



*Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη
Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*

Σπουδάστριες: Λαμπροπούλου Ευθυμία

Ραπούδη Παρασκευή

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: κα. Χρυσούλα Μελισσά-Χαλκιοπούλου

Θεσσαλονίκη 2010

Περιεχόμενα

Πρόλογος	σελ.5
Εισαγωγή	σελ.8
Κεφάλαιο 1: Η εξέλιξη της Ψυχιατρικής ως Επιστήμης και το ξέσπασμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	σελ.13
1.1 Πρώτος Κύκλος (12 ^{ος} αιώνας πΧ.- 4 ^{ος} αιώνας μΧ.)	σελ.14
1.1.1 Θεραπεία ψυχασθένειας στην Ελλάδα.....	σελ.16
1.1.2 4 ^{ος} Αιώνας- 3 ^{ος} Αιώνας	σελ.17
1.2 Δεύτερος κύκλος (4 ^{ος} -19 ^{ος} Αιώνας)	σελ.17
1.2.1 Από τη Δαιμονολογία στο Διαφωτισμό	σελ.17
1.2.2 Ψυχιατρικός Διαφωτισμός. Στο δρόμο για την Επιστήμη της Ψυχιατρικής	σελ.19
1.3 Η εγκατάσταση της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα.....	σελ.20
1.4 Μεταβαλλόμενη ιδεολογία και Μεταρρύθμιση.....	σελ.23
1.4.1 Οι δυνάμεις πίσω από την Μεταρρύθμιση	σελ.27
Κεφάλαιο 2 : Ψυχικά ασθενής και κοινωνικό στίγμα.....	σελ.29
2.1 Το στίγμα και το Βιοιατρικό Μοντέλο της ψυχικής νόσου	σελ.30
2.2 Προκαταλήψεις και κοινωνικά πρότυπα	σελ.32
2.3 Στίγμα και πολιτική	σελ.33
2.4 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και στίγμα	σελ.34
2.5 Η τηλεφωνική γραμμή του ΕΠΨΥ	σελ.35
Κεφάλαιο 3: Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα από το 1970 μέχρι και σήμερα	σελ.37
3.1 Η Ένταξη της Ελλάδας στην ΕΟΚ και η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	σελ.38
3.2 Βιογραφική ρήξη	σελ.39
3.3 Κριτική στάση απέναντι στην Ψυχιατρική	σελ.44
3.4 Λέρος και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	σελ.45
3.4.1 Αποϊδρυματοποίηση στη Λέρο	σελ.48
3.4.2 Η λειτουργία της Μονάδας «παρέμβασης» του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής	

.....σελ.52	σελ.52
3.5 Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων. Ιστορική αναδρομή	σελ.53
3.5.1 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Κρήτη. Το νέο παράδειγμα	σελ.54
3.6 Οι νέες ψυχιατρικές υπηρεσίες	σελ.57
3.6.1 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής	σελ.58
3.6.1.1 Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αγίων Αναργύρων	σελ.59
3.6.1.2 Συμπεράσματα από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας των Αγίων Αναργύρων	σελ.66
3.6.2 Τμήματα Ψυχιατρικής στα Γενικά Νοσοκομεία.....	σελ.71
3.6.3 Νοσοκομεία Ημέρας	σελ.73
3.6.4 Προγράμματα Επανάταξης.....	σελ.75
3.6.5 Κινητές Μονάδες	σελ.77
3.7 Ένα κίνημα αλλιώτικο	σελ.78
3.8 Το εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργός».....	σελ.80
3.8.1 Η Α΄ φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2000-2001).....	σελ.81
3.8.2 Η Β΄ φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2002-2009).....	σελ.83
3.9 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.ΠΕ).....	σελ.86
3.9.1 Η απασχόληση στα ΚΟΙ.Σ.ΠΕ.....	σελ.87
3.9.1.1 Κοι.Σ.ΠΕ Χανίων.....	σελ.87
3.9.1.2 Κοι.Σ.ΠΕ Αττικής	σελ.88
3.9.1.3 Κοι.Σ.ΠΕ Κέρκυρας.....	σελ.89
3.10 Πανελλαδική Ένωση για Ψυχοκοινωνικοί Αποκατάσταση και Επαγγελματική Επανάταξη (ΠΕΨΑΕΕ)	σελ.89
3.11 Σωματείο «Αυτοεκπροσώπησης» και ομάδα «Αυτοεκπροσώπησης ευπαθών κοινωνικών ομάδων»	σελ.90
3.12 Τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας στο χώρο της Ψυχικής Υγείας. Το παράδειγμα του ΕΠΨΥ	σελ.91
3.12.1 Καταγραφή πληροφοριών για τους καλούντες και το περιεχόμενων των κλήσεων	σελ.93
3.12.2 Απολογιστικά στοιχεία της τηλεφωνικής γραμμής ΕΠΨΥ κατά την περίοδο 2003-2007	σελ.94
3.12.3 Συμπεράσματα από την λειτουργία της τηλεφωνικής γραμμής ΕΠΨΥ	σελ.96

Κεφάλαιο 4: Ο Νοσηλευτής και η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	σελ.98
4.1 Η ψυχιατρική Νοσηλευτική προ του 1882	σελ.99
4.2 Η ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα από το 1882 έως το 1914.....	σελ.100
4.3 Η ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα από το 1916 έως το 1944.....	σελ.100
4.4 Η ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα από το 1945 έως το 1960.....	σελ.103
4.5 Η ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα από το 1960 έως το 1980.....	σελ.104
4.6 Η ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα από το 1980 έως το 2000.....	σελ.105
4.7 Πρόληψη ψυχικών διαταραχών: πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής πρόληψη. Νοσηλευτική Συμβολή	σελ.106
4.8 Θεραπευτικό Περιβάλλον. Νοσηλευτική δημιουργία	σελ.107
4.9 Τοποθέτηση ορίων	σελ.108
4.10 Νοσηλευτικές στάσεις προς τον άρρωστο	σελ.108
4.11 Η Νοσηλευτική διάγνωση στην κλινική πρακτική	σελ.109
4.11.1 Ψυχιατρική Νοσηλευτική διάγνωση. Ορισμός και σκοποί	σελ.110
4.11.2 Η χρήση της θεωρίας και της διάγνωσης.....	σελ.111
4.11.3 Η τέχνη της Επικοινωνίας στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.....	σελ.112
4.12 Προβλήματα στην επικοινωνία νοσηλευτή ασθενούς	σελ.113
4.13 Διαθεσιμότητα για θεραπευτική σχέση αντί για περιοριστικά μέτρα. Ο ρόλος των νοσηλευτών.....	σελ.115
4.14 Θεραπευτική ομαδική επικοινωνία.....	σελ.121
4.15 Ψυχοθεραπεία μέσω τέχνης	σελ.125
4.16 Τηλεφωνική Συμβουλευτική Υπηρεσία.....	σελ.125
4.17 Ο Στιγματισμός του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή	σελ.126
4.18 Το «burn-out» του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή.....	σελ.130
4.18.1 Παρεμβάσεις για αντιμετώπιση του «burn-out».....	σελ.131
Κεφάλαιο 5: Το μέλλον της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.....	σελ.133
5.1 Κρίσιμες εξελίξεις για το μέλλον της Ψυχιατρικής	σελ.134
5.2 Εργασία-Εύρεση εργασίας.....	σελ.137
Επίλογος.....	σελ.140
Βιβλιογραφία	σελ.141

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι επιστήμες ψυχικής υγείας, μεταξύ των άλλων, θέτουν ερωτήματα και προσπαθούν να δώσουν απαντήσεις σε θέματα που αφορούν την ανθρώπινη συμπεριφορά στις διάφορες πτυχές της καθημερινής μας ζωής. Τα τελευταία χρόνια έχουν εκδοθεί πολλά εκλαϊκευμένα επιστημονικά βιβλία (pop psychology) καθώς το ενδιαφέρον του κόσμου να κατανοήσει τις συμπεριφορές του έχει σημαντικά αυξηθεί. Επίσης αυξάνονται τα αξιόλογα συγγράμματα που απευθύνονται αποκλειστικά σε φοιτητές, αφού μαθήματα Ψυχιατρικής και Ψυχολογίας περιλαμβάνονται σε όλα τα προγράμματα σπουδών που έχουν σαν γνωστικό τους αντικείμενο τον άνθρωπο.

Η πτυχιακή μας εργασία επικεντρώνεται στην εξέλιξη της Ψυχιατρικής δια μέσου των αιώνων και στη συμβολή του νοσηλευτή σε αυτά τα στάδια εξέλιξης της. Απευθύνεται σε όσους σπουδάζουν τη νοσηλευτική επιστήμη αλλά και σε αυτούς που την ασκούν ως επάγγελμα. Αναλύοντας επίσης τα προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν μέσα στα πλαίσια άσκησης επαγγέλματος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, καθώς και σε αυτά που αντιμετώπισαν και όλοι οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα, στα προβλήματα που πρέπει τώρα να επιλυθούν και τέλος δίνεται έμφαση στην αξία του νοσηλευτικού επαγγέλματος ως μια ανθρωπιστική επιστήμη.

Ο λόγος που επιλέξαμε την εργασία αυτή ήταν να κατανοήσουμε καλύτερα μέσα από την εξέλιξη της Ψυχιατρικής και τα διάφορα ψυχικά προβλήματα. Οι ψυχικές διαταραχές έχουν αυξηθεί στις μέρες μας. Αυτό οφείλεται σύμφωνα με πολλές απόψεις στο ότι ο κόσμος έχει γίνει πιο πολύπλοκος, οι κοινωνικές σχέσεις έχουν χαλαρώσει και οι κλασσικοί θεσμοί όπως οικογένεια, παρέα, σχολείο, πανεπιστήμιο, στρατός βρίσκονται σε ένα μεγάλο βαθμό στα όρια της κατάρρευσης.

Μια άλλη άποψη θέλει στη σημερινή κοινωνία η ψυχιατρική βοήθεια να είναι πιο αποδεκτή μιας και υπάρχουν περισσότεροι ψυχίατροι, ψυχολόγοι και υπηρεσίες ψυχικής υγείας οπότε ψυχικές διαταραχές που άλλοτε θα έμεναν κρυφές ή και μη διαγνωσμένες σωστά σήμερα γίνονται αποδεκτές με αν όχι ελάχιστα, σίγουρα λιγότερα ταμπού.

Στη πορεία λοιπόν των χρόνων και προκειμένου να κατανοήσουμε και να βοηθήσουμε τους ψυχικά αρρώστους έχουν γίνει έρευνες και έχουν θεσπιστεί

κανόνες και τακτικές. Με το πέρασμα των χρόνων και με την εμπειρία του παρελθόντος λάθη διορθώνονται, τακτικές αλλάζουν και καταστάσεις και θεραπευτικές μέθοδοι εξελίσσονται. Στο πλαίσιο όλων των παραπάνω μιλάμε για τις διάφορες μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει κατά διαστήματα και συνεχίζουν να γίνονται μέχρι και σήμερα στην ψυχική υγεία.

Τέλος θα θέλαμε να αποδώσουμε κάποιες ευχαριστίες :

Στην κυρία Μελισσά Χρυσούλα για την καθοδήγηση και στήριξη που μας έδωσε σε όλη την διάρκεια της έρευνάς μας.

Στις βιβλιοθηκονόμους των βιβλιοθηκών που επισκεφτήκαμε για την έρευνά μας και μας βοήθησαν στη συλλογή του βιβλιογραφικού μας υλικού

Στις οικογένειές μας για την απεριόριστη αγάπη και εμπιστοσύνη τους όλα αυτά τα χρόνια.

Με σεβασμό και εκτίμηση

Λαμπροπούλου Ευθυμία

Ραπτούδη Παρασκευή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία θα εξετάσουμε πώς ο κλάδος της ψυχιατρικής ξεκίνησε και εξελίχθηκε από τα αρχαία χρόνια μέχρι τη σημερινή εποχή, αναλύοντας τις διακυμάνσεις, τις ενστάσεις, την πρόοδο αλλά και τις δυσκολίες που αντιμετώπισε και αντιμετωπίζει μέχρι και σήμερα.

Ζούμε σε μια εποχή όπου η επιστήμη προοδεύει με ταχύτατους ρυθμούς, ώστε να ανατρέπεται δεδομένα αιώνων, να ανατρέπεται και να αναιρεί δοξασίες και κατεστημένα της σκέψης αλλά και να αυτοαναιρείται.

Παρόλα αυτά η μελέτη του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου παραμένει μέχρι και σήμερα μυστήριο, αίνιγμα και αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημών (Ψυχιατρική, Ψυχολογία, Κοινωνιολογία, Νευροεπιστήμες κλπ.) Θα μπορούσαμε να πούμε πως η ανάγκη για αυτήν την μελέτη είναι σύμφυτο με την ανθρώπινη ύπαρξη. Γι' αυτό από τα αρχαία χρόνια απασχόλησε πλήθος φιλοσόφων, επιστημόνων, μυστών, ιεροφαντών αλλά και απλών καθημερινών ανθρώπων. (Σταματίδου, 2010)

Τα ψυχιατρικά εγχειρίδια συχνά αναφέρονται σε μια γενικευμένη ιστορία της ψυχιατρικής, ως ενός σώματος γνώσεων και θεραπευτικών εφαρμογών που εξελίσσεται προοδευτικά από τους αρχαίους χρόνους ως τις μέρες μας. Η πορεία αυτή χαρακτηρίζεται από μια κίνηση από την άγνοια στην γνώση, από την αναποτελεσματικότητα στην αποτελεσματικότητα και από την δοξασία στην επιστημονική αλήθεια. (Τζανάκης, 2005).

Για πρώτη φορά στην Αρχαία Ελλάδα ο Πυθαγόρας, ο Ιπποκράτης, ο Ηρόφιλος και ο Ερίστρατος ήταν οι αυτοί που όρισαν ως έδρα των ψυχικών λειτουργιών τον εγκέφαλο. Η άποψη αυτή κυριαρχεί και στη σύγχρονη αντίληψη: πνεύμα(mind) είναι η ψυχική λειτουργία δια της οποίας ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα. Η θεολογία, σε ένα άλλο μεταφυσικό επίπεδο θεωρεί ότι το πνεύμα συνδέει τον άνθρωπο με τον Θεό. Αυτός ο σύνδεσμος αποτελεί και τον χαρακτήρα της ψυχής. Κατά μία άλλη θεολογική εκδοχή, η ψυχή δεν είναι πνεύμα όπως ο Θεός γιατί έχει αρχή ενώ ο Θεός είναι άναρχος. Επίσης η ψυχή δεν είναι «φύση» αθάνατη, όπως υποστηρίζει ο Πλάτωνας αλλά «χαριστή Θεού» αθάνατη. Οι ιδέες που βασίστηκαν η ψυχιατρική βρίσκονται στην ιατρική, σε γνωστικές επιστήμες όπως δίκαιο και

φιλοσοφία, αλλά και σε πνευματικά ρεύματα της νεωτερικότητας όπως ο θετικισμός. «Σε αυτή την πολυμορφία των γνωστικών πηγών και ιδεολογικών αναφορών οφείλεται η πολυπλοκότητα της ψυχιατρικής». (Τζανάκης, 2005, Ευαγγέλου, 2010)

Η ιστορία της ψυχιατρικής χαρακτηρίζεται από συνεχείς αναθεωρήσεις μέσα από τις οποίες αναγνωρίζονται οι ιδιαιτερότητες της ανάδυσης της ψυχιατρικής στα νεώτερα χρόνια, «ως ενός ιστορικά και κοινωνικά εντοπισμένου σώματος γνώσεων και πρακτικών που οδηγεί στην αποκαθήλωση της τρέλας.» (Τζανάκης, 2005) Επίσης υποβαθμίζουν τις αντίστοιχες δυσκολίες να ριζώσει η επιστήμη της ψυχιατρικής στην ελληνική κοινωνία. Παρά τις πολλαπλές αναφορές της ψυχιατρικής, οι καταστατικές της ιδέες, αυτές οι οποίες την συγκροτούν ως ιδιάζον και εσωτερικά συγκροτημένο σύνολο ερωτήσεων-απαντήσεων φαίνεται να είναι δύο: α) η ψυχική πάθηση είναι μια ασθένεια και δυνητικά ιάσιμη και β) ο ψυχικά πάσχων δεν είναι ποτέ ολικά κατεστραμμένος και μπορεί να συμβάλλει ενεργά στη θεραπεία του. (Τζανάκης, 2005)

Με τους όρους ψυχική νόσος, αρρώστια ή πάθηση αναφερόμαστε σε ομάδες διαταραχών που αφορούν τη σκέψη, τη διάθεση και τη συμπεριφορά του ανθρώπου και οι οποίες προκαλούν σοβαρή καταπόνηση με κοινό αποτέλεσμα τη μείωση της λειτουργικότητας του πάσχοντος σε ψυχολογικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο.

Πιο συγκεκριμένα οι ψυχικές διαταραχές κατατάσσονται ως εξής:

- A) διαταραχές που αφορούν τη σκέψη, στις οποίες κατατάσσονται διαφορές παθήσεις που καλύπτονται συνήθως με τον όρο σχιζοφρένεια.
- B) Διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης, στις οποίες κατατάσσονται παθήσεις και διαταραχές που εμπεριέχονται στον όρο κατάθλιψη.
- C) Διαταραχές που αφορούν τη συμπεριφορά και στις οποίες κατατάσσονται παθήσεις όπως ο αλκοολισμός, οι διαταραχές διατροφής και η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.
- D) Μεικτές διαταραχές, δηλαδή διαταραχές που εμπεριέχουν μία ή περισσότερες από τις παραπάνω τρεις κατηγορίες και τέλος
- E) Διάφορες άλλες διαταραχές που κατατάσσονται στις αγχώδεις διαταραχές όπως οι κρίσεις πανικού και οι ψυχαναγκαστικές-καταναγκαστικές διαταραχές.

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές νόσους παρουσιάζουν σε μικρό ή μεγάλο βαθμό έκπτωση της λειτουργικότητάς τους, στις καθημερινές δραστηριότητες, στην οικογένεια αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις στο σχολείο ή στο εργασιακό περιβάλλον. (Παπαζήσης, 2005, Σταματιάδου, 2010)

Σημαντικό είναι να τονίσουμε πως δεν υπάρχει μια σαφής διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την ψυχική νόσο. Δηλαδή πολλοί υγιείς άνθρωποι μπορεί να νιώσουν κάποτε άγχος, φοβίες, πανικό, καταθλιπτική διάθεση ή να κάνουν παρερμηνείες. Με τον ίδιο τρόπο και οι ασθενείς δεν είναι συνεχώς ασθενείς. Οι σύγχρονες ωστόσο θεραπευτικές προσεγγίσεις μπορεί να επιφέρουν ουσιαστική βελτίωση και πραγματική θεραπεία στα άτομα με ψυχική νόσο τόσο στο επίπεδο της ποιότητας της ζωής όσο και στο επίπεδο της λειτουργικότητας.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση των τελευταίων χρόνων στο σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον με αυτονομία, οικονομική δράση και ολοκληρωμένη κοινωνική ένταξη.

Όταν μιλάμε για την δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής πρέπει να έχουμε στο νου μας ένα ολόκληρο σύστημα γνώσεων και πρακτικών που εισάχθηκε από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα στο τότε Ελληνικό χώρο. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τρία συμβάντα: α) η ψήφιση του νόμου ΨΜΒ΄ του 1862 β) η προσάρτηση των Ιονίων Νήσων και μαζί με αυτά και η ίδρυση του πρώτου Φρενοκομείου στην Κέρκυρα και γ) η ίδρυση του Δρομοκαΐτειου. (Γρίβας, 1985)

Έως το 1862 δεν υπάρχει καμιά ειδική νομοθεσία που να ρυθμίζει ψυχιατρικά ζητήματα στο ελληνικό κράτος. Το ελληνικό κράτος πλήρωνε ένα ποσό σε μοναστήρια προκειμένου να καλυφθούν τα έξοδα της νοσηλείας των ψυχασθενών σε αυτά. Στις 22 Μαρτίου το 1862 ο Νόμος ΨΜΒ΄ Περί συστάσεως φρενοκομείων που βασίστηκε στον αντίστοιχο γαλλικό του 1838. Αποσκοπούσε στη ρύθμιση της λειτουργίας του ψυχιατρείου που θα γίνονταν στην Αίγινα. Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου το ψυχιατρικό ίδρυμα έπρεπε να βρίσκεται υπό κρατική επίβλεψη, ώστε να παρέχεται εγγύηση προς τις οικογένειες των νοσηλευόμενων και να εξασφαλίζεται η συντήρησή του με δημόσιες δαπάνες. Επίσης ορίζονταν με σαφήνεια οι διαδικασίες εισαγωγής και εξαγωγής των ασθενών ώστε να διασφαλίζεται η προστασία τους. Η

πρώτη ελληνική ψυχιατρική νομοθεσία προϋπήρξε του αντικειμένου της, δηλαδή των ιδρυμάτων που θα νοσηλεύονταν τα άτομα με ψυχιατρικές διαγνώσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ρύθμιση αυτή λειτούργησε ως νόμος πλαίσιο της ψυχικής υγείας μέχρι και το 1973 όπου και καταργήθηκε. (Γρίβας, 1985)

Το δεύτερο συμβάν οι ένωση των Ιονίων με το ελληνικό κράτος πρόσφερε το πρώτο άσυλο φρενοβλαβών. Ο κανονισμός λειτουργίας και το ιδρυτικό διάταγμα δημοσιεύτηκαν στην Εφημερίδα της Ιονίου Πολιτείας στις 2 του Ιούλη το 1838. Το ίδρυμα όπως είχαμε πει πιο πάνω εγκαταστάθηκε σε παλιό στρατόνα και απευθύνονταν σε φρενοβλαβείς. Οι προσανατολισμοί του ήταν θεραπευτικοί σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές ιδέες της εποχής. Το Φρενοκομείο της Κέρκυρας γίνεται το πρώτο και για τα επόμενα 23 χρόνια το μοναδικό, εξειδικευμένο ψυχιατρικό ίδρυμα της Ελλάδας. (Γρίβας, 1985)

Το δεύτερο ψυχιατρικό ίδρυμα που απέκτησε η Ελλάδα ήταν κληροδότημα του Ζώρζη Δρομοκαΐτη. Το Δρομοκαΐτειο υπόδειγμα κοινωνικού εκσυγχρονισμού στην εποχή του, αποτέλεσε το πρώτο ψυχιατρικό ίδρυμα το οποίο κατασκευάστηκε εξ αρχής στον ελληνικό χώρο. Με το θάνατό του, Ο Δρομοκαΐτης αφήνει, μεταξύ των άλλων και ένα κληροδότημα για την σύσταση ενός ιδιωτικού φρενοκομείου. Οι επιμελητές της διαθήκης αναθέτουν στον γνωστό Γάλλο ψυχίατρο Lunier το σχεδιασμό των κτιριακών εγκαταστάσεων. Η αρχιτεκτονική έχει ως πρότυπο τα φρενοκομεία της Δυτικής Ευρώπης, και ιδιαίτερα όσα έχουν εγερθεί με βάσει τις θεωρίες του Γάλλου ψυχιάτρου Esquirol. (Γρίβας, 1985).

Στο πρώτο κεφάλαιο είδαμε την εξέλιξη της ψυχιατρικής από την εποχή του Ιπποκράτη όπου πιστευόνταν τότε ότι η αιτία οφείλονταν σε θεϊκή παρέμβαση. Για πρώτη φορά βλέπουμε στην αρχαία Ελλάδα πόσο σημαντική είναι η ψυχοθεραπεία στο θέμα της θεραπείας της ψυχικής ασθένειας καθώς και την οργανική αιτία της. Είδαμε μεθόδους θεραπείας εκείνης της εποχής για να περάσουμε αργότερα στο Μεσαίωνα όπου ο θεός αντικαθίσταται από τον Δαίμονα και χρειάζεται η ψυχή να εξαγιστεί. Στην Ελλάδα έχουμε μικρή εξέλιξη της ψυχιατρικής στα χρόνια της οθωμανικής αυτοκρατορίας ενώ μετέπειτα αρχίζουν να κατασκευάζονται τα πρώτα φρενοκομεία της χώρας. Έχουμε το ξέσπασμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της χώρας στα μέσα του 70, νόμοι που αρχίζουν να θεσπίζονται για την δημιουργία φρενοκομείων και για την προστασία του ασθενούς καθώς και ποιες δυνάμεις

κρύβονταν πίσω από αυτούς τους νόμους δηλαδή οι ίδιοι οι ψυχίατροι που είχαν την επιμονή και την θέληση για μια αλλαγή στο σύστημα υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο κάνουμε λόγο για το στίγμα του ψυχιατρικό ασθενή αναλύοντας τι είναι το στίγμα ποια είναι τα βασικά στοιχεία του στίγματος, ποιες προκαταλήψεις υπάρχουν απέναντι στον ψυχιατρικό ασθενή. Θα δούμε πως η ίδια η πολιτική ενός κράτους καθώς επίσης και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν και δίνουν μια εικόνα του ψυχιατρικού αρρώστου που ουδεμία σχέση έχει με την πραγματικότητα. Αυτή η κατάσταση τους έχει κάνει να αποφεύγουν να ζητούν βοήθεια αυτοί και οι οικογένειές τους για να μην στιγματιστούν από την ασθένεια.

Στο τρίτο κεφάλαιο μιλάμε πιο εκτενέστερα για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση από το 1970 μέχρι και τις μέρες μας. Βλέπουμε τις δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν για να υπάρξει μια ουσιαστική αλλαγή στο σύστημα υγείας αλλά και στις υπηρεσίες ψυχικές υγείας. Θα μελετήσουμε προγράμματα που δημιουργήθηκαν στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης καθώς επίσης και καινούργιες υπηρεσίες που έγιναν για αυτό τον σκοπό.

Το τέταρτο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας και στην προσπάθειά τους να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες του επαγγέλματος, στο πως μπόρεσαν και στήριξαν το όραμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, τι προγράμματα ανέλαβαν για να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στους ψυχικούς ασθενείς (ομαδική θεραπεία, δημιουργικές δραστηριότητες κα.) αλλά και στον στιγματισμό που υφίσταται ο ίδιος ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για την δουλειά του και το έργο που προσφέρει από απλούς ανθρώπους αλλά και από τους ίδιους τους συναδέλφους τους.

Και τελειώνοντας την εργασία θα δούμε τελικά τι θα γίνει με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση αν μπορεί να συνεχιστεί, αν τα προγράμματα θα μπορέσουν να συνεχιστούν, και τέλος και κάποια προβλήματα που απασχολούν τους ψυχικά πάσχοντες και που δεν έχει βρεθεί ακόμα λύση για αυτά.

***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΩΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΟ
ΕΞΣΠΑΣΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ***

1.1 ΠΡΩΤΟΣ ΚΥΚΛΟΣ (12^{ΟΣ} ΑΙΩΝΑΣ Π.Χ.- 4^{ΟΣ} ΑΙΩΝΑΣ ΜΧ.)

Πριν από την περίοδο της κλασικής αρχαιότητας, η κυρίαρχη αντίληψη για τα φαινόμενα που γίνονται αντιληπτά από τη σημερινή ψυχιατρική σαν εκδηλωτικά κάποιας ψυχικής διαταραχής, βρίσκεται σε άμεση εξάρτηση από τη θρησκεία. Πίσω από την διαφοροποιημένη συμπεριφορά ανιχνεύεται κάποια εξωανθρώπινη (θεϊκή) δύναμη για την οποία η συμπεριφορά αυτή δεν αποτελεί παρά ένα μέσο για την εκδήλωση μιας σκόπιμης αλλά και ανεξιχνίαστης δραστηριότητας της. Από αυτήν την θρησκευτική αντίληψη του Διαφορετικού απορρέει με τρόπο φυσικό και αβίαστο, η «θεραπευτική» πρακτική που της αντιστοιχεί. Μια θεϊκή δύναμη δεν αντιμετωπίζεται με βίαια και επιθετικά μέσα. Δεν πειθαναγκάζεται ούτε τρομοκρατείται. Απλά εξευμενίζεται. Και για τον εξευμενισμό δεν προσφέρεται η άσκηση οποιασδήποτε βίας, αλλά η επικοινωνία, η προσευχή, η ικεσία και η πειθώ. (Γρίβας, 1985)

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 Επιδάουρου και της Κω. Στα κέντρα αυτά κατέφευγαν όλων των ειδών οι 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, κατά κανόνα σωματόμορφες και γενικότερα παθήσεις στις οποίες ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Κλασσικό παράδειγμα η υστερία, η ψυχική διαταραχή που δυσκολεύεται κανένας να την ξεχωρίσει από παθήσεις που οφείλονται σε οργανικές αιτίες. (.nea.acropoli-ioannina.gr, 2010, Κουρκούτα, 2010))

Μία από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του. Ονείρων που χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή ονείρων που αντανάκλουν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογία. (.nea.acropoli-ioannina.gr, 2010)

«Με βάση αυτήν την αντίληψη ο ασθενής οδηγείται σε έναν κατάλληλο χώρο, τον ναό όπου μέσα από μια διαδικασία αυτοκάθαρσης και αυτοσυγκέντρωσης και με τη βοήθεια της υποβολής και την συμβολή διάφορων διουρητικών, καθαρτικών και υπνωτικών αφεψημάτων φτάνει σε μια κατάσταση ύπνου που κάνει δυνατή την επικοινωνία με το θεό». (Γρίβας, 1985) Αυτή η μεθοδολογία εκφράζει τον τρόπο με τον οποία αντιμετώπιζε τότε ο άνθρωπος το άγνωστο: με δέος, προσοχή και σεβασμό.

Αυτή η κυρίαρχη αντίληψη αρχίζει να τροποποιείται γύρω στον 5^ο αιώνα π.Χ. σε μια προσπάθεια να ανάγουμε τη μη-αποδεκτή συμπεριφορά σε νοσολογική οντότητα. Εμπνευστής αυτής της προσπάθειας είναι ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης που θα αποδώσει την μη κατανοητή συμπεριφορά στην διαταραχή της ισορροπίας των χυμών του σώματος: Αίμα-Ευφορία, Σάλιο-Απαισιοδοξία, Μαύρη Χολή-Μελαγχολία και Κίτρινη Χολή- Ευερεθιστότητα. 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. (Γρίβας, 1985, .panacea.med.uoa.gr, 2010, Κουρκούτα, 2010)

Ανάμεσα στους Ασκληπιάδες, ιερείς του θεού της ιατρικής στην αρχαία Ελλάδα, υπήρξαν ερευνητικά πνεύματα, όπως ο Αλκμαίων, μαθητής του Πυθαγόρα, που επιδόθηκε στην ανατομική του ανθρώπινου σώματος και ιδιαίτερα του βολβού του ματιού, από την οποία έβγαλε το συμπέρασμα ότι η έδρα των αισθήσεων είναι ο εγκέφαλος. (.esoterica.gr, 2010)

Ο Ιπποκράτης περιέγραψε πρώτος τις βασικές ψυχικές διαταραχές, τις λεγόμενες φρενίτιδες, δίνοντας τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμα και ως σήμερα, υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια, και όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά σε και σε ολόκληρο τον κόσμο. (.panacea.med.uoa.gr, 2010) Προκειμένου για την υστερία, την οποία θεώρησε ως οργανική μάλλον παρά ψυχολογική πάθηση και αναγνώρισε αποκλειστικά στις γυναίκες, ο Ιπποκράτης επισήμανε τον σεξουαλικό της χαρακτήρα. αποδίδοντας την σε μια υπερκινητικότητα της μήτρας (υστέρας) και συνιστώντας ως θεραπεία τον γάμο.

Κατά τον ίδιο οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των χυμών του σώματος, που τους προσδιόρισε σε τέσσερις: το αίμα, τη λέμφο, την κίτρινη και την μαύρη χολή. Η

αναλογία των σωματικών αυτών χυμών προσδιορίζει τον ανθρώπινο χαρακτήρα που κατά το ιπποκράτειο σύστημα διακρίνεται σε αιματώδη, λεμφατικό και χολερικό. (.esoterica.gr, 2010)

Από την εποχή του Ιπποκράτη και μετά θα προκύψει και η ανάγκη να περιγραφεί και ταξινομηθούν οι διάφορες καταστάσεις που αναγορεύονται σε ασθένειες μυαλού (μανία, κατάθλιψη) και η υιοθέτηση κλινικών μεθόδων για την διάγνωση και αντιμετώπισή τους.

1.1.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Η θεραπεία είχε ως εξής: Ο ιερώνυμων εξουσιοδοτημένος και με κριτήριο την ψυχοσωματική νόσο, αφού πρώτα λάβει το ιστορικό, οδηγεί κάθε αυγή τους ασθενείς της ημέρας, έναν έναν, στα Προπύλαια, διαβαίνοντας τον ρύακα. Εκεί ο ασθενής παραμένει για λίγο μέσα στο κάλλος που τον περιβάλλει και το ζει με τις πέντε αισθήσεις του. Νιώθει ότι εισέρχεται σε έναν ιδανικό κόσμο έτσι όπως τον αναζητούσε πάντοτε.

Μετά θα τον αναλάβουν οι νεαρές θεραπαινίδες, εάν ο ασθενής είναι άντρας και το αντίστροφο εάν ο ασθενής είναι γυναίκα, για το κατάλληλο λουτρό και το ντύσιμο με έναν απλό χιτώνα. Θα τον περιφέρουν σε μερικούς ναούς και τέλος θα τον αφήσουν να γαληνέψει στο Άβατων.

Εκεί θα τον βρει ο προσωπικός του θεραπευτής την κατάλληλη στιγμή, αφού πρώτα τον παρατηρήσει επισταμένως από μακριά, θα τον πλησιάσει και αποκτώντας την εμπιστοσύνη του θα του εκμαιεύσει τι τον απασχολεί μέχρι την επόμενη μέρα.

Η προσφορά του τελειώνει με την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με απόλυτα θετικές σκέψεις. Εάν χρειαστεί θα κάνει και χρήση της ελάσσονος χειρουργικής. Η θεραπεία θα ολοκληρωθεί με δίαιτα, ειδικές αργές ασκήσεις, χειρονομίες, λουτρά και ψυχαγωγία για 2-3 μέρες. Σε ελαφρές ψυχοσωματικές περιπτώσεις όλα αυτά αρκούσαν για την ίαση του ασθενούς.

