο στόχος της Μονάδας (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης. Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας, ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό.

Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:

1. Συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων
2. Σχεδιασμός και λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος
3. Εντοπισμός, ανάλυση και επικύρωση της καινοτομίας

4. Ενέργειες διάδοσης-ευαισθητοποίησης
5. Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας
6. Εμπύχωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπ. Υγείας - Πρόνοιας
7. Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών.

Το έργο της Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύχωσης & Παρακολούθησης (Μ.Υ.Π.Ε.Π.) ολοκληρώθηκε με επιτυχία και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων - Αξιολογητών, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκομένων στο Πρόγραμμα Φορέων (Μ.Υ.Π.Ε.Π. & Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α. 2003).

7.2.Η Β΄ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2007-2010)

Η υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος, (1^η Αναθεώρηση 2001-2010), χωρίζεται σε δύο χρονικές περιόδους, την περίοδο 2001-2006 , η οποία αποτελεί τη Α΄ φάση, και την περίοδο 2007-2010, η οποία αποτελεί τη Β΄ φάση. Η Β΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια » του Γ΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα (Μ.Υ.Π.Ε.Π. & Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες και εφήβους. Η ανάπτυξη των δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου (Μ.Υ.Π.Ε.Π. & Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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

1. 36 Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε γενικά νοσοκομεία. Κάθε ολοκληρωμένο τμήμα περιλαμβάνει: κλασσικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων
2. 34 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες
3. 32 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους
4. 11 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην Κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία
5. 10 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς
6. 8 Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου περιλαμβάνουν: Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας
7. 21 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης, (κυρίως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές)
8. 12 Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους
9. 16 Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα
10. 46 Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης
11. 15 Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την οικογένεια
12. 211 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 χιλιάδων περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
13. Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης
14. Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης
15. 15 κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

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

- Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Κέρκυρας
- Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

(Μ.Υ.Π.Ε.Π. & Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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

Συγχρόνως:

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

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

Το προσωπικό των Ψυχιατρικών αυτών Νοσοκομείων θα αξιοποιείται σταδιακά στις νέες δομές, ενώ η κτιριακή τους δομή θα χρησιμοποιηθεί για την

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η ανάπτυξη κοινοτικών μορφών περίθαλψης βασίζεται στη δημιουργία υπηρεσιών προσανατολισμένων στις ανάγκες του ψυχικά πάσχοντος οι οποίες ποικίλλουν στις διαφορετικές φάσεις της νόσου, όπως επίσης ποικίλλουν και σε διαφορετικές ψυχικές διαταραχές. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο προσδιορισμός των αναγκών αυτών ποιοτικά και ποσοτικά. Για την ποιοτική και ποσοτική εκτίμηση χρειάζονται επιδημιολογικές μελέτες και είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός του πληθυσμού, ο οποίος πρόκειται να εξυπηρετηθεί.

Ένα σύγχρονο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να προβλέπει υπηρεσίες για την πρόληψη, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Οι νέες και σύγχρονες μορφές περίθαλψης στη κοινότητα περιλαμβάνουν Ψυχιατρικά νοσοκομεία με έναν νέο διαφορετικό ρόλο, Μονάδες Νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Αποκατάστασης, Οικοτροφεία- Ξενώνες- Προστατευμένα Διαμερίσματα, Νοσοκομεία Ημέρας, Εξωτερικά Ιατρεία, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης κι Επαγγελματική Εκπαίδευση, Κινητές μονάδες και παρεμβάσεις στον γενικό πληθυσμό (Lemperiere et al, 1995).

8.1.ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ο πιο παραδοσιακός θεσμός, η μετεξέλιξη του ασύλου, διατηρείται στις περισσότερες των περιπτώσεων ως βασικός κρίκος της αλυσίδας των κοινοτικών υπηρεσιών. Ωστόσο, αλλάζει η μορφή του καθώς και η λειτουργικότητά του και οι θεραπευτικοί ρόλοι επαναπροσδιορίζονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Οι θεραπευτικοί προσανατολισμοί δεν είναι προσκολλημένοι σ' ένα στενά ιατρικό βλέμμα, αλλά εμπλουτίζονται με ψυχοδυναμικές θεωρήσεις και με κοινωνικούς προβληματισμούς σχετικά με το χαρακτήρα της ασθένειας και το ρόλο του κοινωνικού περιβάλλοντος. Νέοι δρώντες-παρεμβαίνοντες διεισδύουν στο εσωτερικό του ψυχιατρείου, ως νέοι θεραπευτικοί παράγοντες. Παράλληλα ενδυναμώνεται ο ρόλος των ήδη υπάρχοντων δρώντων που είχαν κοινωνικό ή έστω

μη ιατρικό προσανατολισμό (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές κ.α.) (Τζανάκης, 2003).

8.2.ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας συνδέεται και καλείται να καλύψει τις ανάγκες μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής. Αν και αποτελεί τον αντίποδα του ψυχιατρικού Νοσοκομείου, πολλές φορές λειτουργεί συμπληρωματικά ή παράλληλα με αυτό και δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο της απουσίας διοικητικής αυτοτέλειάς του (Τζανάκης, 2003).

Η κίνηση για συστήματα ανοικτής περίθαλψης, εξελίχθηκε ραγδαία ιδιαίτερα στις Η.Π.Α στην δεκαετία του '60 και '70. Στις επόμενες δεκαετίες δημιουργούνται περισσότερα από 700 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, τα οποία καλύπτουν το 50% του γενικού πληθυσμού. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι ο αριθμός των ψυχιάτρων μειώνεται κατά την δεκαετία '70 και '80 κατά 50%, ενώ αντίθετα αυξάνεται παράλληλα ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών και διπλασιάζεται ο αριθμός των ψυχολόγων (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Ανάλογη είναι και η εξέλιξη σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ηπείρου. Στον Ελλαδικό χώρο, οι εξελίξεις αυτές άρχισαν να πραγματοποιούνται από το 1984 μέσα στα πλαίσια του νόμου 1320, παράγραφος 20, για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, που ευνοούσε μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στο χώρο της ψυχικής υγιεινής. Βέβαια, το ζήτημα δεν ήταν μόνο οι νομοθετικές ρυθμίσεις αλλά κυρίως η δημιουργία μιας άλλης αντίληψης για την ψυχική υγεία, που διαμορφώνεται από την κοινωνική εξέλιξη και πραγματοποιείται μέσω υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1990 λειτουργούσαν είκοσι εννέα κέντρα ψυχικής υγείας του Δημόσιου Τομέα. Τα περισσότερα από αυτά διέθεταν και ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, ενώ τα κέντρα που απευθύνονταν αποκλειστικά σε παιδιά και εφήβους ανέρχονταν σε εννέα. Το 1992 πραγματοποιήθηκε μια διοικητική μεταβολή η οποία χαρακτηριζόταν από τη διασύνδεση των κέντρων αυτών με τις νομαρχίες, ενώ το 1994 τα κέντρα επανήλθαν στο σημερινό διοικητικό καθεστώς, δηλαδή στη διασύνδεση τους με τα γενικά νοσοκομεία. Το 1999 ο Ν. 2716 θέτει τις προϋποθέσεις για την τομεοποίηση τους (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

8.3.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

8.3.1. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Η συγκεκριμένη υπηρεσία εξυπηρετεί άτομα, που η σοβαρότητα των ψυχολογικών τους προβλημάτων δεν απαιτεί εντατική και αυστηρά εποπτευόμενη ψυχιατρική παρακολούθηση. Τα άτομα αυτά, συνήθως αντιμετωπίζουν ενδοοικογενειακά και διαπροσωπικά προβλήματα, δυσκολίες προσαρμογής σε κοινωνικές καταστάσεις, νευρωσικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, αντιδράσεις προσαρμογής κάτω από την επίδραση stress κ.ά. Συνεπώς, 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 εξασφαλίσει την επαφή της κοινότητας με ειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγιεινής, αποφεύγοντας παράλληλα το υψηλό κόστος που απαιτεί η ψυχοθεραπεία σε ιδιωτική βάση (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

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 με ένα τρόπο κοινωνικά αποδεκτό και προσωπικά ικανοποιητικό (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Οι στόχοι της παρέμβασης είναι ανάλογοι με τις υπάρχουσες θεραπευτικές τεχνικές και θεωρητικές κατευθύνσεις. Οι στόχοι, δηλαδή, αυτοί εξαρτώνται από τη θεώρηση που υιοθετείται από την ομάδα ψυχικής υγιεινής της Συμβουλευτικής υπηρεσίας, σχετικά με την ανάπτυξη του ατόμου και τις εκδηλώσεις των ανθρώπινων προβλημάτων. Οι παρεμβάσεις μπορούν να διαφέρουν ως προς την έμφαση που δίδεται σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η ανάλυση της προσωπικότητας και αυτογνωσίας, η συναισθηματική αποφόρτιση, η τροποποίηση διαταραγμένων μορφών συμπεριφοράς ή η τροποποίηση των κοινωνικών μεταβλητών που επιδρούν στο άτομο. Τα εμπειρικά δεδομένα δεν έχουν αποδείξει την ανωτερότητα κάποιας προσέγγισης απέναντι σε άλλες. Εκείνο που μπορεί να λεχθεί με βεβαιότητα είναι το ότι διαφορετικές προσεγγίσεις έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε διαφορετικά άτομα ή διαταραχές. Οι Συμβουλευτικές Υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα

εφαρμογής ενός ευρύτατου φάσματος προσεγγίσεων στις ανάγκες του κοινού που εξυπηρετούν. (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

8.3.2.ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Οι αρχές της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής περιλαμβάνουν όλους τους τομείς της ψυχικής υγιεινής και το σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας, επιτάσσουν λοιπόν, την λειτουργία ιατροπαιδαγωγικού τμήματος στα πλαίσια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, το οποίο αναπτύσσει κατάλληλες στρατηγικές και αντιμετωπίζει προβλήματα που σχετίζονται με την παιδική ηλικία (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνονται οι Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες αποτελείται από τα νεογέννητα έως και τα άτομα που βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας τους. Είναι φανερό πως τα παιδιά δεν αποτελούν μικρογραφίες των ενηλίκων έτσι, και οι υπηρεσίες που απευθύνονται σε 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 ψυχικών παθήσεων, αλλά να αντιμετωπίζονται πάντοτε σε συνάρτηση με το επίπεδο της ανάπτυξης και τις κοινωνικές συνθήκες που περιβάλλουν τις εκδηλώσεις τέτοιων συμπεριφορών. (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Οι στόχοι και τρόποι λειτουργίας των ιατροπαιδαγωγικών κέντρων μπορούν να συνοψιστούν στους 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 λειτουργικότητας του σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό του στάδιο και η κατανόηση των αλληλεπιδράσεων στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού.

, κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένειες και ομάδες.

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

3. *Η εκπαίδευση του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας και της ψυχικής υγείας ειδικότερα.* Η έλλειψη ατόμων κατάλληλα εκπαιδευμένων να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα αυτής της ηλικίας είναι εμφανής στη 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 στην άμεση θεραπευτική παρέμβαση στο παιδί και την οικογένεια του.

4. *Έρευνα στο αντικείμενο της ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας.* Στα αντικείμενα εξειδικευμένων ερευνών που αφορούν στην παιδική ηλικία, είναι αναγκαίο να περιλαμβάνονται οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της παιδικής προσωπικότητας, οι ιδιαίτερες δυνατότητες και τα προβλήματα κάθε σταδίου ανάπτυξης, η δημιουργία κατάλληλων μέσων αξιολόγησης και διάγνωσης, καθώς και οι αποτελεσματικοί τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

8.3.3. ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Τα προγράμματα άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης (Crisis Intervention) 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 (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κατάστασης κρίσης είναι η αυξημένη σύγχυση του ατόμου, τα επίπονα συναισθήματα, η αυξημένη ανάγκη του για βοήθεια και συμβουλευτική. Τα άτομα που προσφεύγουν στις Υπηρεσίες Άμεσης Ψυχολογικής Υποστήριξης επιζητούν άμεση ανακούφιση από το άγχος τους και συμβουλές για την επαναφορά της ψυχικής τους ισορροπίας. Συνήθως, δεν είναι ψυχολογικά ευαισθητοποιημένα άτομα και δεν επιθυμούν ουσιαστικές αλλαγές της προσωπικότητας τους. Επομένως, οι στόχοι της παρέμβασης στην κρίση είναι περιορισμένοι, σε αντίθεση όμως με τις δυνατότητες επίδρασης της, διότι το άτομο σε κρίση είναι ανεκτικότερο σε αλλαγές (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

8.4. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ

Το Νοσοκομείο ημέρας αποτελεί μια κοινοτική ψυχιατρική δομή, η οποία παρέχει νοσοκομειακές φροντίδες, λειτουργεί σε περιορισμένη χρονική διάρκεια,

συνήθως σε οκτάωρη καθημερινή βάση, εκτός από Σαββατοκύριακα και αργίες. Το Νοσοκομείο ημέρας εντάσσεται οργανικά σ' ένα ευρύτερο θεσμό, όπως είναι μια κλινική ψυχιατρικού Νοσοκομείου ή ένα κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Το Νοσοκομείο ημέρας αποσκοπεί στην ημερήσια περίθαλψη των ατόμων, τα οποία διαμένουν στους δικούς τους φυσικούς χώρους. Κατά τη διάρκεια της ημερήσιας ψυχιατρικής φροντίδας παρέχονται ψυχοθεραπευτικές, εκπαιδευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες σε ατομικό, οικογενειακό και ομαδικό επίπεδο. Μέσω του Νοσοκομείου ημέρας επιτυγχάνεται η συστηματική ψυχοκοινωνική παρέμβαση δίχως τη μεσολάβηση της νοσηλείας, πόσο μάλλον του αναγκαστικού εγκλεισμού (Τζανάκης, 2003).

Το πρώτο νοσοκομείο ημέρας ιδρύθηκε στη Σοβιετική Ένωση το 1933 από τον Ζαχάρωφ. Το νοσοκομείο αυτό κάλυπτε τις ανάγκες ασθενών με σχιζοφρενικές και νευρολογικές διαταραχές, προσφέροντας σημαντική εξοικονόμηση κλινών οι οποίες ήταν απαραίτητες στις παραδοσιακές μορφές ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Το πρώτο νοσοκομείο ημέρας στη Δύση λειτούργησε το 1946 στο Μόντρεαλ του Καναδά. Οι βασικοί του στόχοι ήταν τρεις : να εξυπηρετεί ψυχιατρικούς ασθενείς χωρίς απαραίτητα να τους τοποθετεί σε κλίνες, να μην υποχρεώνει τους ασθενείς να παραμένουν στο νοσοκομείο έως ότου ολοκληρωθεί πλήρως η θεραπεία τους και να λαμβάνει υπόψη το φυσικό περιβάλλον του ασθενούς κατά τη θεραπευτική αγωγή (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Στη μεγάλη Βρετανία, ιδρύθηκε το 1947 ένα νοσοκομείο ημέρας από τον J. Bierer με την ονομασία «Κοινωνικό Κέντρο Ψυχοθεραπείας». Η έμφαση της περίθαλψης δινόταν στην «αυτοδιαχείριση» του ασθενούς έτσι ώστε να είναι σε θέση να προκαλέσει ο ίδιος αλλαγές στην πορεία της ασθένειάς του, παρά να εξαρτάται πλήρως από τους φορείς περίθαλψης. Το ίδρυμα αυτό παρείχε κυρίως ψυχοθεραπευτική φροντίδα με έμφαση στις ομαδικές δραστηριότητες. Το 1948 ιδρύθηκε και στις Η.Π.Α το πρώτο νοσοκομείο ημέρας (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

8.4.1.ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η Αμερικάνικη 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» (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Συνήθως είναι μικρές μονάδες 30 – 40 ατόμων και λειτουργούν από τις 9 το πρωί έως 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 διαφόρων μονάδων, ανάλογες με τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετείται. Το Νοσοκομείο Ημέρας πρέπει να περιλαμβάνει μια σειρά από δραστηριότητες και υπηρεσίες, οι οποίες να αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της ίδιας της ψυχικής διαταραχής καθώς και στη μελλοντική επανένταξη των ασθενών στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

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 αντιμετώπισης της. Οι διαγνωστικές μέθοδοι πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ασθενή, έτσι ώστε να σχεδιάζεται το κατάλληλο πρόγραμμα περίθαλψης. Συνήθως, απαιτείται μια περίοδος παρακολούθησης των νέων περιστατικών πριν την απόφαση για την κατάλληλη θεραπεία. Το Νοσοκομείο Ημέρας είναι κατάλληλο για μια τέτοια εντατική θεραπεία. Εκτός των κλινικών και διαγνωστικών παρατηρήσεων, η συμπεριφορά του νεοφερμένου δίδει πολύτιμες πληροφορίες για το βαθμό λειτουργικότητας σε ομαδικό επίπεδο καθώς και την δυνατότητα για αυτοδιαχείριση και αυτοέλεγχο. Συγχρόνως, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση του κοινωνικού – υποστηρικτικού δικτύου που διαθέτει ο εξυπηρετούμενος. Η απόφαση για περίθαλψη στο Νοσοκομείο Ημέρας δεν εξαρτάται μόνο από την σοβαρότητα της διαταραχής, αλλά κυρίως από την δυνατότητα να περνά ο εξυπηρετούμενος, το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας του στο οικογενειακό περιβάλλον ή σε κάποια μορφή προστατευμένης στέγασης (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Φαρμακοθεραπεία: Τα τελευταία χρόνια, όπως γνωρίζουμε η ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας έχει δώσει την δυνατότητα ελέγχου ενός μεγάλου φάσματος

ψυχικών διαταραχών (κυρίως των ψυχώσεων), ιδιαίτερα στο επίπεδο ελέγχου των περιόδων όξυνσης των διαταραχών. Στο Νοσοκομείο Ημέρας, η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, συνοδεύεται από κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών ή σε ιδιαίτερες περιπτώσεις από έλεγχο για την συστηματική λήψη των φαρμάκων ώστε να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Ψυχοθεραπεία: Η μορφή ψυχοθεραπείας θα επιλεγεί, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Η ατομική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για άτομα με σοβαρές ψυχικές παθήσεις, στα πλαίσια όμως του Νοσοκομείου Ημέρας οι ομαδικές τεχνικές μπορούν να έχουν τα ίδια αποτελέσματα. Η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει επίσης το πλεονέκτημα της ύπαρξης συνθηκών κοινωνικής αλληλεπίδρασης, γεγονός που συμβάλει στην κοινωνική επανένταξη των νοσηλευόμενων ατόμων. Κυρίως τεχνικές θεραπείας της συμπεριφοράς είναι αποτελεσματικές σε πολλές περιπτώσεις, όπως μείωση αυτοτραυματισμών, μείωση επιθετικής συμπεριφοράς, εκμάθηση δεξιοτήτων, σωστή λήψη φαρμάκων, καθημερινή προσέλευση στο νοσοκομείο ημέρας κ.ά. (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Εργασιοθεραπεία: Η εργασιοθεραπεία αποτελεί μια σημαντική προσπάθεια αποφυγής της παθητικότητας των ψυχιατρικών ασθενών. Αποτελεί, παράλληλα, ένα μέσω ψυχαγωγίας – αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου αλλά και το αρχικό στάδιο της προεπαγγελματικής κατάρτισης για τα άτομα που είναι σε θέση να αποκατασταθούν επαγγελματικά στο μέλλον (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Οικογενειακή - Κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα: Οι εξυπηρετούμενοι περνούν το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας στα πλαίσια του Νοσοκομείου Ημέρας. Αυτό, τους επιτρέπει να παραμένουν στο φυσικό – κοινωνικό τους περιβάλλον, χωρίς να απομακρύνονται και να αποξενώνονται από τα πλαίσια της κοινότητας. Η εκπαίδευση για τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενούς και η υποστηρικτική βοήθεια, συντελούν στην κατάλληλη προετοιμασία της οικογένειας και στη μείωση του βάρους – οικονομικού και ψυχολογικού – που προέρχεται από την συμβίωση με ένα χρόνια ψυχικά πάσχοντα άτομο. Οι δε κοινωνικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου Ημέρας, μπορούν να κατευθύνουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους και σε άλλες υπηρεσίες της κοινότητας που προσφέρουν ιατρική κάλυψη, οικονομική βοήθεια κ.λ.π. (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Διδακτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες: Πολλοί χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες εξαιτίας της πρώιμης έναρξης της νόσου, πιθανόν να έχουν περιορισμένο μορφωτικό επίπεδο, χωρίς απαραίτητα να στερούνται των αναγκαίων νοητικών

ικανοτήτων. Η εκπαίδευση μπορεί να αφορά θέματα πρακτικής φύσης και καθημερινότητας, όπως η χρήση κοινωνικών υπηρεσιών, μετακίνησης, συμπλήρωση αιτήσεων κ.ά., αλλά και γενικότερα θέματα ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητες των μελών της ομάδας του Νοσοκομείου Ημέρας (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

Οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία, καθώς προωθούν τις κοινωνικές επαφές όχι μόνο μεταξύ των ασθενών, αλλά και με το προσωπικό του νοσοκομείου ημέρας και τον ευρύτερο πληθυσμό της κοινότητας. Οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες μπορούν να πραγματοποιούνται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου ημέρας αλλά και έξω από αυτό, με τη μορφή εκδρομών, επισκέψεων σε εκθέσεις, μουσεία, κινηματογράφο, δημόσιους χώρους κ.λ.π. (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1988).