Σε περίπτωση αποτυχίας προχωρούσαν στο επόμενο στάδιο με κύριο εφόδιο την εγκοίμησιν στο Άβατο που δεν ήταν απλά ένας ύπνος γιατί τότε θα χρησιμοποιούνταν λέξεις από τις ρίζες «υπνοώ». Μελετητές αναφέρουν τη χρήση υπνωτικών ουσιών και συνδέουν την εγκοίμηση στο Άβατο με την σημερινή, από τους ψυχολόγους, ύπνωση. Το τρίτο στάδιο ήταν για επίμονες, δύσκολες περιπτώσεις, όπου χρησιμοποιούνταν δραστικές θεραπείες “shock”. Μια από αυτές θα ήταν η διάβαση του λαβυρίνθου. Τέτοιοι υπήρχαν σε πολλά μέρη της Ελλάδας.(.nea.acropoli-ioannina.gr, 2010)

1.1.2 4^{0Σ}-3^{0Σ} ΑΙΩΝΑΣ

Έναν αιώνα αργότερα θα θεμελιωθεί η οργανική αντίληψη των ψυχικών ασθενειών από τον Ηρώφιλο που θα απορρίψει την θεωρία των χυμών του Ιπποκράτη και θα αποδώσει την ψυχική διαταραχή σε βλάβες εγκεφάλου. Ενώ ενάμιση αιώνα αργότερα ο Ασκληπιάδης θα θεωρήσει την ψυχική αρρώστια σαν συνέπεια συναισθηματικών διακυμάνσεων και διαταραχών και θα επιχειρήσει να την αντιμετωπίσει με ψυχολογικές μεθόδους.(Γρίβας, 1985)

Έτσι μέχρι τις αρχές του Μεσαίωνα όπου έχουμε πολλές αμφισβητήσεις και διαφωνίες μεταξύ των ιστορικών ολοκληρώνεται ο πρώτος κύκλος που συναπαρτίζει το πρώτο στάδιο της ιστορικής εξέλιξης της ιατρικής αντίληψης της ψυχικής ασθένειας.(Γρίβας, 1985)

1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΚΥΚΛΟΣ (4^{0Σ}-19^{0Σ} ΑΙΩΝΑΣ)

1.2.1 ΑΠΟ ΤΗ ΔΑΙΜΟΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΦΩΤΙΣΜΟ

Στην Ευρώπη, η μεσαιωνική περίοδος θα κλείσει χωρίς σοβαρές προωθήσεις των θέσεων της ιατρικής αντίληψης της ψυχικής αρρώστιας. Στην διάρκεια αυτής της χιλιετίας η ιατρική αντίληψη της ψυχικής αρρώστιας παλινδρομεί στη φάση της προκλασικής περιόδου. Έτσι, σε σχέση με την ερμηνεία του Διαφορετικού στο

επίπεδο της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ξαναεπιβάλλεται η αντίληψη που την ορίζει σαν προϊόν της δράσης εξωανθρώπινων δυνάμεων, με μόνη διαφορά ότι στη θέση της θεότητας της προκλασικής περιόδου τώρα τοποθετείται ο δαίμονας, ένα απόλυτα αρνητικό στοιχείο.(Γρίβας, 1985)

Αυτή η θρησκευτική- εξουσιαστική αντίληψη θα κυριαρχήσει μονοπωλιακά μέχρι και τα τέλη του Μεσαίωνα οπότε με την έναρξη της διαδικασίας εκφυλισμού της θεοκρατικής εξουσίας, θα γίνει δυνατή η παρέμβαση της ιατρικής. Κύριος εκφραστής αυτής της τάσης είναι ο γιατρός Johan Weyer που με το βιβλίο του « Η Δολιότητα του Δαίμονα» θα πυροδοτήσει τη διαδικασία εφεύρεσης της ψυχιατρικής και έναν αιώνα αργότερα θα επιβληθεί με διοικητικά μέτρα σαν επιστήμη.(Γρίβας, 1985)

Σε αυτήν τη φάση σημειώνονται δύο πολύ σημαντικά γεγονότα. Το πρώτο αφορά την ίδρυση του νοσοκομείου Bethleem στο Λονδίνο που λειτουργεί σαν φτωχοκομείο και αργότερα από το 1547 σαν άσυλο για επιληπτικούς. Το δεύτερο αφορά τη δημιουργία του πρώτου στην Ευρώπη νοσοκομείου για ψυχικά ασθενείς στην ισπανική πόλη Βαλένσια το 1409. (Γρίβας, 1985)

Αυτά τα δύο γεγονότα εναρμονίζονται πλήρως με τις οικονομικές, πολιτικές και ιδεολογικές εξελίξεις αυτής της περιόδου. Μια τεράστια μάζα ανθρώπων δεν έχει κανένα άλλο μέσο επιβίωσης παρά μόνο την εργατική τους δύναμη. Αυτό αναγκαστικά οδηγεί στην εκμίσθωση σε εκείνους που κατέχουν τα μέσα παραγωγής και την ουσιαστική αποδοχή της κατάστασης που απορρέει από αυτήν την εκμίσθωση. Για να διασφαλισθεί αυτή η προϋπόθεση ανάπτυξης των νέων σχέσεων παραγωγής μάζες αγροτών ξεκληρίζονται και συγκεντρώνονται στα αναπτυσσόμενα αστικά κέντρα.(Γρίβας, 1985)

Έτσι σε αυτήν την ιστορική περίοδο για πρώτη φορά συνδέεται η φτώχεια με την ψυχική ασθένεια και συναντιόνται ταυτόχρονα σε ένα κοινό τόπο που είναι ταυτόχρονα και νοσοκομείο και φτωχοκομείο δηλαδή το άσυλο. Είναι μια ιστορική φάση κατά την οποία έχουμε μια σειρά «ιδρυμάτων βοήθειας και τιμωρίας» (όπως το Σωφρονιστήριο του Αμβούργου και τα Γενικά Νοσοκομεία στη Γαλλία.(Γρίβας, 1985)

Γύρω στον 16^ο αιώνα έχουμε ανάπτυξη της ιατρικής με τον A. Vesalius και πλέον ο εγκέφαλος γίνεται το όργανα-κέντρο της νοήσεως και σε αυτόν αποδίδονται οι βλάβες και οι ανωμαλίες που οδηγούν στις ψυχικές διαταραχές. Η θέση αυτή θα σηματοδοτήσει μια αντίληψη οργανικού χαρακτήρα για την ψυχική αρρώστια. (Γρίβας, 1985)

Έτσι από τον Thomas Willis που απέδωσε την Υστερία σε δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος και τον Philippe Pinel που έβγαλε τις αλυσίδες από τους έγκλειστους στο άσυλο ψυχοπαθών της Bicetre έχουμε μια πορεία επίμονων προσπαθειών να οργανικοποιηθεί η ψυχική διαταραχή. Αυτό είναι και το πρώτο στάδιο βιομηχανοποίησης της ψυχιατρικής. (Γρίβας, 1985)

1.2.2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΔΙΑΦΩΤΙΣΜΟΣ. ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ένα μεγάλο διανοητικό κίνημα που πέρασε στην ιστορία σαν «Διαφωτισμός» έχει έντονα ανθρωπιστικό, θα εισβάλλει σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης σκέψης και θα επηρεάσει και τις κυρίαρχες αντιλήψεις για την ψυχικά αρρώστια. Ο ψυχιατρικός Διαφωτισμός θα απλωθεί σε όλη την Ευρώπη και θα επιδράσει άμεσα στην τότε θεραπευτική μεθοδολογία. (Γρίβας, 1985)

Η περίοδος του Διαφωτισμού θα εξαντλήσει τα όρια του με την εξάλειψη των κοινωνικών αιτιών στα οποία όφειλε την ύπαρξή του. Η αστική τάξη περνάει στη φάση οργάνωσης και παγίωσής της. Πρόκειται για μια περίοδο συντήρησης που σημαδεύεται από μια απόπειρα εγκλωβισμού κάθε ανθρώπινης δραστηριότητας. Η επίτευξη όμως του εγκλωβισμού των ανθρώπινων ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εξαρτάται από δύο βασικές προϋποθέσεις την συμμόρφωση των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων και της ομοιομορφίας αυτών. Επιχειρώντας να διασφαλιστούν αυτά θα ξεκινήσει ένας συστηματικός διωγμός και θα μπορεί να τα υπερασπίζεται μόνο εκείνος που έχει γραφειοκρατική και κοινωνική επικύρωση όπως συγγραφείς, παππάς, πολιτικός. (Γρίβας, 1985)

Η ψυχιατρική θα γεννηθεί με ένα βασιλικό διάταγμα το 1676, για λόγους που συνδέονται αποκλειστικά με την ικανοποίηση μιας ζωτικής ανάγκης της εξουσιαστικής κοινωνίας. Έτσι βλέπουμε να υπάρχει μια απόλυτη συνάφεια ανάμεσα στο καπιταλιστικό μοντέλο κοινωνικής οργάνωσης και στον θεσμό της ψυχιατρικής καταστολής. (Γρίβας, 1985)

Η ψυχιατρική ξαναγεννιέται με τον W. Girisinger που εγκαινιάζει τον οργανικό προσανατολισμό αυτής της περιόδου και ακολουθούν μια πλειάδα γιατρών που αρχίζουν να ανακοινώνουν τα συμπεράσματά τους για τη δημιουργία ορισμένων τύπων διαταραχών της συμπεριφοράς. (Γρίβας, 1985)

1.3 Η ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα τα ψυχιατρικά άσυλα αποτελούσαν μια προσπάθεια κοινωνικού εκσυγχρονισμού προς την κατεύθυνση του εξευρωπαϊσμού. Οι δυσκολίες που συνάντησε αυτή η προσπάθεια αντανακλά το γενικό χαρακτήρα του αστικού εκσυγχρονισμού. (Γρίβας, 1985)

Πριν από τη διάδοση των φρενοκομείων στην ελληνική επικράτεια όσο και στις ελληνικές κοινότητες της Οθωμανικής αυτοκρατορίας, η αντιμετώπιση της ψυχοπάθειας βασιζόταν κυρίως στην εκκλησιαστική-θρησκευτική παράδοση, η οποία ως ένα βαθμό επιβιώνει και ως σήμερα. Στις παραδοσιακές και αγροτικές περιοχές του τόπου μας οι ψυχικά διαταραγμένοι διατηρούσαν μια περιθωριακή θέση και εφόσον η συμπεριφορά τους δεν σκανδάλιζε και δεν εκτιμούνταν ως επικίνδυνη, τότε τους φρόντιζαν οι οικογένειές τους και τους περιόριζαν. Στη βυζαντινή παράδοση όσο και στη μουσουλμανική, η ψυχική ασθένεια θεωρούνταν συχνά ως φορέας θεϊκού μηνύματος ή έκφραση δαιμονισμού. Στον ελλαδικό χώρο πολλοί θεωρήθηκαν ως τόποι εξαγνισμού με την έννοια της απαλλαγής της ψυχής από τα δαιμόνια που την είχαν κυριέψει. Σε εκκλησίες και σε μοναστήρια αναπτύχθηκαν τελετουργικά και ειδικές πρακτικές εξαγνισμού όπως η νηστεία, ο ξυλοδαρμός, η προσευχή ολόκληρης της οικογένειας και η ακινητοποίηση με ειδικούς κρίκους, τους οποίους μέχρι και

σήμερα τους συναντούμε σε παλιούς ναούς. Πολλά μοναστήρια λειτουργούσαν σαν μικρά άσυλα, ακόμα και μετά την εμφάνιση των τυπικών ψυχιατρικών ασύλων. (Γρίβας, 1985)

Στην Κέρκυρα που αποτελούσε μέρος της αγγλικής επικράτειας, δημιουργείται το πρώτο φρενοκομείο το 1838 και λειτουργεί ακόμα. Το κτίριο που χρησιμοποιήθηκε ήταν παλιός στρατώνας. Θύμιζε περισσότερο κράτηση παρά θεραπεία, ήταν όμως πλήρως εναρμονισμένο με τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας είχε την καλή τύχη να γνωρίσει ως διευθυντή έναν από τους πιο προοδευτικούς και ευσυνείδητους γιατρούς της εποχής, τον Χρήστο Τσιριγώτη, που η φήμη του βοήθησε να γίνει ο πρώτος διευθυντής ενός άλλου πρωτοποριακού ψυχιατρικού ιδρύματος στην Ελλάδα, του Δρομοκαΐτιου θεραπευτηρίου, ιδρύματος δημοσίου δικαίου, που άνοιξε το 1887 στην περιοχή του Δαφνιού. (Γρίβας, 1985)

Την περίοδο 1856-62 έγιναν οι πρώτες προσπάθειες για ίδρυση ψυχιατρικού ιδρύματος από το ελληνικό κράτος. Το 1862 το ελληνικό κράτος αποφάσισε την ίδρυση «φρενοκομείων προς συντήρηση και θεραπεία φρενοβλαβών». Αλλά χρειάστηκε να περάσουν πάνω από 60 χρόνια για να ιδρυθεί το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, μια σειρά από ξύλινα παραπήγματα απέναντι από την μονή του Δαφνιού, που δέχτηκε τους πρώτους του αρρώστους με μεταφορά από το δυσώνυμο άσυλο της Αγίας Ελεούσας, στο Φαληρικό δέλτα.

Το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών ή όπως ονομάζεται σήμερα, το κρατικό θεραπευτήριο ψυχικών παθήσεων Αθηνών, σχεδιάστηκε με πρότυπο τη φημισμένη κλινική Μπουργκχόλζλι της Ζυρίχης, ως αγροτικό άσυλο με προοπτική προγράμματος εργασιοθεραπείας. Από διάφορες εναλλακτικές που προτάθηκαν τελικά προκρίθηκε η επισκευή του ορφανοτροφείου του Καποδίστρια στην Αίγινα προκειμένου να δεχτεί 60 ψυχοπαθείς από τους 442 που είχαν καταγραφεί στην επικράτεια. Από αυτούς οι 120 είχαν χαρακτηριστεί ως «επικίνδυνου». Με την εκθρόνιση του Όθωνα το σχέδιο ματαιώθηκε. Το 1905 με κληροδότημα του καθηγητή της Αστρονομίας Δημητρίου Αιγινήτη, ιδρύθηκε η πρώτη πανεπιστημιακή κλινική στην Ελλάδα, το Αιγινήτειο νοσοκομείο, στο γνωστό κτήριο της λεωφόρου Βασιλίσσης Σοφίας, που τώρα πια είναι στο κέντρο της Αθήνας. (Γρίβας, 1985)

Έως το 1920 διατηρήθηκαν σε γενικές γραμμές, οι παραδοσιακές πρακτικές διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, παράλληλα με την γενίκευση της χρήσης των ασύλων. Η εκφραζόμενη πολιτική κάθε φορά δεν είχε έναν ομοιογενή θεραπευτικό προσανατολισμό, αλλά είχε ευκαιριακό χαρακτήρα. Επιπλέον σε σχέσεις με τις ανάγκες, οι «επικίνδunami» ψυχοπαθείς εντοπίζονταν και καταγράφονταν και υπήρχε μια πολύ μεγάλη καθυστέρηση της διάδοσης των ασύλων. Αντίθετα η ανάπτυξη των ιδιωτικών και πανεπιστημιακών κλινικών οδήγησε στην εδραίωση της καλής τους φήμης, η οποία διατηρείται και ως σήμερα. (Γρίβας, 1985)

Λίγο πριν τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο προτάθηκε η ίδρυση πανεπιστημιακής κλινικής από 500-600 κρεβάτια ώστε στο δημόσιο ψυχιατρείο Αθηνών να παραμείνουν μόνο οι χρόνιοι, ανίατοι και επικίνδunami ασθενείς. Αν και η πρόταση ακούστηκε με ευμένεια από τους αρμοδίους για λόγους οικονομικούς και διοικητικούς απορρίφθηκε. Στο τέλος του πολέμου, ο υπερκορεσμός των νοσοκομείων από κάθε είδους ψυχιατρικών αρρώστων οδήγησε στη δημιουργία μιας πρώτης αποικίας ανιάτων στις εγκαταστάσεις του Λοιμοκαθαρητηρίου Σαλαμίνας «Άγιος Γεώργιος» και από το 1965 στην Αποικία ψυχοπαθών Λέρου στο νοτιοανατολικό αιγαίο, που γρήγορα απέκτησε τη φήμη του παραμελημένου ασύλου.

Με τα χρόνια παγιώθηκε μια αντίληψη ότι υστερούν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα σε σχέση με τα δυτικά πρότυπα. Η Ελλάδα ακολουθεί το καθολικό μοντέλο αλλά με μια σχετική καθυστέρηση. Σε αυτήν την πορεία βλέπουμε τις αγωνιώδεις προσπάθειες με αντιστάσεις και υπερπηδήσεις εμποδίων, με φαινομενικά ανυπέββλητα εμπόδια που τελικά κατανικήθηκαν. (Γρίβας, 1985)

Το πρότυπο εξακολουθεί να λειτουργεί ως κριτήριο του τι είμαστε αλλά και του τι οφείλουμε να γίνουμε. Ωστόσο μια άλλη διαπίστωση πλανιέται τις τελευταίες δεκαετίες. Το εξηγητικό μοντέλο της καθυστέρησης δεν φαίνεται πια να αρκεί για να ερμηνευθούν μια σειρά από εξελίξεις, η πρωτοτυπία των οποίων δεν μπορεί να αναχθεί σε μια απλή υστέρηση επιστημονικότητας ή οργανωτικής βούλησης. (Γρίβας, 1985)

Από το 1980 οι αναζητήσεις ερωτηματικού και επιστημονικού τύπου προσπαθούν να σχεδιάσουν μια νέα εγκαθίδρυση του ψυχιατρικού θεσμού στην Ελλάδα. Η συνείδηση αυτή εγκαθίσταται σταδιακά και ταυτόχρονα αντιμετωπίζονται

τα προβλήματα που η ίδια θέτει στον εαυτό της ως προς τους όρους που την καθιστούν δυνατή.

1.4 ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι από τις πιο ταλαιπωρημένες, ανάμεσα στα διάφορα διοικητικά τμήματα που είναι υπεύθυνα για τη διεκπεραίωση της δημόσιας υγείας στη χώρα, αρχίζοντας από την άνιση κατανομή των ψυχιάτρων, ψυχιατρικών κρεβατιών και εξωτερικών ή αγροτικών ιατρείων. (.kne.metarithmisi.gr, 2010)

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 70, το δίκτυο των ελληνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών απαρτιζόταν από: α) υπηρεσίες νοσηλευόμενων ασθενών, που προσφέρονταν από τα δημόσια ψυχιατρεία, τις ιδιωτικές κλινικές και, σε μικρότερο βαθμό, τις πανεπιστημιακές κλινικές, και β) την ψυχιατρική περίθαλψη εξωτερικών ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία νευρολόγων-ψυχιάτρων, στα ιατρεία του ΙΚΑ και στις τυχόν υπάρχουσες υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών των δημοσίων ψυχιατρείων και των δύο κέντρων Ψυχικής Υγιεινής (της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης). Τα δημόσια ψυχιατρεία, με κατεξοχήν παράδειγμα το Δαφνί, αποτελούν τους εκπροσώπους και συγχρόνως τα πρότυπα και τα σύμβολα της ιδεολογίας που αφορούσε την πραγματικότητα της επίσημης ελληνικής εθνοψυχιατρικής. (Τζανάκης, 2005, .kne.metarithmisi.gr, 2010)

Το δίκτυο των υπηρεσιών χαρακτηρίζονται από ανισότητες μεταξύ επαρχίας και πόλης: το 60% των νευρολόγων-ψυχιάτρων είχαν την έδρα τους στην Αθήνα, όπου κατοικεί το 32% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Το 1983, 32 από τις 60 δημόσιες και ιδιωτικές κλινικές βρίσκονταν στην Αθήνα, ενώ σε 11 νομούς από τους 51 ολόκληρης της χώρας, με συνολικό πληθυσμό 900000 κατοίκους δεν υπήρχε όχι απλώς ίδρυμα περίθαλψης ψυχικών πασχόντων αλλά ούτε ένας ψυχίατρος. (Τζανάκης, 2005, .kne.metarithmisi.gr, 2010)

Στα μεταπολεμικά χρόνια η ελληνική ψυχιατρική ήταν τελείως οχρωμένη μέσα σε ένα οργανικό πρότυπο και στηρίζονταν από άποψη θεραπείας στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και άλλων βιολογικών μεθόδων παρέμβασης. Επιπλέον η

ελληνική ψυχιατρική ήταν ιδρυματική. Κυρίως άξονας της θεραπείας ήταν η εισαγωγή των ψυχασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία, ιδρύματα που είχαν μετατραπεί ή μετατρέπονταν σε άσυλα. (Τζανάκης, 2005)

Προς το τέλος της δεκαετίας του 70, παρουσιάστηκε ρωγμή στην ψυχιατρική ιδεολογία και στον τρόπο που αντιμετωπίζονταν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η ρωγμή αυτή φαινόταν πως αντλούνταν από Έλληνες ψυχιάτρους που είχαν εμπειρία στο εξωτερικό και από την εισαγωγή των ξένων ψυχιατρικών προτύπων στη χώρα. Είχαν την επιθυμία και την διάθεση να εφαρμόσουν κάτι αντίστοιχο. Το έργο ορισμένων που ήταν φιλόδοξοι και δραστήριοι είχε ως αποτέλεσμα καινοτομίες στην ψυχιατρική περίθαλψη μερικές από τις οποίες σημειώθηκαν ήδη το 1980 σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας όπως στο Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο, στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Καισαριανής-Βύρωνα, στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης και στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης. (Τζανάκης, 2005)

Η ισχύουσα ψυχιατρική νομοθεσία, η κυβερνητική γραφειοκρατία και η απουσία οποιασδήποτε συγκροτημένης και συνεπούς κυβερνητικής πολιτικής σε θέματα ψυχικής υγείας αποτελούσαν τα εμπόδια που έπρεπε να ξεπεραστούν προκειμένου να αναπτυχθούν οι καινούργιες υπηρεσίες. Η νομοθεσία που είχε τροποποιηθεί με νόμους του 1973 και του 1978 είχε συμπεριλάβει ένα σημαντικό άρθρο που προέβλεπε την εκούσια εισαγωγή στο ψυχιατρείο. Οι μεταρρυθμίσεις όμως στην ψυχιατρική εξακολουθούσαν να παρεμποδίζονται με νομικές διατάξεις σύμφωνα με τις οποίες η νοσηλεία ρυθμιζόταν μόνο σε εικοσιτετράωρη βάση. Η κυβερνητική γραφειοκρατία με την αρνητική επίδραση στις ελληνικές δημόσιες υπηρεσίες αλλά και το ανύπαρκτο κυβερνητικό συμβούλιο για την ψυχική υγεία είχε ως αποτέλεσμα να παρεμποδιστεί η επέκταση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. (Τζανάκης, 2005)

Επιπλέον την εποχή εκείνη δεν υπήρχε συγκεκριμένη ιδεολογική στάση από την μεριά των ειδικών, ώστε να διευκολυνθεί η δημιουργία υπηρεσιών μεταρρύθμισης. Η επίσημη σύνδεση νευρολογίας και ψυχιατρικής ως ενιαίας ειδικότητας κράτησε δέσμια την ψυχιατρική περίθαλψη σε μία κατά βάση οργανική κατεύθυνση, χωρίς ιδεολογικό και βιο-ιατρικό πλαίσιο που να επιτρέπει την αναζήτηση και προαγωγή των ψυχοκοινωνικών στοιχείων του τομέα της ευρύτερης

ψυχιατρικής περίθαλψης. Το ψυχιατρικό επάγγελμα, έχοντας κατακερματιστεί από μη εμφανείς ανταγωνισμούς σε πολλές επιμέρους βάσεις παραγωγής, δεν ανέπτυξε συγκροτημένο όραμα για την μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας. Εξάλλου, ούτε από τον πολιτικό κόσμο ούτε από το ευρύτερο κοινό υπήρχε καμία οργανωμένη φωνή που να ασκεί πίεση για τη βελτίωση και την αναδιοργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. (Τζανάκης, 2005)

Το 1988-89 είχαν επέλθει κάποιες αλλαγές στο δίκτυο υπηρεσιών. Η χώρα ζούσε ένα είδος έξαρσης σε σχέση με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Αυτό δημιουργήθηκε από τη δραστηριότητα των πανεπιστημιακών αλλά και μη πανεπιστημιακών ψυχιάτρων: Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης για τους χρόνιους πάσχοντες, συμπεριλαμβανομένων και χωρών για βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη παραμονή, και τέλος αναδιοργάνωση της δομής των θαλάμων στα δημόσια ψυχιατρεία. Ο κλάδος φαίνεται πως απομακρύνεται από τον προηγούμενο ιδρυματικό προσανατολισμό του. (Τζανάκης, 2005)

Σύμφωνα με τους νεότερους ψυχιάτρους, πρέπει να αποφεύγεται, όποτε είναι δυνατόν, η μακροχρόνια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών σε ιδρύματα. Το ψυχωσικό άτομο πρέπει να παραμένει στο δικό του κοινωνικό περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό. Η ψυχιατρική θεραπεία πρέπει να βασίζεται στην περίθαλψη εξωτερικών ασθενών. Οι ανάγκες των νοσηλευόμενων θα εξυπηρετούνταν με τη σύντομη παραμονή τους σε μικρές ψυχιατρικές μονάδες. Επιπλέον τόσο η αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ασθενών όσο και η επανένταξή τους στην κοινότητα συμπεριλαμβάνονται στους δηλωμένους σκοπούς της ειδικότητας. Σε όλη τη χώρα επικρατεί η ατμόσφαιρα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και οι ψυχίατροι δείχνουν μεγάλο ζήλο για να συμμετάσχουν στη δημιουργία νέων υπηρεσιών για την επίτευξη νέων στόχων. (Τζανάκης, 2005)

Το ευρωπαϊκών προδιαγραφών πρόγραμμα «Ψυχαργός», βάσει του οποίου συντελείται η αποασυλοποίηση ψυχικά πασχόντων, προβλέπει τη σταδιακή μείωση των κλινών των ψυχιατρείων έως την κατάργηση αυτών, την ταυτόχρονη ανάπτυξη κλινών σε ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και τη μεταφορά των ασθενών σε ξενώνες ή άλλες δομές (οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα κ.ά.). (Τζανάκης, 2005, .kne.metarithmisi.gr, 2010)

Σε αυτήν την μεταρρυθμιστική κίνηση περιλαμβάνονται και προσπάθειες για την ενημέρωση του κοινού γύρω από την ψυχική ασθένεια. Διαδεδομένες αντιλήψεις σχετικά με το σώμα και την ψυχική ασθένεια οδηγεί σε φόβο κοινωνικού στίγματος ενώ στο ίδιο σημείο οδηγεί και η άγνοια γύρω από την ψυχική ασθένεια. Η ψυχική ασθένεια στην Ελλάδα όπως και σε πολλές κοινωνίες αποτελεί ένα αντικείμενο φόβου και σοβαρών παρερμηνειών: ο γενικός πληθυσμός ξέρει ελάχιστα πράγματα για το ζήτημα. Παρόλο που έχουν υπάρξει κάποιες προσπάθειες ενημέρωσης του κοινού από ειδικούς είναι πολύ λίγες και οι περισσότεροι έχουν μία ασαφή εικόνα για την ψυχική ασθένεια. (Τζανάκης, 2005)

Ορισμένες από τις νέες υπηρεσίες που θα τις περιγράψουμε στο επόμενο κεφάλαιο περιλαμβάνουν ανάμεσα στις δραστηριότητές τους και την δημόσια ενημέρωση, τόσο από ιδεολογική άποψη όσο και από πρακτικής άποψης. Για παράδειγμα οι κινητές μονάδες Έβρου και Φωκίδας, οργανώνουν τακτικές συζητήσεις στις κοινότητες στην προσπάθεια να εξασφαλίσουν συνθήκες ευνοϊκές για την επανένταξη των πρώην νοσηλευόμενων ψυχασθενών. Αυτές οι ομάδες από τον Οκτώβριο του 1981 μέχρι και τον Ιούνιο του 1985 είχαν ασχοληθεί με περισσότερες από 600 ώρες με δραστηριότητες γύρω από την κοινοτική ευαισθητοποίηση. (Τζανάκης, 2005)

Ένα ακόμη φωτεινό παράδειγμα προέρχεται από το Ψυχιατρείο της Πέτρας Ολύμπου, το οποίο έχει εκδώσει ένα φυλλάδιο που διανέμονταν δωρεάν, με τον τίτλο « Ζώντας με την σχιζοφρένεια στο νοσοκομείο και στο σπίτι». Στις εβδομήντα περίπου σελίδες του περιλαμβάνονταν συζητήσεις σχετικά με το τι ακριβώς είναι η σχιζοφρένεια, για τη νοσηλεία στο ψυχιατρείο, την εξωτερική περίθαλψη, τα φάρμακα, τη βοήθεια που μπορούν οι συγγενείς να προσφέρουν στο πάσχων μέλος τους αλλά και για θέματα σχετικά με την εργασιακή απασχόληση και το σχολείο. Ορισμένοι ειδικοί αν και όχι όλος ο ψυχιατρικός κλάδος θεωρεί ότι η μεταρρύθμιση πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο τις νέες υπηρεσίες περίθαλψης αλλά και περισσότερη οργανωμένη ενημέρωση και κατανόηση εκ μέρους του κοινού. (Τζανάκης, 2005)

1.4.1 ΟΙ ΔΥΝΑΜΕΙΣ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Η έμπνευση για τη μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα επίδρασης της εσωτερικής και διεθνούς πολιτικής. Η ελληνική είχε αρχικά κρατήσει σιωπηρή θέση στα θέματα της ψυχικής υγείας ενώ στην δεκαετία του 80 ανέπτυξε δικές της κατευθυντήριες γραμμές. (Τζανάκης, 2005)

Δύο είναι οι παράγοντες που συνέβαλαν στο ξεκίνημα της μεταρρύθμισης. Ο πρώτος ήταν ο επίσημος διαχωρισμός της ειδικότητας νευρολογία-ψυχιατρική σε διαφορετικούς κλάδους το 1981. Ο διαχωρισμός αυτό έδωσε νέον αέρα στην ψυχιατρική και επαναπροσδιορίστηκε τόσο η θεωρία όσο και η πράξη της. Τώρα η ψυχιατρική βαδίζει πέρα από το πλαίσιο της οργανικής και της ιδρυματικής θεωρίας και πρακτικής. (Τζανάκης, 2005)

Ο δεύτερος παράγοντας αφορά κυρίως τους ειδικούς. Στη δεκαετία του 70 φοιτητές της Ιατρικής επέλεξαν σαν ειδικότητα την ψυχιατρική με βάση το ενδιαφέρον για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Υπάρχει πυρήνας ειδικών που διαπνέεται από την επιθυμία να αλλάξει τις συνθήκες και την περίθαλψη των ασθενών στα ιδρύματα. (Τζανάκης, 2005)

Ένα γεγονός που επηρέασε την ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι η δημιουργία του ΕΣΥ που θεσμοθετήθηκε από την κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ το 1983. Σε αυτό το άρθρο προβλέπονταν ρητά η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης με τη δημιουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και πτερύγων ψυχιατρικής στα γενικά νοσοκομεία. Και τα δύο αυτά είδη υπηρεσιών υπήρχαν ήδη στην χώρα μας με την νομοθεσία αυξήθηκαν περισσότερο. (Τζανάκης, 2005)

Η νομοθεσία έλεγε πως τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής μπορούσαν να περιλαμβάνουν ιατροπαιδαγωγικά κέντρα καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυχτερινής). Οι ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων θα

πρόσφεραν μόνο βραχύχρονη νοσηλεία ενώ τα ψυχιατρεία θα ήταν για μακρόχρονη παραμονή. (Τζανάκης, 2005)

Η νομοθεσία του ΕΣΥ πρόσφερε ένα τρόπο να σχεδιαστούν με κρατική χορήγηση οι εναλλακτικές υπηρεσίες της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας. Αν και το 1980 είχε υπάρξει μια συμβουλευτική επιτροπή ψυχικής υγιεινής μια δεύτερη συγκροτήθηκε στο πλαίσιο του ΕΣΥ. Τα μέλη της πρότειναν δύο πενταετή προγράμματα για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών (πίνακες 1&2). (Τζανάκης, 2005)

Η τότε Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) ύστερα από πρόσκληση της κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ το 1983 συμμετείχε στις συζητήσεις που αφορούσαν τις ελληνικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η έκθεση που συνέταξε το 1984 προώθησε την ιδεολογία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αλλά και την έναρξη της εφαρμογής της. Η πρωτοβουλία της ΕΟΚ (N.815/84) έδωσε έμφαση στη δημιουργία υπηρεσιών επανένταξης για τους χρόνιους τροφίμους των δημοσίων ψυχιατρείων της χώρας. (Τζανάκης, 2005, .kne.metarithmisi.gr, 2010)

Καθορίστηκαν δύο φάσεις χρηματοδοτήσεις από την ΕΟΚ: η πρώτη από το 1984-1988 και η δεύτερη από το 1989-1993. Με το ποσό της πρώτης φάσης προβλεπόταν να ιδρυθούν 135 μονάδες ψυχιατρικές περιθάλψεις σε όλη τη χώρα. Ενώ από αυτά τα χρήματα θα απονέμονταν υποτροφίες για την εκπαίδευση του προσωπικού στον τομέα ψυχικής υγείας. (Τζανάκης, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

2.1 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Στίγμα στα αρχαία σημαίνει «σημάδι» και αναφέρεται στο σημάδι που έβαζαν στους σκλάβους στην αρχαιότητα και τον Μεσαίωνα για να τους διακρίνουν ως προς την κοινωνική τους θέση και να υποτιμήσουν την αξία τους. Οι άνθρωποι πάντα είχαν την ανάγκη να καθορίσουν ποίοι είναι σε σχέση με άλλους. Ο Coffman(1963) μιλά για σπύλωση της ταυτότητας του ατόμου που φέρει ένα κοινωνικά ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό και απώλεια της κοινωνικής του ταυτότητας. Ο Scaff (Labeling Theory) αναφέρεται στην «θεωρία της ετικέτας» ότι η στάση του κοινού απέναντι σε διαφορετικά ή παρεκκλίνοντα άτομα από το μέσο όρο εξαρτάται κυρίως από την ετικέτα που τους έχει αποδοθεί από τον κοινωνικό περίγυρο. (Μόσχωνας, 2009)

Τον μεγαλύτερο βαθμό στιγματισμού φέρει η σχιζοφρένεια λόγω της ετυμολογίας της λέξης που τρομάζει αφ'εαυτής και της φύσης των συμπτωμάτων σε σχέση με άλλες ψυχικές διαταραχές που το κοινό φαίνεται να φοβάται λιγότερο όπως η κατάθλιψη. Αρκετοί επιστήμονες αμφισβητούν την ιατρική βιολογική νοσολογική θεώρηση των ψυχικών διαταραχών θεωρώντας ότι ο ανθρώπινος πόνος και τα ψυχολογικά προβλήματα είναι συνυφασμένα με την ανθρώπινη φύση, την κουλτούρα και το κοινωνικό πλαίσιο όπου εμφανίζονται.

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν σύνθετα πολιτικοκοινωνικά, υγειονομικά προβλήματα που χρειάζονται διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία για την αντιμετώπιση τους. Πολλοί θεραπευόμενοι, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν τα εγχειρίδια ψυχιατρικής δεν «συμμορφώνονται» εύκολα με την φαρμακοθεραπεία, αλλά αναζητούν και προτιμούν ψυχολογικές ή εναλλακτικές μορφές θεραπείας στηριζόμενες στην ανθρωπιά και τις προσωπικές σχέσεις, όπως συμβαίνει με την ψυχοθεραπεία ή τις ομάδες αυτοβοήθειας. (Μοσχωνας, 2009)

Το στίγμα εκφράζεται με τρεις τρόπους με κρυφές ή φανερές παραμορφώσεις, με παρεκκλίσεις από τα προσωπικά στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα και με φυλετικούς στιγματισμούς –στοιχεία που σχετίζονται με την φυλή, το έθνος ή την θρησκεία και παρεκκλίνουν από την κανονική φυλή, εθνικότητα ή θρησκεία.

Τέσσερα είναι τα βασικά στοιχεία του στίγματος:

- Χαρακτηρισμός μια κατάστασης που βιώνουν κάποια άτομα μέσω ετικέτας.
- Στερεότυπη και προκατειλημμένη αντιμετώπιση της κατάστασης των ατόμων αυτών.
- δημιουργία διάκρισης «εμείς» και «αυτοί»
- διακρίσεις κατά μιας ομάδας ατόμων βασισμένη στη χαρακτηριστική ετικέτα που τους έχει αποδοθεί.

Όσο πιο φανερό είναι το στιγματιστικό σημάδι ή κατάσταση, τόσο η κοινωνία πιστεύει ότι το άτομο θα πρέπει να είναι ικανό να το διαχειρίζεται. Αν δεν μπορεί να το κάνει, τόσο περισσότερο τον στιγματίζει και τον απομονώνει. Στην περίπτωση μας, η ψυχική διαταραχή δεν είναι εύκολα διαχειρίσιμη από τους ασθενείς που υποφέρουν από αυτή με όλα τα συνεπακόλουθα που προκύπτουν από μια τέτοια κατάσταση, που τόσο οι άλλοι, όσο και το ίδιο το άτομο φοβούνται την κατάσταση που αντιμετωπίζουν. Ξεκινά από το στιγματιστικό σημάδι, στην περίπτωση μας τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, για να οδηγηθεί στο στίγμα που νοιώθει εξ αιτίας τους. Το στίγμα οδηγεί στη διάκριση και στις δυσάρεστες επιπτώσεις εξ αιτίας της, στην απομόνωση, στην αίσθηση του αποδιοπομπαίου τράγου και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Όλα αυτά οδηγούν στη χαμηλή αυτοεκτίμηση, στην υποτίμηση των ικανοτήτων, πράγμα που οδηγεί σε μεγαλύτερη αναπηρία και μειωμένη αντίσταση στον στιγματισμό από τους άλλους.

Έτσι το στιγματισμένο άτομο βιώνει ντροπή, μομφή, προσωπικό αποκλεισμό. Παίρνει τον ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου στην οικογένεια και την κοινωνία και βιώνει:

- Απομόνωση-κοινωνικό αποκλεισμό
- Στερεότυπη και καχύποπτη αντιμετώπιση από τους άλλους.
- Διάκριση σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.

Το στίγμα της ψυχικής διαταραχής επηρεάζει την αυτοεκτίμηση, επιδεινώνει τις όποιες ψυχολογικές δυσλειτουργίες, δημιουργώντας τεράστια προβλήματα σε θέματα

καθημερινής ζωής και εργασίας. Το στίγμα επίσης αποτελεί ένα σημαντικό κοινωνικό και πολιτισμικό εμπόδιο στην πορεία προς την θεραπεία και την αποκατάσταση. Δυστυχώς ελάχιστες έρευνες έχουν γίνει μέχρι και σήμερα σχετικά με τη στάση των ειδικών στα θέματα αυτά, οι οποίες όμως δείχνουν ότι οι ειδικοί είναι επίσης προκατειλημμένοι και συχνά τραυματίζουν με τη στάση τους και τη συμπεριφορά τους. Πολλές από τις στιγματιστικές αντιλήψεις προέρχονται από τους ίδιους τους ειδικούς. (Μοσχωνας, 2009)

Οι ψυχικές διαταραχές στιγματίζονται εύκολα λόγω του δυτικού ορθολογισμού και του φόβου μας για τη δική μας «τρέλα» που συχνά προβάλλεται στους άλλους. Λόγω της διαφορετικότητας τους από τις σωματικές ασθένειες. Λόγω της επιστημονικής και κοινωνικής άγνοιας για τα αίτια και τις εκδηλώσεις των ψυχικών διαταραχών. Αρκετοί άνθρωποι πιστεύουν ότι είναι αποτέλεσμα λανθασμένων επιλογών του ατόμου. Ο φόβος της τρέλας συσχετίζεται με το φόβο του θανάτου.

2.2 ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι προκαταλήψεις των στιγματιστών προσδίδουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά σε ένα χρήστη υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Άνδρας με ατημέλητη εμφάνιση, οξύθυμη συμπεριφορά και χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Οι προκαταλήψεις για την ψυχική νόσο, εστιάζονται στην ελλειμματική, παράξενη συμπεριφορά, στο ακαταλόγιστο των πράξεων και στο ιστορικό αναγκαστικής νοσηλείας. Τέλος η παραπληροφόρηση για την ψυχική διαταραχή μιλά για αυτοπροκαλούμενο νόσημα, χρόνιας μορφής που δεν θεραπεύεται, ο ασθενής πρέπει να παίρνει πάντα τα φάρμακα του για να είναι καλά και βέβαια ότι όλα αυτά συσχετίζονται με την βίαιη συμπεριφορά και εγκληματικότητα.

Το στερεότυπο προφίλ των ατόμων με ψυχική διαταραχή, όπως περιγράφεται συχνά από τα ΜΜΕ συνίσταται στο ότι τα άτομα με ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζονται ως επικίνδυνα, είναι λιγότερο ικανά από τον μέσο άνθρωπο, είναι ανίκανα για εργασία, θα πρέπει να απομονώνονται σε ιδρύματα και η κατάσταση τους ποτέ δεν πρόκειται να βελτιωθεί. Ενώ οι ψυχικές διαταραχές είναι κοινές, συνυφασμένες με την ανθρώπινη φύση και τα κοινωνικά προβλήματα και μεγάλο

μέρος του πληθυσμού υποφέρει από αυτές, μόνο το 1/3 αυτών που χρειάζονται βοήθεια αναζητά θεραπεία.

Πολλά άτομα αρνούνται τα οδυνηρά συμπτώματά τους και αποφεύγουν να ζητήσουν βοήθεια σε ένα πρωιμότερο στάδιο της διαταραχής όπου πιθανώς η θεραπευτική αντιμετώπιση θα ήταν πιο εύκολη. Πολλά άτομα δεν ζητούν ψυχιατρική βοήθεια μήπως και στιγματισθούν κατά την προσέλευση τους στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Άτομα με ψυχική διαταραχή έχουν τις ίδιες προκαταλήψεις με αυτές της κοινωνίας και κατηγορούν τους εαυτούς τους για την κατάσταση τους. Συχνά δεν εμπιστεύονται αυτούς που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν. Οι επιπτώσεις από το στίγμα και η κοινωνική απόσυρση που συνεπάγεται, μπορεί να έχει μεγαλύτερη επίδραση από αυτή την ίδια την διαταραχή.

Τα μέλη των οικογενειών υποφέρουν σε μεγάλο βαθμό από το στίγμα και μπορεί να κατηγορούν τους εαυτούς τους ως υπαίτιους ή συνεισφέροντες στην εγκατάσταση της διαταραχής.

Γενικότερα οι απόψεις και οι στάσεις της κοινωνίας και των επαγγελματιών μπορεί να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την θεραπεία, την πορεία ή τον βαθμό αποκατάστασης της διαταραχής. (Μοσχωνας, 2009)

2.3 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Κράτη, κυβερνήσεις και πολιτικοί συμβάλλουν στον στιγματισμό με το να υποβαθμίζουν και να μην ενισχύουν οικονομικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ως προς την έρευνα και τη θεραπεία. Οι γηραιότεροι ασθενείς υφίστανται διπλό στιγματισμό λόγω ηλικίας και ασθένειας. Το ίδιο συμβαίνει και με τις φυλετικές ή άλλες μειονότητες.

Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα, οι θεσμοί παροχής ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών καθώς και το είδος των θεραπειών στιγματίζονται επίσης, δεδομένου ότι αντιμετωπίζονται υποτιμητικά ή με προκατάληψη από τους άλλους επαγγελματίες υγείας, αλλά και από μεγάλο μέρος της κοινωνίας.

Η ιστορία της ψυχιατρικής και οι λειτουργοί της έχουν συνδεθεί, όχι αδίκως, με εγκλεισμούς, ιδρυματισμούς, αναγκαστικές νοσηλείες, επώδυνες ή απάνθρωπες θεραπείες όπως ηλεκτροσόκ και ψυχοφάρμακα και γενικότερα με την στέρηση της ελευθερίας των ατόμων που μπορεί να παρουσιάζουν κάποιο ψυχικό πρόβλημα.

Αυτή η κατάσταση σε συνδυασμό με πρακτικές κοινωνικού ελέγχου και την επιρροή πολιτικών και βιομηχανικών συμφερόντων (πχ φαρμακευτικές εταιρίες) ανακυκλώνει τις στιγματιστικές διεργασίες περιλαμβάνοντας όλους όσους σχετίζονται με την ψυχική υγεία.

Η απεμπλοκή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από τη βίαιη και καταναγκαστική πλευρά της ψυχιατρικής και η απόλυτη προσήλωση στα συμφέροντα και τη φροντίδα του θεραπευόμενου και όχι των οικείων του ή του κράτους μπορεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για μια ουσιαστική βοήθεια σε όσους από μας τη χρειάζονται χωρίς τον φόβο του στίγματος.

2.4 ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ

Καθοριστικό ρόλο στην εδραίωση του στίγματος φαίνεται να παίζουν τα ΜΜΕ ως βασικοί φορείς διαμόρφωσης της κοινής γνώμης με κυρίαρχο το ρόλο της τηλεόρασης. Οι απεικονίσεις της ψυχικής ασθένειας στα ΜΜΕ παρουσιάζουν συστηματικά τις πιο αρνητικές πτυχές της, δίνοντας έμφαση στην υποτιθέμενη βιαιότητα και επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών. Έτσι αναπαράγεται η προκατάληψη και ο φόβος και εδραιώνεται η απόρριψη και η περιθωριοποίηση των ασθενών, οι οποίοι στην πραγματικότητα υφίστανται συχνά τη σωματική και ψυχολογική βία των άλλων.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στίγματος θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε τρεις προσεγγίσεις:

- 1) διαμαρτυρία απέναντι στην ανακριβή και εχθρική απεικόνιση της ψυχικής ασθένειας από τα ΜΜΕ αλλά και στις στρεβλωμένες και αρνητικές κοινωνικές πεποιθήσεις για την ψυχική νόσο

2) επιμόρφωση-εκπαίδευση με τη μορφή προγραμμάτων, θα μπορούσε να παρέχει τις επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες για την ψυχική διαταραχή και να απευθύνεται τόσο στους ειδικούς όσο και στις ευρύτερες κοινωνικές ομάδες. Σκοπός της η διόρθωση των αντιλήψεων σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα καθώς και η βελτίωση των συμπεριφορών απέναντι στη διαφορετικότητα.

Επαφή με άτομα με ψυχική διαταραχή που διάγουν μια φυσιολογική ζωή. Άτομα που είναι συνάδελφοι στην εργασία ή γείτονες διαψεύδουν τις λανθασμένες αντιλήψεις περί επικινδυνότητας, ανικανότητας και δυσλειτουργικότητας. (Μοσχωνας, 2009)

2.5 Η τηλεφωνική γραμμή του ΕΠΙΨΥ

Στο χώρο της ψυχικής υγείας οι ελλείψεις στην πληροφόρηση και στην πρόσβαση στις διαθέσιμες πηγές φροντίδας είναι έντονες και το πρόβλημα επιτείνεται από το κοινωνικό στίγμα, τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που συνοδεύουν ακόμη και σήμερα την ψυχική νόσο (Corrigan, 2004). Για το λόγο αυτό, το 1997 η **Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ)** ξεκίνησε ένα μεγάλο διεθνές πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει την πιο στιγματισμένη ψυχική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, με βασικούς στόχους την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης για την νόσο, τη βελτίωση των αντιλήψεων και των στάσεων του κοινού και την ανάπτυξη δράσεων σε βάρος των ασθενών και των οικογενειών τους.

Στην Ελλάδα, η υλοποίηση του προγράμματος αυτού ανατέθηκε από την ΠΨΕ το 1999 στο **Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)**, το οποίο στη συνέχεια ανέπτυξε ένα ευρύ πρόγραμμα, το πρόγραμμα «**αντι-στίγμα**», με έναν από τους κύριους στόχους του την παροχή επιστημονικής ενημέρωσης όχι μόνο για τη σχιζοφρένεια, αλλά γενικότερα για τις ψυχικές διαταραχές. (Οικονόμου, 2008)

Στο πλαίσιο του Προγράμματος «**αντι-στίγμα**» θεωρήθηκε σημαντικό να καθιερωθεί ανοικτή επικοινωνία με το ευρύ κοινό. Για το λόγο αυτό από το 2002

λειτουργεί Τηλεφωνική Γραμμή Επικοινωνίας με στόχους την παροχή εγκύρων πληροφοριών γύρω από θέματα σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και τις διαθέσιμες δημόσιες ψυχιατρικές υπηρεσίες, την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια και τη δημιουργία ενός δικτύου εθελοντών που θα συνδράμει στη καταπολέμηση του.

Η Τηλεφωνική Γραμμή στελεχώθηκε από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και λειτουργεί μέχρι σήμερα από Δευτέρα έως Παρασκευή, 9:00 – 18:00. Η αρχική ενημέρωση του κοινού για τη λειτουργία της γραμμής έγινε με την ένθεση του φυλλαδίου του Προγράμματος «**αντι-στίγμα**» σε έντυπα και την μετέπειτα αποστολή του φυλλαδίου μέσω των λογαριασμών της ΕΥΔΑΠ στην Αθήνα και τον Πειραιά. Στη συνέχεια, η προώθηση των υπηρεσιών της γραμμής γίνεται μέσω της προβολής του έργου του Προγράμματος στα ΜΜΕ και της συμμετοχής των συντελεστών του σε άρθρα, δημοσιεύσεις ή εκπομπές.

Βασική αρχή λειτουργίας της γραμμής αποτελεί ο σεβασμός στο απόρρητο και στα δικαιώματα του ενδιαφερόμενου. Λαμβάνεται υπόψη η έντονη ανησυχία και η γενικότερη ψυχολογική κατάσταση των καλούντων, γεγονός που αντιμετωπίζεται με υπομονή και διακριτικές διευκρινιστικές ερωτήσεις για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους. Παρότι ο στόχος της Τηλεφωνικής Γραμμής δεν είναι αμιγώς η συμβουλευτική, εφαρμόζονται τεχνικές ενεργητικής ακρόασης και, ανάλογα με τη περίπτωση, παρέχεται το υποστηρικτικό πλαίσιο που απαιτείται, δεδομένου ότι τα ζητήματα που συνήθως απασχολούν τους καλούντες και οι ψυχολογικές προεκτάσεις τους επιβάλλουν ιδιαίτερα «ευαίσθητους» χειρισμούς. (Οικονόμου, 2008)

***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ 1970
ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ***

3.1 Η ΕΝΤΑΞΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΣΤΗΝ ΕΟΚ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

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.

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83).

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84) άρχισε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο Νόμος 2716/99 για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.(yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos, 2010)

Σαν αποτέλεσμα όλων αυτών των νομοσχεδίων που ψηφίστηκαν την χρονική περίοδο Ιούλιος 1988 με Ιούλιος 1989 δημιουργήθηκαν πολλά και διάφορα προγράμματα σε όλη την χώρα ιδίως σε ότι αφορούσε τα μεγάλα ψυχιατρεία.

Παρόλη, όμως την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, ο στιγματισμός των ψυχικά αρρώστων εξακολουθεί να υφίσταται. Το Δαφνί όπως και άλλα μέρη στην Ελλάδα, η Σούδα, η Λέρος, η Κέρκυρα, ο Κορυδαλλός κλπ έχουν ένα ιδιότυπο χαρακτηριστικό. Το χαρακτηριστικό του στιγματισμού. Είναι αυτό που κατά καιρούς χαρακτηρίζει μια ολόκληρη περιοχή. Παραδείγματος χάρη η περιοχή του Ελληνικού είναι συνδεδεμένη

ακόμα με το αεροδρόμιο που υπήρχε εκεί για χρόνια. Όμως στο Ελληνικό δεν υπάρχει στιγματισμός. (Συρίγος, 2009)

Ο στιγματισμός λοιπόν προέρχεται από τον συμβολισμό των κυρίαρχων κοινωνικών στερεότυπων και την σύνδεση τους με αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται ως απόρροια φόβου και άγνοιας για κάτι, που μπορεί να μην προσδιορίζεται, απλά να δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα για το χώρο.

Ειδικότερα για το Δαφνί, όπου εκεί υπάρχει το μεγαλύτερο ψυχιατρείο στην Ελλάδα, πολλά έχουν γραφτεί και ειπωθεί. Μέσα από δελτία ειδήσεων, εφημερίδες, ακόμα κι από ελληνικές ταινίες, είτε με την μορφή δράματος, είτε της κωμωδίας στιγματίσαν αυτόν τον χώρο, το δε στίγμα το κουβαλάει μέχρι σήμερα.

Η λέξη Δαφνί παραπέμπει συμβολικά στο ψυχιατρείο, δηλαδή σε έναν χώρο όπου είναι έγκλειστοι, μη φυσιολογικοί άνθρωποι. Έχουν ακουστεί πολλά για τον χώρο, τα περισσότερα άσχημα που δημιουργούν μια κακή διάθεση και σε βάζουν, ασυναίσθητα σε συνειρμούς ανάλογους(φωλιά του κούκου κτλ)

Έτσι λοιπόν κάπως λειτουργεί ο στιγματισμός του χώρου, που είναι τόσο έντονος, που πιστεύουμε, πως ακόμα κι αν κλείσει τελείως το ψυχιατρείο η' οι φυλακές του Κορυδαλλού, θα μείνει ο στιγματισμός για πολλά χρόνια. Τώρα όσον αφορά την μακροχρόνια διαμονή σε έγκλειστους χώρους, αυτή δημιουργεί ιδρυματισμό, που σημαίνει φόβο και ανασφάλεια να αντιμετωπίσει την ζωή μόνο του το άτομο. (Συρίγος, 2009)

Η μακροχρόνια διαβίωση στο εσωτερικό ενός κλειστού ιδρύματος, όπως είναι το ψυχιατρικό άσυλο, οδηγεί στο φαινόμενο του ιδρυματισμού. Στην προσαρμογή δηλαδή του ατόμου στις κοινωνικές δομές του ιδρύματος, οι οποίες διαφέρουν από τις κοινωνικές συνθήκες έξω από αυτό. Η αναγκαστική διαβίωση σε ένα τέτοιο περιβάλλον, οδηγεί σε έκπτωση μιας σειράς από κοινωνικές δεξιότητες και αναπτύσσεται με τα χρόνια, μια προσαρμοστική τακτική που βασίζεται στη φιλοσοφία της ελάχιστης προσδοκίας.

Αυτό οδηγεί σε συμπεριφορές ενδοψυχικές, αλλά και κοινωνικές διεργασίες που ακυρώνουν την υποκειμενική αίσθηση του χρόνου. Επιφέρει δε ένα δεύτερο πλήγμα στον υποκειμενικό χρόνο και δημιουργεί ένα συμπληρωματικό ρήγμα στο

χάσμα που επιφέρει η βιογραφική ρήξη στον ορίζοντα συγκρότησης του εαυτού. Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο χάνει σταδιακά τον έλεγχο του εαυτού του, ο οποίος ανατίθεται σε μεγάλο βαθμό στο ίδρυμα.

3.2 ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΡΗΞΗ

Μπορούμε να ορίσουμε την βιογραφική ρήξη ως ένα αντικειμενικό γεγονός το οποίο εγγράφεται στη βιογραφική διαδρομή ενός ατόμου και βιώνεται υποκειμενικά ως τομή στο βιογραφικό χρόνο, συνδέεται με την διάρρηξη των δομών της καθημερινής ζωής, την άρση των αυτονόητων της στοιχείων και τη σχετικοποίηση των διαθέσιμων αποθεμάτων κοινωνικής γνώσης.

Επιπλέον, η μακροχρόνια διαβίωση στο εσωτερικό ενός σχετικά κλειστού ιδρύματος, όπως είναι ένα ψυχιατρικό άσυλο οδηγεί στο φαινόμενο του ιδρυματισμού, δηλαδή στην προσαρμογή του ατόμου στις κοινωνικές δομές του ιδρύματος, οι οποίες διαφέρουν από τις κοινωνικές συνθήκες έξω από αυτό.

Η αναγκαστική διαβίωση στο εσωτερικό ενός τέτοιο ιδρύματος οδηγεί σε έκπτωση μια σειρά από κοινωνικές δεξιότητες των εγκλεισμένων. Με τα χρόνια αναπτύσσεται μια προσαρμοστική τακτική η οποία βασίζεται στην «φιλοσοφία της ελάχιστης προσδοκίας»

Ο ιδρυματισμός, δηλαδή η εγκατάσταση προτύπων συμπεριφοράς, που δεν ανάγονται πρωτίστως σε ενδοψυχικές αλλά κοινωνικές διεργασίες, ακυρώνουν την υποκειμενική αίσθηση του χρόνου. Αυτό το δεύτερο πλήγμα στον υποκειμενικό χρόνο δημιουργεί ένα συμπληρωματικό ρήγμα στο χάσμα που επιφέρει η βιογραφική ρήξη στον ορίζοντα συγκρότησης του εαυτού. (Συρίγος, 2009)

Στις μορφές περίθαλψης που εντάσσονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και διέπονται από το Ν.2716/1999 περιλαμβάνονται:

- 1) η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα
- 2) η ανάπτυξη κάθε είδους υπηρεσιών σε νομαρχιακό, δημοτικό ή κοινοτικό επίπεδο

- 3) η εκπαίδευση και εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού
- 4) η θεσμική θωράκιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αλλά και της φροντίδας στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Με τον προαναφερόμενο νόμο καθιερώνεται ένα εθνικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας υπό κρατική εποπτεία κι έλεγχο και στον οποίο συμπεριλαμβάνονται και οι ξενώνες, που αποτελούν μονάδες αποκατάστασης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Ως κύριο προορισμό έχουν την διαβίωση των ατόμων (στέγαση και παραμονή) εντός του απαιτούμενου οικιστικού περιβάλλοντος, ώστε να είναι δυνατή όχι μόνο η ενίσχυση της οικογενειακής δομής τους, αλλά και η πλήρης κοινωνική επανένταξη των ατόμων.

Στο σύστημα αυτό εντάσσονται και οι μονάδες εκείνες που ιδρύονται από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, ελέγχονται όμως και εποπτεύονται από τις υπηρεσίες του υπουργείου υγείας και πρόνοιας και αποσκοπούν στον ίδιο δημόσιο σκοπό, που είναι η αποκατάσταση και η επανένταξη ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. (Συρίγος, 2009)

Αυτό είναι ένα θέμα που μπορεί να αποτελέσει ερέθισμα για περαιτέρω έρευνα και σύγκριση, με άλλα μοντέλα κοινωνικής επανένταξης για πιθανή βελτίωση του υπάρχοντος μοντέλου ή εάν χρήζει αναδιοργάνωσης η ίδια η δομή της λειτουργίας τους.

Η έρευνα έγινε στα πλαίσια ανίχνευσης των λειτουργιών των ξενώνων και οικοτροφείων. Το βασικό ερώτημα που τέθηκε είναι εάν η δομή και ο τρόπος λειτουργίας ξενώνων και οικοτροφείων αποτελούν λύση για την επανένταξη των ασθενών. Εάν προσφέρεται ουσιαστική βοήθεια δημιουργώντας προϋποθέσεις για την θεσμική διαχείριση της ασθένειας από τους ίδιους τους ασθενείς εκπληρώνοντας τον σκοπό για τον οποίο δημιουργήθηκαν.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στους χώρους ξενώνων και οικοτροφείων του ΨΝΑ.

1)με συνεντεύξεις σε ασθενείς

2)Συζητήσεις με το προσωπικό

3)με ανάγνωση ιατρικών ιστορικών

4)συμμετοχική παρατήρηση

Το δείγμα αφορά ασθενείς με πάνω από 10 χρόνια στο ΨΝΑ ώστε να έχουν ιδρυματική εμπειρία και να είναι μέχρι την παραγωγική ηλικία των 60 ετών. Λήφθηκαν υπόψιν με ορισμένους συμβατικούς κοινωνιολογικούς δείκτες που αφορούν παράγοντες όπως:

1)η οικογενειακή προέλευση

2)το μορφωτικό επίπεδο

3)η επαγγελματική κατάσταση

4)το οικογενειακό περιβάλλον σήμερα

Για την παρούσα ανάλυση επιλέχθηκε μια συνέντευξη με άνδρα 43 ετών πάνω από 25 χρόνια στο ΨΝΑ απόφοιτος γυμνασίου εργάστηκε ως εθελοντής στη MOMA χωρίς στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον σήμερα.

Για την συνέντευξη ζητήθηκε άδεια

-του διευθυντή της κλινικής

-του επιστημονικά υπεύθυνου του ξενώνα και

-του ίδιου του ασθενή αφού πρώτα του εξηγήθηκε ο λόγος της συνέντευξης.

Στόχος είναι να ανιχνευθεί :

1)πως βιώνεται η βιογραφική ρήξη από την πλευρά του ατόμου

2)πως αυτή ενισχύεται από τον ιδρυματισμό και

3) πως σ' όλα αυτά επιδρά ο στιγματισμός καθώς τα ιδρύματα λειτουργούν συχνότατα ως σύμβολα κοινωνικών ορίων και δεν φαίνεται να διαθέτουν κοινωνική λειτουργικότητα διάκρισης.

Ορισμένα συμβάντα στην ζωή του ατόμου:

-όπως ο θάνατος ενός οικείου προσώπου

-η ιατρική πιστοποίηση μιας πολύ σοβαρής ή χρόνιας ασθένειας

-η οριστική ή μακροχρόνια μετεγκατάσταση σε μια άλλη χώρα

-ένα διαζύγιο

-η ξαφνική διακοπή μιας ελπιδοφόρας επαγγελματικής σταδιοδρομίας και αντίστοιχα βίβια περιστατικά φαίνεται να οδηγούν σε μια σχεδόν υποχρεωτική αναδιάταξη των προσωπικών οριζόντων και σε νέους προσανατολισμούς δράσης. (Συρίγος, 2009)

Τοποθετώντας την έρευνα στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία, ερέθισμα για την ανάλυση που ακολουθεί αποτέλεσε ακριβώς η διαπίστωση ότι, τόσο στη λαϊκή όσο και στην ιατρική ορολογία, οι λέξεις συνιστούν κάτι περισσότερο από ουδέτερους ιατρικούς ορισμούς. Υποδηλώνουν κοινωνικές κατηγοριοποιήσεις, οι οποίες διαμορφώνονται μέσα από την παραγωγή και την μετάδοση στερεότυπων τόσο για την ασθένεια όσο και για τα πρόσωπα που έχουν ασθενείς. Οι συγκεκριμένες εικόνες και τα στερεότυπα δομούνται με αφετηρία τις κυρίαρχες κοινωνικές ερμηνείες της ασθένειας οι οποίες πολύ συχνά στηρίζονται σε μεταφορές-φορείς ηθικών νοημάτων για την ασθένεια και στιγματίζουν. Άρα η ιδιότητα του ψυχικά ασθενή συγκροτείται κοινωνικά ως μια διαφορά, διαφορά που άπτεται των ηθικών ιδιοτήτων του προσώπου που ασθενεί. Αυτό το αίσθημα της ετερότητας και η διαχείριση του από τα υποκείμενα αποτέλεσε έναυσμα για την έρευνα αυτή. Γενικά η κοινωνική προσαρμογή των ατόμων επιτυγχάνεται όταν συνειδητοποιήσουν την ομαδικότητα της ανθρώπινης ύπαρξης, ότι δηλαδή το κάθε άτομο αποτελεί έναν κρίκο της αλυσίδας της δημιουργίας και της κοινωνίας.

3.3 ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Πολλές και διαφορετικές εναλλακτικές αντιλήψεις και αμφισβητήσεις φαίνεται να κερδίζουν έδαφος με τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων δηλαδή επαγγελματιών, ασθενών και συγγενών. Υπάρχει ένα διογκούμενο κίνημα κριτικής των παραδοσιακών απόψεων της ψυχιατρικής.(Antipsychiatry, Critical Psychiatry, Post Psychiatry). Πολλοί νέοι και παλαιότεροι ψυχίατροι ή ψυχολόγοι παραθέτουν τεκμηριωμένα πλέον την κριτική τους για την παραδοσιακή ψυχιατρική. Η σύγχρονη ψυχιατρική επικρίνεται για την επικέντρωση στο βιολογικό μέρος της, στην φαρμακοθεραπεία, η οποία παρουσιάζεται ως πανάκεια ή ως μόνη λύση για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, για τις σχέσεις με τη φαρμακευτική βιομηχανία, την ταξινόμηση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών, ως ασθένειες και την απώλεια των ανθρωπίνων αξιών προς χάριν της στατιστικής ταξινόμησης.

Επίσης για την αγνόηση και την αδιαφορία για τους κοινωνικούς, ψυχολογικούς παράγοντες και πολιτικές που επηρεάζουν τις ανθρώπινες συμπεριφορές. Θέματα που σχετίζονται με την πορεία και την εξέλιξη των διαταραχών, τις θεραπευτικές πρακτικές και παρεμβάσεις καθώς και ότι αφορά την αποκατάσταση, τα θεραπευτικά αποτελέσματα και την ποιοτική και ποσοτική τους αξιολόγηση κρίνονται πια όχι μόνο δια μέσου των επιστημονικών ερευνών των ψυχιάτρων, αλλά με βάση τις απόψεις των ασθενών σχετικά με το τι θεωρούν θεραπευτικό για τους ίδιους.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε πως η εμπλοκή των ασθενών σε θέματα πολιτικής της υγείας, θεραπείας τους, καθώς και στα ερευνητικά προγράμματα που τους αφορούν είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την αποτροπή του στίγματος.

Το θέμα της ελευθερίας στην επιλογή της θεραπείας, σε συνδυασμό με τις προσπάθειες για την ισχυροποίηση των κινημάτων των χρηστών έπαιξε σημαντικό ρόλο στην εμπλοκή των χρηστών στο σχεδιασμό των υπηρεσιών και στις αποφάσεις σχετικά με τις θεραπείες που προτιμούν και την υποστήριξη που θέλουν να έχουν.

Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα πρέπει να επικεντρωθούν στη θεραπεία που ενδυναμώνει τις υγιείς πλευρές των ασθενών και όχι τόσο στο μοντέλο των προβλημάτων ή συμπτωμάτων.

Η εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία με αυστηρά κριτήρια θα πρέπει να απασχολεί όλους τους ειδικούς που θα ήθελαν να συμμετέχουν ουσιαστικά στην προσπάθεια των χρηστών για αυτοδιαχείριση και ουσιαστική θεραπεία

Η συμμετοχή ασθενών και ειδικών και ιδιαίτερα των ψυχοθεραπευτών σε ομάδες πίεσης χρηστών υπηρεσιών Ψ.Υ είναι δυνατόν να συμβάλει στην επιπλέον κινητοποίηση των χρηστών και τη διαμόρφωση νέων δυναμικών στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Να απαλείψει σε μεγάλο βαθμό τις στιγματιστικές προκαταλήψεις των ειδικών και του κοινού. (Μοσχωνας, 2009)

Η αποασυλοποίηση για τα άτομα με νοητική στέρηση και πρόβλημα ψυχικής υγείας υπήρξε ένα από τα μεγαλύτερα «πειράματα» κοινωνικής πολιτικής της εποχής μας. Η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που εγκατέλειψαν τα απαρχαιωμένα άσυλα για να ζήσουν στην κοινότητα σαν όλους τους συμπολίτες τους, ωφελήθηκε σημαντικά όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους ή την κοινωνική ένταξη και αποδοχή, μολονότι η πρόοδος δεν υπήρξε καθολική για όλους τις ομάδες ασθενών. (Μπούρας, 2008)

3.4 ΛΕΡΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Το ψυχιατρείο της Λέρου αντανακλά την πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Το 1957 εκδικαζόταν το βασιλικό διάταγμα που καθόριζε την δημιουργία της αποικίας ψυχασθενών στη Λέρο. Κανείς δεν θα μπορούσε να σκεφτεί τότε ότι η Λέρος θα γίνονταν σύμβολο της ιδρυματικής ψυχιατρικής και ότι θα καθόριζε και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.

Η Λέρος από το 1523 έως και 1912 βρίσκονταν υπό Τουρκική Κατοχή ενώ από το 1912 μέχρι και το 1947 έρχεται στους Ιταλούς. Η γεωγραφική της θέση της την καθιστά ως το πλέον στρατηγικό νησί της Μεσογείου. Οι Ιταλοί μετατρέπουν την Λέρο στη μεγαλύτερη ναυτική βάση της Μεσογείου και εγκαθιστούν στο νησί περίπου 30000 με 35000 στρατό με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν υποδομές όπως: στρατόπεδα, στρατώνες, νοσοκομεία, καταφύγια, κ.α. Με την ενσωμάτωση της

Λέρου στην Ελλάδα όλα αυτά τα κτίρια παραμένουν σαν κληρονομιά του νησιού. Ένα μέρος της κληρονομιάς της είναι και η ιστορία των κτιρίων. Έτσι εξαιτίας αυτής της κληρονομιάς καθώς και του γεωγραφικού και του κοινωνικού απόμακρου από τον κοινωνικό ιστό, χρησιμοποιήθηκε για την πρόνοια, τον εγκλεισμό και τη φύλαξη ομάδων που για διάφορους λόγους ωθούνταν στο περιθώριο.

Η πρώτη χρήση αυτών των υποδομών γίνεται με την δημιουργία των Τεχνικών Βασιλικών Σχολών. Από τον 1949 μέχρι και το 1964 φιλοξενούνται 16000 παιδιά με στόχο την εκπαίδευση σε διάφορες τέχνες αλλά και για την διαπαιδαγώγησή τους στα κυρίαρχα ιδεώδη της εποχής εκείνης. Ένα μέρος αργότερα των εγκαταστάσεων θα χρησιμοποιηθεί ως τόπος εξορίας πολιτικών αντιπάλων της δικτατορίας.(1967-1970). Συγχρόνως λειτουργεί παράρτημα του Ε.Ε.Σ. όπου εργάζονται εξειδικευμένοι γιατροί, κυρίως ορθοπεδικοί και συγκροτούν το νοσοκομείο της Λέρου. (Λουκάς, 2007)

Μετά την αποχώρηση των Ιταλών, το νησί μαστίζονταν από ανεργία. Παράλληλα στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της ηπειρωτικής χώρας (Δαφνί και Θεσσαλονίκη) ο αριθμός των εγκλειστων αυξάνεται φθάνοντας σε μία κατάσταση υπερπλήρωσης και χρήσης αλληπάλληλων κρεβατιών. Έτσι με συνεργεία πολιτικών και ψυχιάτρων προσφέρονται οι κτιριακές εγκαταστάσεις της Λέρου για να δημιουργηθεί «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου» με αντίστοιχες θέσεις εργασίας για τους κατοίκους του νησιού ενώ παράλληλα επωφελείται και η Ψυχιατρική με την παροδική όπως θα φανεί αργότερα μείωση του αριθμού εγκλειστων στα δύο μεγάλα αστικά Ψυχιατρεία. Το νησί αρχίζει να αποικιοκρατείται με έναν αρνητικό τρόπο από την ψυχιατρική και θα επιδράσει σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις και τις προσωπικές επιλογές των κατοίκων.

Οι πρώτοι ασθενείς στην Λέρο προέρχονται από την διάλυση και την μεταφορά των εγκλειστων του Αγίου Γεωργίου Περάματος και του Αγίου Γεράσιμου Κεφαλληνίας οι ασθενείς εκεί θα βιώσουν τις πιο άθλιες συνθήκες.

Οι μεταφορές καταρχάς γίνονταν με οχηματαγωγά πλοία στην αρχή σε ομάδες 40-50 ατόμων, ενώ από το 1965 οι ομάδες θα περιλαμβάνουν 250-400 ασθενείς που φέρουν ο καθένας διακριτικά νούμερα και το καθένα νούμερο αντιστοιχεί σε ονοματεπώνυμο. Πολλά νούμερα χάθηκαν κατά την μεταφορά τους, με αποτέλεσμα

να στέλνονται φωτογραφίες στα ψυχιατρεία από όπου προήλθαν οι διάφοροι ασθενείς για να ταυτοποιηθούν. Για μερικούς αυτό ήταν αδύνατο να γίνει ταυτοποίηση με αποτέλεσμα να υπάρχουν γύρω στους 20 ασθενείς χωρίς όνομα. Ο τρόπος επιλογής ενός ασθενούς για την Αποικία της Λέρου είχε σαν κριτήριο τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του. Κριτήριο ήταν η διακοπή επικοινωνίας με την οικογένεια του για ένα ή δύο χρόνια και ο χαρακτηρισμός ως «ανίατου- αζήτητου». Έτσι το ψυχιατρείο στην πορεία του χρόνου συγκέντρωσε όλες τις ακραίες καταστάσεις της ιδρυματικής ψυχιατρικής. (Λουκάς, 2007)

Η Αποικία το 1965 μετονομάστηκε σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου και ξεκίνησε με μία δύναμη 650 κλινών το 1958 και έφτασε τις 2750 το 1981. Το 1965 έγιναν οι περισσότερες διακομιδές (900). Την χρονιά αυτήν θα λέγαμε πως τα ελληνικά ψυχιατρεία καθάρισαν από τα βαριά περιστατικά. Συγχρόνως η ιδρυματική ψυχιατρική πέραν των άλλων μέσων πειθάρχησης και την απειλή ότι θα τους μεταφέρουν στη Λέρο. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ακραίες μορφές ιδρυματικής ζωής μέσα σε στρατώνες , σε τμήματα 90-180 ατόμων. Στο 11^ο περίπτερο ζούσαν 1100 ασθενείς όλοι μαζεμένοι χωρίς καθόλου προσωπικό χώρο με έναν μονότονο ρυθμό και χωρίς κανένα δικαίωμα.

Περίπου 4500 άτομα που είχαν προβλήματα ψυχικής ασθένειας και νοητικής στέρησης μεταφέρθηκαν εκεί από το 1958 έως το 1981.

Η πλειοψηφία των εργαζομένων εκεί ήταν κυρίως ντόπιοι. Υπήρχαν μόνο δύο ψυχίατροι και το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είχε καμία εκπαίδευση. Για πολλά χρόνια δεν υπήρχε καμία υποστηρικτική ενέργεια για τους νοσηλευτές ούτε και κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης τους. Αργότερα οι ίδιοι οι εργαζόμενοι του ψυχιατρείου μπλέχτηκαν στην προσπάθεια αποϊδρυματοποίησης της Λέρου. (Λουκάς, 2007)

3.4.1 ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗ ΛΕΡΟ

Στα τέλη του 1970 ξέσπασαν και οι πρώτες οργανωμένες καταγγελίες στην Ελλάδα, αλλά και διεθνώς, για τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης των έγκλειστων. Το αποτέλεσμα όλων αυτών των καταγγελιών ήταν να σταματήσουν οι μεταγωγές στα τέλη του 1981 αλλά και να ενεργοποιηθεί το δημόσιο ενδιαφέρον για την κατάσταση στη Λέρο. Οι καταγγελίες για αυτήν την κατάσταση ξεπέρασαν και τα σύνορα της Ελλάδος και συνέβαλαν και στην διασφάλιση οικονομικών πόρων από την τότε ΕΟΚ.

Το 1984 με τον κανονισμό 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης(ΕΕ) αρχίζουν και τα πρώτα χρηματοδοτούμενα προγράμματα για τη Λέρο. Έγιναν κάποιες προσπάθειες χωρίς να αλλάξει κάτι ουσιαστικό μέχρι το 1989. Το ίδιο έτος ξεκινάει μια πρωτοβουλία μεταρρύθμισης στο πιο δύσκολο και κακόφημο περίπτερο, το 16^ο (των γυμνών-εξορία μέσα στο ίδρυμα). Οπου έχουμε μια συνεργασία του προσωπικού της Λέρου και της Μονάδας Επανάταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Σε αυτές τις παρεμβάσεις εντάσσονται εθελοντικά και ομάδες φοιτητών του τμήματος Ψυχολογίας.

Η Λέρος προκαλεί ευρωπαϊκό ενδιαφέρον, οι καταγγελίες εντείνονται και η ελληνική κυβέρνηση πιέζεται για να δεσμευτεί απέναντι στην ΕΕ με χρονοδιαγράμματα για αλλαγές. (Λουκάς, 2007)

Το 1990 η χώρα απειλήθηκε πως θα διακόπτονταν η χρηματοδότηση για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν νέα προγράμματα όπως το Λέρος 1, το Λέρος 2 και αργότερα το Ψυχαργός.