8.5.ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Τα εξωτερικά ιατρεία αποτελούν άλλον ένα παραδοσιακό ψυχιατρικό χώρο, ο οποίος μεταλλάσσεται εντασσόμενος στο κοινοτικό πλαίσιο. Συχνά στεγάζονται έξω από τους χώρους το ψυχιατρικού Νοσοκομείου, με σκοπό να εξαλείψουν την έννοια της προκατάληψης και του στίγματος που είναι στενά συνδεδεμένες με τον εγκλεισμό και την απομόνωση. Αυτή η μετακίνηση των εξωτερικών ιατρείων εκτός από χωροταξικό χαρακτήρα, έχει και άλλο σκοπό: την τροποποίηση της ίδιας της δομής και της λειτουργίας του, καθώς αποκόπτονται από τη λογική εισόδου-εξόδου και κινούνται σε μια κατεύθυνση παρακολούθησης και συμβουλευτικής. Αυτό όμως συμβαίνει, μόνο όταν εντάσσονται οργανικά σ' ένα ψυχιατρικό Νοσοκομείο και όχι σ' ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Με αυτόν τον τρόπο τα εξωτερικά ιατρεία έχουν ένα «τομεοποιημένο» προσανατολισμό, εφόσον απευθύνονται όχι σε μεμονωμένα άτομα, σε φορείς ψυχοπαθολογίας, αλλά σε κοινωνικά υποκείμενα που εντάσσονται σε μια γεωγραφική περιοχή με συγκεκριμένα και σαφή χαρακτηριστικά, τα οποία λαμβάνονται υπ' όψη στις θεραπευτικές παρεμβάσεις (Τζανάκης, 2003).

8.6.Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο ψυχιατρικός τομέας στο γενικό Νοσοκομείο έρχεται να υποκαταστήσει μερικώς ή /και πλήρως το ψυχιατρικό Νοσοκομείο, διατηρώντας κι επαυξάνοντας το

ιατρικό status της ψυχιατρικής πρακτικής. Με τη δημιουργία του ψυχιατρικού τομέα στα γενικά Νοσοκομεία επιτυγχάνεται αφενός η άρση των τοίχων που δημιούργησε ο θεσμός του ασύλου ανάμεσα στη ψυχιατρική και την υπόλοιπη ιατρική και αφετέρου ο αποστιγματισμός της ψυχικής ασθένειας. Ο ψυχιατρικός τομέας του γενικού Νοσοκομείου, όπως και οι προαναφερθέντες δομές, απευθύνεται στο πληθυσμό της γεωγραφικής περιοχής που καλύπτει το γενικό Νοσοκομείο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ο θεραπευόμενος να δέχεται τις παρεχόμενες υπηρεσίες μέσα στο φυσικό του κοινωνικό περιβάλλον, χωρίς τον εγκλεισμό του σε κάποιο άσυλο μέσα στο οποίο θα αποκόπτονταν οι δεσμοί του ατόμου με τους σημαντικούς άλλους. Η νοσηλεία είναι σύντομη και αφορά μόνο στην «οξεία φάση», ενώ αντιμετωπίζονται και τυχόν ψυχιατρικά προβλήματα των υπόλοιπων νοσηλευομένων (Τζανάκης, 2003).

8.7.ΟΙ ΞΕΝΩΝΕΣ, ΤΑ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΗΜΙΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Αυτές οι νέες στεγαστικές δομές έχουν περισσότερο ένα μετανοσοκομειακό χαρακτήρα κι εντάσσονται στο πλαίσιο ενός προγράμματος αποκατάστασης κι επανένταξης. Διακρίνονται μεταξύ τους από το μέγεθος τους (αριθμός διαμενόντων) και από το βαθμό και το είδος της επίβλεψης και της υποστήριξης. Αν και καταστατικά έχουν περιορισμένο χρονικό ορίζοντα παροχής υπηρεσιών, εφόσον αποσκοπούν είτε στη σταδιακή μαθητεία της αυτόνομης διαβίωσης, όταν πρόκειται γι' άτομα που έχουν ζήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε κλειστές ψυχιατρικές υπηρεσίες, είτε στην περιστασιακή διαμονή των ατόμων που βρίσκονται σε οξεία φάση ή χρήζουν συστηματικής υποστήριξης. Πολλές φορές αναλαμβάνουν τη φροντίδα ατόμων για πολύ μεγάλα διαστήματα, ελλείψει άλλων επιλογών. Συνήθως επιδιώκεται να λειτουργήσουν ως «υποκατάστατο» του οικογενειακού περιβάλλοντος, κατά τρόπο τέτοιο ώστε τα άτομα που φιλοξενούνται να μαθητεύουν στην αυτονομία και στις κοινωνικές δεξιότητες. Στόχος των δομών αυτών είναι, τα άτομα να ξεπεράσουν τις δυσκολίες διαβίωσης και επιβίωσης που αντιμετωπίζουν (έλλειψη μόνιμης κατοικίας, έλλειψη εργασίας, οικογενειακές συγκρούσεις κτλ) για όσο καιρό διαμένουν σ' αυτό το προστατευμένο περιβάλλον (Τζανάκης, 2003).

8.7.1. ΞΕΝΩΝΑΣ

Ο ξενώνας ως μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη, που λίγο-πολύ αυτοεξυπηρετούνται, ύστερα από αίτησή τους και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους την κοινότητα. Παραμένουν για λιγότερα χρονικά διαστήματα από ότι στις άλλες δομές και έχουν κάποιες ελπίδες επαγγελματικής αποκατάστασης (Lempriere et al, 1995).

Ειδικότερα στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική ή προσωρινή η απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής κι επανεκπαίδευσης για τη ζωή στη κοινότητα. η δυναμικότητα του ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

Οι ξενώνες ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και του βαθμού υποστήριξης αυτών, διαβαθμίζονται σε:

- Βραχείας διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.
- Μέσης διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου βαθμού υποστήριξης.
- Μακράς διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

Οι ξενώνες ανάλογα με το χώρο εγκατάστασής τους χωρίζονται σε:

- Ενδονοσοκομειακούς ξενώνες, οι οποίοι βρίσκονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είναι βραχείας και μέσης παραμονής και σ' αυτούς γίνεται η προετοιμασία για τη μετάβαση των ατόμων σε ψυχιατρικά τμήματα Ψυχιατρικών ή Γενικών Νοσοκομείων στους εξωνοσοκομειακούς ξενώνες.
- Εξωνοσοκομειακούς ξενώνες, οι οποίοι βρίσκονται μέσα στην κοινότητα, είναι βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής.

Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού στον ξενώνα ως εξής :

- Υψηλός βαθμός υποστήριξης : εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο10)

- Μέσος βαθμός υποστήριξης :κατώτερη του εικοσιτετραώρου παρουσία προσωπικού (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο).

Στην έννοια του «κλειστού νοσηλίου» και στις τρεις (ξενώνας, οικοτροφεία, διαμερίσματα)υπάρχουσες δομές περιλαμβάνεται η νοσηλεία, τα φάρμακα και η ψυχολογική στήριξη, τα τρόφιμα, τα είδη υγιεινής και ασφάλειας και τα υλικά καθαριότητας, τα έξοδα για εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες, για συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, η αγωγή της κοινότητας σε θέματα που αφορούν τη ψυχική υγεία και η εκπαίδευση της κοινότητας σε θέματα αποκατάσταση και υποστήριξης των ασθενών

- Χαμηλός βαθμός υποστήριξης :περιοδική παρουσία προσωπικού για τη παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων(ημερήσιο κλειστό νοσήλιο) (Lemperiere et al, 1995).

8.7.2.ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ

Το οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Οι πιθανότητες επαγγελματικής τους αποκατάστασης είναι μικρές ή ανύπαρκτες (Lemperiere et al, 1995).

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί το οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25. Περιορισμός στο χρόνο παραμονής δεν υπάρχει στο οικοτροφείο. Ειδικότερα τα άτομα που διαμένουν στο οικοτροφείο είναι άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα, άτομα με νοητική στέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές και άτομα που μπορούν να ζουν στη κοινότητα, αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας.

Μια διαφοροποίηση που πραγματοποιείται στα οικοτροφεία είναι αυτή ανάλογα με την ηλικία. Έτσι έχουμε:

- Οικοτροφείο νέων από 19– 30 ετών
- Οικοτροφείο ενηλίκων 31– 55 ετών και
- Οικοτροφείο από 56 ετών και άνω (Lemperiere et al, 1995).

8.7.3. ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

Το διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική στέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες, αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν σε διαμέρισμα δεν υπερβαίνει τα 6. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευόμενα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητας τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση (Lemperiere et al, 1995).

Οι ένοικοι που εντάσσονται στα διαμερίσματα είναι υποχρεωμένοι να τηρούν το κανονισμό λειτουργίας αυτών. Βασικές αρχές είναι: η συναίνεση του ενοίκου ως προς τη φαρμακευτική αγωγή, η λήψη των αποφάσεων με τη σύμφωνη γνώμη της θεραπευτικής ομάδας, η συμμετοχή στην καθαριότητα, η φροντίδα της ατομικής εμφάνισης, η τήρηση ωραρίου και κανόνων κοινής ζωής (π.χ. ώρες κοινής ησυχίας), η συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, η αποφυγή διενέξεων με ενοίκους της πολυκατοικίας ή γείτονες, η απαγόρευση διανυκτέρευσης εκτός σπιτιού χωρίς άδεια, χρήσης οινόπνευματων και συμμετοχής σε τυχερά παιχνίδια (Μαδιανός, 2005).

8.8. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εργασιοθεραπεία έχει μια μακρά παράδοση στη ψυχιατρική. Πολύ νωρίς θεωρήθηκε ότι η εργασία συνιστά θεραπευτικό παράγοντα, ο οποίος συμβάλλει στη προσομοίωση της ομαλής κοινωνικής ζωής και στα μάθηση της εργασίας. Στο κοινοτικό ψυχιατρικό πλαίσιο η ένταξη του ατόμου με ψυχιατρικές διαγνώσεις σε τέτοιου είδους δομές, όπως είναι ένας συνεταιρισμός «κοινωνικού χαρακτήρα» ή ένα επιμορφωτικό σεμινάριο εκπαίδευσης σε ένα επάγγελμα, νοείται ως θεραπευτική κι επανενταξιακή πρακτική. Από τη μια έχει αναπτυχθεί μια ολόκληρη υποστηρικτική τεχνολογία βασισμένη στην επαγγελματική απασχόληση και από την άλλη παρέχονται ορισμένα εφόδια για μια μελλοντική ένταξη στο κόσμο της εργασίας. Οι σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες με τα πολύ υψηλά ποσοστά ανεργίας, ιδιαίτερα όσον αφορά τις νεαρές ηλικίες, έχουν στρέψει το βάρος από την

επαγγελματική στη στενά ψυχοθεραπευτική διάσταση της προστατευμένης εργασίας και της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (Τζανάκης, 2003).

8.9. Η ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ

Η κινητή μονάδα αποτελεί την πιο ενεργητική και πιο δραστική παρέμβαση για την υπέρβαση του ασύλου, προλαμβάνοντας τον εγκλεισμό σε αυτό. Εδώ έχουμε πλήρη αντιστροφή του παραδοσιακού μοντέλου, καθώς το υποκείμενο εντοπίζεται στο φυσικό χώρο διαβίωσής του, χωρίς τη μεσολάβηση της νοσηλείας. Έτσι αντιμετωπίζεται μέσα στο φυσικό του περιβάλλον.

Αν και συχνά αντιμετωπίζεται ως προσωρινή και αναγκαστική λύση, η οποία απαντά στην έλλειψη ενός ευρέως δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών, η κινητή μονάδα και ο γενικότερος προσανατολισμός προς την κατεύθυνση της «φροντίδας στο σπίτι» αποτελεί το κατεξοχήν μοντέλο για τις πλέον σύγχρονες εξελίξεις στην ψυχιατρική φροντίδα, αλλά και για τις υπό διαμόρφωση προνοιακές υπηρεσίες (Τζανάκης, 2003).

8.10. ΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Οι παρεμβάσεις στην κοινότητα αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, στον οποίο απευθύνεται μια αποκεντρωμένη κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία, μέσω διαφόρων μορφών (σεμινάρια, ομιλίες κτλ). Κύριος στόχος είναι η εξάλειψη του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, αλλά και η εξοικείωση και η αποδοχή της κοινότητας προς τις νέες δομές που βρίσκονται μέσα στην ίδια τη κοινότητα.

Εκτός όμως από την προσπάθεια αποστιγματισμού της ψυχικής ασθένειας, αυτό που επιδιώκουν οι παρεμβάσεις στην κοινότητα είναι η ενεργό συμμετοχή της ίδιας της κοινότητας στις θεραπευτικές διαδικασίες. Ο πληθυσμός της εκάστοτε γεωγραφικής περιοχής καλείται όχι μόνο να γνωρίσει την κοινωνική διαδικασία παραγωγής των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, αλλά και να συμβάλλει ενεργητικά στην αντιμετώπισή τους. Η κοινότητα δεν αποτελεί μόνο ένα χώρο παρέμβασης, αλλά πολύ περισσότερο ένα δυνάμει βασικό παράγοντα θεραπευτικής δράσης.

Η δυνατότητα ενεργητικής παρέμβασης της κοινότητας μπορεί να επιφέρει τη πρωτοβάθμια πρόληψη. Μέσα από συναντήσεις κι ενημερωτικές εκδηλώσεις τα άτομα και οι οργανώσεις καλούνται να συγκροτηθούν, προκειμένου να

αντιμετωπιστούν οι πιθανές δυσκολίες προσαρμογής και τα αναδυόμενα ψυχιατρικά προβλήματα των μελών της κοινότητας (Τζανάκης, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μια «φυσιολογική» θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (Μαδιανός, 2005).

Σύμφωνα με το ορισμό που δόθηκε από το Κέντρο Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α η Ψυχιατρική Αποκατάσταση έχει στόχο να αυξάνει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς. Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο όρος «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση» που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις: την αποκαταστασιακή διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση (Μαδιανός, 1994).

9.1.ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Κατά τον Zussman, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διέπεται από τις οκτώ ακόλουθες βασικές αρχές:

- Η ψυχική ασθένεια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμα και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα

άτομο που υπολειτουργεί σε ένα τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς.

- Η ανθρωπίνη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις. Το μόνο πρόβλημα είναι ο χρόνος που απαιτείται για να αποκτηθούν αυτές οι νέες ικανότητες.
- Η ανθρωπίνη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα.
- Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό. Η επιδίωξη των ψυχοθεραπευτών και εργοθεραπευτών να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να δρα «φυσιολογικά», αντανακλά τα κοινωνικά στοιχεία που οριοθετούν τη συμπεριφορά.
- Η επιδίωξη της ψυχιατρικής αποκατάστασης ως διαδικασίας για την επανένταξη είναι να προσφέρει συνθήκες στο άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές. Εδώ καταγράφεται και το μειονέκτημα των ψυχιατρείων να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα παρόμοια με τις κοινωνικές συνθήκες που θα ζήσει ο ασθενής έξω στην κοινότητα.
- Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδραση του με τα άλλα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μία θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που το άτομο είναι δεμένο με την ομάδα και του βαθμού στον οποίο εκείνη το επηρεάζει.
- Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει την συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρέπει να αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών, γι' αυτό στην ομάδα της ψυχιατρικής αποκατάστασης συμμετέχουν άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο, η συμπεριφορά των οποίων μπορεί να αποτελέσει σημείο ενίσχυσης της φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωσικών μελών.
- Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης πάντοτε ακολουθεί μία ιεραρχημένη διαδικασία στους τρεις βασικούς τομείς (εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες) (Μαδιανός, 1994).

9.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Ουσιαστικά οι παρεμβάσεις επανένταξης πρώην ψυχιατρικών νοσηλευόμενων έχουν σημαντικά συνδεθεί με το πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση «η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μία διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα – με έκπτωση λειτουργικότητας ανάκανα ή ανάπηρα από μία ψυχική διαταραχή – να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια, που να έχει παραγάγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας» (Ζήση, 2002).

Ο παραπάνω ορισμός καλύπτει δυο βασικούς άξονες που αφορούν : α) τη βελτίωση της λειτουργικότητας του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα και την ανάπτυξη των λανθανουσών δεξιοτήτων του και β) την εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος του οποίου οι πόροι θα πρέπει να συμβαδίζουν με τις ανάγκες του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα. Οι άξονες αυτοί περιγράφουν, κατά κάποιον τρόπο, τη μετάβαση από τη βιοϊατρική προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής σε μια περισσότερο ψυχοκοινωνική προσέγγιση, όπου ο ψυχικά πάσχων χαρακτηρίζεται όχι μόνο από συμπτώματα και κοινωνικές μειονεξίες αλλά και από δυνατότητες και συγκεκριμένες ανάγκες οι οποίες μπορούν να αναγνωσθούν και να απαντηθούν (Ζήση, 2002).