Τα προγράμματα αυτά είχαν δύο άξονες

- Ο πρώτος άξονας προέβλεπε μια σύντομη χρονικά (2-3 μήνες) παρέμβαση, κυρίως στην κατεύθυνση της αποσυμφόρησης, με τη βεβαιωμένη επιλογή ασθενών για τη μεταφορά τους σε δομές στους τόπους καταγωγής τους και όχι στην κατεύθυνση της παρέμβασης στον ίδιο το χώρο του ψυχιατρείου, για να μπορέσει να μετασχηματιστεί η δομή και ο τρόπος λειτουργίας του. Η επιλογή

και η μεταφορά των ασθενών πραγματοποιήθηκε από χρηματοδοτούμενες από την ΕΕ ιδιωτικές «μη κερδοσκοπικές εταιρείες».

Στον άλλον άξονα συνεχίζει να δραστηριοποιείται η ομάδα που το 1989 είχε ξεκινήσει την παρέμβαση στο 16^ο περίπτερο σε συνεργασία με μια ομάδα Ιταλών από την Τεργέστη, μια ομάδα από την Ολλανδία, αλλά και πλήθος νέων επαγγελματιών και εθελοντών. Η ομάδα αυτή επιχειρεί στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης μια ουσιαστική και ολοκληρωμένη παρέμβαση μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου. Καταλυτικό ρόλο σε αυτήν την προσπάθεια παίζει η κάθοδος στην Λέρο του ψυχιάτρου Θ. Μεγαλοοικονόμου και η εννιάχρονη καθοριστική παρέμβαση του. Βασικός στόχος ήταν να τεθούν σε πρακτική κριτική οι έννοιες που ορίζουν το ανίατο, τη χρονιότητα και την ψυχική ασθένεια. Να εισαχθεί η έννοια των δικαιωμάτων, του σεβασμού και της ελευθερίας του ασθενούς. Να γίνει κατανοητό ότι η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση είναι μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας, μια διαδικασία που στόχο έχει, την χειραφέτηση του ατόμου χωρίς αποκλεισμούς είτε κοινωνικούς είτε διαγνωστικούς. Στην ουσία έθετε υπό αμφισβήτηση το οικοδόμημα της ιδρυματικής ψυχιατρικής, το άσυλο και το κυρίαρχο ψυχιατρικό παράδειγμα. (Λουκάς, 2007)

ΛΕΡΟΣ Ι

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα προέβλεπε :

- I.** Την μεταφορά 120 εγκλείστων του ΚΘΛ σε 13 ξενώνες στην Ηπειρωτική Ελλάδα.
- II.** Την παρέμβαση στα περίπτερα 11 και 16 στα οποία διαβίωναν 400 ασθενείς. Στο εγχείρημα αυτό σε συνεργασία με το μόνιμο προσωπικό του ΚΘΛ ομάδες Ελλήνων, Ιταλών και Ολλανδών επαγγελματιών ψυχικής υγείας επιχειρήσαν τον εξανθρωπισμό των περιπτέρων αυτών στην κατεύθυνση της αποϊδρυματοποίησης. Σημαντικό πόλο αυτή την περίοδο έπαιξαν οι εθελοντές σπουδαστές από το τμήμα Φιλοσοφίας Παιδαγωγικής και ψυχολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων του ΛΕΡΟΣ Ι ήταν η δημιουργία 4

εξωνοσοκομειακών δομών με 27 ενοίκους καθώς και η ίδρυση του Αγροτικού Συνεταιρισμού της πρώτης ουσιαστικά προσπάθειας που επιχειρείται στην κατεύθυνση της επαγγελματικής αποκατάστασης με το καθεστώς της αμειβόμενης εργασίας. (koispe.gr, 2010)

ΛΕΡΟΣ II

Υλοποιήθηκε την περίοδο 1993-1995 προέβλεπε την επέκταση της παρέμβασης εξανθρωπισμού των συνθηκών διαβίωσης σε όλο το ΚΘΛ. Αποτέλεσμα των δράσεων του ΛΕΡΟΣ II ήταν η δημιουργία 16 εξωνοσοκομειακών δομών καθώς και 5 ακόμη νέων άτυπων συνεταιρισμών : το εργαστήριο κεραμικής, τα δύο κυλικεία, το συνεργείο καθαριότητας και τα εργαστήρια ζωγραφικής, ταπήτων και πλεκτών, που αποτέλεσαν το μετασχηματισμό του υπάρχοντος τμήματος απασχολιοθεραπείας. Παράλληλα δημιουργήθηκαν 37 ενδονοσοκομειακές δομές και πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις ποιοτικής αναβάθμισης των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών. (koispe.gr, 2010)

Βασική αρχή ήταν η δόμηση μιας νέας πολιτικής ψυχικής υγείας, μέσα στο ίδιο το άσυλο, μέσω της κινητοποίησης και της συμμετοχής, ακόμα και συγκρουσιακής, όλων των εμπλεκόμενων πρωταγωνιστών που θα άλλαζαν τους κανόνες του παιχνιδιού. Μιας συμμετοχής που θα αφορούσε επίσης όλους τους φορείς της κοινωνίας, ευαισθητοποιώντας πολίτες και θέτοντας τις προϋποθέσεις για ένα κοινωνικό κίνημα, που θα αμφισβητούσε το ιδρυματικό μοντέλο και τον θεσμό του ψυχιατρείου.

Καθοριστική ήταν η επικέντρωση της θεραπευτικής πράξης στον εμπλουτισμό της συνολικής ύπαρξης του ασθενούς. Δηλαδή από το τίποτα, των κοινωνικών σχέσεων του ψυχιατρείου στην πολλαπλότητα και στον πλούτο των κοινωνικών σχέσεων. Δόθηκε έμφαση στην αναγκαιότητα δημιουργίας εξωνοσοκομειακών κοινοτικών υπηρεσιών που θα αντικαθιστούσαν ολοκληρωτικά το ψυχιατρείο, αποσαθρώνοντας το, χρησιμοποιώντας και μεταμορφώνοντας το ίδιο το ανθρώπινο

δυναμικό και καθιστώντας το πρωταγωνιστή στη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης και εμπόδιο στην αναπαραγωγή του ασύλου υπό άλλες μορφές.

Προτεραιότητα δίνονταν, επίσης, στην προσωπική σχέση με τον έγκλειστο στο σύνολό του, στις προσωπικές εμπειρίες και επιθυμίες του, οι οποίες πρέπει να κατανοηθούν, να εκφραστούν και να απαντηθούν, σε αντίθεση με την αντίληψη της μαζικής διαχείρισης των αναγκών και του ετεροκαθορισμού.

Καθοριστικό ρόλο έπαιζαν τα πρόσωπα αναφοράς στην ανάπτυξη των προσωπικών και ανθρώπινων σχέσεων και στην ακύρωση των σχέσεων του ειδικού προς τον ασθενή. Με τον τρόπο αυτό ξεπεράστηκε η κατάχρηση της εξουσίας, η αντίληψη της μονομερείας των ειδικών ρόλων, έχοντας πάντα σαν στόχο μια σφαιρική φροντίδα του ασθενή από έναν επαγγελματία που σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα. Στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας υπήρχε η αλληλοσυμπλήρωση ρόλων. Ο εξανθρωπισμός μέσα στο ψυχιατρικό τμήμα, η διασφάλιση των δικαιωμάτων, η αντιμετώπιση της μαύρης εργασίας (εργασιοθεραπεία) με την προώθηση της ελεύθερης αμειβόμενης εργασίας, αποτελούν τις πρώτες βασικές στιγμές στην διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης. Όλες οι δραστηριότητες αναπτύσσονται σε σχέση συνεργασίας και εκπαίδευσης με το μόνιμο φυλακτικό προσωπικό, στην κατεύθυνση του ξεπεράσματος του φυλακτικού ρόλου, με την υιοθέτηση υποστηρικτικών ρόλων.

Η εκπαίδευση γινόταν διαμέσου της καθημερινής πρακτικής. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αλλαγή της σχέσης που γίνεται πιο ανθρώπινη και προσωπική. Ο τρομοκρατημένος ασθενής τείνει να αναγνωρίσει τον φύλακα σαν ένα πρόσωπο πιο φιλικό προς αυτόν γιατί ο ίδιος ο φύλακας ακυρώνει μέσα από τις νέες σχέσεις τον παλιό του ρόλο. Ο άγνωστος ασθενής αναγνωρίζεται από τον φύλακα σαν μια ανθρώπινη ύπαρξη με δική της ιστορία και προσωπικότητα που μπορεί να αποφασίσει και να βοηθήσει στην οικοδόμηση του μέλλοντός του.

Ο επόμενος στόχος ήταν η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας. Οι καθημερινοί έξοδοι των ασθενών, οι εκδρομές των ασθενών στους τόπους καταγωγής τους, αλλά και οι πολιτιστικές εκδηλώσεις που γίνονταν τόσο μέσα στο ψυχιατρείο όσο και μέσα στο νησί δημιούργησαν κοινωνικότητα, εξοικείωση και αποδοχή.

Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν να δημιουργηθούν:

- 13 Ξενώνες σε διάφορες περιοχές της ηπειρωτικής Ελλάδας στους οποίους ζουν 130 πρώην έγκλειστοι
- 26 εξωνοσοκομειακά διαμερίσματα των 4-6 ατόμων διάσπαρτα σε γειτονιές του νησιού
- Ενδονοσοκομειακοί ξενώνες τω 8-12 ατόμων που φιλοξενούνται συνολικά 370 ασθενείς
- 4 τμήματα στο ΤΑΜΕΑ που φιλοξενούσαν συνολικά 100 άτομα με νοητική στέρηση

10 εργαστήρια προεπαγγελματικής κατάρτισής και επαγγελματικής αποκατάστασης. (koiispe.gr, 2010)

3.4.2 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ» ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (ΚΨΥ) στην προσπάθεια «ψυχιατρικής» μεταρρύθμισης και αποϊδρυματοποίησης στην Ελλάδα, ίδρυσε το 1990 τον Τομέα Αποϊδρυματοποίησης και Κοινωνικής Επανάταξης (ΤΑΚΕ). Το ΤΑΚΕ σε πρώτη φάση εστίασε στην αποϊδρυματοποίηση του ΚΘΛ, λειτούργησε στη βάση των παρακάτω τριών στόχων: α) προετοιμασία χρόνιων ασθενών για επανένταξη β) λειτουργία δομών προστατευμένης στέγασης γ) ευαισθητοποίηση- ενημέρωση της κοινότητας με στόχο ενσωμάτωση των ασθενών στο κοινωνικό σύνολο.

Το ΤΑΚΕ στελεχώθηκε με επαγγελματίες ψυχικής υγείας όλων των ειδικοτήτων (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές) που σε πρώτη φάση αποτέλεσαν το προσωπικό της Μονάδας «παρέμβασης» στο ψυχιατρείο της Λέρου ενώ σε δεύτερη φάση αποτέλεσαν το προσωπικό των ξενώνων όπου εντάχτηκαν οι ασθενείς μετά την έξοδό τους από το ίδρυμα.

Η μονάδα παρέμβασης ασχολήθηκε με την επιλογή και προετοιμασία των ασθενών. Η επιλογή βασίστηκε στις εξής προϋποθέσεις: α) καταγωγή ή ύπαρξη συγγενών του αρρώστου κοντά στον τόπο όπου επρόκειτο να λειτουργήσει ο ξενώνας β) απουσία ενεργού επιθετικής και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς γ) ύπαρξη κάποιου βαθμού κοινωνικολειτουργικών ικανοτήτων. Η προετοιμασία βασίστηκε σε εξατομικευμένο πρόγραμμα βελτίωσης της ψυχοπαθολογικής και κοινωνικολειτουργικής τους κατάστασης. Έτσι, λειτούργησε ένα δομημένο ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων των ασθενών όπου δόθηκε έμφαση στην εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων όπως: αυτοφροντίδας (προσωπική υγιεινή, σωστή ένδυση, χρήση τουαλέτας), οικιακών δεξιοτήτων (τρόποι συμπεριφοράς στο τραπέζι, στρώσιμο τραπεζιού, μαγείρεμα, χρήση τηλεφώνου), κοινοτικών δεξιοτήτων (ψώνια στην αγορά, συμμετοχή στο γεύμα, χρήση δημόσιων χώρων), κοινωνικών δεξιοτήτων (λεκτική επικοινωνία, έξοδοι εκτός ασύλου, σεξουαλικές σχέσεις), υπευθυνότητας (διαχείριση χρημάτων, προσωπική υγιεινή). (Χριστοδούλου, 1994)

3.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το Ψυχιατρείο Χανίων ιδρύεται επίσημα στις 9 Απριλίου του 1910 με το υπ' αριθμ. 63/άρθρο 1, διάταγμα της Κρητικής Πολιτείας με την επωνυμία «Άσυλο φρενοπαθών της Σούδας». Στις 3 Αυγούστου του 1913 στην Εφημερίδα "Ανεξάρτητος" αναφέρεται ότι από επιτροπή κρίθηκε ως κατάλληλος χώρος για την ανέγερση του φρενοκομείου η περιοχή του Αγίου Ιωάννη, πλησίον της δεξαμενής της πόλης των Χανίων. Η λειτουργία του «Άσυλου φρενοπαθών της Σούδας» τα πρώτα χρόνια δεν ήταν ούτε κατ' όνομα ιατρική. Επίσημα ονομάστηκε «Δημόσιο Ψυχιατρείο Σούδας» χωρητικότητας 150 κλινών με το νομοθετικό διάταγμα της 31.7.1925, ενώ η φυσιογνωμία του σε ότι αφορούσε την εσωτερική οργάνωση, τη

διοίκηση και τις κατηγορίες του προσωπικού, αποκρυσταλλώθηκε πολύ αργότερα με τον νόμο 6077 του 1934. Στις 20 Ιανουαρίου του 1929 μεταφέρθηκε στην περιοχή Τερσανά Σούδας (εκεί που σήμερα βρίσκεται ο Ναύσταθμος Κρήτης) και τον Φεβρουάριο του ίδιου έτους ο νομοαρχιτέκτων Χανίων κος Σταυρίδης εκπονεί το σχέδιο του νεοαναγειρόμενου ψυχιατρείου. Το 1956 έγινε νέα τροποποίηση του οργανισμού λειτουργίας του ψυχιατρείου και μετονομάστηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων». Από το 1950 μέχρι το 1970 περίπου, γιατρός ήταν ο κος Χατζηλιάς Αγαπητός, πρώτος ψυχίατρος στον συγκεκριμένο χώρο.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων, αυτήν την χρονική περίοδο, αντιμετώπισε πολλά προβλήματα όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τους εργαζόμενους των άλλων ειδικοτήτων. Οι εργαζόμενοι ήταν ανειδίκευτοι π.χ. πρακτικοί νοσοκόμοι, ο διορισμός τους σε αυτό το ίδρυμα ήταν κάτι που προσπαθούσαν να αποφύγουν και συνήθως αποτελούσε την έσχατη επιλογή τους για εργασία. Από το ιατρικό προσωπικό υπήρχε μόνο ένας ψυχίατρος ο οποίος ήταν υπεύθυνος για την θεραπεία ενός μεγάλου αριθμού ασθενών (περίπου 300).

Η αύξηση του πληθυσμού των ασθενών και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης τους σε ένα τόσο μικρό χώρο, οδήγησε το 1970 στην μεταστέγαση στο σημερινό Ψυχιατρείο. (psycrete.gr, 2010)

3.5.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

Το νέο παράδειγμα

Ο χώρος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Κρήτη άλλαξε. Το ψυχιατρείο Χανίων δεν υπάρχει πλέον. Στην Κρήτη, μια ολόκληρη περιφέρεια λειτουργεί εδώ και δύο χρόνια χωρίς ούτε μία κλίνη στο ψυχιατρείο. Έκλεισε γιατί πρωτοπόροι επιστήμονες πάλεψαν επί πολλά χρόνια για να κάνουν πράξη τη νέα ψυχιατρική, να καταφέρουν να πείσουν ακόμη και συναδέλφους τους ότι η ιδρυματοποίηση και το άσυλο δεν προσφέρουν θεραπεία στον ψυχικά πάσχοντα, αντίθετα τον ρίχνουν σε πιο βαθύ σκοτάδι. (Βηλαρά, 2010). Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι το πρώτο Ψυχιατρείο που κλείνει και ταυτόχρονα η περιφέρεια την οποία κάλυπτε (Κρήτη) μπορεί

αυτόνομα να διαχειριστεί κάθε ψυχιατρικό αίτημα που προκύπτει χωρίς να χρειάζεται να παραπέμψει χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκτός αυτής. (ygeia-pronoia.gr, 2010)

Ένα δίκτυο κοινοτικών δομών ανά τομέα, το οποίο ασφαλώς πρέπει να επεκταθεί , να συμπληρωθεί και να ολοκληρωθεί σε όλους τους νομούς πρέπει να αντικαταστήσει αυτό που το Άσυλο προσέφερε ως θεραπεία.

Στην Κρήτη, ξεκινώντας από την τομεοποίηση, το θεωρούμε ως αρχή και προϋπόθεση της μεταρρύθμισης. Κάθε νομός με τις δομές του, θα δίδει φροντίδα στους ασθενείς που τη ζητούν, χωρίς εξαιρέσεις, χωρίς παραπομπές.

Στην Κρήτη δεν δοκιμάζεται μόνο η περίπτωση του ψυχιατρείου Χανιών. Δοκιμάζεται η πραγμάτωση μιας ψυχιατρικής ριζοσπαστικής, ανοιχτής, χωρίς περιορισμούς και καταπάτηση δικαιωμάτων.

Φιλοδοξείτε να δημιουργηθεί ένα σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας που να σέβεται τον άρρωστο άνθρωπο και τις ανάγκες του και μια ψυχιατρική που θα ασκείται στο πεδίο της ελευθερίας.

Η εμπειρία των Χανιών έδειξε ότι μια τέτοια ψυχιατρική δεν είναι ουτοπία. Αφού για 2 έτη μία ολόκληρη περιφέρεια λειτουργεί χωρίς ψυχιατρείο, μπορούμε κι αλλού να ζήσουμε χωρίς εγκλεισμό , βία και στιγματικές διαγνώσεις. (Δημουλάς, 2008, Κοκκινάκης, 2008))

Το κλείσιμο του ψυχιατρείου δεν μπορεί να σημαίνει έλλειψη φροντίδας, δεν μπορεί να γίνεται για δημοσιονομικούς λόγους. Η ιδρυματική φροντίδα και η απλοποιητική απάντηση στην ψύχωση ,ε τον εγκλεισμό πρέπει να αντικατασταθεί από την ολική, σφαιρική φροντίδα. Αυτό σημαίνει πόρους από την Πολιτεία και μεγαλύτερη διαθεσιμότητα από τους επαγγελματίες.

250 άνθρωποι, εγκλειστοί, αθύρματα της ιδρυματικής βαρβαρότητας , γλύτωσαν. Ξεφεύγοντας από την λαθροβίωση του Ασύλου σήμερα ζουν ανθρώπινα.

250 εγκλειστοί που ζούσαν σε συνθήκες μεσαίωνα, σήμερα προσπαθούν να ζήσουν και ζουν σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα σε ανθρώπινες συνθήκες. (Δημουλάς, 2008, Κοκκινάκης, 2008))

Όταν ένα σύστημα υπόκειται σε βαθιά, δομική αλλαγή, στην αρχή αντιδρά με εσωστρέφεια. Έπειτα εκδηλώνει αντίδραση, επιθετικότητα. Οι ιδρυματικές άμυνες αναδύονται με προφανείς αλλά και δόλιους τρόπους στην καθημερινή κλινική πράξη. Όσοι σήμερα αντιδρούν συγκρίνοντας το παρόν με το παρελθόν, ή έχουν συμφέροντα, ή ανήκει στην ομάδα που εκδηλώνει με αυτόν τον τρόπο την αντίσταση στην αλλαγή. Φαίνεται και στην πράξη ότι τελικά το ουσιαστικό διακύβευμα της μεταρρύθμισης είναι η αλλαγή του ψυχιατρικού παραδείγματος.

Παρά το γεγονός ότι πολλοί αντιλαμβάνονται την μεταρρύθμιση με την εργολαβική εκδοχή της, ή με την εκδοχή μέσω προγραμμάτων, πιστεύω ότι η μεταρρύθμιση τελικά σημαίνει αλλαγή του ψυχιατρικού σκέπτεσθαι και αλλαγή του ψυχιατρικού πράττει. Αλλαγή του επιστημονικού υποδείγματος.

Διότι δουλεύοντας με το ίδιο ψυχιατρικό παράδειγμα παρά τα χρήματα που ήρθαν και εξακολουθούν να δαπανώνται θα έχουμε το ίδιο αποτέλεσμα. Πιο κάτω θα ήθελα να παραθέσω ορισμένα συγκριτικά στοιχεία 2 ετών (με ψυχιατρείο-χωρίς ψυχιατρείο) (2003 και 2006) για την περιφέρεια Κρήτης. Και τούτο γιατί ακούγονται πολλά για δήθεν προβλήματα που ανέκυψαν μετά το κλείσιμο του ψυχιατρείου. Τα προβλήματα βέβαια υπάρχουν, αλλά είναι στην αντίθετη πλευρά από αυτή που υποστηρίζουν οι πολέμιοι της μεταρρύθμισης. Συγκριτικά στοιχεία του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας στην περιφέρεια Κρήτης κατά τα έτη 2003 και 2006 (Προ και μετά την λειτουργία του ΘΨΠΧ)

2003

- 104 εισαγωγές στο ΘΨΠΧ οι οποίες αναλύονται ως εξής: 607 (50%) Χανιά, 176(15%) Ρέθυμνο, 84(7%) Λασιθί, 334 (28%) Ηράκλειο
- Ακούσιες εισαγωγές 70% από τους άλλους νομούς, 45% από το νομό Χανίων
- Μέσος όρος νοσηλείας στο ΘΨΠΧ 18 ημέρες
- Μέσος όρος νοσηλείας στο ΠΑΓΝΗ 376 (όλες εκούσιες)
- Σύνολο νοσηλειών 1201+376=1577
- Αυτοκτονίες 41 στην περιφέρεια Κρήτης
- Έγιναν περί τις 200 μεταγωγές από Ηράκλειο προς Χάνια
- Εξωτερικά Ιατρεία Ρεθύμνου 1519 επισκέψεις
- Νοσηλείες Κρητών σε ψυχιατρεία Αθηνών

Δρομοκαΐτειο : 17 (διαμέμοντες στην Κρήτη 2)

Δαφνί : 3 (διαμέμοντες στην Κρήτη 3) 2006

- Νοσηλείες στο ΓΝΧανίων 587- Ακούσιες 177 (30%)
- Μέσος όρος νοσηλείας 16,17 ημέρες
- Νοσηλείες στο ΠΑΓΝΗ 525 (353 στην κλινική και 172 στα οξέα)
- Συνολικές νοσηλείες 587+525=1112 (465 λιγότερες)
- Μέσος όρος νοσηλείας στο ΠΑΓΝΗ 16,6 ημέρες
- Εξωτερικά Ιατρεία Ρεθύμνου 3155 επισκέψεις
- Κινητή Μονάδα Λασιθίου 350 ασθενείς από Οκτώβριο 2006 έως Οκτώβριο 2007
- Αυτοκτονίες 38 στην περιφέρεια Κρήτης
- Νοσηλείες Κρητών σε ψυχιατρεία Αθηνών
- Δρομοκαΐτειο: 18 (Διαμονή στην Κρήτη 2)
- Δαφνί : 3 (Διαμονή στην Κρήτη 3)

Τα στοιχεία αναλύονται και στους πίνακες 9 και 10. Βλέπε παράρτημα (Δημουλάς, 2008, Κοκκινάκης, 2008)

3.6 ΟΙ ΝΕΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Στις σελίδες που ακολουθούν περιγράφονται οι υπηρεσίες και τα προγράμματα από τον Ιούλιο του 1988 μέχρι και στις μέρες μας και αφορούν κυρίως τα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία.

3.6.1 ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Η επέκταση των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής(ΚΨΥ) αποτελεί ένα βασικό σημείο της σημερινής φάσεις της μεταρρύθμισης στ πλαίσιο της προσπάθειας να αποκεντρωθούν και να αποϊδρυματοποιηθούν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες, και να τοποθετηθούν στο ευρωπαϊκό κοινοτικό πλαίσιο.

Τα πρώτο ΚΨΥ στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1985 στην Αθήνα. Το κέντρο αυτό ίδρυσε μια αλυσίδα από άλλα κέντρα, που λειτουργούσαν υπό τη διεύθυνσή του σε διάφορα σημεία της χώρας. Στην περιοχή της Αθήνας υπάρχουν δύο, ένα όπου στεγάζονται τα κεντρικά γραφεία(στα Εξάρχεια) και ένα στο Αιγάλεω. Στην Αγία Παρασκευή υπάρχουν υπηρεσίες για αυτιστικά παιδιά, και στο Χαλάνδρι για παιδιά με νοητική στέρηση. Το προσωπικό αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικές λειτουργούς και δασκάλες που προσφέρουν υπηρεσίες συμβουλευτικής ενηλίκων.

Μετά την ίδρυση του ΕΣΥ, το ΚΨΥ του Παγκρατίου ενώθηκε με τον οργανισμό του τμήματος Ψυχιατρικής του Γενικού Νοσοκομείου Ευαγγελισμός. Το φάσμα υπηρεσιών του καλύπτει διάγνωση, θεραπεία, παιδοψυχιατρική, «επαφή» με την κοινότητα και συμβουλευτική νέων.

Το πρώτο Κοινοτικό ΚΨΥ στην Ελλάδα κέντρο που να ορίζεται δηλαδή με βάση την περιοχή που εξυπηρετεί ιδρύθηκε το 1979 υπό την αιγίδα του Ψυχιατρικού Τομέα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και λειτουργεί ως δορυφόρος του Αιγινήτειο Νοσοκομείου. Είναι γνωστό ως Κοινοτικό ΚΨΥ Καισαριανής –Βύρωνα και εξυπηρετεί τις ανάγκες πάνω σε θέματα ψυχικής υγιεινής των παιδιών και ενηλίκων της εργατικής και της μεσαίας τάξης.

Η πόλη της Θεσσαλονίκης χωρίζεται σε γεωγραφικούς τομείς για την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής. Το ΚΨΥ της πόλης λειτουργεί από τα τέλη της δεκαετίας του 60. Είναι αδελφός οργανισμός του αθηναϊκού κέντρου, εξυπηρετεί τις ανάγκες του ανατολικού τομέα της πόλης και των γύρω περιοχών. Το Κοινοτικό ΚΨΥ ιδρύθηκε το 1979 υπό την διεύθυνση της Πανεπιστημιακής Κλινικής. Σήμερα

εξυπηρετεί τις ανάγκες του πληθυσμού του κέντρου με τις ακόλουθες υπηρεσίες: διαγνωστική, ψυχοθεραπευτική, (ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης), για τους φοιτητές του Πανεπιστημίου, «υπηρεσία παρακολούθησης» για πρώην ασθενείς, καθώς και παιδοψυχιατρική.

Το ΚΨΥ Δυτικού Τομέα ειδικεύεται στην συμβουλευτική και την ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Το τέταρτο Κοινοτικό ΚΨΥ βρίσκεται στη βορειοδυτική πλευρά και προσφέρει υπηρεσίες σε ενηλίκους.

Από το 1986 έχουν ανοίξει και άλλα ΚΨΥ στη χώρα, μεταξύ ένα το οποίο στο Ηράκλειο και ένα στην Πάτρα(και τα δύο υπό την εποπτεία του ΚΨΥ της Αθήνας), ένα Κοινοτικό ΚΨΥ στα Χανιά το οποίο εξυπηρετεί κυρίως ανάγκες για συμβουλευτική θεραπεία και, τέλος, το ΚΨΥ στο Βόλο. (Μπλου, 1999)

3.6.1.1 ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) Αγίων Αναργύρων, λειτουργεί από το Νοέμβριο του 2006. Η ανάγκη για τη δημιουργία του συγκεκριμένου κέντρου, το οποίο συνδέεται οργανικά με το 9^ο ΨΤΕ του ΨΝΑ , ως μια τομεοποιημένη μονάδα, εντάσσεται στο πλαίσιο μιας κοινοτικής ψυχιατρικής προσανατολισμένης στα υποκείμενα στα οποία απευθύνεται.

Ας σημειωθεί ότι στην Ευρώπη (Ιταλία, Βρετανία, Γαλλία, Σκανδιναβικές χώρες κ.α.) και στις ΗΠΑ η τομεοποίηση και η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας υφίσταται 4 η 5 δεκαετίες με αρκετά θετικά αποτελέσματα, που επέτρεψαν σε ορισμένους να μιλάνε, όσον αφορά την κοινοτική ψυχιατρική, για ενός είδους επανάσταση στον χώρο της ψυχικής υγείας. Παρόλα αυτά η εμπειρία της αποκατάστασης στην Ελλάδα, όπως αυτή διαμορφώνεται χωρίς την παράλληλη ενεργοποίηση της τομεοποίησης και την δημιουργία ΚΨΥ, που να την υποστηρίζουν, κατέληξε ουσιαστικά σε μια απονοσοκομειοποίηση, ενώ υφίσταται ακάθεκτο το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης» πόρτας στα μεγάλα ψυχιατρεία της Αττικής.

Ακριβώς σε αυτά τα σημεία των καιρών έρχεται να προσπαθήσει να απαντήσει το συγκεκριμένο ΚΨΥ, του οποίου η λειτουργία εξελίσσεται από τη στιγμή της δημιουργίας του με βάση τα ζητήματα που προκύπτουν από τη διαλεκτική του με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται και έχοντας ως κατευθυντήριες γραμμές τις βασικές αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, ήτοι τις αρχές της ολοκληρωμένης παροχής, της τομεοποίησης, του θεραπευτικού συνεχούς, της ανταποκριτικότητας, μαζί με άλλες όπως της διαλεκτικής αλληλεπίδρασης, της πολιτιστικής συμβατότητας, της εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης. Το ΚΨΥ Αγ. Αναργύρων απευθύνεται στο πλήρες φάσμα των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού τεσσάρων Δήμων (Αγ. Ανάργυροι, Ν. Φιλαδέλφεια, Ν. Χαλκηδόνα, Μεταμόρφωση), ενώ στο 9^ο ΨΤΕ γίνονται εισαγωγές από την εφημερία όλων των περιστατικών που υπάγονται στο 4^ο ΤΟΨΥ, των οποίων η μετανοσοκομειακή παρακολούθηση συνεχίζεται από το ΚΨΥ. Στον 4^ο ΤΟΨΥ υπάγονται οι 4 προαναφερθέντες δήμοι καθώς και οι δήμοι Αχαρνών, Ν. Ιωνίας, Ν. Ηρακλείου, Φιλοθέης και το 4^ο διαμέρισμα Αθηνών. Η διασύνδεση ΚΨΥ και τμήματος εισαγωγών θεωρείται κομβική ούτως ώστε η δραστηριότητα του ΚΨΥ να λειτουργεί προς την κατεύθυνση των ελάχιστων δυνατών νοσηλείων με την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης και φροντίδας. (Μολάρης, 2008)

Δε νοείται κοινοτική ψυχιατρική χωρίς τη διασύνδεση με τους τοπικούς φορείς και τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας των δήμων, ούτε φυσικά χωρίς την ενημέρωση και αλληλεπίδραση με τον πληθυσμό αναφοράς. Στην κατεύθυνση αυτή έχουν οργανωθεί ημερίδες σε χώρους των δήμων προκειμένου να υπάρξει ενημέρωση για την παρουσία και το νόημα της ύπαρξης του ΚΨΥ, οι εξής:

20-21/06/2006 Δ' ΚΑΠΗ Αγ. Αναργύρων «Ψυχική Υγεία Δ' και Τοπική Κοινωνία: η ανάγκη για κοινοτικές υπηρεσίες στήριξης των ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους στο τόπο κατοικίας» Συμμετείχαν οι δήμοι Αγ. Αναργύρων, Μεταμόρφωσης, Αχαρνών, Ν. Ιωνίας και Ν. Χαλκηδόνας

- 9.5/2007 Αγ. Ανάργυροι
- 17/10/2007 Ν. Χαλκηδόνα
- 14/11/2007 Ν. Φιλαδέλφεια
- 12/3/2008 Μεταμόρφωση

Και οι 4 ημερίδες έγιναν σε χώρους των δήμων με δική τους πρωτοβουλία.

Επίσης οι εξής καλλιτεχνικές εκδηλώσεις:

- 26/2/2008: Προβολή ταινιών ψυχιατρικού περιεχομένου στο δήμο Ν. Φιλαδέλφειας με πρωτοβουλία της «κίνησης πολιτών Ν. Φιλαδέλφειας». Επακολούθησε συζήτηση.
- Από 26/3/2008 και για 3 εβδομάδες: Έκθεση φωτογραφίας Χρ. Βάζου από το ψυχιατρείο της Τρίπολης.

Επίσης πραγματοποιήθηκαν συναντήσεις με φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης, ΚΑΠΗ κ.ά.). Η εμπειρία μας από αυτές τις ημερίδες και συναντήσεις είναι ότι η περαιτέρω εργασία μας προς την κατεύθυνση της ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης σε θέματα ψυχικής υγείας οφείλει να είναι περισσότερο διεισδυτική. Απαιτείται η ανίχνευση και η κάλυψη – όπου είναι δυνατόν- αναγκών που προκύπτουν σε σχέση με το προφίλ του πληθυσμού(π.χ. στον δήμο Αχαρνών υπήρξε αίτημα ψυχιατρικής παρακολούθησης ατόμων από το τοπικό Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης στο οποίο ανταποκριθήκαμε με παρουσία ψυχιάτρου εκεί ανά μήνα). Είναι εξαιρετικά σημαντική η συνεχής συνεργασία με τις υπηρεσίες των δήμων(που αρκετές από αυτές παρουσιάζουν ελλείψεις σε πόρους, προσωπικό ή γνώση) μέσα από την αντιμετώπιση των περιστατικών που προκύπτουν(π.χ. συνεργασία με τις υπηρεσίες «Βοήθεια στο σπίτι»). (Μολάρης, 2008)

Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά επί 12 ώρες. Μέσα στο χρονικό διάστημα της λειτουργίας του κέντρου, αποφασίστηκε η δημιουργία διακριτών ομάδων από τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα η κάθε ομάδα, η οποία αποτελείται από 2 ψυχιάτρους, 1 η 2 ψυχολόγους, 2 έως 3 νοσηλευτές/τριες και επισκέπτριες υγείας και 1 η 2 κοινωνικούς λειτουργούς, να έχει στην αρμοδιότητά της τα αιτήματα που προέρχονται από συγκεκριμένους δήμους. Η ομαδοποίηση αυτή κρίθηκε απαραίτητη προκειμένου να εγκατασταθούν δεσμοί μεταξύ των εργαζομένων στο ΚΨΥ και των εκάστοτε δήμων, ώστε τα αιτήματα που προκύπτουν και από τις δύο πλευρές να γίνονται πιο άμεσα και πιο αποτελεσματικά αποδεκτά. Στο Κέντρο λειτουργεί επίσης Κέντρο Ημέρας, το οποίο στελεγχώνεται από 3 εργοθεραπεύτριες και εκ περιτροπής και από άλλα άτομα του προσωπικού. 3 ημέρες τη βδομάδα λειτουργεί επί 12ωρο, τις υπόλοιπες 2 ημέρες μόνο το πρωί. Ευελπιστούμε ότι σύντομα θα υπάρξει η δυνατότητα καθημερινής 12ωρης λειτουργίας.

Το κάθε περιστατικό, που με οποιονδήποτε τρόπο φτάνει στο ΚΨΥ, και κυρίως τα περιστατικά που προκύπτουν από νοσηλεία στο 9^ο ΨΤΕ – και των οποίων η πολυπλοκότητα ποικίλλει- συζητείται από την ομάδα δίνοντας έμφαση στην κλινική του ιδιαιτερότητα καθώς και το δίκτυο των σχέσεων του με το μικρό- και μακρό-κοινωνικό περιβάλλον. Το προφίλ των περιστατικών μπορεί να είναι αμιγώς ψυχιατρικό ή μεικτό (π.χ. με προβλήματα κοινωνικό-οικονομικής φύσεως, όπως στέγαση, τροφή, διαταραγμένες σχέσεις με την οικογένεια ή τη γειτονιά).

Το επιθυμητό είναι η κατάρτιση ενός θεραπευτικού προγράμματος με την έγνοια της αναπροσαρμογής αυτού λαμβάνοντας υπόψη τα υποκειμενικά ζητήματα, που προκύπτουν κάθε φορά, ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εργασία σε οικογενειακό και κοινοτικό επίπεδο όσον αφορά χρόνιους ψυχωτικούς ασθενείς. Μας ενδιαφέρει η αντιμετώπιση των αποκαλούμενων «δύσκολων» ασθενών, που είναι αυτοί στους οποίους η ανάγκη για μια διαφορετικού τύπου απάντηση εκ μέρους μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας είναι επιβεβλημένη. Το ΚΨΥ απευθύνεται σε έναν πληθυσμό περίπου 400.000 κατοίκων(με βάση την απογραφή του 2001). Το νούμερο είναι δυσανάλογο , αφού κατά τον Π.Ο.Υ. ο τομέας είναι συνήθως 70.000-150.000. Από το Νοέμβριο του 2006 μέχρι τον Ιανουάριο του 2008 τα περιστατικά ενηλίκων που δεν έχει δεχτεί το ΚΨΥ προσήλθαν σε 2626 επισκέψεις (στο ΚΨΥ). Από αυτά, 174 ανήκουν στις μείζονες διαταραχές και 215 στις ελάσσονες. Στις μείζονες διαταραχές υπάγονται η σχιζοφρένεια και οι άλλες διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος, οι συναισθηματικές διαταραχές, η μέτρια/βαρεία νοητική υστέρηση, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα και οι διπλές διαγνώσεις εκ των οποίων η μία είναι η χρήση ουσιών. Στις ελάσσονες διαταραχές υπάγονται οι νευρωσικού τύπου διαταραχές-αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσαρμογής, διαπροσωπικές δυσκολίες κ.ά.).Για αυτά παραθέτουμε τα εξής στοιχεία: Από τα 174 περιστατικά μείζονος ψυχοπαθολογίας (Μολάρης, 2008)

87%: Σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές και Συναισθηματικές διαταραχές

Τρόπος παραπομπής

- 39% οι ίδιοι ή συγγενείς τους
- 9% υπηρεσία υγείας ή πρόνοιας

- 51% συνέχισαν την παρακολούθηση τους στο κέντρο μετά από νοσηλεία στο 9^ο ΨΤΕ
- 1% άλλος τρόπος

Ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας

- 50,5% 9^ο ΨΤΕ
- 11% σε άλλο ΨΤΕ του ΨΝΑ
- 10,3% αλλού
- 28,2% δεν είχαν νοσηλεία

Παρακολούθηση

- 51% συναντήσεις στο ΚΨΥ με έναν θεραπευτή
- 21,2% συναντήσεις με περισσότερους θεραπευτές
- 7,5% συναντήσεις με περισσότερους του ενός θεραπευτές και συμμετοχή τακτικά ή περιστασιακά στο Κέντρο Ημέρας
- 5,2% παρακολουθούνται από θεραπευτές στο σπίτι χωρίς να έρχονται ποτέ στο ΚΨΥ
- 11,5% οι συναντήσεις γίνονται είτε στο ΚΨΥ είτε στο σπίτι
- 3,5% υπάρχει παρακολούθηση και στήριξη και από κάποια άλλη υπηρεσία υγείας και πρόνοιας.

215 περιστατικά ελάσσοнос ψυχοπαθολογίας

Τρόπος παραπομπής

- 83,4% οι ίδιοι ή κάποιος συγγενής τους
- 8,8% υπηρεσία υγείας η πρόνοιας
- 2,3% συνέχιση παρακολούθησης μετά από νοσηλεία
- 5,5% άλλος τρόπος

Ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας

- 97,7% καμία νοσηλεία
- 1,4% είχαν ιστορικό νοσηλείας στο 9^ο ΨΤΕ
- 1 περιστατικό είχε νοσηλεία σε άλλο τμήμα του ΨΝΑ
- 1 περιστατικό είχε νοσηλεία αλλού

Παρακολούθηση

- 86% συναντήσεις με ένα θεραπευτή
- 9% συναντήσεις με περισσότερους θεραπευτές
- 1% συναντήσεις με θεραπευτή και συμμετοχή τακτικά/περιστασιακά στο Κέντρο Ημέρας
- 1% μόνο επισκέψεις κατ' οίκον
- 1% συναντήσεις στο Κέντρο και επισκέψεις κατ' οίκον
- 2% συμμετέχει στην παρακολούθηση τους και άλλη υπηρεσία υγείας/πρόνοιας

Από τα 389 περιστατικά (ασχέτως διάγνωσης)

- 44,5% διαμένουν στο δήμο Αγ. Αναργύρων
- 19,8% διαμένουν στους δήμους Μεταμόρφωσης, Ν. Φιλαδέλφειας, Ν. Χαλκηδόνας.(Οι 4 προαναφερθέντες δήμοι είναι αυτοί από τους οποίους το ΚΨΥ δέχεται πρωτογενή αιτήματα).
- 21,6% διαμένουν στους δήμους Αχαρνών, Ν. Ιωνίας, Ν. Ηρακλείου, Φιλοθέης και 4^ο διαμέρισμα Αθηνών.(Περιστατικά που προσέρχονται στο ΚΨΥ αφού έχει προηγηθεί νοσηλεία στο 9^ο ΨΤΕ).
- 14,1% εκτός τομέα

Το δείγμα μας δεν είναι μεγάλο και το χρονικό διάστημα της ύπαρξης του Κέντρου δεν είναι ικανό προκειμένου να αναδειχτεί το προφίλ του πληθυσμού που παρακολουθείται ή η αποτελεσματικά της παρουσίας του Κ.Ψ.Υ. σε δείκτες όπως μεταβολή του αριθμού των αναγκαστικών νοσηλειών ή των υποτροπών των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά μπορούμε να κάνουμε τις εξής παρατηρήσεις:

- Η προσέλευση στο Κέντρο, κυρίως για τα πρωτογενή αιτήματα, σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την εγγύτητα σε αυτό.
- Όσον αφορά την παραπομπή των περιστατικών υφίσταται διαφορά ανάμεσα στις δύο μεγάλες κατηγορίες: τα περιστατικά της ελάσσονος ψυχοπαθολογίας κατ' εξοχήν αναζήτησαν μόνα τους βοήθεια από το Κέντρο, ενώ στα περιστατικά της μείζονος ψυχοπαθολογίας η παραπομπή τους ήταν κυρίως μετά από νοσηλεία στο 9^ο ΨΤΕ και κατά δεύτερον μετά από πρώτη επαφή των ιδίων ή συγγενών τους. Αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει τη διάρρηξη του κοινωνικού δεσμού, που υφίσταται τα άτομα με ψυχωτικές

διαταραχές, και η οποία μεγεθύνεται από την ανυπαρξία ολοκληρωμένης πρότασης από την πλευρά των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επίσης τονίζει τις προσπάθειες που πρέπει να καταβάλλονται προς την κατεύθυνση της προσέγγισης και της διατήρησης της σχέσης μαζί τους.

- Όσον αφορά τις επισκέψεις κατ' οίκον έχουν παρατηρηθούν τα εξής: οι πλείστες πραγματοποιούνται στα άτομα με μείζονα ψυχοπαθολογία και μάλιστα για ορισμένα από αυτά αποτελούν βασικό στοιχείο του θεραπευτικού προγράμματος που έχει καταρτιστεί από την ομάδα.

Περιστατικά Μείζονος ψυχοπαθολογίας

- 20% έχει γίνει τουλάχιστον μία φορά
- 13,2% πραγματοποιούνται τακτικά σαν μέρος του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος

Περιστατικά ελάσσονος ψυχοπαθολογίας

- 97% δεν έγινε επίσκεψη
- 1,5% έγινε τουλάχιστον μία φορά
- 1,5% γίνονται σαν μέρος της παρακολούθησης τους

Οι επισκέψεις στο σπίτι (240 από 1/1/07-31/1/08) αποτελούν ένα από τα κομβικά σημεία έκφρασης της φιλοσοφίας της κοινοτικής ψυχιατρικής. Προκύπτουν από την αναγκαιότητα και τη βούληση που επιβάλλει το κάθε περιστατικό και αποτελούν μια σημαντική εναλλακτική στην παρακολούθηση με ραντεβού σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου. Δίνει τη δυνατότητα της επαφής με το ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου, όπου απαιτείται, καθώς και την ευκαιρία παρέμβασης στην περίπτωση κρίσης στον τόπο κατοικίας, πράγμα που καθίσταται εφικτό εφόσον προϋπάρχει η γνώση της ιστορίας του υποκειμένου (με ιδιαίτερο προσανατολισμό στις στιγμές έκλυσης ψυχοπαθολογίας ή αποσταθεροποίησης) και η διαπλοκή της με τα γεγονότα της ζωής, τις σχέσεις κ.α. Είναι επίσης ένα μέσο προκειμένου να μειωθούν τα drop-outs, ενώ υπάρχει η μέριμνα της τηλεφωνικής επικοινωνίας για να διατηρείται κάποια επαφή σε περιστατικά, που αυτή καθίσταται εξαιρετικά προβληματική.

Ένα άλλο στοιχείο, που φαίνεται ότι θα μας απασχολήσει ιδιαίτερα στο μέλλον (αφού ήδη έχουμε δει κάποιες εκφάνσεις του) είναι ο πληθυσμός των μεταναστών, ο οποίος σε μερικούς δήμους της εμβέλειας μας είναι πολυάριθμος (π.χ. Αχαρναί και 4^ο διαμέρισμα Αθηνών).

Κλείνοντας πρέπει να πούμε ότι ένα ΚΨΥ είναι ένας ζωντανός οργανισμός, που οφείλει να εξελίσσεται σε άμεση συνάρτηση με την κοινότητα στην οποία εδράζεται και απευθύνεται. Η μέριμνα του είναι η ετοιμότητα για την κάλυψη των αιτημάτων που προκύπτουν, αλλά και κυρίως η δημιουργία ζωτικού χώρου μέσα στην κοινότητα για τα άτομα με ψυχωτικές διαταραχές. Αυτό είναι ένα από τα στοιχεία της παρούσας φάσης του πολιτισμού, όχι μόνο λόγω ανθρωπιστικών ιδεωδών, αλλά κυρίως διότι ο ιδιάζων λόγος της «τρέλας» υπήρξε ανέκαθεν ένα αναφαίρετο συστατικό της ανθρώπινης κατάστασης. (Μολάρης, 2008)

3.6.1.2 Συμπεράσματα από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αγίων Αναργύρων

Με τον χαρακτήρα του ιδρυτικού στόχου, η πρόταση για τις αρχές λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ. Αγίων Αναργύρων του ΨΝΑ συμπεριελάμβανε μια βασική προτεραιότητα. Αυτή της ανάληψης από το Κέντρο της ευθύνης μιας ολοκληρωμένης κατά το δυνατόν ψυχιατρικής φροντίδας των «δύσκολων» ασθενών που ζούσαν στον τομέα της ευθύνης τους.

Ως δύσκολους ασθενείς χαρακτηρίζονταν άνθρωποι που πάσχουν ψυχικά και δεν συναινούν στη θεραπεία τους. Ασθενείς οι οποίοι λόγω της φύσης της ψυχοπαθολογίας τους, των οικογενειακών, κοινωνικών σχέσεων και συνθηκών εκφράζουν ανάγκες που απαιτούν παρέμβαση πέραν της ψυχιατρικής εκτίμησης και παρακολούθησης και της ψυχολογικής στήριξης. Ασθενείς που λειτουργούν διαταρακτικά στο περιβάλλον τους. Ασθενείς που έχουν μειωμένες ικανότητες να φροντίζουν και να προστατεύουν τον εαυτό τους και να διεκδικούν τα δικαιώματά τους.

Γνωρίζουμε ότι τέτοιοι δεν είναι ιδιαίτερα προσφιλείς στις υπηρεσίες υγείας καθώς συχνά πολλοί από αυτούς προκαλούν τα όρια, τις αντοχές και την ταυτότητα των υπηρεσιών και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Τέτοιες περιπτώσεις αναδεικνύουν προβληματισμούς πάνω στο τι είναι ψυχιατρική θεραπεία ή ψυχιατρική φροντίδα, που αρχίζει και πού τελειώνει η ευθύνη των επαγγελματιών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ποιος είναι ακριβώς ο ρόλος τους.

Τα χαρακτηριστικά της ψυχιατρικής φροντίδας για τους ασθενείς αυτούς, που συχνά και επανειλημμένα νοσηλεύονται, ορίστηκαν για την θεραπευτική ομάδα του ΚΨΥ στα εξής:

1. παροχή υπηρεσιών κοντά/μέσα στο χώρο του ασθενή (σπίτι, γειτονιά, ΚΨΥ)
2. κινητοποίηση όσο το δυνατόν περισσότερων διαθέσιμων κοινωνικών πόρων για τη φροντίδα μέσα από συντονιστικού τύπου παρεμβάσεις του Κέντρου σε όλα τα κοινωνικά υποσυστήματα που συμμετέχει ο ασθενής και αφορούν τις ανάγκες του (οικογένεια, γειτονιά, εργασιακός χώρος, εκκλησία, σχολείο, υπηρεσίες του Δήμου, υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, άλλοι κοινωνικοί φορείς).
3. εξατομικευμένη και επικαιροποιημένη απάντηση στις ιδιαίτερες ανάγκες που εκφράζει κάθε φορά ένας σοβαρά ψυχικά ασθενής σε ένα δυσλειτουργικό γι' αυτόν πλαίσιο.
4. κατά το δυνατόν προσέγγιση των θεωρητικών θέσεων και θεραπευτικών σχεδιασμών της θεραπευτικής ομάδας με τις καθημερινές πρακτικές της και αναστοχασμός γύρω από το τι γίνεται κάθε φορά σε κάθε περιστατικό, ποιοι είναι οι στόχοι και ποιες ενέργειες οδηγούν σε αυτούς.

Αναγκαίες προϋποθέσεις που έπρεπε να υπάρχουν στην προσπάθεια παροχής μιας τέτοιου τύπου φροντίδας στους ασθενείς αυτούς ήταν:

- Η λειτουργική διασύνδεση του ΚΨΥ με το Τμήμα νοσηλείας του Νοσοκομείου και η λειτουργία και των δύο σε αυστηρά τομεοποιημένη βάση. Υπήρξε ένας καταρχήν περιορισμός από εμάς στην υποδοχή πρώτων αιτημάτων από ένα μέρος του πληθυσμού του Τομέα προκειμένου να υπάρξει μια ισορροπία ανάμεσα στις δυνατότητες προσφοράς και τη ζήτηση

υπηρεσιών. Είναι πρωτογενή αιτήματα το Κέντρο δέχεται από ένα μέρος του Τομέα.

- Το Κέντρο ήταν διαθέσιμο σε κάθε αίτημα ενηλίκων χωρίς διαγνωστικούς περιορισμούς (πλην των περιπτώσεων μονοεξάρτησης από ουσίες) με την οργάνωση και την κουλτούρα της ταχύτερης δυνατής πρώτης εκτίμησης.

Τα πιο κρίσιμα σημεία στην προσέγγιση των περιστατικών αυτών, από τη μικρή, 18 μηνών, εμπειρία μας μέχρι τώρα είναι:

- Η συνεργασία των θεραπευτικών ομάδων που δουλεύουν στο Τμήμα νοσηλείας και το ΚΨΥ και υλοποιούν στην πράξη αυτήν την προαναφερθείσα λειτουργική διασύνδεση. Σε όλους μας είναι γνωστό το πόσο δύσκολη διαδικασία γενικά είναι η παραπομπή του ασθενή και ειδικά αυτών των «δύσκολων» περιπτώσεων. Όπως λειτουργεί το Σύστημα Περίθαλψης και οι υπηρεσίες του στη διαδρομή κοινότητα-νοσηλεία-κοινότητα το νήμα της θεραπευτικής συνέχειας διακόπτεται πολύ συχνά και η ψυχιατρική φροντίδα γίνεται χωρίς συνεκτικότητα, αποσπασματικά, με ασταθείς διακριτούς θεραπευτικούς στόχους. Είναι συχνό φαινόμενο η μη ανάληψη της πλήρους ευθύνης του περιστατικού από ένα πλαίσιο σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες όταν χρειαστεί ενώ αρκετές φορές η διαδικασία αυτή της ανάληψης της φροντίδας του περιστατικού παίρνει χαρακτηριστικά επιτραπέζιας αντισφαίρισης μεταξύ των υπηρεσιών.

Καθοριστική εδώ για εμάς ήταν η εμπλοκή και η συνεργασία των δύο μερών της θεραπευτικής ομάδας (κλινικής και ΚΨΥ) και των δύο πλαισίων καθώς η παραπομπή είναι εσωτερική. Σε αυτό βοηθά κατά πολύ η παρουσία κοινών μελών στα δύο πλαίσια, κυρίως ψυχιάτρων και κοινωνικών λειτουργών. Επίσης το 80% σχεδόν του προσωπικού του ΚΨΥ έχει εμπειρία δουλειάς στο Τμήμα Νοσηλείας και συνεργασίας με το εκεί προσωπικό προ της έναρξης της λειτουργίας του Κέντρου.(Παπαδόπουλος, 2009)

Το ζητούμενο είναι η ανάληψη της θεραπευτικής ευθύνης του περιστατικού να γίνεται από το πλαίσιο του ΚΨΥ έχοντας τη συνέχεια στην παρακολούθηση της πορείας του. Συγκεκριμένες ενέργειες που αποβλέπουν σε αυτό είναι οι εξής:

- άμεσα σχεδόν μετά την εισαγωγή για νοσηλεία άτομα από το ΚΨΥ εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή με τρόπους όπως

- γνωριμία με τον νοσηλευόμενο και την οικογένειά του
- συνεργασία με τους θεράποντες στο τμήμα νοσηλείας και σχεδιασμός του ατομικού θεραπευτικού πλάνου από κοινού
- επαφή με κοινωνικούς- προνοιακούς φορείς του Δήμου για την κατά περίπτωση συμμετοχή τους στη φροντίδα και στήριξη του ασθενή
- επίσκεψη του ασθενή και πρώτο ραντεβού στο χώρο του ΚΨΥ πριν το εξιτήριο.

Σ' αυτή όλη τη διαδικασία καθοριστικοί παράγοντες είναι η κοινή φιλοσοφία και η κουλτούρα και η παρουσία προσωπικών και συνεργατικών σχέσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες και των δύο πλαισίων. Μέσα από κοινές συναντήσεις, καθημερινή επικοινωνία και διαχείριση του χρόνου επιδιώκεται η διαπραγμάτευση πάνω στο σχεδιασμό των δράσεων, τον καταμερισμό, την ανάληψη έργου και ευθυνών και την σύνθεση στον τρόπο δουλειάς.

Σε περιπτώσεις «δύσκολων» ασθενών όπου απευθύνονται στο ΚΨΥ είτε οι οικογένειές τους είτε οι κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων η στρατηγική παραμένει η ίδια. Στόχος είναι η άμεση προσέγγιση, η ολόπλευρη εκτίμηση και φροντίδα, η αξιοποίηση κάθε δυνατού κοινωνικού πόρου. Όταν το αίτημα έρχεται χωρίς να συμμετέχει ο ίδιος ο ασθενής σ' αυτό – μη συναινώντας ενεργητικά ή παθητικά – βλέπουμε/προσεγγίζουμε την οικογένεια ή την υπηρεσία διερευνώντας, υποστηρίζοντας και παρεμβαίνοντας προκειμένου να πετύχουμε την πρώτη επαφή μαζί του στο ΚΨΥ ή στο σπίτι. Υπάρχουν περιπτώσεις βέβαια όπου αυτή η πρώτη επαφή με τον ασθενή δεν επιτυγχάνεται και γίνεται τελικά μέσα από νοσηλεία που κινεί η οικογένεια ή η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου. Και εκεί όμως ο στόχος μας είναι να τις στηρίξουμε και να τις μεθοδεύσουμε ώστε η νοσηλεία να γίνει στο 9^ο ΨΤ προκειμένου να δρομολογηθεί η ψυχιατρική φροντίδα του αρρώστου.

Κάποιες φορές η συνεργασία με την οικογένεια ή τις Κοινωνικές Υπηρεσίες μπορεί να αποτρέψει μια νοσηλεία ή τον αναγκαστικό της χαρακτήρα. Άλλες φορές η αναγκαστική νοσηλεία προβάλλει ως η μόνη λύση τελικά.\

Όπως ήταν αναμενόμενο αντιμετωπίζουμε δυσκολίες στη συνεργασία μας με τις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων σε τέτοιο τύπο περιστατικά. Είμαστε σε μια διαδικασία υλοποίησης μιας γενικής στρατηγικής που αποσκοπεί στην ισότιμη αλλά

διακριτή με όλους συνεργασία. Οι κοινωνικές υπηρεσίες για διάφορους λόγους (ανεπάρκειας προσωπικού, μη εκπαίδευσης των επαγγελματιών στην αντιμετώπιση σοβαρών ψυχιατρικών περιστατικών, μη σταθερότητας της σύνθεσης του προσωπικού τους, πολιτικών σκοπιμοτήτων και εγγενών χαρακτηριστικών της Τοπικής αυτοδιοίκησης) περιορίζουν το ρόλο τους στην κίνηση απλά της διαδικασίας της αναγκαστικής νοσηλείας. Στόχος μας είναι μέσα από τη συχνή και προσωπική επαφή μαζί τους να καθορίσουμε και να δεσμευτούμε αμοιβαία σ' ένα πλαίσιο συνεργασίας. Πως θα μας παραπέμπουν δηλαδή τα περιστατικά και πως θα παραμένουν στη φροντίδα τους στους τομείς αρμοδιότητας τους και δεν θα μείνουν σε ένα απλώς διεκπεραιωτικό ρόλο.

Σημαντικό εργαλείο στη φροντίδα πολλών από τους δύσκολους ασθενείς, είναι η λειτουργία της Κοινωνικής Λέσχης. Την αξιοποιούν κυρίως ασθενείς που διαμένουν σχετικά κοντά στο ΚΨΥ και μεθοδεύεται η λειτουργία της σε ένα διττό χαρακτήρα. Χώρος ψυχαγωγίας – κοινωνικοποίησης των μελών του όσο γίνεται λιγότερο ψυχιατροποιημένος και «καταφύγιο» από την μοναξιά ή το συγκρουσιακό κλίμα του σπιτιού αλλά και χώρος οργάνωσης δραστηριοτήτων μέσα στην κοινότητα εκτός Κοινωνικής Λέσχης με τη φιλοσοφία αυτοοργάνωσης δράσεων από τους ασθενείς.

Οι αριθμοί για το πρώτο 14μηνο λειτουργίας του Κέντρου λόγω του πολύ μικρού χρονικού διαστήματος δεν μας λένε πολλά σε σχέση με τους εν δυνάμει «δύσκολους» ασθενείς. Τα στοιχεία για drop-outs ,νοσηλείες, χαρακτηριστικά νοσηλείας, αντιμετώπιση οξέων κρίσεων είναι ανεπαρκή για αξιολόγηση.

Θα αναφέρουμε απλώς τα εξής στοιχεία.

- Στα 66 τέτοιου τύπου περιστατικά που έχει γίνει επίσκεψη στο σπίτι, στα 25 από αυτά η επίσκεψη γίνεται τακτικά και ένστοχα σαν μέρος του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος και σε 9 απ' αυτά η παρακολούθηση και η φροντίδα τους γίνεται μόνο μέσα από τις επισκέψεις καθώς ο ασθενής δεν έρχεται στο ΚΨΥ.
- Από τους ασθενείς με διάγνωση από το φάσμα της ψύχωσης που έρχονται στο χώρο του ΚΨΥ το 50% περίπου από αυτούς βλέπουν ένα μόνο θεραπευτή- τον ψυχίατρο. Αυτό είναι έλλειμμα εφαρμογής της στρατηγικής του κέντρου, πρόκειται κυρίως όμως για περιστατικά που παρακολουθούνται από παλαιότερα

στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο, πολλά απ' αυτά είναι εκτός τομέα και διαθέτουν ένα ικανοποιητικό υποστηρικτικό πλαίσιο.

- Στο διάστημα των 14 μηνών έχουν γίνει 16 παραπομπές από το Κ.Ψ.Υ. για νοσηλεία στο Τμήμα Νοσηλείας που αφορούσαν 12 ασθενείς.

Τελειώνοντας την παρουσίαση κρίνουμε σκόπιμο να επισημάνουμε πάλι ότι στα ζητήματα οργάνωσης της ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα που τέθηκαν, δηλαδή

- προώθησης κοινωνικού δικτύου υποστήριξης με τη συμμετοχή του ΚΨΥ
- ισορροπίας δυνατοτήτων προσφοράς υπηρεσιών
- τύπου ψυχιατρικής φροντίδας όσον αφορά τουλάχιστον τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας το ζητούμενο κάθε φορά, που συχνά κρίνει και το αποτέλεσμα της δικής τους συμβολής, είναι η επιδιωκόμενη συνέπεια ανάμεσα στις επιστημονικές θέσεις και αρχές και στις εν τέλει καθημερινές πρακτικές στα συγκεκριμένα περιστατικά και υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες. (Παπαδόπουλος, 2009)

3.6.2 Τμήματα Ψυχιατρικής στα Γενικά Νοσοκομεία

Ένας ακόμη από τους βασικούς στόχους της μεταρρύθμισης ήταν και η ίδρυση ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται η εισαγωγή στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία, και η νοσηλεία γίνεται, κατά το δυνατόν, σε χώρο οικείο για τον ασθενή. Οι πτέρυγες αυτές αναμένονταν να προσφέρουν τα εξής: περίθαλψη σε εσωτερικούς ασθενείς, υπηρεσίες διασυνδεδετικής ψυχιατρικής περίθαλψης εξωτερικών ασθενών και εκπαίδευση προσωπικού.

Ο πρώτος ψυχιατρικός τομέας που ιδρύθηκε σε γενικό νοσοκομείο ήταν το 1979 στην Αλεξανδρούπολη υπό την εποπτεία του Τμήματος Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θράκης. Η κλινική στεγαζόταν αρχικά στον τρίτο όροφο του κτιρίου ανάμεσα σε νευρολογική και παιδιατρική κλινική. Τώρα βρίσκεται στον πρώτο όροφο ενός νέου κτιρίου επέκταση του προηγούμενου. Το δυναμικό του τομέα είναι 22 κλίνες, σε κάθε δωμάτιο υπάρχουν 2 ή 3 κρεβάτια.

Υπάρχει επίσης χώρος για καθιστικό, μια αίθουσα εργασιοθεραπείας και τα γραφεία των ψυχιάτρων. Οι πόρτες της κλινικής είναι ανοιχτές για να βγαίνουν οι ασθενείς. Επίσης γίνονται ομαδικές συναντήσεις που αποτελούν σημαντικό στοιχείο της περίθαλψης.

Η πτέρυγα της Ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στο Παλιό Χατζηκώστα εγκαινιάστηκε το 1982 και τον Απρίλιο του 1989, μεταφέρθηκε στο νέο νοσοκομείο Ιωαννίνων. Παρόλο που η Α Κλινική των Ιωαννίνων επίσημα θεωρούνταν Ψυχιατρικό Τμήμα το Παλιό Χατζηκώστα βρισκόταν 3 χιλιόμετρα μακριά. Η ψυχιατρική κλινική συστεγαζόταν μόνο την οφθαλμολογική κλινική. Τα εξωτερικά ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής βρισκόταν σε χώρο του νοσοκομείου αλλά σε ξεχωριστό κτίριο.

Η κλινική λειτούργησε σύμφωνα με την ανοιχτή θεραπευτική κοινοτική προσέγγιση, οι πόρτες παραμένουν ανοιχτές για ασθενείς και επισκέπτες. Οι ασθενείς με την έγκριση του ψυχιάτρου έβγαιναν από την κλινική για να πάνε στην πόλη να ψωνίσουν, για έναν καφέ ή να επισκεφτούν συγγενείς και φίλους. Η κλινική είχε επίσης 10 εξωτερικούς/ ημι-νοσηλευόμενους ασθενείς που συμμετέχον στο κοινοτικό θεραπευτικό πρόγραμμα και σε δραστηριότητες εργασιοθεραπείας. Στις ομαδικές συζητήσεις που γίνονταν έπαιρναν μέρος όσοι ασθενείς και προσωπικό ενδιαφέρονταν. Τα θέματα αφορούσαν γενικά κοινωνικά ζητήματα, υποθέσεις της κλινικής ή εμπειρίες που είχαν οι ασθενείς με την αρρώστιά τους. Κάθε συνάντηση ακολουθούσαν και από μικρές συνεδρίες 10-15 ατόμων και μιλούσαν με τους ψυχιάτρους για διάφορα προσωπικά προβλήματα. Τα απογεύματα οι νοσηλευόμενοι είχαν ελεύθεροι ώρα βλέποντας τηλεόραση ή κουβεντιάζοντας μεταξύ τους. Σύμφωνα με την κοινοτική θεραπευτική προσέγγιση της κλινικής οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού και του ασθενούς ακολουθούσαν έναν δημοκρατικό μη ιεραρχικό πρότυπο.

Μέχρι και το 1989 είχαν δημιουργηθεί ψυχιατρικές πτέρυγες στις εξής πόλεις: Πάτρα(Πανεπιστημιακή κλινική 29 κλίνες), Θεσσαλονίκη(ΑΧΕΠΑ 25 κλίνες), Βόλος(10 κλίνες), Πειραιάς(26 κλίνες), Λάρισα(2 κλίνες) και Αθήνα(Ευαγγελισμός 20 κλίνες, Γενικό κρατικό Νοσοκομείο 20 κλίνες). (Μπλου, 1999)

Η Α' Ψυχιατρική Κλινική του Α.Π.Θ. ιδρύθηκε το 1943 ως Α' Νευρολογική και Ψυχιατρική Κλινική και εγκαταστάθηκε στο Δημοτικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης. Αργότερα μεταφέρθηκε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης. Το 1983 έγινε ο διαχωρισμός της Κλινικής σε Α' Νευρολογική και Α' Ψυχιατρική Κλινική. Το 2003 μεταφέρθηκε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου όπου και λειτουργεί σήμερα. Διευθυντές της Κλινικής υπήρξαν ο Καθ. Δημήτριος Κουρέτας (1943-1948), ο Καθ. Γεώργιος Αναστασόπουλος (1949-1970), ο Καθ. Αγαπητός Διακογιάννης (1971-1983), ο Αναπλ. Καθ. Χαρίτων Φωτιάδης (1983-1991), ο Καθ. Γεώργιος Καπρίνης (1991-1998), ο Καθ. Αθανάσιος Καραβάτος (1998-2007) και σήμερα διευθυντής είναι ο Καθ. Κων/νος Φωκάς. Η Κλινική διαθέτει Τμήμα Νοσηλείας με 22 κλίνες. Η Μονάδα Ψυχοσωματικής Ιατρικής της Α' Ψυχιατρικής καλύπτει συμβουλευτικά τις άλλες Κλινικές του Νοσοκομείου. Επιπλέον παρέχει διασυνδεδετική κάλυψη, έχει δυνατότητα νοσηλείας και λειτουργεί εξωτερικό ιατρείο. Η Κλινική λειτουργεί τα ακόλουθα Εξωτερικά Ιατρεία: Ψυχιατρικής, Ψυχογηριατρικής, Σεξουαλικών Διαταραχών, Μαθησιακών Διαταραχών, Ψυχοσωματικής Ιατρικής, Ψυχοδυναμικής Ψυχοθεραπείας, Γνωστικής Ψυχοθεραπείας, Ψυχολογίας, Νευροψυχολογίας, Λογοθεραπείας και Πιστοποιητικών Ψυχικής Υγείας. Ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική παρακολουθούνται από την Κλινική Επανερχομένων. Η Κλινική παρέχει πλήρη ειδικότητα Ψυχιατρικής. Επίσης εκπαιδεύει τους φοιτητές της Ιατρικής Σχολής που βρίσκονται στα Η, ΙΑ και ΙΒ εξάμηνα, όπως επίσης και αριθμό ειδικευομένων Γενικής Ιατρικής στην Ψυχιατρική. Το ερευνητικό έργο της Κλινικής εστιάζεται κυρίως στους τομείς Γενικής Ψυχοπαθολογίας, Νευροψυχολογίας και Ψυχοφυσιολογίας. (papageorgioug-hospital.gr/cms/front/content.php, 2010)

3.6.3 Νοσοκομεία Ημέρας

Η πρώτη εμπειρία εναλλακτικής νοσηλείας στην Ελλάδα εμφανίστηκε το 1977 με την έναρξη της λειτουργίας του Νοσοκομείου Ημέρας στο Αιγινήτειο. Καθώς υπήρξε το πρώτο στο είδος του, είχε να αντιμετωπίσει αρκετά γραφειοκρατικά εμπόδια. Το αρχικό ήταν η υπάρχουσα νομοθεσία, που δεν επέτρεπε την ψυχιατρική νοσηλεία ενηλίκων παρά μόνο σε εικοσιτετράωρη βάση. Το εμπόδιο αυτό

ξεπεράστηκε με την ψήφιση νέας νομοθεσίας που αναφερόταν συγκεκριμένα και αποκλειστικά στο «Τμήμα Ασθενών Ημέρας του Αιγινήτειο Νοσοκομείου».

Μια άλλη δυσκολία είχε σχέση με την κατασκευή του νέου ειδικού κτιρίου. Επί δύο χρόνια αφότου περατώθηκαν οι οικοδομικές εργασίες, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Ημέρας δεν λειτουργεί εξαιτίας γραφειοκρατικών προβλημάτων που είχαν σχέση με την επίπλωσε και τον εξοπλισμό του.

Στο πρόγραμμα του Νοσοκομείου Ημέρας γίνονται δεκτοί 20-30 ασθενείς με ιστορικό σοβαρής ψυχασθένειας –σχιζοφρένειας κυρίως- που μπορούν εύκολα να καλύπτουν σε καθημερινή βάση την απόσταση ανάμεσα στους σπίτι τους και το νοσοκομείο. Το πρόγραμμα διαρκεί από τις 9 πμ. μέχρι τις 2 μμ. και περιλάμβανε ομαδικές δραστηριότητες, όπως ζωγραφική ή συζητήσεις πάνω σε θέματα επανένταξης, καθώς και φαρμακευτική αγωγή.

Γύρω στο 1987 άρχισε να λειτουργεί και το Νοσοκομείο Ημέρας του Δημόσιου Ψυχιατρείου Θεσσαλονίκης, στο ισόγειο του νέου κτιρίου όπου στεγάζεται η Κλινική Έκτακτων Περιστατικών. Σκοπός του είναι, όπως και του αντίστοιχου στην Αθήνα, να λειτουργεί ως εναλλακτικός τρόπος νοσηλείας και θεραπείας για ασθενείς που δεν χρειάζεται να είναι εσωτερικοί ή που έχουν με φτάσει σε ικανοποιητικό επίπεδο θεραπείας ως εσωτερικοί, έχουν όμως ακόμη ανάγκη τακτικής θεραπευτικής επίβλεψης.

Ο αριθμός των ατόμων που γίνονται δεκτά στο πρόγραμμα είναι 18-20 άτομα και μπορεί να μειωθεί στα 12-15. Τα κριτήρια είναι τα εξής: ηλικίας 18 ετών και άνω, μπορούν εύκολα να αναπτύξουν δραστηριότητα σε ανοιχτό περιβάλλον, δεν έχουν γνωστικές δυσλειτουργίες, σωματικά ή κινητικά προβλήματα ούτε τάσεις αυτοκτονίας. Η συμμετοχή διαρκεί περίπου 3 μήνες.

Το πρόγραμμα είναι βασισμένο στην ιδέα θεραπευτικής κοινότητας. Το προσωπικό παροτρύνει τους ασθενείς να συμμετέχουν με δικές τους προτάσεις και υποδείξεις, να παίρνουν τα φάρμακά τους με δική τους πρωτοβουλία. Ένα άλλο στοιχείο του προγράμματος είναι η εβδομαδιαία έξοδος. Η ομάδα πηγαίνει σε καφετέριες, στον κινηματογράφο, σε εκθέσεις τέχνης κτλ. Η ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η

ομαδική θεραπεία και οι συζητήσεις με μέλη της οικογένειας αποτελούν επίσης μέρος της θεραπευτικής αγωγής. (Μπλου, 1999)

3.6.4 Πρόγραμμα Επανένταξης

Ένας ακόμη στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων επανένταξης με ιδιαίτερη έμφαση στον επαγγελματικό τομέα. Μπορούμε να διακρίνουμε δύο τύπους προγραμμάτων: αυτά που έχουν σχεδιαστεί με σκοπό την τελική αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων τροφίμων, και αυτά που έχουν αναπτυχθεί με στόχο την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη χρονίως πασχόντων που δεν έχουν όμως αναγκαστικά υπάρξει τροφιμοί σε ψυχιατρεία.

Το Αιγινήτειο έχει εκπονήσει τρία ξεχωριστά προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης, από τα οποία το πρώτο το «προεπαγγελματικό» ξεκίνησε το 1984, το «επαγγελματικό» το 1985 και το τρίτο, «οι συνεταιρισμοί» το 1986. Ήταν γνωστά ως ΚΕΠ και λειτουργούν σε συνεργασία με τον κρατικό Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ). Ο στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι να βοηθήσουν τους ψυχασθενείς να αναπτύξουν τις κατάλληλες δεξιότητες ώστε να μπορέσουν να προσληφθούν κάπου. Τελικός σκοπός των προγραμμάτων είναι τα άτομα να αποκτήσουν κοινωνική λειτουργικότητα και ικανότητα να ζουν μέσα στην κοινωνία.

Κάθε πρόγραμμα έχει περίπου 20 μέλη που γίνονται δεκτά μετά από αξιολόγηση. Τα κριτήρια είναι τα εξής: ιστορικό ψυχιατρικών προβλημάτων, απουσία καταφανούς ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας, απουσία αλκοολισμού, ηλικία μεταξύ 18-30 ετών και διάθεση για εργασία. Οι υποψήφιοι δίνουν συνέντευξη σε δύο μέλη του προσωπικού προκειμένου να αξιολογηθούν οι παράμετροι. Επίσης γίνεται και ψυχιατρική εξέταση των υποψηφίων.