Οι πολιτικοί σχεδιασμοί της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θα πρέπει να στοχεύουν :

1. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας όπου τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες να προσεγγίζονται με έναν τρόπο ολιστικό που αναγνωρίζει όχι μόνο τις ψυχιατρικές τους μειονεξίες αλλά και τα θετικά τους χαρακτηριστικά και έτσι να αντιμετωπίζονται ανάλογα.
2. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο δεσμεύεται για τη βελτίωση του στεγαστικού, επαγγελματικού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού επιπέδου του κάθε ψυχικά πάσχοντα.

3. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, στο οποίο οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες θα μπορούν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό αλλά και στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

4. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο αναγνωρίζει τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών αποκατάστασης σε τεχνικές και τεχνογνωσίες απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

5. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας το οποίο πιστεύει στην ανάρρωση του ψυχικά πάσχοντα.

Οι βασικές αυτές αρχές αναδεικνύουν τον ψυχικά πάσχοντα σε άτομο με αυτονόητες ανάγκες και θετικά χαρακτηριστικά, το οποίο μπορεί να αναρρώσει της χρόνιας ψυχικής διαταραχής και να συμβάλει με ενεργητικό τρόπο στο σχεδιασμό και στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, υπογραμμίζουν τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών της αποκατάστασης σε ειδικές τεχνικές και τέλος επικεντρώνονται στη δέσμευση του συστήματος ψυχικής υγείας για κάλυψη των ατομικών, κοινωνικών, στεγαστικών και επαγγελματικών αναγκών του ψυχικά πάσχοντα. (Ζήση, 2002).

9.3. ΠΕΔΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΙΑΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Κεντρικά ζητούμενα των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων με στόχο την κοινωνική επανένταξη των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε ατομικό επίπεδο είναι :

A) **Το Κλινικό**, το οποίο αναφέρεται στη μείωση της κλινικής συμπτωματολογίας, στον καλύτερο χειρισμό και αντιμετώπιση της, στη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, στη μείωση των υποτροπών, στον καλύτερο χειρισμό των κρίσεων και στη μείωση των εισαγωγών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι παρεμβάσεις σε κλινικό επίπεδο αποβλέπουν όχι μόνο στην ύφεση της συμπτωματολογίας με τις ελάχιστες δυνατές παρενέργειες αλλά και στην εξασφάλιση μιας εξατομικευμένης προσέγγισης, ενός θεραπευτικού συνεχούς, της εμπλοκής των ίδιων των ψυχικά πασχόντων μέσα από την επαρκή ενημέρωσή τους, της έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης των κρίσεων και των υποτροπών τους μέσα από τη συνεχή λειτουργία μονάδων κρίσης και, τέλος της παροχής μιας ενεργητικής, υποστηρικτικής και ολοκληρωμένης φροντίδας μέσα στο φυσικό πλαίσιο ύπαρξης και δράσης του πάσχοντα (Ζήση, 2002).

B) **Το Λειτουργικό**, το οποίο αναφέρεται στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στην ανάδειξη των λανθανουσών δεξιοτήτων, προκειμένου να είναι σε θέση το άτομο να ανταποκριθεί σε συμπεριφορές και ρόλους και παράλληλα να αξιοποιήσει όσο το δυνατόν καλύτερα πόρους και ευκαιρίες. Οι επιδράσεις των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων στη λειτουργικότητα του ψυχικά πάσχοντα μπορούν να συνοψιστούν ως εξής :

- 1) Η μετάβαση χρόνιων ψυχικά πασχόντων από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε κοινοτικές στεγαστικές δομές βελτιώνει τη λειτουργικότητα τους ενώ περιορίζει αποκλίνουσες συμπεριφορές τους.
- 2) Εξειδικευμένες παρεμβάσεις με στόχο την ανάπτυξη ή/και την ανάκτηση χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων δείχνουν πως μπορεί να εξασφαλίσουν θετικά αποτελέσματα.
- 3) Η λειτουργικότητα έχει βρεθεί να επηρεάζει διαδικασίες επιλογής και τοποθέτησης ψυχικά πασχόντων σε διαφορετικού τύπου στεγαστικές δομές: οι ψυχικά πάσχοντες με πιο φτωχές κοινωνικές δεξιότητες διαμένουν σε στεγαστικές δομές υψηλής επίβλεψης ενώ, αντίθετα, εκείνοι με τις καλύτερες κοινωνικές δεξιότητες διαμένουν σε αυτόνομες στεγαστικές δομές.
- 4) Η λειτουργικότητα έχει βρεθεί να συνδέεται με την ποιότητα αλληλεπιδράσεων με μέλη της οικογένειας και του προσωπικού: οι λιγότερο λειτουργικοί ψυχικά πάσχοντες βρέθηκαν να έχουν τις πιο αρνητικές αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό αλλά και με μέλη της οικογένειας.
- 5) Η λειτουργικότητα έχει βρεθεί να συνδέεται με διαδικασίες φροντίδας και θεραπευτικά χαρακτηριστικά στεγαστικών δομών : δομές που εξασφάλιζαν καθημερινές πρακτικές διευκολύνσεις είχαν θετικές επιδράσεις σε πάσχοντες με χαμηλή λειτουργικότητα ενώ, αντίθετα, είχαν αρνητικές επιδράσεις σε πάσχοντες με υψηλή λειτουργικότητα (Ζήση, 2002).

Γ) **Το Ψυχολογικό**, το οποίο αναφέρεται στην επανασυγκρότηση της ταυτότητας με θετικούς συνειρμούς και χαρακτηριστικά ενισχύοντας την αυτό – εικόνα μέσα από συνθήκες, διαδικασίες και ρόλους που να ενθαρρύνουν εμπειρίες και αισθήματα αυτοελέγχου, αυτό-αποτελεσματικότητας, αυτονομίας και ενεργούς εμπλοκής. Η γνώση σχετικά με την επίδραση των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων στις εσωτερικές ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου με ψυχιατρικές δυσκολίες είναι αρκετά περιορισμένη. Ωστόσο, από το μικρό αυτόν αριθμό μελετών έχει βρεθεί πως παρεμβάσεις που αποβλέπουν στην ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας και του αισθήματος ελέγχου έχουν θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής και στην

αυτοεικόνα. Γίνεται φανερό πως πολλά από τα ερωτήματα που αφορούν τη δόμηση εαυτού μετά την εμφάνιση της σχιζοφρένειας και τις επιδράσεις των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων σε εσωτερικές ψυχολογικές εκτιμήσεις δεν έχουν λάβει εμπειριστατωμένες απαντήσεις (Ζήση, 2002).

Δ) **Το Διαπροσωπικό**, το οποίο αναφέρεται στην ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, μέσα από το οποίο το άτομο θα μπορεί να λαμβάνει συναισθηματική αλλά και πρακτική υποστήριξη από συγγενείς, ερωτικούς συντρόφους και φίλους. Υπάρχει ένα εκτενές σώμα εμπειρικών ερευνών που δείχνει πως η κοινωνική υποστήριξη ή, διαφορετικά, η ύπαρξη διαθέσιμων και ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων είναι προστατευτική της υγείας, ενώ η κοινωνική απομόνωση είναι απειλητική τόσο για τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία του ατόμου (Ζήση, 2002).

Ε) **Το Στεγαστικό**, το οποίο αναφέρεται στην εξασφάλιση ενός στεγαστικού περιβάλλοντος το οποίο να αντανακλά ή να προσεγγίζει όσο το δυνατόν περισσότερο τις επιθυμίες και τις προσωπικές επιλογές του ίδιου του ψυχικά πάσχοντα. Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων από το ψυχιατρείο σε στεγαστικές δομές στην κοινότητα, όπως ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα, αποβλέπει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους μέσα από την εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, θετικών αλληλεπιδράσεων με μέλη του προσωπικού και σύνδεσης με το περιβάλλον της κοινότητας. Στις νέες δομές είναι σημαντικό ο πρώην νοσηλεύμενος να αισθανθεί το νέο του περιβάλλον ως ένα δικό του χώρο και όχι ως μια μεταβατική θεραπευτική δομή που του διασφαλίζει μόνο «στέγη» (Ζήση, 2002).

Στ) **Το Επαγγελματικό**, το οποίο αναφέρεται στην εξασφάλιση επαγγελματικών συνθηκών που να αντιστοιχούν όχι μόνο στις πραγματικές ικανότητες και δεξιότητες του ατόμου, αλλά και στις εν δυνάμει ικανότητες του καθώς και στα εργασιακά του ενδιαφέροντα. Η εργασία, αυτονόητα, έχει αποτελέσει έναν από τους κυριότερους άξονες στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με χρόνιες και σοβαρές ψυχιατρικές δυσκολίες. Η εργασία εκτός από την εξασφάλιση ενός σταθερού εισοδήματος μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην ανάκτηση της χαμένης αυτοεικόνας και γενικότερα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, η οποία είναι αδιάρρηκτα συνδεδεμένη με την εξάσκηση του δικαιώματος στην εργασία. Δεν υπάρχει, ωστόσο, αμφιβολία πως τα άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως οι ψυχικά πάσχοντες, έχουν ελάχιστες ευκαιρίες απασχόλησης και είναι αντιμέτωπα με την ανεργία. Επομένως, η

επαγγελματική τους αποκατάσταση αποτελεί ένα πεδίο καίριας σημασίας για την κοινωνική τους επανένταξη (Ζήση, 2002).

9.4.ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διακρίνονται:

- 1) στη μεταβατική φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνεται η μερική νοσηλεία στο Νοσοκομείο Ημέρας ή στο Κέντρο Ημέρας, το θεραπευτικό περιβάλλον, η θεραπευτική κοινότητα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η ψυχιατρική εργοθεραπεία κατά τη μεταβατική φάση και οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες και
- 2) στην κύρια φάση της αποκατάστασης που περιλαμβάνει την κοινωνική αποκατάσταση με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών και τις εναλλακτικές στεγαστικές λύσεις στη διαμονή (ξενώνας, προστατευόμενο διαμέρισμα, θετή οικογένεια), την επαγγελματική αποκατάσταση και το περίγραμμα του χώρου των υπηρεσιών της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης (Μαδιανός, 1994).

9.5.ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Με τη φράση αυτή εννοούμε την περίοδο από την έξοδο ενός ασθενή από το ψυχιατρείο μέχρι και την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής του. (Μαδιανός, 1994) .

9.5.1.ΜΕΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η δομή και η λειτουργία της ημερήσιας περίθαλψης διακρίνεται από τον τύπο του ίδιου του συστήματος της περίθαλψης σε: α) Νοσοκομεία Ημέρας μέσα στα Κρατικά Ψυχιατρεία και β) σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Ημέρας σε ψυχιατρικά ιδρύματα εντατικής περίθαλψης, όπως σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, σε κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής ή σε κλινικές (εξωτερικά ιατρεία) θεραπευτικής παρακολούθησης.

Σε όλες τις περιπτώσεις οι θεραπευτικοί στόχοι είναι ίδιοι, δηλαδή: 1) η θεραπευτική ολοκλήρωση της μεταβατικής φάσης της ζωής του αρρώστου από την ψυχοπαθολογική κατάσταση στη φυσιολογική ζωή στην κοινότητα και 2) η παροχή

κάθε δυνατής βοήθειας για την προσαρμογή των αρρώστων στην κοινότητα μετά από μια νοσηλεία και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής και επανεισαγωγής . Το προσωπικό στην ημερήσια περίθαλψη εργάζεται με την μορφή ομάδας. Συναντάμε όλα τα βασικά επαγγέλματα της ψυχικής υγείας με έμφαση περισσότερο στο ρόλο του εργοθεραπευτή και των ειδικών θεραπειών (Μαδιανός, 1994).

9.5.2.ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Εννοούμε ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθεί το άγχος τους και η τυχόν ανασφάλειά τους. Αναπτύσσεται ταυτόχρονα το αίσθημα της ομαδικότητας, της ανοχής προς τους άλλους και του σεβασμού των αναγκών τους, ενώ ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στο ομαδικό πνεύμα. Όλα αυτά συντελούν στην επίτευξη του κύριου θεραπευτικού στόχου που είναι να μπορέσει ο νοσηλευόμενος να ξεχωρίσει το ρόλο που έχει μέσα στο ψυχιατρείο και το ρόλο που θα αποκτήσει μετά την έξοδό του απ' αυτό (Μαδιανός, 2005).

9.5.3. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Είναι ένα πρότυπο θεραπευτικής προσέγγισης, με αρχική εφαρμογή τους ψυχιατρικούς θαλάμους, το οποίο προσφέρει ένα αποτελεσματικό περιβάλλον για την αλλαγή της συμπεριφοράς των νοσηλευόμενων μέσα από τον εκκοινωνισμό και την αποκατάσταση.

Στη θεραπευτική κοινότητα τα μέλη αποτελούν οι νοσηλευόμενοι, το προσωπικό και οι συγγενείς τους που εμπλέκονται διοικητικά και συναισθηματικά κυρίως. Οι ρόλοι και οι σχέσεις επανεξετάζονται και συζητούνται συχνά. Στόχος είναι η ευόδωση της επικοινωνίας των μελών και να αυξηθεί το επίπεδο της ευελιξίας τους (Μαδιανός, 2005).

9.5.4. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Η ψυχιατρική εργοθεραπεία είναι η πρώτη παρέμβαση σ' ένα ψυχικά άρρωστο άτομο το οποίο προγραμματίζει να βγει από το ψυχιατρείο. Αποτελεί τη

βασική θεραπευτική αποκαταστασιακή παρέμβαση σ' αυτή τη φάση. Η εργοθεραπεία μπορεί να ασκείται ατομικά ή ομαδικά, μέσα ή έξω από το ψυχιατρείο. Βοηθάει το άτομο σε πρώτο στάδιο να ικανοποιεί τις ανάγκες για εξάρτηση, επιθετικότητα, παλινδρομική συμπεριφορά και συμβολισμούς, ενώ σε δεύτερο στάδιο το βοηθά να αναπτύσσει την αισθητηριακή του αντιληπτικότητα, να συντονίζει τις κινητικές και νοητικές λειτουργίες, να αναπτύσσει τα όρια και την προσωπική ανεξαρτησία του Εγώ, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και πρωτοβουλίες. Έτσι το άτομο φτάνει στο επίπεδο της αυτοεξυπηρέτησης και αργότερα στην ανεξαρτητοποίηση (Μαδιανός, 1994).

9.5.5. ΟΙ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Με αυτόν τον όρο εννοούμε κάθε προγραμματισμένη δραστηριότητα που ασκεί το άτομο σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ή σε έναν άλλο χώρο, δραστηριότητα που κρίνεται ως απαραίτητη για την ικανοποίηση των αναγκών του, προσωπικών και λειτουργικών. Ο θεραπευτικός χαρακτήρας επιτυγχάνεται μέσα από τους μηχανισμούς μάθησης νέων δεξιοτήτων ή βελτίωσης προηγούμενων. Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες διακρίνονται σε εκείνες που ικανοποιούν βασικές ανάγκες με ένα συμβολικό χαρακτήρα και σε εκείνες που ενισχύουν την ανάπτυξη του ατόμου (Μαδιανός, 2005).

9.6. ΚΥΡΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

9.6.1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Περιλαμβάνει τους εξής φορείς: την κοινωνική λέσχη, τις στεγαστικές εναλλακτικές υπηρεσίες (ξενώνας, οικοτροφείο, θετές οικογένειες, προστατευμένη διαμονή) και την κοινωνική πρόνοια.

I. Οι υπηρεσίες της κοινωνικής αποκατάστασης

- Κοινωνική λέσχη: έχει ως στόχο την κοινωνικοποίηση- επανένταξη των μελών της στην κοινότητα μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό περιεχόμενο. Οι δραστηριότητες ασκούνται μέσα και έξω από το χώρο της λέσχης.

- Στεγαστικές εναλλακτικές λύσεις: βασικός στόχος τους είναι η μείωση του χρόνου νοσηλείας των ψυχικά αρρώστων στο ψυχιατρείο, η υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου.
- Μετανοσοκομειακός Ξενώνας: ο χρόνος παραμονής είναι βραχύς (περίπου 3 μήνες). Χρησιμοποιείται ως εναλλακτική λύση διαμονής από άτομα που βγαίνουν από το ψυχιατρείο.
- Οικοτροφείο: είναι μονάδα προστατευμένης μακρόχρονης διαμονής με αριθμό μελών 20 άτομα, τα οποία είναι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι χωρίς δυνατότητες για ανεξάρτητη διαμονή στην κοινότητα.
- Προστατευμένο διαμέρισμα: διαμένουν τρεις ή τέσσερις ψυχικά άρρωστοι με περιορισμένη εποπτεία ανά διήμερο ή έως μια φορά την εβδομάδα
- Θετή οικογένεια: ο θεσμός αυτός αναπληρώνει την πραγματική οικογένεια ενώ το κράτος βοηθά οικονομικά τη διαβίωση του αρρώστου
- Κοινωνική πρόνοια: προβλέπεται μια κάποια επιδότηση των οικογενειών τους ή των εργοδοτών τους σε περίπτωση που προσλάβουν το άτομο που έχει ψυχολογικά προβλήματα .

9.6.2. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Αποτελεί το μακροπρόθεσμο στόχο της πλήρους αποκατάστασης ενός ψυχικά αρρώστου μέσα από την έκθεσή του σε επαγγελματικού τύπου εργασιακά πλαίσια και προκαταρκτική εκπαίδευση σε διάφορες επαγγελματικές περιοχές για την ανάπτυξη ή απόκτηση νέων επαγγελματικών επιδεξιοτήτων. Στον τομέα αυτόν ανήκουν:

- το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης, όπου σαν βασικό στόχο έχει τον έλεγχο, που ασκείται από τον εργοθεραπευτή, των ικανοτήτων και επιδεξιοτήτων του ατόμου με το ειδικό πρόβλημα και η προσαρμογή του σε συνθήκες εργασίας. Τα μέλη που μετέχουν σ' ένα τέτοιο πρόγραμμα εμφανίζουν υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας. Ο χρόνος της εκπαίδευσης διαρκεί λίγους μήνες,
- το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης- Αποκατάστασης (Κ.Ε.Ε.), όπου εδώ ένα ποσοστό ατόμων που ακολούθησαν την προεπαγγελματική εκπαίδευση, αλλά δεν βρέθηκε ότι ήταν ικανά να απορροφηθούν από την ελεύθερη αγορά εργασίας, παραπέμπονται στο Κ.Ε.Ε όπου η εκπαίδευση επικεντρώνεται σ'

ένα επαγγελματικό αντικείμενο (συνήθως η Κ.Ε.Ε. περιλαμβάνει 2 ή 3 επαγγελματικά αντικείμενα). Η λειτουργικότητα των μελών είναι χαμηλότερη αφού τα άτομα αυτά δεν μπόρεσαν να εργαστούν στην ελεύθερη αγορά και χρειάστηκαν ειδική παρατεταμένη επαγγελματική εκπαίδευση,

- η Προστατευμένη Εργασία, που πρόκειται για παραγωγική εργασία που επιχορηγείται, ενώ η αμοιβή του εργαζόμενου είναι ανάλογη με την παραγωγή του, και
- το Προστατευμένο Εργαστήριο που προσφέρει ως χώρος τη δυνατότητα για δουλειά σε άτομα που εμφανίζουν σοβαρά μειονεκτήματα στην αποδοτικότητα τους και δεν μπορούν να είναι ανταγωνιστικοί σε σύγκριση με άλλους συναδέλφους τους (Μαδιανός, 2005).