Η επαγγελματική εκπαίδευση περιλαμβάνει βιβλιοδεσία, κατασκευή δερμάτινων ειδών, ράψιμο, ξυλουργική καθώς και συναρμολόγηση πλαστικών παιχνιδιών. Τον Ιούλιο του 1988 βρίσκονταν υπό κατασκευή ένα θερμοκήπιο για να

αποκτήσουν οι ασθενείς περισσότεροι πείρα στην κηπουρική. Όσοι συμμετείχαν σε αυτά τα προγράμματα έπαιρναν αμοιβή για αυτά που κατασκεύαζαν. Ο ΟΑΕΔ προσφέρει βοήθεια για ανεύρεση εργασίας σε όσους συμπληρώνουν την παρακολούθηση του προγράμματος.

Κατά κανόνα τα μέλη του προγράμματος μένουν με τις οικογένειές τους. Το προσωπικό των προγραμμάτων αποτελείται από ψυχίατρο (για παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής και τον χειρισμό προβλημάτων), τους ψυχολόγους (για τις ψυχολογικές δοκιμασίες και για προσωπική και ομαδική υποστηρικτική θεραπεία), κοινωνικές λειτουργούς (για την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων), εργασιοθεραπεύτριες (για επαγγελματική αγωγή) και δάσκαλους-εκπαιδευτές (για την εκμάθηση δεξιοτήτων απαραίτητων σε ορισμένα επαγγέλματα).

Γύρω στο 1985 το Ψυχιατρείο της Θεσσαλονίκης εγκαινίασε ένα πρόγραμμα για την επανένταξη των δικών του χρόνιων ασθενών. Τον πρώτο ενάμιση χρόνο οι δραστηριότητες του προγράμματος είχαν χαρακτήρα προπαρασκευαστικό από τη μεριά του προσωπικού: επιλέχθηκαν ασθενείς από το ψυχιατρείο μετά από αξιολόγηση της κατάστασής τους και ανακαινίστηκε και εξοπλίστηκε ένα από τα κτίρια στο χώρο του ψυχιατρείου για να εγκατασταθούν οι ασθενείς σε άνετο περιβάλλον και τέλος έγινε η επιλογή και εκπαίδευση του βοηθητικού προσωπικού. Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε για 80 γυναίκες και άνδρες και λειτουργεί με βάση την κοινοτική θεραπευτική προσέγγιση. Στόχος του προγράμματος δεν ήταν να γίνουν όλοι οι ασθενείς υγιείς, αλλά να γίνουν λειτουργικά μέλη της κοινωνίας, ικανά να εργάζονται και να αναλαμβάνουν την ευθύνη για την φροντίδα του εαυτού τους. Τα προγράμματα οι ασθενείς να εργάζονται σε υπηρεσίες του ψυχιατρείου και σε διάφορα χρηματοδοτούμενα προγράμματα. Την άνοιξη του 1989 τα προγράμματα περιλάμβαναν εργασία σε εστιατόριο, πτηνοτροφείο και ανθοπωλείο. Το 1987 πρόγραμμα παρόμοιο με αυτό της Θεσσαλονίκης εγκαινιάστηκε στην Πέτρα Ολύμπου.

Το «Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Επανένταξης-Ειδική Εστία Άμφισσας» ξεκίνησε την λειτουργία του το 1984. Είχε και αυτό σχεδιαστεί για να εξασφαλίσει για την επάνοδο χρόνιων ψυχασθενών στην κοινότητα και απευθυνόταν στους κατοίκους της περιοχής της Φωκίδας. Οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να

δουλέψουν σε αγροτικές εργασίες (φροντίδα ελαιόδεντρων, καλλιέργεια ντομάτας, μελιτζάνας κα. Οι ασθενείς αμείβονται για την εργασία τους.

Από τους ασθενείς αναμένεται να παίρνουν ενεργά μέρος σε τρεις διαφορετικές ομάδες συζητήσεις: α) την επαγγελματική, για προβλήματα σχετικά με την δουλειά, β) την θεραπευτική, για προσωπικά ζητήματα, γ) την οργανωτική, για θέματα που έχουν να κάνουν με την διαχείριση του οικοτροφείου. (Μπλου, 1999)

3.6.5 Κινητές μονάδες

Η εμφάνιση Κ.Μ.Ψ.Υ. στην Ελλάδα η λειτουργία τους σημειώνεται ταυτόχρονα με την καθυστερημένη αναγνώριση της ανάγκης και την έναρξη των φιλόδοξων σχεδιασμών για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη χώρα. Ειδικότερα, οι Κ.Μ.Ψ.Υ. αποτελούν την πλέον απτή έκφραση της αντίληψης ότι ο ψυχικά πάσχων με την ανάπτυξη των κατάλληλων κοινοτικών δομών και με περιοδική προληπτική, προνοιακή ή και θεραπευτική συνδρομή, δύναται να διαβιώνει αρμονικά και παραγωγικά στο κοινωνικό του περιβάλλον. Όσο διαχρονικά ισχυρή είναι η ανθρωπιστική αξία της διατήρησης του ψυχικά πάσχοντος σε λειτουργική κατάσταση στο οικείο περιβάλλον του, τόσο δεδομένο και αποδεδειγμένο είναι και το δημοσιοοικονομικό όφελος της πολιτείας και της κοινωνίας που την υποστηρίζει. Κατά τις δεκαετίες του 1980 και 1990 λειτούργησαν Κ.Μ.Ψ.Υ. στην Ελλάδα, χωρίς να υπάγονται ουσιαστικά σε κανένα απολύτως κανονιστικό καθεστώς και άνευ θεσμοθετημένων ελεγκτικών διαδικασιών. Η ουσιαστική παραγωγικότητά τους βασίσθηκε αποκλειστικά στο όραμα των συντελεστών τους και η χρηματοδότησή τους στις καλές ή μη προθέσεις του Υπουργείου Υγείας. (ekpse.gr/Symposium/nomikoplaisio, 2010)

Η πρώτη ψυχιατρική μονάδα ξεκίνησε το 1981-82 στην περιοχή Θράκης – Έβρου. Αυτή κάλυπτε δύο φορές την εβδομάδα τις ανάγκες τεσσάρων Κέντρων Υγείας που είχαν την έδρα τους σε διάφορες επαρχιακές πόλεις, ενώ άλλες δύο επισκέπτονταν σπίτια ασθενών και αγροτικά ιατρεία. Η σημερινή της διοίκηση έχει τη βάση της στην Αλεξανδρούπολη. Η μονάδα βρίσκεται σε συνεργασία με το

οικοτροφείο της πόλης. Η μονάδα πηγαίνει τακτικά στα διάφορα Κέντρα Υγείας της περιοχής Έβρου όπως: στη Σαμοθράκη, στις Σέρρες, στην Άνθεια, στο Σουφλί, στο Διδυμότειχο και στην Ορεστιάδα. Το προσωπικό της μονάδας αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχολόγους, κοινωνικές λειτουργούς, νοσηλευτές και νοσηλεύτριες και μία λογοθεραπεύτρια.

Η κινητή μονάδα Φωκίδας ξεκίνησε το 1981 με προοπτική να αποκεντρώσει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να εξυπηρετήσει αντίστοιχα μια αγροτική περιοχή που δεν διέθετε κανένα είδος ψυχιατρικής περίθαλψης. Η μονάδα ξεκινάει κάθε 15 μέρες από Αθήνα προς Φωκίδα και επισκέπτεται διάφορα Κέντρα Υγείας όπως: στην Ιτέα, το Ευπάλιο, τους Δελφούς, το Γαλαξίδι, το Λιδορίκι, και τη Δεσφίνα. Η κινητή μονάδα έχει τη βάση της στην Ιτέα. Εάν υπάρχει ανάγκη να γίνουν επισκέψεις σε σπίτια ασθενών που βρίσκονται σε επαρχιακές πόλεις και χωριά τότε στο πρόγραμμα συμπεριλαμβάνονται και αυτά.

Στις κινητές μονάδες περιλαμβάνεται επίσης μία που διευθύνεται από το ψυχιατρικό τμήμα του ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης και καλύπτει τις ανάγκες της ψυχικής υγείας των κατοίκων της Μακεδονίας. Μια δεύτερη αποτελείται από έναν ψυχίατρο σε νοσοκομείο της Χαλκιδικής που επισκέπτεται διάφορα κέντρα της περιοχής και όταν χρειαστεί και ασθενής στο σπίτι τους. Ενώ μια άλλη έχει συσταθεί από το Δημόσιο Ψυχιατρείο των Χανίων συνεργάζεται με διάφορα Κέντρα Υγείας της περιοχής, καθώς και με ένα γηροκομείο, ένα ίδρυμα κωφάλαλων και τις φυλακές της Δυτικής Κρήτης. (Μπλου, 1999)

3.7 Ένα κίνημα αλλιώτικο

Το κίνημα των Οικογενειών ξεκίνησε το 1993 με την ίδρυση Συλλόγων Οικογενειών, με βασικούς στόχους: την αλλαγή αντίληψης της κοινότητας έναντι της ψυχικής ασθένειας και των ατόμων που πάσχουν από αυτήν, την εξάλειψη του στίγματος των ψυχικών διαταραχών και την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους για αποκατάσταση και ενσωμάτωσή τους στην κοινότητα.

Ιδρύονται πρώτα ο Σύλλογος Αθηνών και ακολουθούν τα Γιάννενα, τα Χανιά, οι Σέρρες. Αργότερα ακολουθεί η Πάτρα και η Χαλκίδα και έτσι, το 2003 ιδρύεται η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΠΟΣΟΨΥ).

Οι σύλλογοι αυτοί αποτελούνται από ανθρώπους που όραμά τους είναι ένα καλύτερο αύριο για τους ανθρώπους τους και προσπαθούν να βρουν τη δύναμη να γκρεμίσουν το τείχος που το στίγμα και οι προκαταλήψεις έχτισαν γύρω τους. Χρειάζονται υποστήριξη από τους ειδικούς του χώρου. Δυστυχώς οι ειδικοί ψυχίατροι οραματιστές της Μεταρρύθμισης είναι ελάχιστοι σε σχέση με το εύρος των ειδικών ψυχιάτρων που υπάρχουν στην Ελλάδα. Ο κρατικός μηχανισμός δεν ενθαρρύνει όσο θα έπρεπε τις συλλογικές δράσεις. Όλα αυτά κάμπτουν την δύναμη των συλλόγων και το αποτέλεσμα οι περισσότεροι να είναι ανενεργοί σήμερα.

Αυτοί οι σύλλογοι αποδεικνύουν έμπρακτα πως η οικογένεια και ο εθελοντισμός μπορούν να διαδραματίσουν ένα σπουδαίο ρόλο στην αλλαγή των πρακτικών και πολιτικών που υφίστανται σήμερα για την βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Με την ανάπτυξη συνεργασίας με τους τοπικούς φορείς, καθώς και με υπηρεσίες αρμόδιων Υπουργείων θα επιτευχθεί μια αποδοτική και αποτελεσματική κίνηση κοινής αποδοχής, στην οποία σημαντικό ρόλο έχει η εμπλοκή των οικογενειών και των ίδιων των μελών τους που είναι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η συνεργασία επίσης με εθνικά, ευρωπαϊκά και παγκόσμια δίκτυα θα ενδυναμώσει τη φωνή τέτοιων συλλόγων και θα μπορεί να επηρεάσει και να ευαισθητοποιήσει τους αρμόδιους των κέντρων λήψης αποφάσεων. Χρειάζεται κινητοποίηση όλων των συλλόγων για να βελτιωθεί το σύστημα ψυχικής υγείας στοχεύοντας:

- Στην αλλαγή της νοοτροπίας και των στάσεων των επαγγελματιών των θεραπευτικών ομάδων του χώρου ψυχικής υγείας και που στις περισσότερες περιπτώσεις καλλιεργούν στους λήπτες το αίσθημα της ανημποριάς και της εξάρτησης, ενοχοποιούν τις οικογένειες και περιορίζονται στην συνταγογράφηση φαρμάκων
- Στην εφαρμογή από τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, νέων μοντέλων θεραπείας
- Στην προσήλωση των επαγγελματιών στο ρόλο του θεραπευτή, με σεβασμό στο δικαίωμα του πάσχοντα για εξατομικευμένη θεραπεία και στο δικαίωμα να συναποφασίζει για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που τον αφορούν

- Στην εξάλειψη κάθε μορφής βίας μέσα και έξω από τις δομές των συστημάτων της Ψυχικής Υγείας

Πρέπει όλοι οι αρμόδιοι να καταλάβουν ότι η άποψη και συναίνεση των οικογενειών και των ίδιων των ασθενών κρίνεται απαραίτητη σε κάθε απόφαση που παίρνεται και τους αφορά. (Νομίδου, 2007)

3.8 Το Εθνικό Πρόγραμμα "Ψυχαργός"

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία "Ψυχαργός".

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας. (yyka.gov.gr/health/domes-kai-drasesis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos, 2010)

Η «ψυχιατρική μεταρρύθμιση του «Ψυχαργός» κυριαρχείται:

- Από τη λογική της χωροταξικής μετεγκατάστασης (απονοσοκομειοποίηση) και όχι την αλλαγή του ψυχιατρικού παραδείγματος (αποϊδρυματοποίηση)

- Από την παντελή απουσία κοινοτικών υπηρεσιών, αλλά και ευκαιριών και στηριγμάτων της κοινωνικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων
- Από την ασφυκτική κυριαρχία των διαδρομών και των μεθόδων του ιδρυματικού εγκλεισμού με τις κλειστές πόρτες, τις μηχανικές καθηλώσεις και τις απομονώσεις, την συνεχιζόμενη καταστρατήγηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων
- Από τη διάχυση της κουλτούρας της «μη υπευθυνότητας» για τις ανάγκες ψυχικής υγείας ενός δοσμένου πληθυσμού.
- Από τον κατακερματισμό και την αποσπασματικότητα των υπηρεσιών καθώς και την υπαγωγή τους στις επιμέρους τεχνικές.
- Από τον πατερναλιστικό χαρακτήρα των θεσμών της μεταρρύθμισης και των λειτουργιών της, που δεν αφήνουν χώρο για τα νέα υποκείμενα και τα νέα κινήματα, τους χρήστες υπηρεσιών, τις οικογένειες, τις κινήσεις αυτοβοήθειας
- Από την προϊούσα εμπορευματοποίηση και ιδιωτικοποίηση της ψυχικής υγείας, με την πλημμυρίδα των λεγόμενων μη κερδοσκοπικών εταιριών, με προφανή την προοπτική της μη βιωσιμότητάς τους
- Από τη δραστική μείωση των διατιθέμενων πόρων μέσω του εθνικού προϋπολογισμού
- Από την προφανή χειραγώγηση των ιατρικών πρακτικών από το βιο-φαρμακο-βιομηχανικό σύμπλεγμα. (Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, 2007)

3.8.1 Η Α' φάση του Προγράμματος "Ψυχαργός" (2000-2001)

Μέρος της Α' Φάσης 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 χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων αποασυλοποίησης

- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Άλλες δράσεις της Α΄ φάσης του προγράμματος υλοποιήθηκαν με εθνικούς πόρους. Αυτές αφορούσαν την αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών “Δρομοκαΐτειο” (Πρόγραμμα Άμεσης Υποστήριξης “Δρομοκαΐτειου”), την έναρξη λειτουργίας μικρού αριθμού μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομ, μουσουλμάνους, πρόσφυγες) καθώς και μικρού αριθμού Κέντρων Ημέρας. Επίσης, συμπεριελήφθησαν υποδομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε 6 νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν την περίοδο 1997-2001.

Μέχρι το τέλος του 2001, που συμπίπτει με το τέλος της Α΄ φάσης του Προγράμματος “Ψυχαργός” οι Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στη χώρα μας αποτυπώνονται στον Πίνακα 3(βλέπε Παράρτημα.

Στο πλαίσιο της Α΄ φάσης του «Ψυχαργός», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, δημιουργία και λειτουργία Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων 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. (yyka.gov.gr/health/domes-kai-drasesis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos, 2010)

3.8.2 Η Β' φάση του Προγράμματος "Ψυχαργός" (2002-2009)

Η Β' Φάση του προγράμματος "Ψυχαργός" αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2009 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. Η αρχική πρόβλεψη διάρκειας της φάσης ήταν μέχρι το 2007, διάρκεια η οποία παρατάθηκε και για λόγους παράτασης του Γ'ΚΠΣ και των συγχρηματοδοτήσεων για τις πυρόπληκτες περιοχές της 5^{ης}, 6^{ης} και 1^{ης} ΥΠΕ.

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, παιδιά και εφήβους.

Η ανάπτυξη 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.

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

Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. Περιλαμβάνουν κλασικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων. Άλλα πρόκειται να δημιουργηθούν εξ' αρχής και άλλων πρόκειται να συμπληρωθεί η υπάρχουσα δομή και υποδομή.

Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.

Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών

Μονάδες Άμεσης Παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε Γενικά Νοσοκομεία.

Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.

Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου. Περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (νησιά κυρίως και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).

Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.

Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα.

Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.

Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την Οικογένεια.

Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου.

Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.

Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ).

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.

Συγχρόνως η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 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 (Τ.Ε.Ψ.Υ.), ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και 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 τη 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. (yyka.gov.gr/health/domes-kai-drasesis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos, 2010)

3.9 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης ευθύνης

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης (Κοι.Σ.ΠΕ) είναι ένας σχετικά νέος θεσμός στην Ελλάδα. Η αναγκαιότητα ύπαρξης τους αρχίζει να διαφαίνεται στις αρχές της δεκαετίας του 1990 οπότε και ατύπως αρχίζουν να λειτουργούν στην χώρα μας οι πρώτοι συνεταιρισμοί αυτού του είδους. Αρκετά χρόνια αργότερα, το 1999, ψηφίζεται από το Ελληνικό Κοινοβούλιο ο πρώτος νόμος (2 716/99) που «νομιμοποιεί» πλέον τους συνεταιρισμούς αυτούς, φιλοδοξώντας στην ενδυνάμωση τους μέσω και της νομικής τους κατοχύρωσης. Το 2004 δημιουργήθηκε το δίκτυο των υπό σύσταση και εν λειτουργία Κοι.Σ.ΠΕ.

Οι Κοι.Σ.ΠΕ είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών και αποτελούν μονάδες Ψυχικής Υγείας. Η ανάπτυξη και η εποπτεία τους ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας. (psycrete.gr/pages, 2010)

Οι Κοι.Σ.ΠΕ είναι μια ιδιαίτερη μορφή συνεταιρισμού αφού ταυτόχρονα είναι παραγωγικές και εμπορικές μονάδες ενώ επίσης αποτελούν και μονάδες Ψυχικής υγείας που αποβλέπουν στην κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Βασικός στόχος είναι η κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική τους ένταξη στις δομές της κοινωνίας. Η οικονομική τους αυτάρκεια αλλά και η ανάπτυξη επαγγελματικών δεξιοτήτων είναι οι άμεσοι στόχοι των συνεταιρισμών.(Κορακίδης, 2007)

Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ) μπορεί να ιδρυθεί μόνο ένας Κοι.Σ.ΠΕ. Μέλη του Κοι.Σ.Π.Ε.

- Άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε ποσοστό τουλάχιστον 35%
- Επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ποσοστό έως 45%
- Νομικά πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου ή άλλα φυσικά πρόσωπα σε ποσοστό έως 20%

3.9.1 Η απασχόληση στα ΚΟΙ.Σ.ΠΕ

Τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορούν να απασχοληθούν στον Κοι.Σ.ΠΕ και να αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητα τους ή με τον χρόνο εργασίας τους. Η αμοιβή τους από την εργασία τους στα Κοι.Σ.ΠΕ προστίθεται στα όποια επιδόματα οι συντάξεις λαμβάνουν. Στην περίπτωση που κάποιος είναι ανασφάλιστος τότε αναλαμβάνει ο Κοι.Σ.ΠΕ να τους ασφαλίσει στον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα.

Τα μέλη των ΚΟΙ.Σ.ΠΕ δεν συνεπάγεται ότι θα είναι και εργαζόμενοι σε αυτούς. Και αντίστροφα οι εργαζόμενοι δεν σημαίνει ότι είναι και μέλη των ΚΟΙ.Σ.ΠΕ.

Στους ΚΟΙ.Σ.ΠΕ επίσης μπορούν να απασχοληθούν και οι δημόσιοι υπάλληλοι, είτε ως βασική τους απασχόληση με την μετακίνηση τους από την οργανική τους θέση, είτε συμπληρωματικά στη βασική τους εργασία. (Κορακίδης, 2007)

3.9.1.1 Κοι.Σ.ΠΕ Χανίων

Πρώτη επενδυτική δραστηριότητα του Κοι.Σ.Π.Ε. Το Ψ.Υ Ν.ΧΑΝΙΩΝ θα είναι το πλυντήριο αυτοκινήτων το οποίο λειτουργεί στο χώρο του Θ.Ψ.Π.Χανίων από το 2000 στα πλαίσια υλοποίησης του πρώτης φάσης του προγράμματος Ψυχαγωγός και θα μεταφερθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων.

Η παραπάνω δραστηριότητα εντάχθηκε το 2001 με το τέλος του προγράμματος στις Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες.

Οι επόμενες δράσεις που προβλέπεται να αναπτυχθούν είναι οι παρακάτω:

- Εμπορικό κατάστημα

- Αθλητικές δραστηριότητες (Γήπεδα 8X8 – 5X5)
- Αγροτικές καλλιέργειες
- Θεραπευτικός τουρισμός
- Υπηρεσίες καθαριότητας (καθαριότητα παραλιών κ.τ.λ.)
- Καλλιτεχνικό καφενείο ART CAFE(psycrete.gr/pages, 2010)

3.9.1.2 Κοι.Σ.ΠΕ Αττικής

ΠΟΛΥΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

- Ίδρυση μονάδας ανακύκλωσης χαρτιού και ανάπτυξη εργαστηρίου κατασκευής προϊόντων από ανακυκλωμένο χαρτί
- Ανάπτυξη εργαστηρίου κατασκευής και επισκευής επίπλων γραφείου

ΠΟΛΥΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

- Εστιατόριο “το άλλο” (Χαλκιδικής 37, Κεραμεικός, τηλ 210 – 34 76 550, 210 – 34 76 550)
- Αίθουσα Επιστήμης, Τέχνης & Πολιτισμού “Πορφύρα”
- Διαδικτυακό Ραδιόφωνο “Κλίμαξ radio”, www.e-radio.gr (κατηγορία Διάφορα)
- Βιβλιοθήκη Ψυχικής Υγείας & Πολιτισμού
- Υποστηρικτική Συνοδεία ατόμων με αναπηρία
- Υπηρεσίες προμήθειας εδεσμάτων (catering)
- Καλλιτεχνική Ομάδα Ψυχαγωγίας ατόμων με αναπηρία “Alternativa” (koispe.org, 2010)

3.9.1.3 Κοι.Σ.ΠΕ Κέρκυρας

Δράσεις που υλοποιούνται

1. Συνεργείο καθαρισμού εσωτερικών και εξωτερικών χώρων
2. Αποκατάσταση και διαχείριση περιβάλλοντος
3. Κυλικείο - Καφενείο στο χώρο του ΨΝΚ - Πανεπιστημίου
4. Λειτουργία καφέ - ουζερί στο ιστορικό κέντρο της Πόλης
5. Parking - Υπηρεσίες παροχής στάθμευσης αυτοκινήτων
6. Λειτουργία εργαστηρίου παραγωγής Προϊόντων Άρτου - Ζαχαροπλαστικής.
7. Catering - υπηρεσίες παροχής εστίασης (koi-spekerk.gr/koi-spe/neoi-orizontes/o-koinonikos-sunetairismos-periorismenis-euthunis-koi-spe.html, 2010)

3.10 Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και Επαγγελματική Επανάταξη (ΠΕΨΑΕΕ)

Η Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη (Π.Ε.Ψ.Α.Ε.Ε) ιδρύθηκε το 1997, αποτελεί Επιστημονικό - Μη Κερδοσκοπικό Σωματείο και στοχεύει στον συντονισμό των ενεργειών, δραστηριοτήτων και πολιτικών για την εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών στην πραγματοποίηση της κοινωνικό-οικονομικής ενσωμάτωσης και επαγγελματικής απασχόλησης των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Σκοποί της Π.Ε.Ψ.Α.Ε.Ε. είναι:

- Ο συντονισμός και η στήριξη φορέων και ατόμων που εφαρμόζουν προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης

- Η άμεση στήριξη ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα με την δημιουργία Κοινωνικών Συνεταιρισμών για Εργασιακή Αποκατάσταση
- Η προώθηση συνεργασιών με άλλους φορείς συναφών σκοπών σε Εθνικό, Ευρωπαϊκό και Διεθνές Επίπεδο
- Παρεμβάσεις στους αρμόδιους φορείς για την διαμόρφωση πολιτικών υπέρ των ψυχικά πασχόντων.
- Η υποστήριξη ενεργειών για την αυτοβοήθεια και την αυτοεκπροσώπηση των χρηστών
- Η εφαρμογή και διάδοση εναλλακτικών - καινοτόμων δράσεων για την επανένταξη και τον αποστιγματισμό
- Ανάπτυξη θεσμών που συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών.(pepsaee.gr/profile, 2010)

3.11 Σωματείο «Αυτοεκπροσώπησης» και ομάδα «Αυτοεκπροσώπησης ευπαθών κοινωνικών ομάδων»

Το σωματείο ιδρύθηκε το 2007 με την βοήθεια της ΠΕΨΑΕΕ. Η προσπάθεια τους στηρίζεται από την ΠΕΨΑΕΕ αλλά έχει και ανεξάρτητη δράση, σε θέματα που αφορούν άτομα με ψυχικές δυσκολίες. Η ομάδα αυτή δεν είναι θεραπευτική αλλά έχει σαν στόχο να βοηθήσει και να ενδυναμώσει τους χρήστες που παίρνουν μέρος σε αυτήν, μέσα από την φιλία και την αλληλεγγύη των μελών της, την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σχετικά με τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την έκδοση της τριμηνιαίας εφημερίδας. Οι βασικοί σκοποί του σωματείου και της ομάδας είναι οι εξής:

- Ο αποστιγματισμός. Το στίγμα είναι η απώλεια της κοινωνικής θέσης και η διάκριση που προκαλείται από αρνητικά στερεότυπα. Προσπάθεια του σωματείου είναι να ευαισθητοποιηθούν οι κοινωνικοί φορείς και των εργοδοτών για την ισότιμη ένταξη στην αγορά εργασίας.
- Η προβολή και η προώθηση των θέσεων όσον αφορά τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης όσον αφορά τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα των ατόμων αυτών.
- Η ενθάρρυνση των χρηστών στα κέντρα λήψης αποφάσεων.
- Η συνεργασία με συλλόγους, σωματεία και οργανώσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας και γονέων .
- Η διεκδίκηση των θέσεων όσον αφορά τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και η προώθηση και απασχόληση τους στους ΚοιΣΠΕ (Σκόρδος, 2008)

3.12 ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το παράδειγμα της Τηλεφωνικής Γραμμής του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.¹

Η επικοινωνία μέσω τηλεφώνου είναι αναμφισβήτητα ένας προσιτός, εύχρηστος και ευρέως διαδεδομένος τρόπος διακίνησης πληροφοριών. Παγκοσμίως, οι τηλεφωνικές γραμμές επικοινωνίας χρησιμοποιούνται πλέον όλο και περισσότερο στην καθημερινή πρακτική, παρέχοντας πληροφορίες και συμβουλευτική για ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων, σημαντικό μέρος των οποίων αφορούν θέματα υγείας.

Στη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές αναφορές για το έργο, ο ρόλο, το χαρακτήρα και τις μορφές των τηλεφωνικών γραμμών επικοινωνίας. Θεωρείται ότι οι τηλεφωνικές υπηρεσίες δίνουν τη δυνατότητα καινοτόμων προσεγγίσεων στη διακίνηση πληροφοριών σε πολλά πεδία ιατρικής φροντίδας, συμβάλλοντας γενικότερα στην προαγωγή της υγείας (Soet & Basch, 1997; Wessling et al, 2006). Η παροχή συμβουλευτικής μέσω τηλεφωνικών γραμμών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος ενός σύγχρονου, ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας και έχει ιδιαίτερη κοινωνική αξία, καθώς διαθέτει αδιαφιλονίκητα πλεονεκτήματα ως προς

¹ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

την προσβασιμότητα, την ευκολία και το πλήθος των επιλογών των παρεχόμενων υπηρεσιών (Car & Sheikh, 2003).

Η ανταπόκριση που βρίσκουν οι τηλεφωνικές γραμμές στο κοινό αντανακλά τη σύγχρονη κοινωνική τάση σύμφωνα με την οποία οι χρήστες υπηρεσιών υγείας διεκδικούν τη γνώση για την ασθένεια τους, μέσα από την οποία ενδυναμώνονται στην αντιμετώπισή της και καθίστανται περισσότερο ικανοί να έχουν ενεργό ρόλο στη διαχείριση τους (Hughes et al, 2002). Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν πλέον την αξίωση περισσότερης και καλύτερης ενημέρωσης και άμεσης πρόσβασης σε αυτή και η λειτουργία μιας τηλεφωνικής γραμμής ανταποκρίνεται στο αίτημα αυτό με τα πλεονεκτήματα της ταχύτητας και της προσβασιμότητας, αλλά και της διεύρυνσης επιλογών (Car & Sheikh, 2003).

Η δημιουργία τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας αποτελεί λοιπόν απάντηση σε αυτό το – όλο και πιο έντονο- αίτημα του πληθυσμού για λεπτομερή και εξειδικευμένη πληροφόρηση (Richards, 1998; Chiari & Vanelli, 2005), η οποία πολύ συχνά δεν είναι δυνατό να παρασχεθεί από τους ίδιους τους θεράποντες ιατρούς, λόγω χρονικών, οικονομικών ή άλλων περιορισμών. Σε πολλές περιπτώσεις, η πληροφόρηση που δίδεται από τις τηλεφωνικές γραμμές συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της ασθένειας και του τρόπου αντιμετώπισής της, κάτι που δεν είναι πάντα αυτονόητο για τους μη ειδικούς. Το γεγονός αυτό αποκτά ειδική σημασία στο θέμα της λήψης της φαρμακευτικής θεραπείας, καθώς βοηθά στη σωστή χρήση της φαρμακευτικής αγωγής και, κατά συνέπεια, προάγει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Sims & Golightly, 1998).

Η πρόσβαση σε κατάλληλες πηγές έγκυρης πληροφόρησης, επιπρόσθετα στη βασική φροντίδα υγείας, είναι λοιπόν στοιχειώδης παράμετρος της αντιμετώπισης ενός προβλήματος υγείας, καθώς συμβάλλει αθροιστικά στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Car et al, 2004).

Οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας μπορούν επίσης να προσφέρουν εξειδικευμένη συμβουλευτική στους πάσχοντες από κάποιο πρόβλημα υγείας. Ειδικά στην περίπτωση ατόμων που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα, τέτοιες υπηρεσίες είναι ανεκτίμητης αξίας, ιδίως όταν οι στρατηγικές αυτό-διαχείρισης αποτυγχάνουν να φέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα ή να ελέγξουν τα συμπτώματα (Wessling et al, 2006). Οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας καθίστανται έτσι ένα εργαλείο

ενδυνάμωσης των ατόμων αυτών, μέσα από την παροχή πληροφόρησης, συνεχούς υποστήριξης και προαγωγής των στρατηγικών αυτό-αντιμετώπισης.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την καλή λειτουργία μιας γραμμής βοήθειας είναι να έχουν καθοριστεί με σαφήνεια οι σκοποί που εξυπηρετεί (Wessling et al, 2006). Καθώς η λειτουργία των γραμμών βοήθειας διευρύνεται και εξελίσσεται, είναι δυνατό να παρουσιαστούν προβλήματα αν δεν έχει διασαφηνιστεί στο κοινό ποιο είναι το σκεπτικό λειτουργίας της τηλεφωνικής γραμμής και τι θα πρέπει να περιμένει από τις υπηρεσίες που μπορεί να λάβει κανείς. Αν και όρος «γραμμή βοήθειας» είναι αυτός που έχει επικρατήσει να χρησιμοποιείται πιο συχνά, από κάποιους φορείς υποστηρίζεται σθεναρά η χρήση του όρου «γραμμή συμβουλευτικής», για να δοθεί έμφαση στην αρχή που διέπει το σκεπτικό λειτουργίας τους, αλλά και να θέσει σε μια πιο ρεαλιστική βάση τις προσδοκίες των ωφελούμενων από τις γραμμές αυτές (Patel et al, 1997). Πιο συγκεκριμένα, σκοπός της λειτουργίας μιας τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας είναι να παράσχει στον ασθενή κατάλληλη πληροφόρηση για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει και να τον βοηθήσει να βελτιώσει τις στρατηγικές αυτοδιαχείρισης του, έτσι ώστε η τηλεφωνική γραμμή να γίνει ένα αναπόσπαστο μέρος της αυτοδιαχείρισης της ασθένειας, χωρίς όμως να καθιστά τον ασθενή εξαρτώμενο από τη στήριξη που του παρέχουν οι συμβουλευτικές υπηρεσίες αυτού του τύπου (Wessling et al, 2006).

3.12.1 Καταγραφή πληροφοριών για τους καλούντες και το περιεχόμενο των κλήσεων

Η μεγάλη ανταπόκριση του κοινού στην τηλεφωνική γραμμή οδήγησε στη συστηματική καταγραφή πληροφοριών τόσο για τους καλούντες όσο για το περιεχόμενο των κλήσεων, με απώτερο στόχο την καλύτερη οργάνωση της γραμμής και την αποτελεσματική εξυπηρέτηση των καλούντων.

Η φόρμα καταγραφής των κλήσεων συγκεντρώνει στοιχεία για τον τόπο διαμονής του καλούντος (εντός ή εκτός Αττικής), για το αν ο καλών ενδιαφέρεται για προσωπικό του ζήτημα ή ζήτημα ατόμου του περιβάλλοντός του, το φύλο και την ηλικία του ασθενή για τον οποίο γίνεται η κλήση, την πηγή ενημέρωσης για την

τηλεφωνική γραμμή τις αναφορές και το αίτημα του καλούντος, τη διατύπωση επιθυμίας αποστολής έντυπου υλικού και την συμπλήρωση κάποιων προσωπικών στοιχείων των καλούντων, η οποία ήταν όμως προαιρετική. Αν και η καταγραφή αυτών των στοιχείων δεν αποτελούσε κεντρικό σκοπό της λειτουργίας της Τηλεφωνικής Γραμμής, γινόταν σαφές στους καλούντες ότι η συλλογή κάποιων στοιχείων θα εξυπηρετούσε την αξιολόγηση της Γραμμής, αλλά και τη βελτίωση των υπηρεσιών της.

3.12.2 Απολογιστικά στοιχεία της Τηλεφωνικής Γραμμής του ΕΠΨΥ κατά την περίοδο 2003-2007

Ο συνολικός αριθμός κλήσεων που δέχθηκε η Τηλεφωνική Γραμμή κατά την περίοδο Ιανουάριος 2003 – Δεκέμβριος 2007 ήταν 3.770 κλήσεις. Ο αριθμός των καλούντων ήταν μεγαλύτερος όταν υπήρχε κάποια δημοσιότητα για τις δραστηριότητες του Προγράμματος «αντι-στίγμα» (άρθρα, δημοσιεύσεις κλπ). Από την επεξεργασία των τηλεφωνικών κλήσεων προέκυψαν ενδιαφέροντα στοιχεία σε σχέση με την ταυτότητα των καλούντων και τα αιτήματά τους. Τα στοιχεία αυτά παρέχουν πληροφορίες ενδεικτικές των αναγκών αλλά και των ελλείψεων στο χώρο της ψυχικής υγείας και των υπαρχουσών υπηρεσιών.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των καλούντων, προέκυψε ότι η πλειονότητα κατοικούσε στην Αττική (81,34%) και είχε συγγενική σχέση με άτομο με ψυχική ασθένεια, κυρίως σοβαρής ή χρόνιας μορφής (60.54%). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το ποσοστό των κλήσεων που έγιναν από τα ίδια τα άτομα με ψυχική ασθένεια ήταν μόνο 20,41% και το περιεχόμενο τους αφορούσε κυρίως σε θέματα σχετικά με κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή. Σχετικά με το φύλο του ατόμου με ψυχική ασθένεια στο οποίο αναφερόταν η κλήση, τα ποσοστά ανδρών και γυναικών ήταν 57,25% και 42,75% αντίστοιχα, ενώ ηλικιακά, περίπου 2 στα 3 άτομα με ψυχική ασθένεια για τα οποία πραγματοποιείτο η κλήση ήταν από 19 έως 39 ετών. Σημαντικά στοιχεία προέκυψαν και για την πηγή ενημέρωσης για το Πρόγραμμα και κατ' επέκταση για την Τηλεφωνική Γραμμή. Οι καλούντες σε ποσοστό 46,83% είχαν

ενημερωθεί από τα ΜΜΕ (τηλεόραση ή εφημερίδες και περιοδικά) και σε ποσοστό 43,39% από τα φυλλάδια του ΕΠΨΥ. Η συντριπτική πλειοψηφία (60,44%) αυτών που είχαν ενημερωθεί από τα ΜΜΕ ανέφερε ως κύρια πηγή πληροφόρησης την τηλεόραση. (Οικονόμου, 2008)

Το περιεχόμενο των περισσότερων τηλεφωνημάτων, σε ποσοστό 53,68%, είχε ως βασικό θέμα την παρουσίαση του ιστορικού του ασθενή, ενώ σε ποσοστό 21,01% ακολουθούσε παράθεση συγκεκριμένων συμπτωμάτων και συζήτηση γύρω από τη συμπτωματολογία του ασθενή. Βασικά αιτήματα των καλούντων ήταν η ιατρική συμβουλή (αίτημα στο οποίο προτεινόταν κυρίως η παραπομπή σε δημόσια ψυχιατρική υπηρεσία) σε ποσοστό 44,07% και η υποστήριξη (42,65%). Τέλος, ένα ποσοστό της τάξεως του 14,47% ζήτησε ενημερωτικό υλικό του ΕΠΨΥ που να είναι κατάλληλο για να χρησιμοποιηθεί από την οικογένεια, ενώ σε ποσοστό 8,7%, ζητήθηκε υλικό για τον εθελοντισμό. Τα αιτήματα για αποστολή υλικού προέκυψαν κυρίως κατά τις περιόδους όπου το Πρόγραμμα είχε προχωρήσει στη δημιουργία συγκεκριμένων εγχειριδίων ενημέρωσης για την οικογένεια ατόμου που πάσχει από ψυχική ασθένεια, η δωρεάν κυκλοφορία των οποίων είχε γίνει γνωστή μέσα από τα ΜΜΕ.