Βασική προϋπόθεση για την επαγγελματική αποκατάσταση είναι ο επαγγελματικός προσανατολισμός του ατόμου και η αντικειμενική αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των ικανοτήτων του, την ευαισθητοποίηση των εργοδοτών και τις ανάγκες της κοινότητας –αγοράς. Η τελική και η πιο λεπτή φάση είναι η τοποθέτηση σε θέση εργασίας. Εδώ η ευθύνη ανήκει κυρίως στον επαγγελματικό σύμβουλο, στον κοινωνικό λειτουργό και τον εργοθεραπευτή (Χριστοδούλου et all, 2000).

9.6.3.ΤΟ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.

Η αρχιτεκτονική του χώρου των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχει καθορισμένες σταθερές και κανονισμούς. Η αρχιτεκτονική του χώρου στη κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά αρρώστων έχει ουσιαστική βαρύτητα στη γενικότερη αποτελεσματική λειτουργία των προγραμμάτων αυτών (Μαδιανός, 1994).

Βασικές αρχές για τη διαμόρφωση του χαρακτήρα των χώρων είναι:

- Η διασφάλιση της ασφάλειας των εργαζομένων και των μελών των προγραμμάτων, πχ με την αποφυγή της χρήσης επικίνδυνων δομικών τυπικών ή κατασκευών.
- Η ενίσχυση της κοινωνικής επαφής των μελών του προγράμματος με την ύπαρξη χώρων κοινής παραμονής.

- Η άνετη και ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων εσωτερικών χώρων και του εξωτερικού περιβάλλοντος.
- Ο φωτισμός με φυσικό φως και η δημιουργία οπτικών φυγών.
- Να μην δημιουργούνται προβλήματα προσανατολισμού από το σχεδιασμό, ώστε το άτομο να εξοικειώνεται εύκολα με το περιβάλλον.
- Ο χώρος να είναι οικείος από αισθητική και από λειτουργική πλευρά σε αντίθεση με τον ιδρυματισμό χαρακτήρα της αρχιτεκτονικής των ψυχιατρείων.
- Ο χρωματισμός να μη δημιουργεί ψυχολογικές εντάσεις.
- Οι εξωτερικές επιφάνειες να δημιουργούν επίσης αίσθημα οικειότητας (Μαδιανός, 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η δημιουργία των πρώτων ομάδων ψυχικής υγείας εμφανίζεται στις Η.Π.Α. γύρω στο 1920 με 1930. Ο H. Modlin (1980) ψυχίατρος αναφέρει ότι η αρχική μορφή της ομάδας είχε σαν μέλη τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχίατρο, αργότερα προστέθηκαν στις ομάδες και άλλες ειδικότητες. (Παπαδάτος -Στογιαννίδου 1988). Αρχικά η ομάδα η οποία αποτελείτε από τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο λειτούργησε σε ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, στη συνέχεια μεταφέρθηκε σε ιδρύματα, σε μονάδες εξωτερικής νοσηλείας, σε φοιτητικές εστίες, σε κέντρα ψυχικής υγιεινής. Ανάλογα με τη φύση της εργασίας και το σκοπό της κάθε υπηρεσίας προστέθηκαν και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, εργοθεραπευτές κ.λ.π. (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

10.1. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Ο ορισμός που δόθηκε από το Ινστιτούτο του Brunel έχει ως εξής: ομάδα αποτελεί μια κατάσταση όπου οι επιστήμονες που εργάζονται σε αυτή:

1. γνωρίζονται προσωπικά μεταξύ τους,
2. είναι αποδεκτοί από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας,
3. έχουν την πρόθεση να δουλέψουν μαζί επ' αόριστο,
4. εργάζονται πρόσωπο με πρόσωπο σε μικρούς ή μεγάλους αριθμούς.

Το να είναι κανείς μέλος της ομάδας προϋποθέτει:

1. το δικαίωμα των προϋπαρχόντων μελών να έχουν βαρύνουσα γνώμη στη διερεύνησή της,
 2. το δικαίωμα να συμπεριλαμβάνονται σε όλες τις γενικές συζητήσεις ομάδας,
 3. την υποχρέωση να ακολουθούν τους υπάρχοντες κανόνες και διαδικασίες.
- (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988) .

Η θεραπευτική ομάδα θα εργαστεί σε τρία επίπεδα:

- α. στο επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης,
- β. στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας,
- γ. στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης (Μαδιανός, 2000).

Η σωστή λειτουργία της ομάδας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά σημαντικός είναι ο παράγων άνθρωπος και η προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία – μέλους της ομάδας, η εκπαίδευση και μάλιστα η εξειδίκευση του κάθε μέλους, η αντίληψη της ομαδικότητας, η τήρηση των επαγγελματικών ορίων. Προϋποθέτει την αμοιβαία αποδοχή των μελών των διαφόρων ειδικοτήτων και την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη του ασθενούς. Είναι ακόμα απαραίτητη για την καλή και αποδοτική λειτουργία της ομάδας η ύπαρξη αλληλεγγύης, υποστήριξης μεταξύ των μελών καθώς και ο καθορισμός ενός κοινού και αποδεκτού σκοπού. Σημαντικό επίσης είναι ο διαχωρισμός των ρόλων του κάθε επαγγελματία και η ρεαλιστική αντίληψη των επαγγελματικών ορίων για την αποφυγή συγκρούσεων μέσα στην ομάδα. Ο κάθε ειδικός προσφέρει στην ομάδα με βάση τις δικές του γνώσεις, τις ιδέες και προτάσεις, έτσι π.χ. ο κοινωνικός λειτουργός θα πληροφορήσει την ομάδα για τις συνθήκες τις κοινωνικές στις οποίες το άτομο διαβιεί, ο ψυχίατρος θα προβεί στην ψυχιατρική διάγνωση, ο ψυχολόγος θα ερμηνεύσει τις ψυχομετρικές διαδικασίες, κ.λ.π. (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988) .

Όλα τα μέλη της ομάδας θεραπεύουν, ερευνούν, διδάσκουν και διδάσκονται μέσα από την εμπειρία η οποία προκύπτει από την καθημερινή επαφή με τον ασθενή και τα προβλήματα που τον απασχολούν.

Οι στόχοι της ομάδας εξαρτώνται από το θεραπευτικό πλαίσιο στο οποίο ανήκει και λειτουργεί η ομάδα. Ανεξάρτητα από αυτό όμως κατευθύνονται στα εξής επίπεδα:

- α.** στη διάγνωση της ψυχικής νόσου,
- β.** στην αναζήτηση των παραγόντων τόσο από το άμεσο όσο και από το ευρύτερο περιβάλλον που οδήγησαν στην εκδήλωση της νόσου,
- γ.** στη δημιουργία ενός σχεδίου δράσης για τη θεραπεία του ασθενούς (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Κατά συνέπεια η λειτουργία της ομάδας δεν αφορά μόνο τη διάγνωση και τη θεραπευτική στρατηγική αντιμετώπιση αλλά και την περαιτέρω θεραπευτική στρατηγική. Βασικό πλεονέκτημα της ολιστικής και πολύπλευρης αυτής προσέγγισης του ασθενούς είναι ο υπολογισμός όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία και διατήρηση της ψυχικής νόσου, όπως π.χ. ενδοοικογενειακές σχέσεις, εργασιακές, κοινωνικές, κ.λ.π. Η ομάδα ψυχικής υγείας αξιοποιώντας σωστά τις γνώσεις, τις ικανότητες και τις δεξιότητες των μελών της έχει δυνατότητες να κατανοήσει τις ανάγκες και τα προβλήματα του ατόμου σφαιρικά. Μπορεί έτσι να

επιτύχει πληρέστερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του ατόμου μέσα από μία πιο αποτελεσματική σχέση και παρέμβαση. Μια θεραπευτική ομάδα ψυχικής υγείας μπορεί να αποτελείται όπως έχει ήδη αναφερθεί από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, το νοσηλευτή, τον εργοθεραπευτή, τον επισκέπτη υγείας καθώς και από άλλες ειδικότητες ανάλογα με τις ανάγκες του πλαισίου αναφοράς του της ομάδας. Θα προσπαθήσουμε λοιπόν στη συνέχεια να αναφερθούμε στις ειδικότητες των επαγγελματιών που αποτελούν τη διεπιστημονική ομάδα και να προσδιορίσουμε το ρόλο τους μέσα σε αυτή (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

10.2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Τα τελευταία χρόνια ο ρόλος του νοσηλευτή έχει διαφοροποιηθεί στον ψυχιατρικό χώρο. Έχει πάψει πλέον ο νοσηλευτής να έχει τον «παραδοσιακό ρόλο που κατείχε μέχρι τώρα του «φύλακα» ασθενών και του «εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών και απέκτησε μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης και εξειδίκευσης ενεργό ρόλο στη θεραπευτική ομάδα (Χριστοδούλου et all, 2000).

Το έργο του νοσηλευτή αφορά την προσφορά και ανάπτυξή του τόσο μέσα στην κλινική όσο και στην κοινότητα. Ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας μιας και βρίσκεται σε καθημερινή και τακτική επαφή με τον ασθενή. Μπορεί έτσι να συγκεντρώσει πληροφορίες τόσο για τον ασθενή, τη συμπεριφορά του αλλά και για το οικογενειακό περιβάλλον αυτού, χρήσιμες για τον προγραμματισμό του πλάνου της θεραπείας του κάθε ασθενή (Χριστοδούλου et all, 2000).

Ο ρόλος του μπορεί να αφορά ποικίλα αντικείμενα και το ενδιαφέρον του να εστιάζεται τόσο στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην παροχή φροντίδας όσο και στην αποκατάσταση. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου διαφαίνεται μέσα από τις δραστηριότητες που αναπτύσσει στους παραπάνω τομείς. Μπορεί έτσι ο νοσηλευτής να συμβάλλει στη θεραπεία του ασθενούς μέσα από τους παρακάτω ρόλους που αναπτύσσει κάθε φορά:

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

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

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

Επιπρόσθετα, σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και λαμβάνει μέρος σε προγράμματα διερευνητικού χαρακτήρα (Χριστοδούλου et all, 2000).

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να πραγματοποιήσει τους στόχους του και να είναι επαρκής στο ρόλο του θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες αρχές και γνώσεις. Επίσης θα πρέπει να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες, ευελιξία, δυνατότητα επικοινωνίας, παρατηρητικότητα, συνέπεια και να έχει ευκαιρίες συνεχούς ενημέρωσης και επιμόρφωσης (Χριστοδούλου et all, 2000).

10.3.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Οι τομείς του έργου του Νοσηλευτή είναι:

1. Παρατήρηση
2. Τρόποι νοσηλείας
3. Ψυχοθεραπεία
4. Φροντίδα και προστασία του ασθενούς

10.3.1.ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ (ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ)

Μια από τις αιτίες που οι ασθενείς εισάγονται στις ψυχιατρικές κλινικές είναι η «παρακολούθηση». Ο Νοσηλευτής που είναι κοντά τους τον περισσότερο χρόνο είναι ο πιο κατάλληλος για αυτό το έργο. Για να το κάνει σωστά πρέπει να καταλάβει το λόγο της παρακολούθησης- παρατήρησης, να ξέρει τι να προσέξει, να το αναγνωρίζει όταν το δει και να είναι σε θέση να καταγράψει τις παρατηρήσεις του με ακρίβεια και επιστημονικότητα.

Οι λόγοι για τους οποίους γίνεται η παρατήρηση των ασθενών συνοψίζονται στους εξής:

- Επιβεβαίωση ενδείξεων και συμπτωμάτων για να γίνει η διάγνωση

- Σημείωση της βελτίωσης ή της χειροτέρευσης του ασθενούς από τη θεραπεία, καθώς και των παρενεργειών των φαρμάκων ή των μεταβολών στο περιβάλλον του.
- Αντίληψη κάθε νέας σωματικής ή ψυχικής ασθένειας που εμφανίζεται.
- Αναγνώριση συμπτωμάτων που σημαίνουν ότι η συμπεριφορά του ασθενούς θα είναι ίσως επικίνδυνη για τον εαυτό του ή για τους άλλους.
- Εκτίμηση των παραγόντων εκείνων στην προσωπικότητα του ασθενούς που θα βοηθήσουν στη θεραπεία του (Γιαννοπούλου, 1996).

Η αξία του Νοσηλευτή σαν παρατηρητή, εξαρτάται τόσο από την εκπαίδευση του όσο και από την έμφυτη ικανότητα του. Γιατί με την εκπαίδευση του θα φθάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις. Πρέπει να τονίσουμε όμως, ότι σε σχέση με την παρατήρηση, υπάρχουν δυο γνωμικά που με την πρώτη ματιά φαίνονται αντιφατικά, και είναι: 1. Αναγνωρίζουμε μόνο εκείνο, που γνωρίζουμε 2. Βλέπουμε μόνο εκείνο, που θέλουμε να δούμε (Γιαννοπούλου, 1996).

Ο Νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβείς και πολύτιμες παρατηρήσεις, αν έχει ικανοποιητικές θεωρητικές γνώσεις, αλλά και αν διατηρεί τη διάνοια του ανεπηρέαστη σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς. Διαφορετικά θα έχει ασυναίσθητα την τάση να τονίσει τις ενδείξεις που ταιριάζουν με τη γνώμη, που είχε προσχηματίσει, ενώ θα παραβλέπει τελείως εκείνες, που δεν ταιριάζουν (Γιαννοπούλου, 1996).

Ικανός παρατηρητής είναι εκείνος που μπορεί να ξεχωρίσει τις σημαντικές πλευρές της συμπεριφοράς, είτε συμφωνούν είτε αντιφάσκουν με την υποθετική διάγνωση. Οι παρατηρήσεις έχουν αξία μόνο αν τα αποτελέσματα μπορούν να δοθούν σε οποιονδήποτε ενδιαφέρεται για τη θεραπεία του ασθενούς. Όταν σημειώνει ή όταν αναφέρει τις παρατηρήσεις της ο Νοσηλευτής, πρέπει να προσέχει να ξεχωρίζει τις παρατηρήσεις του από τα συμπεράσματα που βγάζει από αυτές. Πολύ συχνά ο Νοσηλευτής γράφει στο βιβλίο αναφορών της «ο κ. Χ. έχει πολλές παραισθήσεις», γιατί πρόσεξε ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο κ. Χ. γελούσε χωρίς φανερή αιτία. Μπορεί το συμπέρασμα του να είναι σωστό, όμως υπάρχουν και άλλες πιθανές εξηγήσεις· το συμπέρασμα θα έπρεπε να βγει μόνο κάτω από το φως άλλων πλευρών της συμπεριφοράς του. Ο Νοσηλευτής πρέπει πάντα να σημειώνει τη συμπεριφορά και όχι απλώς μόνο την εξήγησή της (Γιαννοπούλου, 1996).

Ένα άλλο συχνό λάθος στην αναφορά είναι η χρήση μιας ειδικής γλώσσας. Ορισμένες λέξεις και φράσεις στην ψυχιατρική έχουν μια ακριβώς καθορισμένη έννοια και καμιά άλλη, ή έχουν μια ειδική έννοια στην ψυχιατρική που είναι διαφορετική από την έννοια τους στην καθημερινή γλώσσα. Αυτές οι λέξεις πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο αν ο Νοσηλευτής είναι βέβαιος για την έννοιά τους. Είναι προτιμότερο να περιγράφονται οι παρατηρήσεις στην καθημερινή γλώσσα, παρά να χρησιμοποιούνται λέξεις που δεν είναι σωστές. Γιατί η λανθασμένη χρήση λέξεων όχι μόνο δείχνει άγνοια αλλά μπορεί και να προκαλέσει σύγχυση. Με λίγα λόγια ο Νοσηλευτής πρέπει να ξέρει τι πρέπει να προσέξει, δεν πρέπει να κλείνει τα μάτια του σε παρατηρήσεις που δεν ταιριάζουν, που νομίζει ότι δεν έχουν σχέση και πρέπει να σημειώσει τις παρατηρήσεις του σε απλή γλώσσα (Γιαννοπούλου, 1996).

10.3.2. ΤΡΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ)

Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του ο Νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει ή να εκτελέσει ορισμένες εργασίες που μπορεί να αφορούν τη φροντίδα για τον ασθενή, έρευνες, θεραπεία ή την πιο γενική όψη του θαλάμου και του νοσοκομείου.

Ο Νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται ότι μια τεχνική, που είναι συνηθισμένη γι' αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή. Πρέπει να θυμηθεί τη δική του ανησυχία και τον φόβο του, όταν εξετέλεσε αυτή την εργασία για πρώτη φορά, και να σκεφτεί πόσο χειρότερα αισθάνεται το «θύμα».

Το πρώτο βήμα είναι να εξηγήσει στον ασθενή το λόγο για τον οποίο γίνεται αυτή η εργασία και τον τρόπο που θα γίνει. Ο ασθενής, που καταλαβαίνει τι θα γίνει και γιατί, έχει περισσότερες πιθανότητες να συνεργασθεί. Η εξήγηση πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του ασθενούς. Μη μιλάτε αφ' υψηλού στον ασθενή και μη χρησιμοποιείτε ακαταλαβίστικους τεχνικούς όρους.

Στις μέρες μας, χάρη στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο, ο κόσμος γνωρίζει αρκετά πράγματα για την ιατρική και με μια καλή επικοινωνία μπορεί να κατανοήσει αρκετά καλά αυτά που θέλουμε να του εξηγήσουμε.