Από το ΕΠΨΥ έχουν εκδοθεί:

❖ **Το τσιπάκι του μυαλού και τα μυστικά του**, οδηγός αυτοβοήθειας για άτομα με ψύχωση, Αθήνα 2004. (The Secret of the Brain Chip, a self guide for people experiencing psychosis.) Συγγραφείς: Marc De Hert, Geerd Magiels, Erik Thys. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Μαρίνα Οικονόμου.

❖ **Όλα ή τίποτα**, οδηγός αυτοβοήθειας για άτομα με διπολική διαταραχή, Αθήνα 2007. (Μετάφραση του βιβλίου κόμικς “Anything or Nothing”, self-guide for people with bipolar disorder). Συγγραφείς: Marc De Hert, Geerd Magiels, Erik Thys. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Μαρίνα Οικονόμου.

Ανακαλύψτε το δρόμο προς τα εμπρός: Οδηγίες και υποστήριξη για τα άτομα με σχιζοφρένεια, ένα βοηθητικό εγχειρίδιο που απευθύνεται σε άτομα που έχουν σχιζοφρένεια και στις οικογένειές τους, Αθήνα 2004. (Discover the Road Ahead: Support and Guidance for Everyone Affected by Schizophrenia). Συγγραφείς: Elgie R., Amerongen APV, Byrne P., D’ Arienzo S., Hickey C., Lambert M., Mc Crae J., Sappia S., Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Μαρίνα Οικονόμου. (Οικονόμου, 2008)

3.12.3 Συμπεράσματα από την λειτουργία της Τηλεφωνικής Γραμμής ΕΠΙΨΥ

Οι καταγραφές που προέκυψαν από τη λειτουργία της Τηλεφωνικής Γραμμής ΕΠΙΨΥ έρχονται να επιβεβαιώσουν τα επιχειρήματα που υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα αυτού του τύπου υπηρεσιών και τη χρησιμότητα των παροχών τους. Η δυνατότητα παροχής συμβουλευτικής και υποστήριξης μέσω τηλεφώνου αναδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική σε θέματα όπως οι ψυχικές διαταραχές. Αφενός, η άγνοια και οι στρεβλές αντιλήψεις που υπάρχουν διάχυτες, ειδικά όσον αφορά τη σοβαρή ψυχική ασθένεια, είναι δυνατόν να αναιρεθούν μέσω της παροχής, επιστημονικά υπεύθυνης πληροφόρησης. Αφετέρου, το στίγμα και η προκατάληψη που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια αποτρέπει τον ενδιαφερόμενο από το να αναζητήσει πληροφόρηση ή ιατρική βοήθεια, με συνέπειες ιδιαίτερα δυσμενείς πολλές φορές για την ψυχική του υγεία. Στο σημείο αυτό, η ανωνυμία και ο σεβασμός στην ιδιωτικότητα του καλούντα που προσφέρει μια τηλεφωνική υπηρεσία αποδεικνύονται κρίσιμης σημασίας για να αναζητήσει κανείς βοήθεια από την κατάλληλη πηγή ή να διευκρινιστούν ασάφειες που μπορεί να υπάρχουν γύρω από το θέμα. Παράλληλα, δίνεται η ευκαιρία να συζητηθούν ζητήματα όπως το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός, να αρθεί σε ένα βαθμό η ψυχολογική επιβάρυνση του στιγματισμού και να διευκολυνθεί η αναζήτηση βοήθειας.

Μια επίσης σημαντική – και πιο ειδική – παράμετρος της ενημέρωσης στο θέμα της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών είναι αυτή της φαρμακευτικής αγωγής και των αρνητικών στάσεων των ασθενών απέναντι στη λήψη των φαρμάκων. Η σωστή πληροφόρηση για τη σημασία της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις συστάσεις του θεράποντα και η αναίρεση παρερμηνειών που οδηγούν σε φόβους εξάρτησης ή άλλου τύπου βλάβης, από τα φάρμακα συμβάλλει στην καλύτερη «συμμόρφωση» με τη θεραπεία και, δυνητικά, σε μία καλύτερη έκβαση στην πορεία της νόσου. (Οικονόμου, 2008)

Ένα ακόμα σημαντικό ζήτημα στο θέμα των χρόνιων ψυχικών διαταραχών είναι η παροχή υποστήριξης στην οικογένεια, που σηκώνει δυσβάσταχτο φορτίο,

συναισθηματικό και πρακτικό, αναλαμβάνοντας τη φροντίδα του ασθενή χωρίς καμία άλλη ουσιαστική υποστήριξη. Η ανακούφιση που παρέχεται στα μέλη της οικογένειας μέσω της ενθάρρυνσης προκειμένου να έρθουν σε επαφή με τους κατά τόπους Συλλόγους Οικογενειών, αλλά και η δυνατότητα να μιλήσουν, να νιώσουν ότι δεν είναι μόνοι, είναι μια ουσιαστική παροχή της γραμμής επικοινωνίας.

Ένα άλλο ζήτημα που χρήζει σχολιασμού είναι το γεγονός ότι οι κλήσεις που δέχτηκε η Τηλεφωνική Γραμμή του ΕΠΙΨΥ συνολικά κατά τη διάρκεια λειτουργίας της αφορούσαν στην πλειονότητά τους ζητήματα σχετικά με τη σχιζοφρένεια και γενικότερα με το φάσμα των ψυχώσεων. Οι κλήσεις στις οποίες ζητήθηκαν πληροφορίες για άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη ή οι αγχώδεις διαταραχές, ήταν πολύ λιγότερες, γεγονός που θα μπορούσε να εξηγηθεί από τη στόχευση των επικοινωνιακών – ενημερωτικών δραστηριοτήτων του Προγράμματος «αντί-στίγμα», που κατά τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του επικεντρώθηκαν ως επί το πλείστον στη σχιζοφρένεια και τη χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή γενικότερα.

Στον παράγοντα αυτό θα πρέπει επίσης να αποδοθεί το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό (60,54%) των κλήσεων έγινε από συγγενείς ατόμων με ψυχική διαταραχή, που σε μερικές περιπτώσεις, έκαναν χρήση των υπηρεσιών της γραμμής περισσότερες από μία φορές.

Το εύρημα αυτό ερμηνεύεται ως συνέπεια της έλλειψης ευαισθησίας που χαρακτηρίζει τους ίδιους τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές, καθώς και το γεγονός ότι οι διαταραχές αυτές, λόγω της φύσης των συμπτωμάτων τους ειδικά όταν έχουν χρόνια πορεία, επάγουν σημαντική επιβάρυνση για την οικογένεια του ασθενή. (Οικονόμου, 2008)

Κεφάλαιο 4: Ο Νοσηλευτής και η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

4.1 Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική προ του 1882

Η νοσηλευτική ως λειτούργημα ασκείται από τους αρχαίους χρόνους με επικέντρωση στην περίθαλψη και φροντίδα των ασθενών (θεραπαινίδες). Όμως, η επαγγελματική ταυτότητα της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης και κυρίως της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής διαμορφώθηκε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Ο Ευρωπαϊκός και ο Αμερικανικός Διαφωτισμός με το ανθρωπιστικό ρεύμα επηρέασαν τις τάσεις για την περίθαλψη των ψυχιατρικών ασθενών. Ο ρόλος των νοσηλευτών στα ψυχιατρικά ιδρύματα ακολούθησε κι αυτός μια πορεία διαφοροποίησης και εξελίξεις σε πολλές χώρες. Η Ελλάδα ακολούθησε αργά, αλλά με σταθερότητα, σε σημαντικές αλλαγές. Όλες οι αλλαγές στην εκπαίδευση, στον εργασιακό τομέα και την έρευνα αποτέλεσαν το κλειδί στη διαμόρφωση της επαγγελματικής ταυτότητας του ψυχιατρικού νοσηλευτή. (Σταθάρου, 2005)

Στην Ελλάδα ωστόσο σε σχέση με την ιστορία της Ψυχιατρικής- παρατηρείται έλλειψη γραπτών πηγών. Η ιατρική επιστήμη ήταν πρωτόγονη η ψυχιατρική φροντίδα ανύπαρκτη, όπως και η ύπαρξη ψυχιατρικών νοσηλευτών.

Η φροντίδα των ψυχιατρικών ασθενών άνηκε στην πατριαρχική οικογένεια ή σε ιδρύματα που παρείχαν περιστασιακά ιατρική κάλυψη και λειτουργούσαν ως όργανα κοινωνικής πρόνοιας, με ευεργεσίες πολιτών. Περιστασιακά αναλάβαιναν την φροντίδα τους μοναστήρια, όπου μέσω τιμωριών και κάθε είδους κακοποιήσεων (δέσιμο, ξυλοδαρμός, στέρηση τροφής και νερού, ψυχρολουσία) επιχειρούσαν την συμμόρφωσή τους.

Πρώτη σοβαρή εκδήλωση μέριμνας για την φροντίδα των ψυχικά πασχόντων αποτέλεσε ο νόμος «Περί συστάσεως φρενοκομείων» του 1862. Ο νόμος δεν υλοποιήθηκε ποτέ λόγω οικονομικών δυσχερειών από το νεοσύστατο κράτος. Την περίοδο αυτή, δεν γίνεται πουθενά λόγος για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας από ειδικευμένα άτομα στον ελλαδικό χώρο. (Σταθάρου, 2005)

4.2 Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική από το 1882 έως το 1914

Στην Ελλάδα, το 1885 ιδρύθηκε το «Νοσοκομικόν Παιδευτήριον», η πρώτη σχολή αδελφών του Ευαγγελισμού και το 1881 το Νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Πάλι παρατηρείται μια αδιαφορία για τον ψυχιατρικό χώρο.

Έως το 1914, η στελέχωση των ιδρυμάτων που υπήρχαν για τους ψυχοπαθείς γίνονταν είτε από αστυνομικούς είτε από πολίτες που είχαν ρόλο διευθυντού, νοσοκόμου και οικονόμου. Αν και λειτούργησαν αρκετές και οργανωμένες για την εποχή κλινικές, δεν αναφέρεται η ύπαρξη νοσηλευτικής υπηρεσίας, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπήρχε βοηθητικό προσωπικό εργαζόμενο υπό την κατεύθυνση και επίβλεψη ψυχιάτρων.

Η νοσηλεία περιλάμβανε την χρήση περιοριστικών μέτρων (αλυσίδες, ζουρλομανδύες) και το ανειδίκευτο προσωπικό πρόσφερε στοιχειώδη φροντίδα καθαρισμού των ακαθάρτων, χορήγηση φαγητού και εξεύρεση τρόπων για να ηρεμούν οι ασθενείς, αφού θεραπεία και γνώσεις περί της ψυχικής νόσου δεν υπήρχαν.

Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, όπου νοσηλεύονταν οξεία και ελαφρά περιστατικά, όλα τα μέχρι τότε ψυχιατρικά ιδρύματα είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς, πάρα πολλούς φύλακες και οι δε συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες. (Σταθάρου, 2005)

4.3 Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα από 1916 έως 1944

Στην Ελλάδα το 1923 ιδρύεται ο Επαγγελματικός Σύνδεσμός Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΔΝΕ). Στην Ελλάδα δεν υπήρξε ποτέ πρόγραμμα εξειδίκευσης για τους πτυχιούχους νοσηλευτές σε κάποιον από τους τομείς νοσηλείας, συμπεριλαμβανομένου και του ψυχιατρικού.

Στο ψυχιατρικό χώρο και λίγο μετά την Μικρασιατική καταστροφή, το 1924 οι αυξανόμενες ανάγκες και η περαιτέρω αντιμετώπισή τους οδηγούν στην αναδιοργάνωση του Δημόσιου Ψυχιατρείου. Έτσι αρχίζει η πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και η απόσπαση υπαλλήλων από άλλες υπηρεσίες, όπως το Δημόσιο Απολυμαντήριο και το Νοσοκομείο Λοιμωδών Νοσημάτων. Στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, γεγονός που έχει επιπτώσεις και στον κόσμο του ψυχιατρείου. Ο Τάτσογλου, επιστημονικός και διοικητικός διευθυντής του ψυχιατρείου αναλαμβάνει την στοιχειώδη εκπαίδευση στην Ψυχιατρική του ανειδίκευτου προσωπικού, το οποίο δεν είχε ούτε καν απολυτήριο Δημοτικού. Έως το 1926 ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού αυξήθηκε, αλλά διέμενε και κοιμόταν στους θαλάμους των ασθενών.

Το 1934, με το Νόμο 6077 «Περί οργάνωσης των Δημόσιων Ψυχιατρείων», γίνεται η πρώτη νομοθετική ρύθμιση για την οργάνωση της ψυχιατρικής νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα. Ο νόμος προέβλεπε εσωτερικό κανονισμό των ψυχιατρείων, διαδικασία εκούσια και ακούσια εισαγωγής ασθενών και δομή λειτουργίας ως προς το προσωπικό κάθε ειδικότητας. Έτσι προσλαμβάνεται πρακτικά εκπαιδευμένο προσωπικό στη γενική νοσηλευτική και στη συνέχεια στην ψυχιατρική Νοσηλευτική με την συνδρομή των ψυχιάτρων. (Μπλου, 1999, Σταθάρου, 2005)

Τον Σεπτέμβριο του ίδιου χρόνου διορίστηκε στο Δημόσιο Ψυχιατρείο η Ελένη Μπακοπούλου, απόφοιτη της σχολής του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (ΕΣΣ). Ήταν η πρώτη διπλωματούχος που διοριζόταν σε ψυχιατρείο. Το 1946, στα πλαίσια του σχεδίου Μάρσαλ, εστάλη στην Αγγλία για εξάμηνη εκπαίδευση σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Έκτοτε και έως το 1950, δεν διορίστηκε άλλη διπλωματούχος σε ψυχιατρείο Ελλάδος. Με το νόμο 965/1937 «Περί οργάνωσης των Δημόσιων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων», ο οποίος εφαρμόστηκε μεταπολεμικώς, δεν ελήφθη καμία μέριμνα για το νοσηλευτικό προσωπικό. Το προσωπικό συνέχιζε να συστεγάζεται με τους ασθενείς και να εργάζεται επί 12ώρου βάσεως, με μια ημερήσια ανάπαυση ανά μήνα, μετέπειτα ανά 15ήμερο.

Η νοσηλευτική υπηρεσία επωμιζόταν την εργασία των τραπεζοκόμων (μεταφορά τροφίμων, διανομή φαγητού) και των καθαριστριών (διδασκαλία και καθοδήγηση ασθενών για καθαρισμό των οικημάτων, αλλά και των εξωτερικών χώρων των ιδρυμάτων). Η μυοκτονία και η κορεοκτονία, αλλά ακόμη και η

απομάκρυνση των απορριμμάτων, γίνονται από τις νοσηλεύτριες, στις οποίες πρόσδιδαν τον τίτλο «Αδελφή-Φύλαξ Ασθενών».

Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι αναγκαστικά ανεπαρκείς τις πρωινές ώρες, μειώνεται ωστόσο το απόγευμα και το βράδυ. Τις ώρες αυτές υπάρχουν πιθανότητα υπεύθυνοι, για σαράντα ή και περισσότεροι ασθενείς, και να είναι ένα ή δύο νοσηλευτές. Αυτή ή αναλογία δυσκολεύει την ατομικευμένη εποπτεία των ασθενών. Αν και γενικά δεν απαιτείται συνεχής επαγρύπνηση, υπάρχουν όμως περιπτώσεις ασθενών, με τάσεις αυτοκτονίας ή και επιθετικότητας, όπου η επαγρύπνηση είναι όντως απαραίτητη. Με τους θαλάμους απομόνωσης είναι δυνατό να αποφευχθούν ατυχή γεγονότα, τέτοιοι χώροι όμως δεν είναι πάντα διαθέσιμοι και επιπλέον, ακόμα και εκεί η επιτήρηση μπορεί να είναι προβληματική. Η τακτική του ψυχιατρείου να δένονται οι ασθενείς και να τους χορηγούνται καταπραυντικά φάρμακα εξαρτάται μερικές φορές από τον αριθμό και την διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού. (Μπλου, 1999)

Το γεγονός ότι το μη ψυχιατρικό προσωπικό έχει περιορισμένες γνώσεις ψυχιατρικής προσδίδει αναγκαστικά στα καθήκοντά του χαρακτήρα επιτήρησης και φύλαξης των ασθενών. Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές, στα ιδρύματα υπάρχουν λίγοι, είναι υπεύθυνοι να εκτελούν τις οδηγίες του ψυχιάτρου σχετικά με την χορήγηση φαρμάκων στους ασθενείς. Σε αυτούς ανατίθενται επίσης διάφορες διοικητικές και λογιστικές εργασίες. (Μπλου, 1999)

Οι νοσηλευτές ασχολούνται θεραπευτικά με τους ασθενείς συζητούν μαζί τους, για παράδειγμα, τα διάφορα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένειά τους ή εφαρμόζουν συγκεκριμένους θεραπευτικούς χειρισμούς, μόνο εάν έχουν προσωπικό ενδιαφέρον και κίνητρα. Το νοσηλευτικό προσωπικό, λοιπόν, αποτελεί απλώς εξάρτημα της βιολογικής και ιδρυματικής ιδεολογίας και πρακτικής της ελληνικής ψυχιατρικής, και όχι πυρήνα βοηθητικού προσωπικού με τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. (Μπλου, 1999)

Συμπερασματικά αυτή η περίοδος δεν παρουσιάζει σημαντικές μεταβολές όσον αφορά την εκπαίδευση και τον επαγγελματικό ρόλο αυτών στα ψυχιατρεία. (Σταθάρου, 2005)

4.4 Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα από 1945 έως 1960

Την απαρχή της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και σημείο σταθμό για την εξέλιξη της αποτελεί σταθμό το έτος 1945. Τότε, η Ζωή Τσουκαλά-Κακαρούκα, διδάσκουσα στη σχολή Επισκεπτριών Αδελφών και Νοσοκόμων, επέστρεψε από τον Καναδά, όπου είχε μεταβεί για μετεκπαίδευση. Διαπιστώνοντας την ελλιπή παρουσία της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και, κυρίως της κλινικής εκπαίδευσης στο χώρο της σχολής, αποφάσισε να εκπαιδεύσει τις μαθήτριες κάθε τάξεως για 6 βδομάδες στο Δημόσιο Ψυχιατρείο. Οι πρώτες μαθήτριες εστάλησαν το 1946. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα επεκτάθηκε και στις άλλες σχολές, οι οποίες με την σειρά τους πρόσθεσαν στα μαθήματά τους την Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Ο ρόλος πλέον του νοσηλευτή γίνεται πιο σαφής, κυρίως των σπουδαστών. Υπό την καθοδήγηση των γιατρών προετοιμάζουν τους ασθενείς για ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ), συμμετέχουν κατά τη διενέργεια της θεραπείας και παρατηρούν τον ασθενή.

Με το Νόμο 965/1937, ο οποίος τέθηκε σε εφαρμογή το 1948, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων εμπλουτίζονται με νέες ειδικότητες. Η εργασία του νοσηλευτή επεκτείνεται και εκεί, με παράλληλη νοσηλευτική επιμόρφωσή του με τη συνδρομή των Αμερικάνων Αδελφών, συμβούλων του Υπουργείου Υγείας μετά τον πόλεμο.

Σημαντικός σταθμός της επιστημονικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής είναι το έτος 1950. Οι τέσσερις πρώτες εκπαιδευμένες στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική, απόφοιτες της σχολής Επισκεπτριών Αδελφών, διορίστηκαν σε διοικητικές θέσεις στο Δημόσιο Ψυχιατρείο (Μερκούρη Αικατερίνη, Κυρίτση Βικτώρια, Σκολούδη Ευαγγελία, Λαδά Ρεγγίνα). Οι νοσηλεύτριες αυτές, μαζί με τη Διευθύνουσα του νοσοκομείου, αποτελούν τον πυρήνα της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Χαρακτηριστικό γνώρισμα που διακατείχε το προσωπικό ήταν τόσο η συναδελφοσύνη όσο και ο ανθρωπισμός, στα πλαίσια μια κοινής προσπάθειας για συνεργασία, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Λόγω του μεγάλου αριθμού ανειδίκευτων εκ του προσωπικού, τέθηκε σε εφαρμογή πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής επιμόρφωσης. Σε συνεργασία με τους γιατρούς μία εκ των διπλωματούχων παρέδιδε μαθήματα Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στο μόνιμο

προσωπικό, όπως και στους σπουδαστές άλλων σχολών που εκπαιδεύονταν κλινικώς στο ψυχιατρείο.

Από το 1956, αρχίζει και αναπτύσσεται η Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Ο αριθμός των νοσηλευτών αυξήθηκε στα ιδρύματα και οι νέοι οργανισμοί των νοσοκομείων με τις ριζικές ανακατατάξεις και καινοτομίες τους θεμελίωσαν την ανάπτυξη πάνω σε σύγχρονες βάσεις. Και σε αυτά βέβαια συνέλαβε η επανάσταση που συντελέστηκε με την εισαγωγή των φαρμάκων στην Ψυχιατρική Θεραπευτική το 1954.

Σταθμό επίσης στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική απετέλεσε επίσης η πρόσληψη της Όλγας Ανδρουλάκη, το 1955 στο Δρομοκαΐτειο. Η Όλγα Ανδρουλάκη ασχολήθηκε τόσο με την ενδοσοκομειακή επιμόρφωση του προσωπικού όσο και μετέπειτα, με την υλοποίηση του προγράμματος ειδίκευσης νοσηλευτών στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, που εκπόνησε η Α. Ραγιά, καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Αθηνών. (Σταθάρου, 2005)

4.5 Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα από 1960 έως 1980

Το 1965, επέστρεψε από το εξωτερικό η Αφροδίτη Ραγιά, διδάσκουσα της σχολής του Ευαγγελισμού, η οποία είχε μετεκπαιδευτεί στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Η Α. Ραγιά οργάνωσε μια σειρά μαθημάτων νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας για νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές. Τα μαθήματα αυτά συνεχίστηκαν επί δύο έτη και 12-15 ώρες ανά έτος. Το 1978, η Α. Ραγιά εκδίδει το βιβλίο της «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», όπου αναπτύσσονται θέματα ψυχικής υγείας, προσεγγίζοντας τον ασθενή ολιστικά, σε όλες του τις διαστάσεις. Το βιβλίο αυτό εκδόθηκε αναθεωρημένο το 1993. Έως το 1981 παρατηρείται σημαντική χρονική υστέρηση στην εξέλιξη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στη χώρα μας. (Σταθάρου, 2005)

4.6 Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα από 1980 έως το 2000

Την περίοδο 1980-1990 παρατηρείται έντονη ανάπτυξη των ψυχιατρικών μονάδων στην Ελλάδα. Σε όλη τη χώρα αναπτύσσονται Κέντρα Ψυχικής Υγείας, εντάσσοντας ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά νοσοκομεία και μειώνοντας οι κλίνες στα ψυχιατρεία.

Το 1985, με το Ν. 1597, θεσπίζεται η ειδίκευση στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική, αρχή γεινόμενης από το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο με υπεύθυνη την Όλγα Ανδρουλάκη. Γύρω στο 1986 ξεκίνησε στο Δρομοκαΐτειο μια σχολή ψυχιατρικής νοσηλείας για πτυχιούχους νοσηλευτές. Μερικά ψυχιατρεία και άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες προσφέρουν μαθήματα για το νοσηλευτικό προσωπικό πάνω σε θέματα ψυχιατρικής περίθαλψης, με διδάσκοντες έμπειρους ψυχιάτρους. Τα μαθήματα αυτά είναι εθελοντικά και, καθότι το ωράριο των εργαζομένων είναι φορτωμένο γίνονται τις ελεύθερες ώρες (Μπλου, 1999, Σταθάρου, 2005). Νοσοκομεία όπως το Δημόσιο Ψυχιατρείο, το Αιγινήτειο, το Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων κ.α. ήταν μερικά που ανέλαβαν την εκπόνηση αντίστοιχων προγραμμάτων. Έτσι ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας διευρύνεται, με ενεργό συμμετοχή του στην θεραπευτική ομάδα ενδονοσοκομειακώς αλλά και στην κοινότητα. Αν και κατά την περίοδο αυτή οι νοσηλευτές των Κέντρων Ψυχικής Υγείας αναλαμβάνουν επιτελικούς ρόλους, παρατηρείται ένδεια συγγραφικής δραστηριότητας και βιβλιογραφικών πηγών. Κατά το ακαδημαϊκό έτος 1980-1981, άρχισε η λειτουργία του τμήματος Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τον Ιανουάριο του 1986, στον Ευαγγελισμό, θεσμοθετείται ο ρόλος του νοσηλευτή συμβούλου-διασυνδετή. Το 1990, διεξήχθη η πρώτη έρευνα στην Ελλάδα από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών όπου αξιολογήθηκαν οι ψυχοσωματικές ανάγκες των ψυχοσθενών και το 1993, το ίδιο τμήμα, άρχισε να χορηγεί μεταπτυχιακό δίπλωμα στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

Στον κλινικό τομέα, πολλά ψυχιατρικά νοσοκομεία υιοθετούν το νοσηλευτικό ιστορικό και στο Αιγινήτειο από το 1998 εφαρμόζονται οι νοσηλευτικές διαγνώσεις κατά NANDA. Το 1999 συστήθηκε ψυχιατρικός τομέας στον ΕΣΝΕ (Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών). (Σταθάρου, 2005)

4.7 Πρόληψη ψυχικών διαταραχών: πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής – Νοσηλευτική Συμβολή

Στην ψυχιατρική όπως και σε άλλες ειδικότητες η πρόληψη επιδιώκεται σε τρία επίπεδα:

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες, που αποβλέπουν στη μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή τη μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικών αρρώστων σε ένα πληθυσμό. Αυτό γίνεται :

A) μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής και μπορούν να προκαλέσουν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας

B) εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικοί στις ψυχοβλαπτικές περιστάσεις.

Οι νοσηλευτές συναντούν άτομα σε κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι η σωματική αρρώστια, ατύχημα, αναπηρία, θάνατος αγαπημένου προσώπου, απώλεια εργασίας, διαζύγιο κα. Ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα που γίνεται με υποστηρικτικό διάλογο. Νοσηλευτικές αρμοδιότητες σε αυτήν την φάση είναι η αγωγή της ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, πληροφόρηση του κοινού σχετικά με τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, τις ψυχιατρικές θεραπείες, τις τεχνικές πρόληψης και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η δευτερογενής πρόληψη επιδιώκει να ανιχνεύσει τους ψυχικά νοσούντες, την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της και να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις στα μέλη της κοινωνίας. Ο νοσηλευτής μπορεί να συντελέσει βοηθώντας στην ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών συμπτωμάτων μιας ψυχικής διαταραχής. Με κατάλληλη καθοδήγηση και αντιμετώπιση και παραπομπή για θεραπεία υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο.

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των ψυχικά αρρώστων και τους βοηθούν στην επανένταξή τους στην κοινωνία. Η νοσηλευτική είναι παρούσα σε αυτά τα προγράμματα με τον σωστό συντονισμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους. (Ραγιά, 2007)

4.8 Θεραπευτικό περιβάλλον –Νοσηλευτική δημιουργία

Θεραπευτικό περιβάλλον είναι το περιβάλλον που δίνει άνεση και ελευθερία στον άρρωστο για να εκφράσει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του και να τον βοηθήσει να αναπτύξει υγιής τρόπους συμπεριφοράς. Το θεραπευτικό περιβάλλον προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε αρρώστου. Στελεχώνεται με εκπαιδευμένο προσωπικό και όλα τα μέλη του συμβάλλουν στον προγραμματισμό και τη λειτουργία του. Η ιεραρχία υποτονίζεται αφού όλα τα μέλη είναι εξίσου σημαντικά. Οι άρρωστοι αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες. Στα πλαίσια του θεραπευτικού περιβάλλοντος οι νοσηλευτές είναι

- Ειλικρινείς στην επικοινωνία με τον άρρωστο
- Πρόθυμοι να αναλάβουν τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους
- Ικανοί να ανέχονται το άγχος και την απογοήτευση χωρίς να γίνονται άκαμποί και αμυντικοί
- Πρότυπα αναμενόμενης συμπεριφοράς
- Χειριστές του δυναμικού περιβάλλοντος και των διαφορών που προκύπτουν
- Ηγέτες στην οργάνωση, λειτουργία και αξιολόγηση διαφόρων που προκύπτουν
- Παράγοντες αλλαγής της ανθρώπινης συμπεριφοράς

Σε οποιοδήποτε περιβάλλον- ψυχιατρείο, ψυχιατρικό τομέα όλο το 24ωρο θεωρείται θεραπευτικός χρόνος και πρέπει οι ρόλοι των εργαζομένων και των

αρρώστων, οι γραμμές επικοινωνίας, τα άτομα με διοικητικές αρμοδιότητες, η ευθύνη λήψης των αποφάσεων και τα προγράμματα νοσηλευτικής φροντίδας να είναι σχεδιασμένα με σαφήνεια και να τα γνωρίζουν όλοι. (Ραγιά, 2007)

4.9 Τοποθέτηση ορίων

Στο θεραπευτικό περιβάλλον οι άρρωστοι ενισχύονται και εκπαιδεύονται να εκτονώνουν τις ενστάσεις τους με ομιλία και όχι με παρορμητικές πράξεις. Η τοποθέτηση ορίων είναι μια νοσηλευτική παρέμβαση που απαιτεί από τον νοσηλευτή κατανόηση του αρρώστου και ευαισθησία για την επίδραση των διάφορων προσεγγίσεων στον άρρωστο. (Ραγιά, 2007)

4.10 Νοσηλευτικές στάσεις προς τον άρρωστο

Επιείκεια: Εκδηλώνεται με μια ελαστικότητα στον χειρισμό των δυσκολιών του αρρώστου να προσαρμοστεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Ο νοσηλευτής θα μπορούσαν να εκπληρώσουν κάποιες αβλαβείς προτιμήσεις του

Ενεργητική φιλικότητα: Οι νοσηλευτές παίρνουν πρωτοβουλία και δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και θαλπωρή στον άρρωστο.

Παθολογική φιλικότητα: Ο νοσηλευτής είναι διαθέσιμος να βοηθήσει τον άρρωστο και να διατηρήσει μια επαφή μαζί του, αλλά δεν παίρνει πρωτοβουλία να εκδηλώσει ιδιαίτερη προσοχή

Συναισθηματική ουδετερότητα: Ο νοσηλευτής δεν αντιδρά ανοικτά συναισθηματικά στις παρεκκλίσεις, στην έκδηλη δυσφορία του ή σε σκόπιμους ελιγμούς του αρρώστου.

Ευγενική σταθερότητα: Ο νοσηλευτής μεταβιβάζει στον άρρωστο ένα αίσθημα ασφάλειας, ότι γνωρίζουν ακριβώς τι πρέπει να γίνει και ότι περιμένουν να

εφαρμοσθούν αυτά που θα τους ζητηθούν. Ευγενική σταθερότητα χρειάζεται κατά την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων. (Ραγιά, 2007)

4.11 Η Νοσηλευτική διάγνωση στην ψυχιατρική κλινική πρακτική

Η εισαγωγή του όρου νοσηλευτική διάγνωση έγινε το 1973 από τη Frey συντέλεσε κατά μεγάλο ποσοστό στο να αποκτήσει η Νοσηλευτική αυτονομία και επαγγελματικό χαρακτήρα. Το ειδικό αυτό διαγνωστικό σύστημα καθορίζεται από την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, επικοινωνία που χαρακτηρίζεται από λεκτικές και εξωλεκτικές αλληλεπιδράσεις και συμβάλει στην βελτίωση της ψυχιατρικής νοσηλευτικής κλινικής πρακτικής.

Η νοσηλευτική διάγνωση είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στον σχεδιασμό φροντίδας του ψυχικά ασθενούς, καθώς βοηθά στην θέσπιση των στόχων και των παρεμβάσεων φροντίδας. Η ψυχιατρική νοσηλευτική πρακτική είναι μια σχέση επικεντρωμένη κυρίως στις δυσκολίες του ασθενούς και η νοσηλευτική διάγνωση καλείται να εκφράσει τις δυσκολίες αυτές.

Εντούτοις πολλές φορές τίθεται το ερώτημα αν η νοσηλευτική διάγνωση εκφράζει την εμπειρία του ψυχικά ασθενούς, δεδομένης της ασάφειας των συμπτωμάτων και των δυσκολιών της έκφρασής τους από τον ίδιο. Επιπλέον τίθενται ερωτήματα για το πώς χρησιμοποιείται η νοσηλευτική διάγνωση στην καθημερινή πρακτική, από ποιους και εντέλει αν επιτυγχάνεται η παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ψυχικά άρρωστο. Από ότι φαίνεται πάντως με την παρατήρηση των αντιδράσεων του ασθενούς έναντι της νόσου του, τις αλληλεπιδράσεις και συμπεριφορές που εκδηλώνονται, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας καταγράφει τις πληροφορίες που παρέχονται, σχηματίζοντας τη διάγνωση. Η ψυχιατρική νοσηλευτική διάγνωση εστιάζεται στις νοητικές διεργασίες του ασθενούς, δεδομένου ότι αυτές επηρεάζουν τα πρότυπα αλληλεπίδρασης με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον και εν τέλει καθορίζουν την κατάσταση της ψυχικής του υγείας.

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας νοσηλευτών και ασθενών επιτυγχάνεται η σωστή αξιολόγηση και τελικά η ποιοτική παροχή φροντίδας στον ψυχικά πάσχοντα. (Σταθάρου, 2004)

4.11.1 Ψυχιατρική Νοσηλευτική Διάγνωση –Ορισμός –Σκοποί

Η ψυχιατρική νοσηλευτική πρακτική είναι μια σχέση επικεντρωμένη στον ασθενή και κυρίως στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και η νοσηλευτική διάγνωση καλείται να εκφράσει τις δυσκολίες αυτές. Σε άρθρο των Baker και Reynolds και Stevenson αναφέρεται πως «δεν πρέπει να σκεφτόμαστε τη νόσο, αλλά το άτομο που πάσχει από αυτή». Η διάγνωση προσδιορίζει σημεία και συμπτώματα του ασθενούς μέσα από την κλινική εκτίμηση και την αντικειμενική παρατήρηση. Έτσι, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στον σχεδιασμό φροντίδας του ψυχικά ασθενούς, καθώς βοηθά στη θέσπιση στόχων και παρεμβάσεων, βελτιώνοντας την επαγγελματική πρακτική διαμέσου της συνεχούς και πολλαπλής φροντίδας.