Ταυτόχρονα όμως μη γελαστούμε από τη φαινομενική κατάσταση του αρρώστου, γιατί μπορεί να θέλει να κρύψει την άγνοιά του και να μη δείξει ότι δεν κατάλαβε. Ρωτήστε τους να σας πούνε με δικά τους λόγια τι κατάλαβαν και ενθαρρύνετε τους να κάνουν ερωτήσεις. Να είστε ειλικρινής με τον ασθενή. Πολλές

τεχνικές είναι οδυνηρές για τον ασθενή. Παραδεχθείτε το και ειδοποιήστε τον ασθενή, όταν φτάσει στη φάση που ίσως πονέσει. Για να είναι αποδοτικός ο Νοσηλευτής πρέπει να καταλάβει το σκοπό του τρόπου ενέργειας και το λόγο που γίνεται το κάθε βήμα. Η αποστήθιση από ένα βιβλίο καταλήγει στην παράλειψη ζωτικών βημάτων ή στη συνέχιση άχρηστων τρόπων ενέργειας. Να θυμάστε ότι κάθε τρόπος ενέργειας έχει για τον ασθενή ένα νόημα που ξεπερνά τον άμεσο σκοπό και ότι, με τον τρόπο ενέργειας αυτόν, δίνεται στον Νοσηλευτή η ευκαιρία να δημιουργήσει μια φιλική σχέση με τον ασθενή. Η κατάλληλη εκμετάλλευση αυτής της ικανότητας του Νοσηλευτή μπορεί να έχει μεγάλη θεραπευτική αξία, ενώ, το αντίθετο, μπορεί να απομακρύνει για πάντα τον ασθενή από τον Νοσηλευτή (Γιαννοπούλου, 1996)

10.3.3. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σημερινή τάση είναι να τονίζεται αυτή η πλευρά του νοσηλευτικού ρόλου σε βάρος όλων των άλλων.

Η βάση της θεωρίας είναι πολύ απλή.

Ο κάθε άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη μιας στενής και ικανοποιητικής σχέσεως με έναν άλλο άνθρωπο. Μερικά άτομα όμως, λόγω των εμπειριών τους από την πρώτη περίοδο της ζωής τους, δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να σχηματίσουν τέτοιες σχέσεις. Άλλοι χάνουν την ικανότητα αυτή λόγω ασθένειας ή τραυματισμού. Αλλά χωρίς αυτές τις σχέσεις είναι δύσκολο να εξακολουθούν να δρουν μ' ένα φυσιολογικό τρόπο μέσα στην κοινωνία, με αποτέλεσμα αυτά τα άτομα να μην μπορούν να φύγουν από το νοσοκομείο ή, αν φύγουν, να παθαίνουν γρήγορα νευρικό κλονισμό και να γυρίζουν πίσω. Για να μάθει πώς να δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις πρέπει να δοθεί στον άρρωστο η ευκαιρία γι' αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί σ' αυτό. Αυτός είναι ο θεραπευτικός ρόλος του Νοσηλευτή. Πολλοί νοσηλευτές τον εκτελούν οδηγούμενοι από το ένστικτό τους. Μερικοί το καταφέρνουν καλά, άλλοι πολύ άσχημα· όλοι μπορούν να γίνουν καλλίτεροι, αν μάθουν να καταλαβαίνουν τη φύση των ενστικτωδών πράξεών των, ώστε να αναπτύξουν αυτές που είναι χρήσιμες και να αποφύγουν τις άλλες (Γιαννοπούλου, 1996)

10.3.4. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- Ενώ ο κηδεμονευτικός ρόλος του νοσηλευτή ελαττώνεται σταθερά, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις που οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο, παρά τη θέλησή τους, για τη δική τους την ασφάλεια και για την ασφάλεια της κοινωνίας. Πολλοί τέτοιοι ασθενείς κρατούνται τυπικά στα νοσοκομεία βάση του νόμου, αλλά συχνά ένας ασθενής, που έχει εισαχθεί χωρίς τους τύπους, αποφασίζει να φύγει παρά την ιατρική συμβουλή. Οι νοσηλευτές είναι συνήθως προετοιμασμένοι να πάρουν τα μέτρα που απαιτούνται, για να κρατήσουν έναν ασθενή που ακολουθεί την τυπική οδό εισαγωγής, αλλά έχουν την τάση να πιστεύουν ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα για τον ασθενή, που έχει εισαχθεί με τη βία. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οδηγός του νοσηλευτή πρέπει να είναι το συμφέρον του ασθενούς. Αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να σκοτώσει, να τραυματίσει ή να βλάψει κάποιον, αν βγει από το νοσοκομείο, έχει καθήκον να τον κρατήσει μέχρις ότου τον δει ο γιατρός και αποφασίσει τι πρέπει να γίνει. Πολλές φορές αρκεί ο νοσηλευτής να του πει ότι από ευγένεια πρέπει να περιμένει να δει το γιατρό. Αν μ' αυτό δεν πετύχει, θα πρέπει ο νοσηλευτής να μείνει μαζί του ή ακόμα να τον κλειδώσει σ' ένα δωμάτιο μέχρι να έλθει ο γιατρός. Αυτά τα μέτρα λαμβάνονται μόνο αν ο ασθενής είναι πραγματικός κίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους. Αν ο νοσηλευτής αφήσει τέτοιους ασθενείς να φύγουν, χωρίς να τους εμποδίσει, δεν εκτελεί το καθήκον του. Με λιγότερο δραματικούς τρόπους ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει και τους ασθενείς, που δεν είναι σε θέση να φροντίσουν απόλυτα τον εαυτό τους. και ενώ πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει τον εαυτό του, υπάρχουν φορές που χρειάζεται ειδική βοήθεια (Γιαννοπούλου, 1996)

10.4.Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ

Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες πλευρές της εργασίας του ψυχιατρικού νοσηλευτή είναι η δυνατότητα να ασχοληθεί με μια ποικιλία θεραπευτικών ρόλων παίρνοντας μέρος στη φροντίδα του ασθενούς (Γιαννοπούλου, 1996).

10.4.1.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η θεραπεία των ασθενών με ψυχικά προβλήματα γίνεται σε μια ποικιλία από ιδρύματα: σπίτι, φυλακή, σχολείο, νοσοκομείο, ψυχιατρείο, εντατική μονάδα κ.τ.λ.

Ένα περιβάλλον χαρακτηρίζεται θεραπευτικό όταν πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

- Ο ασθενής είναι ασφαλής από φυσικό κίνδυνο και συναισθηματικό τραύμα.
- Είναι ελεύθερος να εκφράσει τα αισθήματά του και κάνει αυτό με τρόπο που είναι παραδεκτός από τον εαυτό του και από τους άλλους στο περιβάλλον.
- Έχει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσει τις δικές του ικανότητες για τη λύση προβλημάτων.
- Μπορεί να δοκιμάζει και να παρατηρεί αν του συμπεριφέρονται με σεβασμό και ακεραιότητα.
- Έχει τι δικαίωμα της κατ' ιδίαν μεταχείρισεως και θεραπείας.

Ευκαιρίες για τους ασθενείς να αναλαμβάνουν ευθύνη για τους εαυτούς τους, ερεθίσματα αντιλήψεως, δραστηριότητες για την αποφυγή οπισθοδρόμησης, αρκετή τροφή, ανάπαυση και άνεση καθώς επίσης και το πρόγραμμα επιστροφής στην κοινωνία είναι τα συστατικά ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος (Γιαννοπούλου, 1996).

10.4.2.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ

Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία του ψυχικά αρρώστου. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», με την έννοια ότι, μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής (Χριστοδούλου et all, 2000).

10.4.3.ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΣ-ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ

Ο νοσηλευτής ψυχικής Υγείας, με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει το χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητάς του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή και των αποτελεσμάτων της ομάδας, αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και της γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης, όσο και σε σχέση με άλλους φορείς (Χριστοδούλου et all, 2000).

10.4.4.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ

Ο νοσηλευτής ψυχικής Υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής Υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές. Κύριο μέλημα του νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομική ή σε ομάδες, σε θέματα Υγείας.

Οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια:

1. Για να μάθουν να ντύνονται κατάλληλα στις διάφορες περιστάσεις.
2. Να αναλάβουν υπευθυνότητα για την εργασία που τους ανατίθεται
3. Να φροντίσουν για τις φυσικές τους ανάγκες ούτως ώστε να γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους.
4. Να τρώνε με κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους.
5. Να δέχονται την δικαιολογημένη αλλαγή του προγράμματος στο φαγητό, τον ύπνο, την καθαριότητα.
6. Να αποφεύγουν να πληγώσουν τους άλλους ανθρώπους.
7. Να συμβιβάζονται με πολλές άλλες πλευρές της ομαδικής συμβίωσης (Χριστοδούλου et all, 2000).

10.4.5.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ

Ο νοσηλευτής ψυχικής Υγείας σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και συμμετέχει στη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων (Χριστοδούλου et all, 2000).

10.4.6.ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

Ανέκαθεν η νοσηλεύτρια θεωρείται ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης που υπηρετεί τον ασθενή άνθρωπο. Πολλές από αυτές τις υπηρεσίες της μοιάζουν με της μητέρας. Αν και οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς είναι σε θέση να πλυθούν, να ντυθούν και να φάνε, υπάρχουν μερικοί οι οποίοι είναι πάρα πολύ ψυχικά ασθενείς για να διεκπεραιώσουν αυτά τα απλά καθήκοντα. Για μερικούς ασθενείς η νοσηλεύτρια μπορεί να χρειάζεται να αναλάβει το ρόλο του προστάτη, του υποστηρικτή, ή της μητέρας όταν δίνει στον ασθενή την φυσική της φροντίδα. Η ψυχιατρική νοσηλεύτρια δεν υποδύεται το ρόλο της μητέρας μόνον όσον αφορά στις φυσικές ανάγκες του ασθενούς, αλλά όπως η μητέρα ασχολείται με τη διοίκηση του σπιτιού έτσι αναλαμβάνει και την όλη διοίκηση του τμήματος στο νοσοκομείο. Μια από τις πλέον θεραπευτικές πλευρές αυτού του ρόλου της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει το άτομο ή τις ομάδες των ασθενών να βάλουν όρια στη συμπεριφορά τους (Γιαννοπούλου, 2004).

10.5.ΣΧΕΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η σχέση του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής Υγείας με τον κάθε ασθενή δομείται με βάση τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχει ο πρώτος στον δεύτερο και διαμορφώνεται γύρω από αυτή, με στόχο να εξελιχθεί σε σχέση συνεργασίας μεταξύ των δύο. Η πορεία που ακολουθεί για να πάρει αυτή την τελική τους μορφή και να σταθεροποιηθεί ως τέτοια, σηματοδοτείται από μια σειρά πολύπλοκων διεργασιών, που ξεκινούν με τη «γνωριμία» του νοσηλευτή με τον ασθενή, δηλαδή με την ανίχνευση των δυνατοτήτων του –σωματικών, νοητικών και ψυχικών- τη στάση του ασθενούς απέναντι στην ασθένειά του και απέναντι στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, των σχέσεών του με το στενό οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, το βαθμό της προθυμίας του και της ικανότητάς του να συνεργαστεί. Η ιδιαιτερότητα της ψυχικής νόσου και οι διακυμάνσεις του ψυχικού ασθενούς επιβάλλουν ώστε αυτή η «ανιχνευτική» διεργασία να είναι παρούσα σε όλη τη πορεία της συνεργασίας μεταξύ των δύο, γεγονός που προϋποθέτει ότι ο νοσηλευτής παραμένει στη σχέση αυτή ενεργός ως νοσηλευτής αλλά και ως παρατηρητής. Έτσι είναι σε θέση να ανακαλύπτει συνεχώς τις μεταβολές των αναγκών του ασθενούς αλλά και των δυνατοτήτων του, να τις αξιολογεί και να προσαρμόζει στα καινούργια δεδομένα τις τεχνικές της προσέγγισής του. Η ικανότητα του νοσηλευτή, οι θεωρητικές του

αναφορές και οι τεχνικές του να «ανιχνεύει» και στη συνέχεια να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις δυνατότητες του ασθενούς, καθώς και ο τρόπος εφαρμογής τους, είναι ουσιαστικής σημασίας, ώστε η εξέλιξη, η μορφή και το περιεχόμενο που θα προσλάβει αυτή η σχέση να προστατευτεί από:

- Τη διάθεση του ασθενούς για εξάρτηση
- Την αντίσταση του ασθενούς απέναντι στο νοσηλευτή
- Τη διάθεση του νοσηλευτή για υπερεμπλοκή.

Οι νοσηλευτικές αλλά και οι σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες καθώς και οι δυνατότητές του είναι ότι καταθέτει ο ασθενής από τη δική του πλευρά στο ξεκίνημα της σχέσης του με τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής καλείται αφενός να αξιολογήσει και να ανταποκριθεί στις ανάγκες, παρέχοντας τις νοσηλευτικές του φροντίδες, και αφετέρου να αξιοποιήσει τις δυνατότητές που διαθέτει ο ασθενής τόσο για την αποδοχή της ίδιας της νοσηλευτικής φροντίδας όσο και για τη συνέχεια της συνεργασίας τους (Παπαγεωργίου & Βασιλοπούλου, 2005).

Το εύρος των αναγκών του ασθενούς εκτείνεται από τις ανάγκες που σχετίζονται με τον τύπο της ψυχικής ασθένειας και τη συμπτωματολογία της σε επίπεδο συμπεριφοράς, σωματικών εκδηλώσεων και λειτουργικών ελλειμμάτων, μέχρι τη στάση του ίδιου του ασθενούς αλλά και του κοινωνικού του περίγυρου απέναντι στην όλη κατάσταση. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται μέσω της παρατήρησης του ασθενούς και της συζήτησης μαζί του και με τους οικείους του. Η απαντητικότητα του νοσηλευτή στις ανάγκες του ασθενούς οφείλει να χαρακτηρίζεται από διαθεσιμότητα, ευελιξία, μέτρο και όρια. Ο βαθμός, ο τρόπος και η σταθερότητα της συμμετοχής αυτής προσφέρουν στο νοσηλευτή τα κριτήρια για την αξιολόγηση των σωματικών, νοητικών και ψυχικών δυνατοτήτων του ασθενούς.

Η αξιολόγηση δεν αποτελεί αυτοσκοπό, αλλά γίνεται για να υπάρξει η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ασθενούς. Δομικό στοιχείο της αξιοποίησης είναι να ανακαλύπτει και να γνωρίζει και ο ίδιος ο ασθενής τις πραγματικές δυνατότητες του. Και ενώ η ανακάλυψη και αναγνώριση παραμένει σε όλη τη διάρκεια της σχέσης του με το νοσηλευτή το πρώτο βήμα για τη συμμετοχή του ασθενούς, το δεύτερο βήμα είναι η ενεργοποίηση αυτών των δυνατοτήτων. Τα δυο αυτά βήματα, παρότι φαίνονται ανεξάρτητα, αλληλοσυντηρούνται, αλληλοτροφοδοτούνται και αλληλοϋποστηρίζονται. Η ύπαρξή τους αποτελεί έναν από τους επιμέρους σκοπούς

της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς, που πραγματοποιείται με τη μεταξύ τους συνεργασία (Παπαγεωργίου & Βασιλοπούλου, 2005).

Για τη συνεργασία νοσηλευτή ασθενούς, τηρείται η προϋπόθεση να υπάρχει συμφωνία όσων συμμετέχουν, για να εργαστούν ο καθένας από την πλευρά του και με τις δυνάμεις που διαθέτουν, αποδεχόμενοι τους όρους και τους σκοπούς της. Η ύπαρξη συμφωνίας και η συνεργασία που θα προκύψει από αυτή τη σχέση είναι αποτέλεσμα μιας πολυεπίπεδης συναισθηματικής συνδιαλλαγής μεταξύ των δυο, που ξεκινά από τη συναισθηματική επένδυση της νοσηλευτικής φροντίδας, για να επεκταθεί στη συναισθηματική επένδυση της ίδιας της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή-ασθενούς (Παπαγεωργίου & Βασιλοπούλου, 2005).

Η κατάσταση του ψυχικά ασθενούς περιγράφεται σε σχέση με παραμέτρους που αφορούν τη σκέψη, το συναίσθημα, την κινητικότητα, τη σωματική ευεξία, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνικότητα, την τήρηση κοινωνικών και ηθικών κανόνων, την αυτοφροντίδα, την αυτοπροστασία, την επιδίωξη ή και διατήρηση καλών και υγιών συνθηκών διαβίωσης (Παπαγεωργίου & Βασιλοπούλου, 2005).

Η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς με βάση τα δεδομένα που θα προκύψουν από αυτή την περιγραφή είναι απαραίτητη για το νοσηλευτή ψυχικής Υγείας, επειδή η εργασία του με τον ασθενή απευθύνεται σε όλους τους τομείς της λειτουργικότητας του. Η φαρμακευτική αγωγή, αναγκαία και ευεργετική για την αντιμετώπιση των διαταραχών των ψυχικών λειτουργιών, επηρεάζει λειτουργίες του σώματος και τροποποιεί τη λειτουργικότητα του (Παπαγεωργίου & Βασιλοπούλου, 2005).

Η πάσχουσα λειτουργικότητα του σώματος, αποτελεί ένα ουσιαστικό πεδίο της ψυχιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι ένας από τους άξονες γύρω από τον οποίο εργάζεται και συνεργάζεται ο νοσηλευτής με τον ασθενή του. Αυτό συμβαίνει και επειδή ο ψυχικά ασθενής δεν μπορεί να έχει μια ισόρροπη σχέση με τη λειτουργικότητα του σώματος του. Η αναγνώριση των πραγματικών λειτουργικών δυνατοτήτων ή αδυναμιών του σώματος του και η αξιοποίηση ή, αντίστοιχα, η αποκατάστασή τους, η σημασία, η αξία και ο τρόπος της φροντίδας του σώματος του και η προστασία του από επιπρόσθετες ταλαιπωρίες, αποτελούν θέματα επάνω στα οποία εργάζονται σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας τους ο νοσηλευτής με τον ασθενή του. Όποια και αν είναι η τεχνική (αμιγώς νοσηλευτική, συμβουλευτική, διδακτική, υποστηρικτική) που θα χρησιμοποιήσει ο νοσηλευτής, η εργασία αυτή θα

αποσκοπεί στην καλλιέργεια και στην υιοθέτηση από τον ασθενή θετικής στάσης απέναντι στο σώμα του (Παπαγεωργίου & Βασιλοπούλου, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11
ΕΡΕΥΝΑ
ΝΕΩΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

1. Η κοινοτική ψυχιατρική είναι μια θαυμάσια πορεία σταδιοδρομίας με ανταμοιβές που οι αυξανόμενοι αριθμοί ψυχιάτρων επιλέγουν να εξασκήσουν. Αυτό το άρθρο δημιουργήθηκε για να παρέχει έναν προσανατολισμό στα χαρακτηριστικά της σύγχρονης κοινοτικής ψυχιατρικής πρακτικής που το καθιστούν ευδιάκριτο από την άποψη των ηθικών εκτιμήσεων. Καθορίσαμε και περιγράψαμε την κοινοτική πρακτική. Παρείχαμε ένα πλαίσιο βασισμένο στην κλασσική ιατρική ηθική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να θεωρήσει προκλήσεις ειδικά σε κοινοτικές καταστάσεις πρακτικής. Προσφέραμε επίσης την ιδιαίτερη προσοχή των βασικών περιοχών στις οποίες η κοινοτική πρακτική απαιτεί τις νέες μεθόδους επεξεργασίας που συνδέονται με την ειδική κλινική πείρα στην αξιολόγηση των κινδύνων και των οφελών. Ελπίζουμε να παρέχουμε μια συζήτηση που υποστηρίζει μια διεύρυνση των υπαρχουσών ψυχιατρικών ηθικών οδηγιών έτσι ώστε να είναι συμπεριλαμβανομένων των ειδών καταστάσεων που αντιμετωπίζονται συνήθως από τους κοινοτικούς ψυχιάτρους και άλλους κοινοτικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και παρα-επαγγελματίες. Είναι η ελπίδα μας ότι οι ιδέες που παρουσιάζονται σε αυτό το άρθρο θα βοηθήσουν στο να εξοπλίσουν τους ψυχιάτρους και τις κοινοτικές ομάδες τους για να διευκολύνουν την επιτυχή αποκατάσταση και την αποκατάσταση των ατόμων που εξυπηρετούν (Everett, 2009).
2. Ο κοινωνικός αποκλεισμός και η μειωμένη πρόσβαση στις κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες μπορούν να οδηγήσουν στα επείγοντα προβλήματα υγείας μεταξύ των μεταναστών και αυτό μπορεί να εξηγήσει το αυξανόμενο ποσοστό εισόδου τους στις ψυχιατρικές μονάδες ασθενών. Αυτή η διατομική μελέτη στοχεύει να αξιολογήσει την επικράτηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων μεταξύ των Ρουμάνων μεταναστών που ζουν σε πολύ κακές

συνθήκες σε ένα εγκαταλειμμένο ξενοδοχείο στην Μπολόνια και να δώσει έμφαση στον πιθανό συσχετισμό με τη γενική κατάσταση της υγείας, τον κίνδυνο και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Το ερωτηματολόγιο διαλογής ψύχωσης (PSQ) και το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας χορηγήθηκαν σε όλους τους μετανάστες που κατοικούν στο ξενοδοχείο κατά τη διάρκεια δύο ημερών με τη βοήθεια ενός πολιτιστικού μεσολαβητή. Τα κοινωνικοδημογραφικά, χαρακτηριστικά μετανάστευσης και υγείας συλλέχθηκαν επίσης. Εξήντα οκτώ θέματα αξιολογήθηκαν. Περισσότερο από 80% είχε αποχωρήσει από τη Ρουμανία για οικονομικούς λόγους. Από τους μετανάστες, 57% υπερέβη το κατώτατο όριο της πιθανής διανοητικής διαταραχής και 19% σημειώθηκε θετικά στους PSQ. Οι μετανάστες με θετικά PSQ παρουσίαζαν υψηλότερα αποτελέσματα ($5,9 \pm 3,5$ έναντι $3,8 \pm 2,75$ $\pi = 0.02$). Η ανάπτυξη των προβλημάτων υγείας μετα-μετανάστευσης προβλέπει σημαντικά θετικές περιπτώσεις PSQ ακόμα και μετά από τη ρύθμιση για την ηλικία, το φύλο και το αποτέλεσμα. Αυτή η κοινότητα των μεταναστών που ζουν σε στερημένες συνθήκες παρουσίασε υψηλή επικράτηση του κινδύνου και των ψυχωτικών συμπτωμάτων, σχετική με τα προβλήματα υγείας. Η παρεμπόδιση της υπερβολής της ψύχωσης μεταξύ των μεταναστών και των εθνικών μειονοτήτων στους κρίσιμους κοινωνικοοικονομικούς όρους πρέπει να σημάνει, πρώτα απ' όλα, την κοινωνική ολοκλήρωση και την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. (Tarricone et all, 2009).

3. Οι στρατιωτικοί ψυχίατροι βρίσκονται αντιμέτωποι με τις πολλαπλές, δύσκολες ερωτήσεις που διαμορφώνουν το πλαίσιο για την ηθική υπομονετική προσοχή. Αυτές οι ερωτήσεις είναι δύσκολο να απαντηθούν και οι μελλοντικές προσπάθειες, συμπεριλαμβανομένης της πολιτικής και τις βασισμένες στα στοιχεία πρακτικές θεραπείας, πρέπει να στοχεύουν στη μείωση της ασάφειας που αντιμετωπίζουν οι στρατιωτικοί ψυχίατροι. Η νέα έρευνα πρέπει να εστιάζει σε ζητήματα τόσο διαφορετικά όσο και τις βέλτιστες προσεγγίσεις στην ενημερωμένη συγκατάθεση, τις στοιχείο-παραγόμενες προσεγγίσεις στην προστασία της εμπιστευτικότητας, τις εκβάσεις της προσοχής για τα άτομα στους ευρέως ποικίλους στρατιωτικούς

ρόλους, και τη χρήση φαρμάκων στον τομέα. Η κατάρτιση για τους προμηθευτές ψυχικής υγείας που έχουν να κάνουν με στρατιωτικούς ασθενείς πρέπει να τους παρασχεθεί όχι μόνο στη στρατιωτική διαβαθμισμένη ιατρική εκπαίδευση αλλά και στις συγκεκριμένες επαγγελματικές σειρές μαθημάτων και στην ηθική. Αυτό πρέπει να περιλάβει τη συγκεκριμένη κατάρτιση για το προσωπικό που θα εξετάζει τους συγκεκριμένους πληθυσμούς, όπως του αμερικανικού στρατού "εξετάζοντας τη σειρά μαθημάτων κρατουμένων" και του στρατού το ιατρικό τμήμα "σειρά μαθημάτων πίεσης αγώνα λειτουργική" για την ανάπτυξη των στρατιωτικών ψυχιάτρων και των ψυχολόγων (Warner et all, 2009).

4. Για να ερευνηθούν την αναλογία του μοιραίου περιστατικού και τους σχετικούς παράγοντες σε εκείνους που πραγματοποιούν αυτοκτονικές ενέργειες στο Nantou, στην Ταϊβάν. Τα στοιχεία από 1.171 πράξεις αυτοκτονίας (συμπεριλαμβανομένων 973 με σκόπιμη μόνη ζημιά και 198 ολοκληρωμένες αυτοκτονίες), που προσδιορίστηκαν μεταξύ του Ιουλίου του 2000 και του Φεβρουαρίου του 2003, συλλέχθηκαν από έναν κατάλογο αυτοκτονίας πληθυσμών Nantou στο νομό, Ταϊβάν. Το ποσοστό μοιραίων περιστατικών και τα ανεξάρτητα αποτελέσματα των δημογραφικών παραγόντων και της μεθόδου αυτοκτονίας στα μοιραία περιστατικά ερευνήθηκαν. Αποτελέσματα: Η γενική αναλογία μοιραίου περιστατικού ήταν 16,9%, με τα μεγαλύτερα μέρη στα άτομα (26,3%) και σε εκείνους ηλικίας 65 και (37,9%). Το κρέμασμα ήταν η πιά θανατηφόρα μέθοδος (αναλογία μοιραίου περιστατικού = 81,5%) το φυτοφάρμακο χρησιμοποιούνταν και αυτό συνήθως και συνδέθηκαν και τα δύο με ένα υψηλό μοιραίο περιστατικό(αναλογία μοιραίου περιστατικού = 26,3%). Μόνο η ηλικία (που αυξάνονται με την ηλικία) και η μέθοδος αυτοκτονίας βρέθηκαν να συνδέονται ανεξάρτητα με τον κίνδυνο μοιραίου περιστατικού. Η μέθοδος αυτοκτονίας και τα γηρατειά είναι ανεξάρτητοι προάγγελοι του μοιραίου περιστατικού των πράξεων αυτοκτονίας. Η στρατηγική πρόληψης αυτοκτονίας και η κλινική αξιολόγηση οφείλουν να λάβουν υπόψη αυτών των δύο παραγόντων. Η μείωση της τοξικότητας φυτοφαρμάκων και ο έλεγχος της πρόσβασης στα φυτοφάρμακα είναι σημαντικές εκτιμήσεις για την πρόληψη αυτοκτονίας στην αγροτική Ταϊβάν (Chen et all, 2009).

5. Τα κοινωνικά δίκτυα έχουν συνδεθεί με μια ευρεία ποικιλία εκβάσεων υγείας στους ηλικιωμένους. Εξετάσαμε τις διαστάσεις που κρύβονται κάτω από την κοινωνική αξιολόγηση των τύπων δικτύων υποστήριξης Wenger για να προσδιορίσουμε τις διαστάσεις που συνδέθηκαν με τη διανοητική και φυσική υγεία. Πήραμε συνέντευξη από 1334 κοινοτικούς-κατοίκους συμμετέχοντες ηλικίας 65 +. Το γηριατρικό διανοητικό κράτος αυτοματοποίησε τη γηριατρική εξέταση για συνέντευξη ταξινομίας με τη βοήθεια υπολογιστή, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει τα ψυχιατρικές συμπτώματα και την ποιότητα της ζωής. Η γνωστική εξασθένηση ορίστηκε ως ένα αποτέλεσμα < 24 στη μίνι διανοητική κρατική εξέταση. Η συγκέντρωση γύρω από τις αφανείς μεταβλητές προσδιόρισε δύο ασύνδετους κοινωνικούς τομείς δικτύων υποστήριξης: οικογένεια (απόσταση από και επαφή με τους συγγενείς) και κοινωνική δέσμευση. Η κοινωνική δέσμευση συνδέθηκε με μια χαμηλότερη ηλικία και, ανάλογα με το φύλο, επικράτηση της κατάθλιψης (αναλογία πιθανοτήτων για μια αύξηση 0.48), γενικευμένη διαταραχή ανησυχίας (H 0.60), γνωστική εξασθένηση (H 0.68) και φυσική ανικανότητα (H 0.62) όλος $p < 0.001$. Ρυθμισμένος για την ηλικία, το φύλο, την κατάθλιψη, τη γνωστικές εξασθένηση και την ανικανότητα, ο κοινωνικός τομέας δέσμευσης συνδέθηκε επίσης με την καλύτερη ποιότητα της ζωής της αυτό-εκτιμώμενη ευτυχίας και εκτίμησης της ζωής ως άξια να τη ζεις. Η οικογενειακή περιοχή, αφ' ετέρου, δεν συνδέθηκε σημαντικά με οποιαδήποτε έκβαση υγείας. Τα αποτελέσματα προτείνουν ότι οι εκλεκτορικές σχέσεις και η κοινωνική δέσμευση είναι τα "ενεργά συστατικά" των κοινωνικών δικτύων που προωθούν την υγεία στην πιο πρόσφατη ζωή (Golden et al, 2009).
6. Για να αναπτύξει και να εξετάσει ένα μορφωτικό πρωτόκολλο ψυχοθεραπείας στους παλαιότερης αρχικής φροντίδας ασθενείς με διαταραχές ανησυχίας. Σχέδιο: Τυχαία, ελεγχόμενη πειραματική μελέτη. Πανεπιστημιακές γηριατρικές κλινικές ιατρικής. Συμμετέχουν 31 ηλικιωμένοι αρχικής φροντίδας ασθενείς με γενικευμένη διαταραχή ανησυχίας ή διαταραχή ανησυχίας που δεν διευκρινίζεται διαφορετικά. Επέμβαση: Μορφωτική ψυχοθεραπείας έναντι της ενισχυμένης κοινοτικής επεξεργασίας. Μετρήσεις:

Αυτό-αναφερόμενος, ερευνητής-εκτιμημένος, και ποιοτικές αξιολογήσεις της ανησυχίας, της νευρικότητας, της κατάθλιψης, και της διανοητικής σχετικής με την υγεία ποιότητας της ζωής. Αποτελέσματα: Και οι δύο ομάδες παρουσίασαν ουσιαστικές βελτιώσεις στα συμπτώματα ανησυχίας, της νευρικότητας, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, και τη διανοητική σχετική με την υγεία ποιότητα της ζωής. Τα περισσότερα άτομα στην ενισχυμένη κοινοτική επεξεργασία λάμβαναν τα φάρμακα ή κάποια άλλη μορφή επαγγελματικής επεξεργασίας για την ανησυχία. Και στους δύο όρους, τα άτομα που εξέθεσαν σημαντικά γεγονότα ζωής ή παράγοντες άγχους και εκείνα που χρησιμοποίησαν τη συμμετοχή στις δραστηριότητες ως στρατηγική αντιγραφής έκαναν τα μικρότερα κέρδη από εκείνους που δεν τα έκαναν. Τα αποτελέσματα προτείνουν ότι η μορφωτική ψυχοθεραπεία και άλλες θεραπείες μπορούν να είναι αποτελεσματικές για την ανησυχία στους παλαιότερους αρχικής φροντίδας ασθενείς (Wetherell et al, 2009).

7. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, έχει υπάρξει μια αυξανόμενη συνειδητοποίηση και μια γνώση για τις διπολικές διαταραχές φάσματος. Εντούτοις, τα περιγραφικά στοιχεία όσον αφορά τη διπολική αναταραχή 1 με τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα (BPI-P) σε σύγκριση με τη σχιζοφρένεια (SCH) στις κοινοτικές υπηρεσίες διανοητικής υγείας είναι παραγγειακά στη λογοτεχνία. Πραγματοποιήσαμε μια μελέτη με το στόχο την επικράτηση, τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα επίπεδα λειτουργίας SCH και του BPI-P σε ένα τυχαίο δείγμα των ασθενών με τα ψυχωτικά συμπτώματα που στρατολογήθηκαν σε εννέα τμήματα ψυχικής υγείας. Οι ασθενείς με μια ψυχωτική διαταραχή σύμφωνα με τους νοσοκομειακούς γιατρούς τους αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας το SCID και μια σειρά ερωτηματολογίων για να αξιολογήσουν την ψυχοπαθολογία και το επίπεδο λειτουργίας τους. Οι ασθενείς που έλαβαν μια δσμ-IV διάγνωση SA (N=55), SCH (N=82), ή το BPI-P (N=60) αντιπροσώπευαν το τελικό δείγμα. Οι τρεις διαγνωστικές ομάδες παρουσίασαν παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ανεξάρτητα από τη διάγνωση, όλοι οι ασθενείς είχαν μια μακροχρόνια διάρκεια της ασθένειας και μιας επίμονης σειράς μαθημάτων. Οι μεταβλητές συγκρίσεις ομάδας έδειξαν ότι, σε σύγκριση με τους ασθενείς SCH, τους ασθενείς BPI-P

και SA καλύτερα σε διάφορα μέτρα και διέφεραν στη συχνότητα των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Εντούτοις, ένα λογιστικό πρότυπο οπισθοδρόμησης στο οποίο μόνο οι σημαντικά διαφορετικές μεταβλητές εισήχθησαν παρουσίασε παρόμοια επίπεδα λειτουργίας στις τρεις ομάδες ασθενών. Τα αποτελέσματα των τριών ομάδων δεν διέφεραν σημαντικά στα όργανα που αξιολόγησαν με βάση τις διαστάσεις τα ψυχωτικά και συναισθηματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα (Beneditti et all, 2009).

8. Λίγα είναι γνωστά για ποιες μεμονωμένες στρατηγικές επεξεργασίες οι θεράποντες που παρέχουν τη συνηθισμένη ψυχοθεραπεία προσοχής εξετάζουν τον πολυτιμότερο στην πρακτική τους. Η θεραπευτική έρευνα στρατηγικών (TSS) αξιολογεί τις τοποθετήσεις των θεραπόντων για την αξία 27 μεμονωμένων στρατηγικών επεξεργασιών στην πρακτική τους με τα παιδιά με τα αποδιοργανωτικά προβλήματα συμπεριφοράς στη σε κοινοτικό επίπεδο ψυχοθεραπεία εξωτερικών ασθενών. Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι οι θεράποντες από τις πολλαπλές επαγγελματικές επιστήμες εκτιμούν ιδιαίτερα πολλές μεμονωμένες ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές, και θεωρούν τις στρατηγικές κοινές για μια πλειοψηφία των στοιχείο-βασισμένων στις πρακτικών (EBPs) για αυτόν τον πληθυσμό τουλάχιστον τόσο σημαντικό όσο οι στρατηγικές που δεν υπογραμμίζονται σε EBPs. Οι επιπτώσεις στην ανάπτυξη της κατάρτισης θεραπόντων και της εφαρμογής EBPs συζητούνται (Brookman et all, 2009).
9. Η παρεμβολή των ενηλίκων με τα ψυχικά προβλήματα στις οικογένειες έχει ασκηθεί πρόσφατα στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και επίσης στην Ιταλία, όπου μερικά τμήματα ψυχικής υγείας υποστηρίζουν τέτοιες οικογένειες. Βάσει των ανεξερεύνητων και εξαιρετικά πλούσιων πηγών από τα αρχεία των ασύλων στη Φλωρεντία, καθώς επίσης και του Di Φλωρεντία επαρχιών, που χρηματοδότησε τη βοήθεια διανοητικά στον άρρωστο -- αυτή η έρευνα εστιάζει στην επιδοτούμενη "εσωτερική επιτήρηση" των εκατοντάδων των ψυχιατρικών ασθενών, οι οποίοι ήταν θεσμοποιημένων ήδη. Αρχίζοντας το

1866, υποστηρίχθηκε από την επαρχιακή διοίκηση στη Φλωρεντία με τη συνεργασία της ιατρικής κατεύθυνσης ασύλων. Προς το τέλος του 19ου και στις αρχές του 20ού. οι ψυχίατροι επιδίωξαν τις εναλλακτικές λύσεις στη θεσμοποίηση. Αυτές οι εναλλακτικές λύσεις σχετικές ποίκιλαν τους συμμετέχοντες σε μια κοινότητα (οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, οι διοικητές και οι ιατρικοί ειδικοί, η γειτονιά και η αστυνομία). Οι οικογένειες διαδραμάτισαν έναν ειδικό ρόλο που οι ιστορικοί της ψυχιατρικής που αφιερώνεται αποκλειστικά στα παραώμονα άσυλα δεν έχουν δει πραγματικά. Ο ρόλος των οικογενειών στην αλληλεπίδραση με το ψυχιατρικό προσωπικό δεν είναι, ακόμη και σε ένα historiographical επίπεδο, απλά ένα πρόσθετο και οριακό κεφάλαιο των πρακτικών και του πολιτισμού της διανοητικής υγείας. Αυτοί αρχαϊκά στοιχεία έρχονται σε αντίθεση με μερικές κοινές θέσεις στο παρελθόν της ιταλικής ψυχιατρικής πριν από το 1978, και προκαλούν τις νέες αντανάκλασεις της πιθανής σχετικότητας στο παρόν (Guarnieri, 2009).

10. Η κοινωνική ψυχιατρική άρχισε πέρα από έναν αιώνα πριν υπό την αιγίδα της διανοητικής και φυλετικής υγιεινής, αλλά μετά από τον παγκόσμιο πόλεμο II αγκάλιασε τις έννοιες της σε κοινοτικό επίπεδο προσοχής και της αποϊδρυματοποίησης. Οι σημαντικότερες ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις στο δεύτερο μισό του τελευταίου αιώνα βασίστηκαν κυρίως σε τέτοιες έννοιες, συμπεριλαμβανομένων των μεταρρυθμίσεων Ελβετού και ειδικά της ψυχιατρικής της Ζυρίχης. Οι παρούσες ανάγκες για την ψυχιατρική προσοχή, και οι συγκεκριμένοι πολιτικοί και οικονομικοί όροι για μια συνέχεια σύμφωνα με αυτήν την γραμμή εξερευνούνται και βρίσκονται για να είναι ευνοϊκοί. Επίσης, το σχεδιάγραμμα των μελλοντικών ψυχιάτρων, όπως διατυπώνεται από τους επαγγελματικούς συνδέσμους και τις ομάδες εμπειρογνομόνων, αντιστοιχεί στις έννοιες της κοινωνικής ψυχιατρικής. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υποκινεί τις βελτιώσεις υπηρεσιών στην ίδια κατεύθυνση. Οι συνέπειες αφορούν την εκπαίδευση και την κατάρτιση, και τον επαγγελματικό ρόλο των μελλοντικών ψυχιάτρων. Τέλος, το μέλλον της κοινωνικής ψυχιατρικής θα διαμορφωθεί από τις δημόσιες προσδοκίες και την αποδοχή των σε κοινοτικό επίπεδο υπηρεσιών (Uchtenhagen, 2008).

11. Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις πτυχές των κοινωνικών δικτύων, σχέσεις, εμπιστοσύνη, και δύναμη, ως λειτουργία είτε μιας μεμονωμένης είτε γεωγραφικής οντότητας (π.χ., μια γειτονιά πόλεων). Αυξανόμενη προσοχή δίνεται στο ρόλο που το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να διαδραματίσει στον καθορισμό ποικίλων φυσικών εκβάσεων υγείας, αν και λιγότερη προσοχή έχει δοθεί στο ρόλο της στον καθορισμό των εκβάσεων διανοητικής υγείας. Αυτή η σχετική απροσεξία συνεχίζεται παρά μια μακροχρόνια ιστορική παράδοση στην ψυχιατρική να ερευνήσει το ρόλο που οι κοινωνικο-περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να διαδραματίσουν στην αιτιολογία και την πορεία της διανοητικής ασθένειας. Σε αυτήν την αναθεώρηση, αρχίζουμε με την επισήμανση της ιστορικής ανάπτυξης της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου, την περιγραφή και την ανάλυση των ανταγωνιστικών ορισμών. Προχωράμε έπειτα να αναθεωρήσουμε τις δημοσιευμένες μελέτες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ του κοινωνικού κύριου και διανοητικού υγεία-κοιτάγματος πρώτα στις μελέτες που εστιάζουν στην κατάθλιψη και την ανησυχία, και το δεύτερο στις μελέτες που εστιάζουν στις ψυχώσεις. Μετά από εν συντομία να εξερευνήσουμε εάν το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να έχει μια καταστρεπτική επίδραση στη διανοητική υγεία, συζητάμε πώς η γνώση σχετικά με το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να βοηθήσει το νοσοκομειακό γιατρό και τις διανοητικές υγειονομικές υπηρεσίες. Πηγαίνουμε για να κατασταθούν διάφορες προτάσεις σχετικές με τη μεθοδολογική, θεωρητική, και εμπειρική πρόοδο. Αυτές οι προτάσεις περιλαμβάνουν να βελτιώσουν τους ορισμούς του κοινωνικού κεφαλαίου, να δώσουν προσοχή στις κοινότητες χωρίς εγγύτητα, και την κατασκευή των βασισμένων στα συμφραζόμενα δεικτών του κοινωνικού κεφαλαίου. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα με την παρατήρηση ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να είναι μια υπόσχεση ευρετική για τις μελέτες στην κοινοτική ψυχιατρική και μπορεί ακόμη και να βοηθήσει τους μεμονωμένους νοσοκομειακούς γιατρούς στο σχεδιασμό των σχεδίων επεξεργασίας. Παρά όλη αυτά την υπόσχεση, εντούτοις, υπάρχει μια έλλειψη ισχυρών στοιχείων που υποστηρίζουν την υπόθεση ότι το κοινωνικό κεφάλαιο προστατεύει την ψυχική υγεία (Whitley & McKenzie, 2005).

12. Η ψυχική υγεία με βάση τα κοινοτικά δεδομένα στην Ελλάδα βασίζεται σε τυχαιοποιημένο σχεδιασμό και παρουσιάζεται η ανάγκη των κλινικών ιατρών να κατανοήσουν τις συνήθειες και τις εμπειρίες των ασθενών σχετικά με την ασθένειά τους. Ένα ερωτηματολόγιο με 42 ερωτήματα (Self-Stigmatization Questionnaire), με ευέλικτη μορφή, σχεδιάστηκε και μοιράστηκε σε 150 ασθενείς με σχιζοφρένεια, που εκπληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής σε πρόγραμμα επαγγελματικής αποκατάστασης. Οι συμμετέχοντες ήταν εθελοντές. Πολυδιάστατα μοντέλα εφαρμόστηκαν σε κάθε ερώτημα, με σκοπό να εκτιμηθεί ο βαθμός του αυτό-στιγματισμού που βίωνε ο κάθε ασθενής και πως σχετίζεται αυτό με άλλους παράγοντες, όπως ηλικία, φύλο, ψυχοπαθολογική κατάσταση, νοσηλεία και διάρκεια της νόσου. Οι απόψεις που συγκεντρώθηκαν αποκάλυψαν συμπεριφορές στιγματισμού στα περισσότερα ερωτήματα. Ο βαθμός ανομοιότητας των απόψεων αυτών επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας των ασθενών και από τη διάρκεια της ασθένειας και λιγότερο από την ηλικία, το φύλο και τη νοσηλεία (Karidi et al, 2010).
13. Έχει γίνει σκέψη να εφαρμοστούν διάφορα εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Το Subjective Quality of Life Profile επιλέχθηκε, καθώς είναι εύκολο στη συμπλήρωση και καλύπτει παραμέτρους που προκύπτουν από συνεντεύξεις από ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάστηκαν γενικά ικανοποιημένοι από την ποιότητα ζωής τους, βρήκαν τα ερωτήματα σημαντικά και ήταν αισιόδοξοι για τις επερχόμενες αλλαγές. Η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και τα χρόνια της νόσου δεν έδωσαν σημαντικές στατιστικές διαφορές στο γενικό μοντέλο εκτίμησης της ποιότητας ζωής μέσα από τον πυρήνα των 27 ερωτημάτων. Παρουσιάστηκαν μερικά στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τρία ερωτήματα: οι θετικές προσδοκίες συσχετίστηκαν θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης και αρνητικά με τα χρόνια νόσου (Dimitriou et al, 2009).
14. Η ανεργία ασκεί ισχυρή αρνητική επίδραση στη ποιότητα ζωής και στην περαιτέρω πορεία της ασθένειας των διανοητικά διαταραγμένων ατόμων. Επομένως, τα επαγγελματικά προγράμματα αποκατάστασης είναι απαραίτητα για να βοηθήσουν τους ανθρώπους με τις ψυχικές διαταραχές για να

εργαστούν. Υπάρχει θετική επιστημονική ένδειξη σχετικά με τους θετικούς προγνωστικούς δείκτες για την επαγγελματική ενσωμάτωση. Αυτό το άρθρο σκοπεύει σε μια ανασκόπηση για τους προγνωστικούς δείκτες που συνδέονται με την επιτυχή επαγγελματική ενσωμάτωση. έγινε αναζήτηση στο Pubmed για μελέτες στο θέμα ψυχιατρικά επαγγελματικά προγράμματα αποκατάστασης που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1997 και 2007, τα οποία είχαν την εστίαση στους προγνωστικούς δείκτες του επιτυχημένου αποτελέσματος. Μερικοί από τους σημαντικότερους προγνωστικούς δείκτες είναι η μια καλύτερη απεικόνιση στο θέμα της ενσωμάτωσης στην εργασία και καλύτερη απόδοση εργασίας που μετριέται κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής επαγγελματικής αποκατάστασης. Η επιτυχής επαγγελματική ολοκλήρωση είναι σκληρότερη εάν τα αρνητικά συμπτώματα ή τα γνωστικά ελλείμματα υπάρχουν. Ο αντίκτυπος των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, της διάγνωσης, του κινήτρου στην εργασία και των κοινωνικών δεξιοτήτων θεωρούνται αμφιλεγόμενα. Η μελλοντική έρευνα πρέπει να κατευθυνθεί για να σχεδιάσει τα επαγγελματικά προγράμματα αποκατάστασης, τα οποία καλύπτουν τις συγκεκριμένες ανάγκες των ψυχιατρικών ασθενών (Matschnig et all, 2008).

15. Στις τελευταίες δεκαετίες, οι χρόνιοι ασθενείς απαλλάχθηκαν συστηματικά από τα ψυχιατρεία προκειμένου να ενσωματωθεί αυτός ο μειονεκτών πληθυσμός στην κοινότητα. Αυτές οι διαδικασίες αξιολογούνται επαρκώς και αναθεωρούνται στο δυτικό κόσμο σήμερα. Εντούτοις, λίγα στοιχεία έχουν παρουσιαστεί σχετικά με την περαιτέρω πορεία της ολοκλήρωσης μετά από την έξοδο από τα ψυχιατρικά ιδρύματα : ήταν η ένταξη στην κοινότητα πραγματικά επιτυχής ή οι ασθενείς τοποθετήθηκαν μόνιμα σε μια ιδρυματική κατοικία και αποτελούν αντικείμενο φροντίδας από ειδικό προσωπικό 24 ώρες 7 ημέρες την εβδομάδα. Αυτή η ανασκόπηση εστιάζει στην ερώτηση εάν τα άρθρα που περιγράφουν τα μεγάλα προγράμματα αποϊδρυματοποίησης αναφέρουν το επίπεδο θεσμικής υποστήριξης στα έτη μετά από την απαλλαγή από το νοσοκομείο. Επιπλέον προσπαθήσαμε να ανακαλύψουμε ποιες παράμετροι εξετάζονται κατά την περιγραφή της επιτυχούς κοινοτικής ολοκλήρωσης. έγινε αναζήτηση στο " Pubmed" για

μελέτες σχετικά με προγράμματα αποϊδρυματοποίησης που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1997 και 2007. Η απομάκρυνση από τα ψυχιατρικά τμήματα των νοσοκομείων ήταν σε όλες τις μελέτες επιτυχής και καταγράφηκαν θετικά αποτελέσματα όπως αυξανόμενη ποιότητα ζωής. Εντούτοις, οι μελέτες περιγράφουν ότι μετά την έξοδο από τα ψυχιατρικά ιδρύματα, οι ασθενείς έμειναν συνεχώς στην κατοικία κάτω από την φροντίδα ειδικών για όλο το 24ωρο. Η ανασκόπηση των διαθέσιμων στοιχείων για το επίπεδο υποστήριξης των χρόνιων ασθενών, σχετικά με τη στέγαση, επισημαίνει τον κίνδυνο «επανα-ιδρυματοποίησης». Λείπουν στοιχεία σχετικά με τα πρότυπα υποστήριξης που προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών. Ομοίως, οι πιθανές παρενέργειες της παραμονής των χρόνιως πασχόντων σε μια κατοικία, που είναι επανδρωμένη από ειδικό προσωπικό όλο το 24ωρο, δεν έχουν τεκμηριωθεί. Επομένως, βλέπουμε την ανάγκη για την περαιτέρω αξιολόγηση των διαφορετικών μοντέλων υποστηριγμένης κατοικίας για τους προηγούμενους χρόνιους νοσηλευμένους ασθενείς, καθώς επίσης και για τους ανθρώπους που έχουν αναπτύξει πρόσφατα μια χρόνια ψυχική νόσο (Bitter et al, 2009).

16. το μοντέλο αποκατάστασης αναφέρεται στις υποκειμενικές εμπειρίες αισιοδοξίας, ενίσχυσης και προσωπικής υποστήριξης και στην επικέντρωση σε θεραπευτικές προσεγγίσεις, στην ανεύρεση παραγωγικών ρόλων για τους χρήστες/πελάτες, στην ισότιμη υποστήριξη και στη μείωση του κοινωνικού στίγματος. Αυτή η ανασκόπηση θα εξετάσει κατά πόσο η αισιοδοξία για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και άλλοι παράγοντες των μοντέλων αποκατάστασης, έχουν αναδειχθεί από την πρόσφατη έρευνα. Η ύφεση των συμπτωμάτων έχει επακριβώς καθοριστεί, αλλά ο καθορισμός της αποκατάστασης είναι πιο δύσκολο να καθοριστεί, γιατί περιέχει παράγοντες που δρουν ανεξάρτητα σε παραγωγικό και λειτουργικό επίπεδο. Η πρόσφατη έρευνα και μια μεγάλη σειρά δεδομένων προτείνουν ότι η αισιοδοξία για την έξοδο από την σχιζοφρένεια είναι δικαιολογημένη. Μια σημαντική μερίδα ανθρώπων με την ασθένεια θα έχουν πλήρη θεραπεία και ακόμη περισσότεροι θα ενταχθούν σε κοινωνικούς λειτουργικούς ρόλους. Τα αποτελέσματα είναι καλύτερα για ανθρώπους του αναπτυγμένου κόσμου. Η εργασία φαίνεται να

βοηθά την αποκατάσταση της σχιζοφρένειας και πρόσφατα ευρήματα στην επαγγελματική αποκατάσταση έδειξαν ότι μπορεί να είναι αποτελεσματική σε χώρες με διαφοροποιήσεις στην οικονομία και στην αγορά εργασίας. Ένα μεγάλο ερευνητικό κομμάτι υποστηρίζει την αρχή ότι η παρότρυνση είναι σημαντικός παράγοντας στην διαδικασία της αποκατάστασης. γενικά αποδεκτή αρχή στο μοντέλο αποκατάστασης-στην αισιοδοξία για αποκατάσταση από σχιζοφρένεια αποτελεί η πρόσβαση στην απασχόληση και η αξία της ενίσχυσης-παρότρυνσης του χρήστη/πελάτη στην διαδικασία αποκατάστασης, υποστηρίζονται από την επιστημονική έρευνα. Προσπάθειες να μειώσουν την εσωτερικευση του στίγματος της ψυχικής νόσου πρέπει να εντάσσονται στο μοντέλο αποκατάστασης (Warner, 2009).

17. Η υποστηριγμένη διαβίωση είναι ένα βιώσιμο πρότυπο που προσφέρει ανεξαρτησία και την ευκαιρία για κοινοτική ενσωμάτωση. Εντούτοις, οι προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι δεν μπορούν να στηρίξουν όλοι πάσχοντες να δεχθούν μακροπρόθεσμη διαβίωση. Αυτή η μελέτη εξέτασε το βαθμό στον οποίο τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά διαβίωσης έχουν αρνητικές και θετικές επιδράσεις, στην αποχώρηση από ανεξάρτητες δομές διαβίωσης που προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα με ψυχική νόσο. Το δείγμα αποτελέστηκε από 237 άτομα που συμμετέχουν σε ένα υποστηριγμένο ανεξάρτητο πρόγραμμα διαβίωσης στη Φιλαδέλφεια. Τα ανάλογα πρότυπα κινδύνων COX χρησιμοποιήθηκαν για να υπολογίσουν τα αποτελέσματα των προσωπικών και χαρακτηριστικών κατοικίας στην πιθανότητα της θετικής αναχώρησης (σε μια ρύθμιση με περισσότερη αυτονομία) και της αρνητικής αναχώρησης (σε μια ρύθμιση με περισσότερη επίβλεψη ή στην έλλειψη στέγης). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (69%) διατήρησαν την παρουσία τους σε πρόγραμμα για την περίοδο σπουδών, 14% δοκίμασαν μια θετική αναχώρηση, και 17% μια αρνητική αναχώρηση. Αναφερόμενες περιπτώσεις εθισμού σε ουσίες έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας για αρνητική αναχώρηση και η υποστηρικτική στάση του προσωπικού μπορεί να έχει θετική επίδραση. Υψηλότερο εισόδημα αύξησε την πιθανότητα μιας θετικής αναχώρησης, ενώ υψηλότερου επιπέδου κοινωνικός κίνδυνος σε γειτονιά μείωσε την πιθανότητα. Τα ευρήματα

προτείνουν ότι η μακροπρόθεσμη διαμονή δεν ήταν ασυνήθιστη μεταξύ των υποστηριγμένων ανεξάρτητων δομών, αλλά μερικοί δεν ήταν ικανοί να διατηρήσουν την ανεξάρτητη διαβίωση και αποχώρησαν από τα καταφύγια, τα ινστιτούτα, ή τις δομές κατοικίας υπό επίβλεψη. Παράγοντες θετικής και αρνητικής αναχώρησης που προσδιορίζεται σε αυτήν την μελέτη μπορούν να βοηθήσουν τις υπηρεσίες παροχής τέτοιων υπηρεσιών για να ικανοποιήσουν τις διάφορες ανάγκες των προσώπων με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια για σταθερή ανεξάρτητη διαβίωση (Lee et all, 2009).

18. Αυτή η διασταυρούμενη μελέτη ερεύνησε τις σχέσεις μεταξύ της καθημερινής δραστηριότητας, της προσοχής, της μνήμης, των εκτελεστικών λειτουργιών και της κοινοτικής λειτουργικότητας των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένια. Πιο συγκεκριμένα, αυτή η μελέτη προσπάθησε να ελέγξει την υπόθεση ότι οι λειτουργικοί περιορισμοί κατά την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην κοινοτική λειτουργία στους πάσχοντες από σχιζοφρένια. ΜΕΘΟΔΟΙ: Ογδόντα δύο άτομα με σχιζοφρένια που ζουν στην κοινότητα χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα PRPP για να αξιολογήσει τη λειτουργική ικανότητα των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια προετοιμασιών ενός γεύματος. Η κοινοτική λειτουργικότητα αξιολογήθηκε τις κλίμακες ILSS και MCAS.: Οι συσχετισμοί αποκάλυψαν σημαντικές σχέσεις μεταξύ της λειτουργικής ικανότητας και της οπτικο-χωρικής συνειρμικής εκμάθησης, της χωρική λειτουργική μνήμη, του προγραμματισμού και των αρνητικών συμπτωμάτων. Οι δεξιότητες προγραμματισμού κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας γεύματος βρέθηκαν για να συνδέονται MCAS . Μετά από αναλύσεις, μόνο η οπτικο-χωρική μνήμη, τα αρνητικά συμπτώματα, η εκπαίδευση και η οικειότητα με την προετοιμασία γεύματος εξήγησαν την παραλλαγή στη λειτουργική ικανότητα. Τα συμπεράσματα της τρέχουσας μελέτης προτείνουν ότι η οπτικο-χωρική συνειρμική εκμάθηση, τα αρνητικά συμπτώματα, η εκπαίδευση και η οικειότητα με το στόχο είναι μεταξύ των σοβαρών παραγόντων για τη λειτουργική ικανότητα. Οι δεξιότητες προγραμματισμού απαραίτητες για την αποδοτική λειτουργικότητα, βρέθηκαν επίσης να είναι οι πιο καθοριστικές για την κοινοτική λειτουργία.

Επεμβάσεις αποκατάστασης πρέπει να θεωρήσουν αυτές που στοχεύουν σε κρυμμένη δύναμη και ελλείμματα κατά ανάπτυξη των στρατηγικών για να βοηθήσουν τους ανθρώπους με σχιζοφρένια να χτίσουν τις λειτουργικές δεξιότητες ουσιαστικές για την κοινοτική διαβίωση (Aubin et al 2008).

19. Οι πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες που εξετάζουν τους προγνωστικούς δείκτες ανταγωνιστικής απασχόλησης για τους ασθενείς με τη σχιζοφρένια αναθεωρούνται. Οι ερευνητές συνεχίζουν να εξετάζουν τους προγνωστικούς δείκτες της απασχόλησης μεταξύ τριών τύπων μεταβλητών: χαρακτηριστικά ασθενούς, περιβαλλοντικοί παράγοντες, και παρεμβάσεις. Η παροχή υποστηριγμένης απασχόλησης είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της ανταγωνιστικής απασχόλησης σε αυτόν τον πληθυσμό, ενώ οι δείκτες που σχετίζονται με τους ασθενείς σχετίζονται μετρίως με τα συμπεράσματα. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής και πολιτιστικής επιρροής, της τοπικής οικονομίας, των εργατικών νόμων, των πολιτικών υπέρ των αναπήρων, και των κυβερνητικών κανονισμών, θεωρούνται ότι έχουν σημαντικές επιρροές στην απασχόληση, αλλά αυτοί οι παράγοντες έχουν μελετηθεί ελάχιστα. ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Λαμβάνοντας υπόψη την ισχυρή και συνεπή βάση στοιχείων για την αποτελεσματικότητα της υποστηριγμένης απασχόλησης στη βοήθεια των ατόμων με τη σχιζοφρένια, οι αρμόδιοι για το σχεδιασμό προγραμμάτων ψυχικής υγείας πρέπει να κάνουν να έχουν πρόσβαση υψηλής προτεραιότητας σε αυτές τις πολιτικές. Τα εμπόδια στην εφαρμογή της υποστηριγμένης απασχόλησης, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης, της οργάνωσης, της ενσωμάτωσης, της κατάρτισης, και της επίβλεψης, πρέπει να εξεταστούν συστηματικά. Ο χώρος στερείται αυτήν την περίοδο από επαρκή κατανόηση του ρόλου των κοινωνικών, πολιτιστικών, και ρυθμιστικών παραγόντων που σχετίζονται με την διευκόλυνση ή την παρεμπόδιση των εκβάσεων απασχόλησης. Τέτοια έρευνα είναι αναγκαία (Bond & Drake, 2008).

20. Ο συνδυασμός νέων φαρμάκων και αποτελεσματικών ψυχοκοινωνικών επεμβάσεων αποκατάστασης έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει σημαντικά την

έκβαση για τα άτομα με τη σχιζοφρένια. Οι ασθενείς που έχουν τα επίμονα θετικά συμπτώματα μπορούν να ωφεληθούν από τη γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς. Εξασθένιση στην κοινωνική ικανότητα μπορεί να εξεταστεί με την κοινωνική κατάρτιση δεξιοτήτων. Τα υποστηριγμένα προγράμματα απασχόλησης μπορούν να αυξήσουν τη δυνατότητα των ασθενών που έχουν τη σχιζοφρένια για να ενταχθούν σε ανταγωνιστική απασχόληση. Οι προσεγγίσεις οικογενειακής ψυχο- εκπαίδευσης, οι θεραπείες ανεξάρτησης από κατάχρηση ουσιών και οι γνωστικές προσεγγίσεις αποκατάστασης που ενισχύουν ή παρακάμπτουν την εξασθένιση της γνωστικής λειτουργίας συζητούνται. Αυτό το άρθρο περιγράφει τις τρέχουσες προσπάθειες να ενσωματωθούν αυτές οι αρχές της ιατρικής αποκατάστασης στη διαχείριση της σχιζοφρένιας (Velligan & Gonzalez , 2007).

21. Η χρήση του όρου «αποκατεστημένος» σε μελέτες σχετικά με τη σχιζοφρένια, θεωρείται προβληματικός , λόγω των πολλών διαφορετικών ορισμών. Στην παρούσα μελέτη οι διαφορετικοί ορισμοί για την αποκατάσταση στη σχιζοφρένια ανασκοπούνται και συγκρίνονται με τους παρόμοιους ορισμούς σε άλλους τομείς της ιατρικής. Μια αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε με για τη χρήση του όρου αποκατεστημένος , όπως χρησιμοποιείται σε μελέτες ασθενών με σχιζοφρένια κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 ετών και την τωρινή χρήση του όρου σε άλλους τομείς της ιατρικής.: Στην ιατρική, μόνο ο τομέας της ψυχιατρικής ορίζει τον όρο αποκατεστημένος να είναι συνώνυμος χωρίς ή τα ελάχιστα σημάδια της ασθένειας. Άλλοι τομείς εφαρμόζουν μόνο τον όρο κατά τη μελέτη της έκβασης μιας συγκεκριμένης λειτουργίας. Στην ψυχιατρική, μόνο ο τομέας της σχιζοφρένιας περιλαμβάνει και τα συμπτώματα και τη λειτουργία στον ορισμό. Όλο εκτός από 1 εκ των 18 ορισμών που βρέθηκαν σε χρήση στο πεδίο της σχιζοφρένιας δεν απαιτήσε ελάχιστο ή κανένα σύμπτωμα, ενώ όλα διέφεραν στον καθορισμό της λειτουργικής αποκατάστασης. Αποκατεστημένος ορίστηκε σπάνια αυτός που προκύπτει από την ύφεση μιας κατάστασης και οι μελέτες ποίκιλαν στην απαίτηση μιας σταθερής φάσης. Η χρησιμοποίηση του όρου στον τομέα της σχιζοφρένιας, προϋποθέτει τη διάκριση μεταξύ της συμπτωματικής και λειτουργικής αποκατάστασης

προκειμένου να το τοποθετήσει σύμφωνα με άλλους τομείς της ιατρικής. Για να αποφευχθεί η σύγχυση μεταξύ της διαδικασίας της αποκατάστασης από την κατάσταση της ανάκτησης, ο όρος πρέπει να διατηρηθεί για τη χρήση στις μελέτες έκβασης, ακολουθώντας το χρόνο της ύφεσης . Προτείνουμε 2 έτη (Faerden et all, 2008).

22. Οι απαισιόδοξες απόψεις σχετικά με την πορεία και την έκβαση της σχιζοφρένειας έχουν αντικατασταθεί από μια έμφαση στην αποκατάσταση. Η έννοια της αποκατάστασης υπογραμμίζει την ανάγκη να παρασχεθεί η πρόσβαση στις θεραπείες και τις υπηρεσίες που είναι αποτελεσματικές τόσο στην μείωση των εκδηλώσεων, όσο και στην ενίσχυση των ατόμων για να τα οδηγήσουν σε παραγωγικές και προσωπικά σημαντικές ζωές. Για αυτόν τον λόγο, η schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), δημοσίευσε έναν ενημερωμένο κατάλογο πρακτικών που περιλαμβάνει 14 συστάσεις, έξι από τις οποίες περιγράφουν τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες (οικογενειακές επεμβάσεις, υποστηριγμένη απασχόληση, κατηγορηματική κοινοτική θεραπεία, εκπαιδευτικές δεξιότητες, γνωστική θεραπεία και δείγμα προγραμμάτων οικονομίας). Αυτό το άρθρο ανασκοπεί τις συστάσεις για τις ψυχοκοινωνικές πρακτικές, και συζητά τις μελλοντικές ανάγκες και που μπορεί να έχουν επίδραση στην αποτελεσματικότητα προσέγγισης της νόσου. Μεταξύ αυτών των πρακτικών, η ετερογένεια των ατόμων που εντοπίζεται με τη σχιζοφρένια, οι παραλλαγές στην ποιότητα και ο βαθμός εφαρμογής πρέπει να είναι διαθέσιμες. Οι ψυχοκοινωνικές συστάσεις είναι ένα άριστο εργαλείο στο στάδιο του προσδιορισμού των πρακτικών που μπορούν να ενθαρρύνουν την κοινωνική αποκατάσταση. Η καινοτομία και έρευνα για την ψυχοκοινωνική θεραπεία πρέπει να ολοκληρωθούν προκειμένου να βελτιωθούν οι ευκαιρίες για την κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών που εντοπίζεται με τη σχιζοφρένια (Shean, 2007).

23. Η αποκατάσταση δεν είναι το ίδιο με τη θεραπεία. Η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας είναι η διαδικασία που στοχεύει περισσότερο στη ζωή παρά στην ασθένεια. Είναι μια τρέχουσα διαδικασία παρά απλά ένας στόχος που

μπορεί να επιτευχθεί. Η αποκατάσταση από το στίγμα της ψυχικής ασθένειας μπορεί να είναι τόσο δύσκολη όσο η αποκατάσταση από η ίδια την ασθένεια. Αρκετές κοινές , αλλά ανακριβείς, πεποιθήσεις μπορούν να παρεμποδίσουν τη διαδικασία της αποκατάστασης. Οι μύθοι περιλαμβάνουν την πεποίθηση ότι η ασθένεια εμπεριέχει μια έμφυτη κατηφορική πορεία, η αποκατάσταση είναι χρήσιμη μόνο μετά τη σταθεροποίηση της νόσου, διοργανώνει μια εγγενώς προς τα κάτω σειρά μαθημάτων και ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένια μπορούν μόνο να εργαστούν στις χαμηλού επιπέδου εργασίες. Οι άνθρωποι που έχουν τη σχιζοφρένια έχουν αναφέρει ότι η διαδικασία αποκατάστασής τους ενισχύθηκε από την αποφασιστικότητά τους να γίνουν καλύτερα, την κατανόηση της ασθένειας, τη λήψη προσωπικών ευθυνών , την παρουσία φίλων που τους δέχονται, την αισιόδοξη τοποθέτηση, και τις πνευματικές πεποιθήσεις που τους βοηθούν να βρουν νόημα στη ζωή (Diamond, 2006).

24. Η κοινωνική ψυχιατρική άρχισε πριν έναν αιώνα πριν την θέσπιση ψυχικής και φυλετικής υγείας, αλλά μετά από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο ασπάστηκε τις έννοιες της κοινωνικής φροντίδας και της αποϊδρυματοποίησης. Οι σημαντικότερες ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις στο δεύτερο μισό του τελευταίου αιώνα βασίστηκαν κυρίως σε τέτοιες έννοιες, συμπεριλαμβανομένων των μεταρρυθμίσεων της Ελβετίας και ειδικότερα της ψυχιατρικής της Ζυρίχης. Οι παρούσες ανάγκες για ψυχιατρική φροντίδα και οι συγκεκριμένες πολιτικές και οικονομικές καταστάσεις εξετάζονται και φαίνεται να είναι ευνοϊκοί. Επίσης, το προφίλ των μελλοντικών ψυχιάτρων, όπως διατυπώνεται από τους επαγγελματικούς συνδέσμους και τις ομάδες εμπειρογνομόνων, αντιστοιχεί στις έννοιες της κοινωνικής ψυχιατρικής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποκινεί τις βελτιώσεις υπηρεσιών στην ίδια κατεύθυνση. Οι συνέπειες αφορούν την εκπαίδευση και την κατάρτιση, και τον επαγγελματικό ρόλο των μελλοντικών ψυχιάτρων. Τέλος, το μέλλον της κοινωνικής ψυχιατρικής θα διαμορφωθεί από τις δημόσιες προσδοκίες και την αποδοχή τους σε κοινοτικό επίπεδο υπηρεσιών (Uchtenhagen, 2006).

25. Η κοινότητα ψυχικής υγείας έχει κάνει τεράστια βήματα στο ξερίζωμα του στίγματος, στην απαίτηση πολιτικής αλλαγής, και στη βελτίωση των παιδιών και των εφήβων με τις ψυχικές ασθένειες, που ολοκληρώνονται μέσω των κυβερνητικών και νομικών προγραμμάτων και που βοηθούνται από την κοινοτική συμμετοχή. Εντούτοις, αποτελεί πρόκληση η μελέτη πρόσβασης των παιδιών και των εφήβων στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι νομοθέτες είναι συχνά απληροφόρητοι σχετικά με ζητήματα ψυχικής υγείας των παιδιών . Η υπεράσπιση περιλαμβάνει τη συνεργασία άμεσα με τους νομοθέτες και τους φορείς χάραξης πολιτικής, που εργάζονται στη σχολική διοίκηση, με σκοπό την ικανοποίηση των μοναδικών αναγκών του παιδιού. Τρεις αρχές πρέπει να γίνουν κατανοητές: η αλλαγή παίρνει το χρόνο, η εμμονή είναι απόλυτη, και ο συμβιβασμός είναι αναπόφευκτος (Ptakowski, 2010).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Blue E. (1999). *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*. Αθήνα. Εκδόσεις: Εξάντας.
2. Lempriere et all. (1995). *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*, Τόμος β'. Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση
3. Αγγελόπουλος Ν. (1990). *Περιβάλλον και Ψυχική Υγεία. Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 17
4. Γιαννοπούλου Α. (1996). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα, εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ
5. Γιαννοπούλου Α. (2004). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα, εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ.
6. Διαλυνάκη Ε. (2004). *Εξωοικογενειακή φροντίδα*, Ηράκλειο .
7. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία & Πρόνοια (2000-2006). (μονάδα υποστήριξης εμπύχωσης και παρακολούθησης φορέων υλοποίησης του προγράμματος Ψυχαργώς Β' φάση). Μέθοδοι κοινωνικής ευαισθητοποίησης και καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο, Αθήνα 2004
8. Ζαχαριάς Β., Πασαντωνόπουλος Γ. (2004). *Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας*.
9. Ζήση Α. (2002). *Επανάταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων-εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές*. Αθήνα, εκδόσεις Τυπωθύτω
10. Θεοφίλου Π. (2002). *Η επαγγελματική προετοιμασία και ένταξη των ατόμων που κινδυνεύουν με κοινωνικό αποκλεισμό: Ψυχωτικοί Ασθενείς. Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 67
11. Λειβαδίτης Μ. (1994). *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

12. Λυκέτσος Γ. (1998). *Το μυθιστόρημα της ζωής μου*. εκδόσεις: Γαβριηλίδης
Αθήνα
13. Μαδιάνος, Μ. (1994). *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της*.
Αθήνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
14. Μαδιάνος Μ. (1994 β). *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην
κοινότητα*. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
15. Μαδιάνος Μ. (2000). *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*. Αθήνα, εκδόσεις
Καστανιώτη
16. Μαδιάνος Μ. (2005). *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*. Αθήνα, Εκδόσεις
Καστανιώτη
17. Μάτσα Κ. (1984). *Η γέννηση του Ψυχιατρικού Ασύλου*. Τετράδια ψυχιατρικής
3- 4
18. Μπαϊρακτάρης Κ. (1994). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα,
Εναλλακτικές Εκδόσεις,
19. Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύκωσης και Παρακολούθησης Μ.Υ.Π.Ε.Π.
(2003). Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., Αθήνα.
20. Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύκωσης και Παρακολούθησης, (2003). *Οδηγός
Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Φορέων
Υλοποίησης Ψυχαργώς, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων -
Υπουργείο Υγείας και Πρόνοια*
21. Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α. (2005). *Κοινωνική – Κοινοτική
νοσηλευτική ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις ΒΗΤΑ.
22. Παπαδάτος, Γ., Στογιαννίδου, Α. (1988). *Κοινοτική ψυχική υγιεινή*. Αθήνα:
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
23. Πλουμπίδης Δ. (1989). *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα: Θεσμοί,
Ιδρύματα και Κοινωνικό Πλαίσιο (1850- 1920)*. Θεσσαλονίκη
24. Τζανάκης Μ. (2003). *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και
καθημερινότητα, μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής
μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Ρέθυμνο
25. Χαρτοκόλλης, Π. (1991). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Αθήνα. Εκδόσεις:
Θεμέλιο.

26. Χριστοδούλου et all. (2000). *Προληπτική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ
27. Aubin G., Stip E., Gélinas I., Rainville C., Chapparo C. (2009). Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophr Res.* 107(2-3):313-8.
28. Beneditti A. et all. (2009). The psychotic spectrum: a community-based study. *World Psychiatry.* 8(2): 110-4.
29. Bitter D., Entenfellner A., Matschnig T., Frottier P., Frühwald S. (2009). At home in a home? Did de-hospitalisation mean de-institutionalisation? *Psychiatr Prax.* 36(6):261-9.
30. Blue E. (1999). *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*. Αθήνα. Εκδόσεις: Εξάντας.
31. Bond GR., Drake RE. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 21(4):362-9.
32. Brookman-Frazee L., Garland AF., Taylor R., Zoffness R. (2009). Therapists' attitudes towards psychotherapeutic strategies in community-based psychotherapy with children with disruptive behavior problems. *Adm Policy Ment Health.* 36(1):1-12.
33. Chen VC., Cheng AT., Tan HK., Chen CY., Chen TH., Stewart R., Prince M. (2009). Community-based study of case fatality proportion among those who carry out suicide acts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*
34. Diamond RJ. (2006). *Recovery from a psychiatrist's viewpoint.* *Postgrad Med. Spec No:*54-62.
35. Dimitriou P., Anthony D., Dyson S. (2009). Quality of life for patients with schizophrenia living in the community in Greece. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 16(6):546-52.
36. Everett A., Huffine C. (2009). Ethics in contemporary Community psychiatry. *Psychiatr Clin North Am.* 32(2):329-41
37. Faerden A., Nesvåg R., Marder SR. (2008) Definitions of the term 'recovered' in schizophrenia and other disorders. *Psychopathology.* 41(5):271-8.

38. Golden J., Conroy RM., Lawlor BA. (2009). Social support network structure in older people: underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychol Health Med.* 14(3):280-90.
39. Guarnieri P. (2009). Towards a history of the family care of psychiatric Patients. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 18(1):34-9.
40. Karidi MV., Stefanis CN., Theleritis C., Tzedaki M., Rabavilas AD., Stefanis NC. (2010). Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Compr Psychiatry.*51(1):19-30.
41. Lee S., Wong YL., Rothbard AB. (2009). Factors associated with departure from supported independent living programs for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 60(3):367-73.
42. Lemperiere et all. (1995). *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα, Τόμος β'.* Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
43. Matschnig T., Frottier P., Seyringer ME., Frühwald S. (2008). Vocational rehabilitation for mentally ill persons--an overview of predictors for successful integration. *Psychiatr Prax.* 35(6):271-8.
44. Ptakowski KK. (2010). Advocating for children and adolescents with mental illnesses. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 19(1):131-8.
45. Shean GD. (2007). Recent developments in psychosocial treatments for schizophrenic patients. *Expert Rev Neurother.* 7(7):817-27.
46. Tarricone I et all. (2009). Psychotic symptoms and general health in a socially disadvantaged migrant community in bologna. *Int J Soc Psychiatry.* 55(3):203-13.
47. Uchtenhagen AA., (2008). Which future for social psychiatry?. *Int Rev Psychiatry.* 20(6):535-9.
48. Velligan DI., Gonzalez JM. (2007). Rehabilitation and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.*30(3):535-48.
49. Warner R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry.* 22(4):374-80.

50. Warner CH., Appenzeller GN., Grieger TA., Benedek DM., Roberts LW., (2009). Ethical considerations in military psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.
51. Wetherell JL et all. (2009). Modular psychotherapy for anxiety in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 17(6):483-92.
52. Whitley R., McKenzie K. (2005). Social capital and psychiatry: *review of the literature*. 13(2):71-84.