Τίθεται το ερώτημα αν μπορεί η νοσηλευτική διάγνωση να εκφράσει τις δυσκολίες και τα προβλήματα του ψυχικά ασθενούς, δεδομένης της ασάφειας των συμπτωμάτων και των δυσκολιών στην έκφραση τους από τον ίδιο. Για να είναι χρήσιμη μια ψυχιατρική νοσηλευτική διάγνωση πρέπει να καθορίσει την κατάσταση του ασθενούς και να κατευθύνει τις παρεμβάσεις. Για να καθορισθεί το πότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί, θα πρέπει να ερμηνευθούν τα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα, καθώς και οι αντιλήψεις του ασθενούς. Οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να τις διαφοροποιήσουν, δεδομένου ότι η ψυχική νόσος από τη φύση της είναι αφηρημένη και οι παρεμβάσεις δύσκολα προσδιορίζονται. Μια διάγνωση πρέπει να είναι σαφής και σημαντική σε όλες τις περιοχές φροντίδας. Ο ψυχικά ασθενής έχει άλλες ξεχωριστές αντιδράσεις και ο νοσηλευτής καλείται να τις προσδιορίσει. Η ψυχιατρική νοσηλευτική διάγνωση εστιάζεται στις ψυχικές διεργασίες του ασθενούς (σκέψη, αντίληψη, προσοχή, κρίση, συναίσθημα), δεδομένου ότι αυτές επηρεάζουν την αλληλεπίδραση του με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον και τελικά καθορίζουν την κατάσταση της ψυχικής υγείας του. (Σταθάρου, 2004)

4.11.2 Η χρήση της θεωρίας και της διάγνωσης

Στόχος της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον ασθενή να κινητοποιήσει τα υγιή κομμάτια του εαυτού του για προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας του, καθώς αποτελεί έναν ειδικό τομέα της Κλινικής Νοσηλευτικής που χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα θεωριών της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Οι θεωρίες σχετικά με την Ψυχιατρική Νοσηλευτική προέρχονται από διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της φροντίδας, βιολογικές, πολιτιστικές, περιβαλλοντικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές επιστήμες και δημιουργούν τη βάση για ψυχιατρική παρέμβαση. Η χρήση των θεωριών και των διαγνώσεων οδηγεί τον νοσηλευτή σε ένα πρακτικό σχέδιο φροντίδας και συντελεί στην επικοινωνία βάσει όλων των προτεραιοτήτων που προέχουν

Ένα σημαντικό ζήτημα που πρέπει να εξεταστεί είναι η σπουδαιότητα επικοινωνίας του νοσηλευτή/θεραπευτή και ασθενούς. Τα ηθικά ζητήματα γίνονται πιο προεξέχοντα όταν υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας. Οι επακόλουθες παρανοήσεις οδηγούν στην έλλειψη σεβασμού των προσώπων, των οποίων οι πολιτιστικές αξίες είναι διαφορετικές από κάποιου άλλου και πραγματικά μπορούν να προκαλέσουν βλάβη. Για τη βελτίωση της επικοινωνίας και της νοσηλευτικής φροντίδας και επομένως για τη μείωση των ηθικών συγκρούσεων, πρέπει να αναγνωριστούν οι αξίες και οι πεποιθήσεις, οι οποίες ποικίλλουν μεταξύ διάφορων πολιτισμών, αλλά και μέσα στους ίδιους τους πολιτισμούς, και να εντοπιστούν μέσα σε πλαίσια ιστορικά, υγειονομικής περίθαλψης, πολιτιστικά, πνευματικά, θρησκευτικά. Απαραίτητη κρίνεται η διερεύνηση της γλώσσας, συνηθειών/εθίμων, πεποιθήσεων και αξιών των πολιτιστικών ομάδων, ειδικά αυτών των ασθενών που αξιολογούνται, όπως και το να γίνουν αντιληπτές οι μη λεκτικές επικοινωνίες των διάφορων πολιτισμών, δηλ. οι προσωπικές προτιμήσεις, η γλώσσα του σώματος, ο τύπος της εξωτερικής εμφάνισης. Επιπλέον, πρέπει να εντοπιστούν οι βιοπολιτιστικές διαφορές που εμφανίζονται στους τύπους ασθενειών, στην απαντητικότητα στα φάρμακα και στους τύπους υγειονομικής περίθαλψης. (Σταθάρου, 2004)

4.11.3 Η τέχνη της επικοινωνίας στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας

Η επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς καθορίζεται από λεκτικές και μη λεκτικές αλληλεπιδράσεις. Στη λεκτική επικοινωνία χρησιμοποιούνται οι υποκειμενικές πληροφορίες του ασθενούς. Στη μη λεκτική επικοινωνία ο νοσηλευτής με την κλινική του εμπειρία ερμηνεύει τη γλώσσα του σώματος του ασθενούς και τη συμβολική της αλληλεπίδραση. Αυτές οι υποκειμενικές πληροφορίες, οι οποίες είναι σύνθετες στην έννοια τους, απαιτούν επαγγελματική ικανότητα στην ερμηνεία τους. Η αποτελεσματική επικοινωνία οδηγεί στην πληρέστερη κατανόηση των περιστατικών, στην ορθότερη αξιολόγηση και τελικά σε ποιοτική παροχή φροντίδας στον ψυχιατρικό ασθενή. Η εστίαση γίνεται σε όλες τις πλευρές της καθημερινής ζωής από το υπάρχον πρόβλημα που τις επηρεάζει και όχι σε αυτό που σκέφτεται το διαταραγμένο άτομο. Η ποικιλομορφία στις περιγραφές και το λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται είναι ανάλογη του μορφωτικού επίπεδου του ασθενούς και ο τρόπος που βιώνει και εκφράζει τα συμπτώματά του, σχετίζεται με την μεταβαλλόμενη εμπειρία του λόγω της έντονης ανησυχίας για τη νόσο και την επίδραση αυτής, αλλά και της σύγχυσης στην αντίληψη του εαυτού και του κόσμου. Επίσης, σχετίζεται με τις οποιοσδήποτε αλλαγές στην ικανότητά του να ανακαλέσει και να αναθεωρήσει περιστάσεις από την εμπειρία της ανησυχίας, μέσα στα πλαίσια των προσωπικών συστημάτων αξιών ή μέσα σε κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια.

Οι διαγνώσεις και οι πιθανές προβληματικές καταστάσεις προκύπτουν από τα στοιχεία της αξιολόγησης. Η αξιολόγηση προσδιορίζει τις διαπροσωπικές, συστηματικές ή περιβαλλοντικές περιστάσεις που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του ατόμου, της οικογένειας ή της ομάδας, ενώ η διάγνωση βασίζεται σε ένα αποδεκτό πλαίσιο το οποίο υποστηρίζει την ψυχιατρική νοσηλευτική γνώση και κρίση που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση δεδομένων. Διαγνώσεις και παράγοντες επικυρώνονται με τους ασθενείς και άλλους θεραπευτές, όταν είναι απαραίτητο και δυνατό, και προσδιορίζουν πραγματικά ή πιθανά προβλήματα υγείας των ασθενών σχετικά με την διατήρηση της υγείας και την πρόληψη της ψυχικής νόσου. Επίσης, προσδιορίζουν αυτοπεριορισμούς ή μειωμένη λειτουργικότητα σχετικά με την ψυχική και συναισθηματική ψυχοπιεστική κατάσταση, καθορίζουν ελλείμματα στη

λειτουργία σημαντικών βιολογικών, συναισθηματικών και γνωστικών συστημάτων, όπως και αλλαγές στην εικόνα εαυτού και σώματος, αναπτυξιακά ζητήματα και αλλαγές διαδικασίας ζωής. Επιπλέον, εντοπίζονται η συναισθηματική κρίση ή πίεση της νόσου, του πόνου, της ανικανότητας, προβλήματα σχετικά με συναισθήματα, όπως άγχος, επιθετικότητα, θλίψη, μοναξιά, φυσικά συμπτώματα που εμφανίζονται μετά τις αλλαγές στη λειτουργία, σκέψη, αντίληψη, συμβολισμό, επικοινωνία και λήψη αποφάσεων, όπως και δυσλειτουργικές συμπεριφορές. Τέλος, προσδιορίζουν διαπροσωπικές, κοινωνικοπολιτισμικές, πνευματικές περιστάσεις ή γεγονότα που έχουν μια επίδραση στην ψυχική ή συναισθηματική υγεία του ατόμου, της οικογένειας ή της ομάδας, όπως και σε άλλες πτυχές της θεραπευτικής επεξεργασίας (επεξεργασία συμπτώματος, παρενέργειες, τοξικότητα). Όλα τα παραπάνω αποτελούν τα κριτήρια μέτρησης της ψυχιατρικής νοσηλευτικής διάγνωσης. (Σταθάρου, 2004)

4.12 Προβλήματα στην επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενούς.

Υπάρχουν ορισμένες τεχνικές που παρεμποδίζουν τη θετική και οικοδομητική επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ψυχικά άρρωστο και την οικογένειά του και θα πρέπει να αποφεύγονται

- Μετάβαση από τον νοσηλευτή στον άρρωστο συναισθήματα όπως άγχος, θυμό κριτική, αρνητισμό, μόνωση. Επιδρούν αρνητικά στον άρρωστο και προκαλούν απόσυρση του από την επικοινωνία.
- Δημιουργία εντύπωσης ότι ο νοσηλευτής είναι απασχολημένος, δεν έχει χρόνο να ακούσει τον άρρωστο ή δεν δίνει επαρκή χρόνο για μια απάντηση και περιορίζει την επικοινωνία σε επιφανειακά θέματα
- Χρησιμοποιεί ακατάλληλο λεξιλόγιο πχ. ακατανόητους όρους ή χρήση μεγάλων προτάσεων
- Παροχή άσχετων πληροφοριών, η πρόωρη ερμηνεία των λεγόμενων του αρρώστου ή η αναφορά σπουδαίων πραγμάτων όταν ο άρρωστος έχει άγχος και είναι εκνευρισμένος παρεμποδίζουν την λύση του προβλήματος εκ μέρους του αρρώστου.

- Εντυπωσιακές εκφράσεις με ανεδαφική καθυσύχαση ότι όλα θα πάνε καλά. Αυτά εκλαμβάνονται ως έλλειψη κατανόησης και ως υποτίμηση των προσωπικών του συναισθημάτων
- Αυτόματες βιαστικές απαντήσεις, προβολή προσωπικών απόψεων και απόρριψη ιδεών ή συμπεριφοράς του ασθενούς αυξάνουν την μόνωση και αποξένωσή του.
- Συχνές συμβουλές και οδηγίες, λέγοντας στον άρρωστο τι να κάνει. Αυτά διατηρούν τον άρρωστο εξαρτημένο από τον νοσηλευτή.
- Προκλητικές, και επίμονες ερωτήσεις. Αναγκάζουν τον άρρωστο να αμυνθεί και να μην δίνει ειλικρινείς απαντήσεις.
- Απαίτηση εξηγήσεων και αποδείξεων για θέματα συναισθηματικά και ερωτήσεις που ξεκινούν με το γιατί τον αναγκάζουν να επινοήσει λόγους και αιτίες και σε ελλιπείς απαντήσεις.
- Υποτίμηση συναισθημάτων του λέγοντας του ότι και άλλοι αισθάνονται έτσι. Ερμηνεύεται σαν έλλειψη κατανόησης.
- Άρνηση ή μη παραδοχή ότι ο άρρωστος έχει κάποιο πρόβλημα.
- Διακοπή ή απότομη αλλαγή θέματος που συζητείται με τον άρρωστο. Ανακόπτει τη ροή και τον αυθορμητισμό του αρρώστου και τον κάνει συγχετικό.
- Έντονη υπεράσπιση κάποιου από το προσωπικό τον οποίο κατηγορεί ο άρρωστος. Δείχνει άρνηση των συναισθημάτων του και εμπειριών του. (Ραγιά, 2007)

Ένα ζήτημα που πρέπει να εξεταστεί και που αφορά τα μέλη του μη ψυχιατρικού προσωπικού σε σχέση με τις επαγγελματικές τους αρμοδιότητες και τα καθήκοντά τους προς τους ασθενείς, είναι η ιδιότητα τους ως δημόσιος υπάλληλος. Σε έναν πολιτισμό όπου η ποιότητα της απόδοσης στην εργασία δεν υπολογίζεται αναγκαστικά με βάση τη γενικότερη εκτίμηση του εαυτού, ο θεσμός της μονιμότητας στις δημόσιες υπηρεσίες δημιουργεί ένα εργασιακό περιβάλλον από το οποίο λείπουν τα κίνητρα για απόδοση. Παρόλο που τα πολλά μέλη του προσωπικού ενός

ψυχιατρείου είναι όντως αφοσιωμένα στο έργο τους και ασχολούνται με τα καθήκοντά τους, υπάρχουν επίσης περιπτώσεις πολλών που δεν συμμετέχουν τόσο και που κάνουν ελάχιστα πράγματα πάνω και πέρα από τα στενώς και πέρα από τα στενώς καθορισμένα καθήκοντά τους. Για τους υπαλλήλους των δημόσιων νοσοκομείων, η επαγγελματική τους απόδοση είναι απλώς ο τρόπος με τον οποίο εξασφαλίζουν ένα εισόδημα, δεν αποτελεί αναγκαστικά μέτρο για την αξιολόγηση του εαυτού. Ακριβώς επειδή έχουν την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου, είναι δύσκολο να απολυθούν, ανεξάρτητα από την ποιότητα της απόδοσης τους. Πέρα από τις στοιχειώδεις προσδοκίες, τα επαγγελματικά και προσωπικά κίνητρα να εργαστεί κανείς με τους ασθενείς είναι ελάχιστα, γεγονός που δεν συμβάλλει βέβαια στην πρόοδο ή την εμφάνιση των καινοτομιών στον τομέα της θεραπείας. (Μπλου, 1999)

4.13 Διαθεσιμότητα για θεραπευτική σχέση αντί για περιοριστικά μέτρα. Ο ρόλος των νοσηλευτών

Τα περιοριστικά μέτρα εξακολουθούν να αποτελούν μια πάγια καθημερινή πρακτική στις μονάδες ψυχιατρικής νοσηλείας που τελείται με ένα φυσικό και αυτονόητο τρόπο, καθορισμένο από μια μακρά παράδοση του ψυχιατρικού θεσμού, καταπατώντας δικαιώματα και αξιοπρέπεια ψυχικά ασθενών.

Το ψυχιατρείο χρησιμοποιείται για όλα τα περιστατικά που κρίνονται κοινωνικά επικίνδυνα, ανεπιθύμητα ή μη αντιμετωπίσιμα από άλλες υπηρεσίες.

Οξύ περιστατικό, κατάσταση κρίσης, επείγον, είναι μερικοί από τους χαρακτηρισμούς που αποδίδονται στον πληθυσμό των νεοεισερχομένων του ψυχιατρείου. Στη συντριπτική πλειονότητα τους είναι ακούσιες νοσηλείες, με έντονο το βίωμα του καταναγκασμού, του ξεριζώματος από το οικείο περιβάλλον, της βίαιης απομάκρυνσης και μεταφοράς από τις δικωτικές αρχές, της στέρησης δικαιωμάτων.

Κάθε βίαιο επεισόδιο που συμβαίνει σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα, αποδίδεται αμέσως στην αρρώστια του ασθενή, την υποτιθέμενη μοναδική αιτία των

απρόβλεπτων συμπεριφορών εκεί και η αντιμετώπιση του στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι μια παγιωμένη τακτική που ακολουθείται.

Στον ιδρυματικό χώρο, όπου η μη κανονικότητα είναι κανονιστική, ο απείθαρχος ή μη ισορροπημένος ή ενοχλητικός ασθενής γίνεται ανεκτός και δικαιολογείται σύμφωνα με τα στερεότυπα της ψυχικής αρρώστιας. (Μοναχού, 2008)

Οι μη κανονικές και ανεξέλεγκτες παρορμήσεις της αρρώστιας θεωρούν ότι εξηγούν επαρκώς τα πράγματα, ωστόσο η προσέγγιση αυτή είναι αρκετά μονομερής. Η εκδήλωση βίας είναι ένα φαινόμενο πολυδιάστατο στο οποίο εμπλέκονται πολλοί παράγοντες. Αν έρθουμε πιο κοντά στον ασθενή, αν τον δούμε σαν ένα άτομο που βίαια έχει αποσπαστεί από την κοινωνική πραγματικότητα όπου κάποτε ανήκε, εγκλωβισμένο σε ένα κλειστό ίδρυμα που του προσδίδει μόνο ένα παθητικό ρόλο, τότε το ίδιο το ίδρυμα εμπλέκεται στην συμπεριφορά του. Δεν μπορεί λοιπόν αυτή η συμπεριφορά να ιδωθεί ξέχωρα από την συνολική λειτουργία της ψυχιατρικής μονάδας η οποία στο βαθμό που παραμένει μια «κλειστού χαρακτήρα» δομή, δεν παύει να παράγει βία. Όταν ένα άτομο σε κρίση φτάνει στο ψυχιατρείο ακούσια, συνοδεία αστυνομικών, έχει ήδη βιώσει μια πολύ σημαντική απώλεια της ελευθερίας του και συχνά έχει αντιμετωπίσει κάποιας μορφής βίας, είτε από οικείο περιβάλλον είτε από την αστυνομία. Επομένως η ακούσια εισαγωγή σε συνδυασμό με ένα αυστηρά κλειστό τμήμα, στο οποίο επικρατεί ένα φυλακτικό αντί για θεραπευτικό μοντέλο αντιμετώπισης, επηρεάζει αναμφίβολα την συμπεριφορά των νοσηλευομένων.

Μειώνει την αυτονομία και τα κοινωνικά ερεθίσματα, ενθαρρύνει την απραξία και την κοινωνική απόσυρση, ο ασθενής νοιώθει να επαληθεύονται οι φόβοι του, ενώ μένει μόνος του, μετέωρος χωρίς στηρίγματα και τρόπο να αμυνθεί και να επηρεάσει με οποιοδήποτε τρόπο τις εξελίξεις, έχοντας απέναντι του ένα απρόσωπο σύστημα.

Αυτό είναι το μήνυμα και η λογική του κλειστού ιδρύματος οπότε δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις και καμία δυνατότητα αυτόνομης συμπεριφοράς, οπότε οι θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι περισσότερο τιμωρητές και όχι θεραπευτικές.

Αντίθετα έχει παρατηρηθεί ότι σε συνθήκες ανοιχτές, ασθενείς σε ψυχοκινητική διέγερση που αντιμετωπίζονται σε ένα περιβάλλον ανοιχτό με την ευρύτερη έννοια

του όρου, χωρίς να βομβαρδίζονται από ερεθίσματα που καλλιεργούν τον φόβο ή την απειλή, δεν είναι ή δεν γίνονται βίαιοι. (Μοναχού, 2008)

Η ύπαρξη ενός τμήματος που λειτουργεί με ανοιχτή πόρτα δίνει την δυνατότητα στην θεραπευτική ομάδα να καλλιεργήσει στον ασθενή ένα αίσθημα ελευθερίας στον χώρο που καταναγκαστικά εισήχθη. Σε αυτό το περιβάλλον ο ασθενής δεν νοιώθει εγκλωβισμένος, κατανοεί και αποδέχεται την αναγκαιότητα της νοσηλείας του, γεγονός το οποίο αποτελεί βασικό παράγοντα για την θεραπεία του.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο όταν όλο το προσωπικό της κλινικής συμπεριφέρεται στον ασθενή με σεβασμό, προσφέρει αξιοπρεπή φροντίδα και τον αντιμετωπίζει ως ολοκληρωμένο άνθρωπο και όχι σαν μια νοσολογική οντότητα ή ένα σύνολο ψυχιατρικών συμπτωμάτων.

Άρα εύκολα συμπεραίνεται ότι πολλές φορές η συμπεριφορά των ασθενών δεν μπορεί να εξηγηθεί με μόνη αναφορά στην ψυχοπαθολογία τους, αλλά είναι αποτέλεσμα μιας αρνητικής στάσης σαν απάντηση τους στους περιβαλλοντικούς δομικούς περιορισμούς, και της αλληλεπίδρασης τους με το προσωπικό.

Τον Αύγουστο του 2004 πραγματοποιήθηκε η έναρξη της λειτουργίας του 9^{ου} ΨΤΕ στο ΨΝΑ. Στόχος του τμήματος ήταν η εφαρμογή ενός διαφορετικού μοντέλου ψυχιατρικής περίθαλψης, που να διαφέρει από την περιοριστική φύση του κλειστού τμήματος. Η λειτουργία του στηρίχθηκε στην αρχή της «ανοιχτής πόρτας» καθώς επίσης και στην αποφυγή της «μηχανικής καθήλωσης» και κάθε περιοριστικού μέτρου. Και τα δύο αυτά στοιχεία, λειτουργούν στην εφαρμογή τους ως συμβολικές εκφράσεις μιας εναλλακτικής προσέγγισης. Το 9^ο ΨΤΕ στα αρχικά του βήματα στελεχώθηκε με προσωπικό όλων των ειδικοτήτων, δημιουργώντας θεραπευτικές ομάδες και αντιμετωπίζοντας όλες τις δυσκολίες που επέφερε μια τέτοια οργάνωση εξαιτίας των διαφορετικών απόψεων, σκέψεων, αντιλήψεων και επιπλέον λόγω της έλλειψης εμπειρίας μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού στον ψυχιατρικό τομέα.

Ως εκ τούτου στο νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργήθηκε από την αρχή έντονος προβληματισμός, αγωνία και ανασφάλεια για το κατά πόσο η λειτουργία του νέου τμήματος θα μπορούσε να καταστεί εφικτή με τις υπάρχουσες συνθήκες.

Ο γενικότερος αυτός προβληματισμός επικεντρώθηκε κυρίως στο αίσθημα ευθύνης ως προς τις ενδεχόμενες φυγές των ασθενών και προς τον τρόπο

αντιμετώπισης των βίαιων περιστατικών. Υπήρξαν πολλές αντιστάσεις, προκαταλήψεις και αμφισβήτηση του μοντέλου λειτουργίας του τμήματος σχετικά με το τι θα συμβεί αν ο ασθενής που ήρθε με εισαγγελική εντολή θελήσει να φύγει, αν αρχίσει να γίνεται βίαιος και επιθετικός ή να ζητάει και ο ίδιος να καθηλωθεί, μήπως αυτό επιβαρύνει το ήδη φορτωμένο πρόγραμμα των νοσηλευτών. Όλοι αυτοί ήταν κάποιοι από τους προβληματισμούς που καλλιεργούσε και διαρκώς αναπαρήγαγε η ιδρυματική λειτουργία. Χρειάστηκε διαρκής προσπάθεια να μάθουμε και να αλλάξουμε στάσεις μέσα από την εμπειρία και την επεξεργασία της, να συνειδητοποιήσουμε ότι επιθετικότητα και ψυχική νόσος δεν είναι έννοιες ταυτόσημες και ότι μια βίαιη συμπεριφορά πολλές φορές εκδηλώνεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, άρα είναι κάτι που μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί χωρίς περιορισμούς, εντάσεις και ασυλιακές πρακτικές. Χρειάστηκε αρκετή δουλειά για να καταλάβουμε ότι η ανοιχτή πόρτα μπορεί να λειτουργήσει μόνο σε συνδυασμό με μια αλλαγή της κουλτούρας, της νοοτροπίας και στάσης μας απέναντι στη διαφορετικότητα του καθένα. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αντιστοιχεί σε μια στάση αδιαφορίας ως προς τον ασθενή και απαιτεί συνεχή διαθεσιμότητα και εγρήγορση από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού για να αποφευχθούν τυχόν φυγές. Μόνο μέσα από την συζήτηση, την συγκρότηση και λειτουργία θεραπευτικής ομάδας στην κατεύθυνση της οριζοντιοποίησης των σχέσεων στο εσωτερικό της, την προσπάθεια για ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ όλων των μελών της ομάδας, ξεπεράστηκαν τα φοβικά σύνδρομα. (Μοναχού, 2008)

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικός από την πρώτη στιγμή της υποδοχής του νέου ασθενή στο τμήμα. Είναι μια στιγμή που μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στον τρόπο που προσλαμβάνει ο ασθενής την ψυχιατρική υπηρεσία, στην σχέση που αναμένεται να εγκαθιδρυθεί και στα αποτελέσματα που προσδοκούνται.

Είναι λοιπόν σημαντικό να επιδιώκεται η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή που θα τον βοηθήσει να αισθανθεί ότι βρίσκεται σε ασφαλές περιβάλλον. Πρέπει να του αφιερωθεί χρόνος να προσανατολιστεί και να κινηθεί στον χώρο του τμήματος, να αντιληφθεί και να κατανοήσει την προσοχή που του απευθύνεται.

Είναι βασικό να πλησιάσουμε τον ασθενή, να ακούσουμε την ιστορία του, να μάθουμε για τη ζωή του, πως έφτασε στο ψυχιατρείο. Αυτή η ερώτηση είναι πολύ σημαντική γιατί, αν το συνειδητοποιήσουμε πολλές φορές έχουμε 30 άτομα μέσα στο τμήμα και δεν ξέρουμε για ποιόν λόγο έχουν νοσηλευθεί.

Γιατί η οργάνωση είναι φτιαγμένη με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε οι ιστορίες των ανθρώπων δεν μας ενδιαφέρουν ή θεωρούμε ότι δεν είναι αντικείμενο της δουλειάς μας. Ο πόνος αυτών των ανθρώπων, που τους έφερε σε αυτό το σημείο έρχεται σε δεύτερο επίπεδο. Αυτό που έχει πρωταρχική σημασία λοιπόν, είναι να είμαστε χωρίς δυσκολία προσβάσιμοι, να βρίσκουμε πάντα χρόνο έστω και λίγο να ακούσουμε τον ασθενή, να επικοινωνήσουμε μαζί του. Το περιεχόμενο της επικοινωνίας πρέπει να χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα, γνησιότητα, ειλικρίνεια, από μια αλληλεπίδραση στην οποία είμαστε ο εαυτός μας. Η επικοινωνία με τον άλλον θεμελιώνεται στη θεραπευτική σχέση, αποτελεί έκφραση της θεραπευτικής σχέσης.

Επίσης πρέπει να αναγνωρίζουμε, να κατανοούμε και να απαντάμε σε αιτήματα και επιθυμίες του, τόσο αυτών που προκύπτουν από τη διαβίωση του στο τμήμα, όσο και αυτών που συνδέονται με τη μορφή και το περιεχόμενο της ψυχικής του διαταραχής, με την εφαρμογή ατομικού θεραπευτικού προγράμματος όπου λαμβάνονται υπόψη οι διαφορές, οι δυσκολίες και οι ανάγκες του κάθε ατόμου. Είναι σημαντικό να απευθυνόμαστε με σεβασμό στο πρόσωπο του ασθενή, με τρόπο που να λειτουργεί παιδαγωγικά στην συμπεριφορά του αποφεύγοντας χαρακτηρισμούς και μειωτικές συμπεριφορές, ειρωνικές, αυταρχικές, εξουσιαστικές. Στις περισσότερες των περιπτώσεων η αξιοπρεπής και με σεβασμό συμπεριφορά αξιολογείται θετικά από τους ίδιους τους ασθενείς και προσδιορίζει και τη δική τους συμπεριφορά.

Γενικά η θεραπευτική φροντίδα των ψυχικά πασχόντων πρέπει να τείνει σε πρακτικές που τους εξασφαλίζουν την αποφυγή της απώλειας των δικαιωμάτων τους και των κοινωνικών τους ρόλων, της αξιοπρέπειας και της εξουσίας που πρέπει να έχουν για την άσκηση αυτών των ρόλων.(συναισθηματικών, σχεσιακών, οικογενειακών, εργασιακών)

Η προσαρμογή της λειτουργίας στις ιδιαίτερες ανάγκες των νοσηλευομένων δεν σημαίνει ότι μερικές φορές, σε περιπτώσεις εμφάνισης από τον ασθενή ακραίων συμπεριφορών, δεν αναγνωρίζουμε την ανάγκη για μια πιο αυστηρή οριοθέτηση συμπεριφορών, εξαιτίας των οποίων αναδύονται διαφόρων ειδών κίνδυνοι, με στόχο

πάντα την προστασία των νοσηλευομένων. Θα υπάρξει λοιπόν η ανάγκη να ασκηθεί μια πιο αυστηρή και επιτακτική ρύθμιση για τον ασθενή, αλλά ακόμα και σε αυτή την περίπτωση η διαπραγμάτευση θα πρέπει να συνεχίζεται, με την πιθανότητα ο ασθενής να γίνει συμμετοχός σε αυτή την πιο αυστηρή διαχείριση.

Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να ληφθούν κάποια μέτρα, όπως απαγόρευση της εξόδου από το τμήμα, περιορισμός των επαφών με την οικογένεια, φαρμακευτική καταστολή. Αλλά το σημαντικό είναι ότι η ποιότητα των ενεργειών περνάει από μια προσωπική σχέση με τον λειτουργό, που παρακολουθεί, βοηθάει και συνοδεύει τον ψυχικά πάσχοντα. (Μοναχού, 2008)

Είναι επομένως ανάγκη να δημιουργηθούν σχέσεις εμπιστοσύνης σε ισότιμη βάση, ενάντια σε μια λογική εκφοβισμού και καταπίεσης, αντί για διαπραγμάτευση και σε αυτό ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι στρατηγικής σημασίας.

Μόνο αν μπούμε σε μια πρακτική που προσπαθεί να κατανοήσει και ικανοποιήσει τις ανάγκες του κάθε ασθενή στην ιδιαιτερότητα του, να του παράσχει τα μέσα και να τον κάνει ικανό να ζήσει μέσα στην κοινωνία, μόνο τότε μπαίνουμε σε μια πορεία να ξεπεράσουμε τον ρόλο μας, να αναπτύξουμε πρωτοβουλία και να δώσουμε θεραπευτικές απαντήσεις. Γιατί τελικά, για να δουλέψουμε με τον άνθρωπο που υποφέρει με ψυχιατρικά νοσήματα, προβλήματα, τελικά συνειδητοποιούμε ότι είναι θέμα κουλτούρας.

Συνειδητοποιούμε ότι δεν αρκεί απλά να ανοίξουμε τις πόρτες, όταν το άσυλο εξακολουθεί να είναι μέσα στο μυαλό μας, μέσα στην σκέψη μας. Επομένως οπουδήποτε και αν βρεθούμε η συμπεριφορά, αν είναι η ασυλική συμπεριφορά αυτή που ξέρουμε, δεν είναι καθόλου δύσκολο να την γεννάμε κάθε φορά.

Άρα η ανοιχτή πόρτα αποκτά μια συμβολική αξία, γίνεται ένα κλειδί για την κατανόηση του τι σημαίνει η πόρτα, η απομόνωση και ο αποκλεισμός των ασθενών στην κοινωνία μας.

Ανοιχτή πόρτα, υποδοχή, διαθεσιμότητα, πραγματικός σεβασμός, κατανόηση και απάντηση στις ανάγκες, ατομικό θεραπευτικό πλάνο, διαπραγμάτευση και όχι επιβολή, κοινοτικές υπηρεσίες ριζικά εναλλακτικές στον ιδρυματικό εγκλεισμό, οικοδόμηση μιας δεσμευμένης σε λογικές χειραφέτησης θεραπευτικής ομάδας με κατεύθυνση τις κατά το δυνατό πιο οριζόντιες σχέσεις λειτουργίας και συνεργασίας,

αποτελούν μερικούς από τους όρους για το ξεπέραςμα της ιδρυματικής βίας και της ψυχιατρικής των αλυσίδων που έγιναν «μάντες».

Τέλος όσο περισσότερο η θεραπευτική ομάδα υιοθετεί ως κουλτούρα και παλεύει για τη δημιουργία των όρων για την κατάργηση των περιοριστικών μέτρων, τόσο περισσότερο είναι δυνατή η αποφυγή τους και εν τέλει η κατάργηση τους στην καθημερινή πράξη. (Μοναχού, 2008)

4.14 Θεραπευτική ομαδική επικοινωνία

Η σύγχρονη Ψυχιατρική ολοένα και περισσότερο χρησιμοποιεί την ομαδική ψυχοθεραπεία. Αυτό κυρίως συμβαίνει γιατί η ψυχιατρική συμπτωματολογία εκδηλώνεται κυρίως μεταξύ των ενδοπροσωπικών, διαπροσωπικών και των διομαδικών μεταβλητών. Κλινικές παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι η ψυχική λειτουργία και συμπεριφορά μπορούν να βελτιωθούν με τις αμοιβαίες ψυχολογικές επιδράσεις πολλών προσώπων. Η ομάδα διαθέτει κριτήρια επαλήθευσης από πολλές πηγές για μια λανθασμένη ή διαταραγμένη σκέψη. Ένας άρρωστος μπορεί να εξωτερικεύσει τις διαταραγμένες του σκέψεις σε συνασθενείς του πρώτα, ενώ δίνει την ευκαιρία να δοκιμάσουν τα μέλη τους νέου τρόπους δημιουργίας σχέσεων μέσα στο ασφαλές περιβάλλον της ομάδας.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε ιδιαίτερα από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και μετά γιατί δεν υπήρχαν πολλοί ψυχίατροι και ψυχολόγοι εκείνη την εποχή και γιατί ήταν πολλές οι ψυχικές διαταραχές που είχαν τα θύματα του πολέμου.

Σημαντική βοήθεια αποτέλεσαν και αποτελούν οι εβδομαδιαίες συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας, στις οποίες αναλύονται το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα του κάθε ασθενή, οι κατάλληλοι χειρισμοί και το θεραπευτικό μοντέλο της κλινικής. Λειτουργεί όσο αυτό είναι εφικτό με συνθήκες «ανοιχτής δομής» προσπαθώντας να κατανοήσουμε τις θεραπευτικές ανάγκες των ασθενών, δημιουργώντας σχέσεις εμπιστοσύνης από την πρώτη στιγμή εισαγωγής τους στο τμήμα με στόχο την «πρόληψη» του επείγοντος και όχι την «εξόντωση» του.

Οι νοσηλευτές έχουν αμέτρητες ευκαιρίες να εφαρμόζουν ομαδική θεραπεία. Τα υψηλά επίπεδα του στρες, οι δυσκολίες στη διαπροσωπικές σχέσεις και η αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας θα συνεχίσουν να επηρεάζουν την ανάγκη των νοσηλευτών να εργάζονται με ομάδες ασθενών. Κύριος θεραπευτικός σκοπός της ομάδας είναι: η ανταλλαγή πληροφοριών και γνώμων, η συζήτηση εμπειριών και ιδεών, η ενστάλαξη της ελπίδας, η αντίληψη της γενικότητας ορισμένων προβλημάτων.

Για να δημιουργηθεί μια ομάδα με σκοπό την νοσηλευτική θεραπευτική εργασία πρέπει να ληφθούν ορισμένες αποφάσεις:

- Καθορισμός του σκοπού ομάδας. Πχ μάθηση αποτελεσματικών τρόπων επικοινωνίας και συνεργασίας, αυτοέκφραση με κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους, άσκηση στη λύση των προβλημάτων
- Μέγεθος και σύνθεση της ομάδας. Ομάδα με 10-15 μέλη θεωρείται κατάλληλη ώστε να συμμετέχουν και ο νοσηλευτής να προλαμβάνει και να παρατηρεί τις αντιδράσεις και τις σχέσεις όλων των μελών.
- Τόπος, ώρα, συχνότητα και διάρκεια συναντήσεων της ομάδας.

Μια άλλη διάσταση είναι η προσωπική συνάντηση του νοσηλευτή-αρχηγού της ομάδας με κάθε άρρωστο μέλος για να εκτιμήσει ανάγκες και συμπεριφορές. Οι άρρωστοι έχουν ανάγκη να ξέρουν τι θα τους προσφέρει η ομαδική θεραπεία και χρειάζονται πολλή ώρα για να εκφράσουν τις ελπίδες τους και να εξοικειωθούν με τους σκοπούς της ομάδας. Υπάρχουν τρεις φάσεις όπου πρέπει να περάσει η θεραπευτική ομάδα.

Αρχικά είναι η φάση του προσανατολισμού όπου γίνονται συμφωνίες για το πότε θα γίνουν οι συναντήσεις, τι ώρα και κάθε πότε αλλά, και ποιος θα είναι ο αρχηγός της ομάδας. Επίσης μπαίνουν κανόνες σχετικά με τους κανόνες συμπεριφοράς και ποια θα είναι τα δικαιώματα και οι ευθύνες του αρχηγού αλλά και των μελών. Σε αυτή τη φάση οι συζητήσεις είναι ουδέτερες και τυπικές είναι ευθύνη του νοσηλευτή-αρχηγού να ενθαρρύνει τη λεκτική εξωτερικευση των συναισθημάτων, να αρνείται να ελέγχει την ομάδα αλλά μόνο να την κατευθύνει, να τονίζει ότι αυτή είναι η ομάδα τους και ότι ο καθένας προσωπικά είναι υπεύθυνος για αυτήν. Αξιολογεί το επίπεδο του άγχους των μελών, και τους βοηθά να το

αντιμετωπίσουν χωρίς τη χρήση μηχανισμών άμυνας. Η εμπιστοσύνη θα αναπτυχθεί σιγά σιγά μέχρις ότου τα μέλη να αρχίσουν να αισθάνονται άνετα και ασφαλείς και να εκφράζουν τις απόψεις τους και εμπειρίες τους.

Η δεύτερη φάση είναι η φάση της συνεργασίας, τα μέλη αρχίζουν να μιλούν για τα προσωπικά τους προβλήματα, αναπτύσσουν μια αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και ευθύνη για την ατομική τους συμπεριφορά. Ακούν όσα τους λέγονται, πειραματίζονται με νέες συμπεριφορές και υποστηρίζουν τις θετικές αλλαγές μεταξύ τους. Συνεργάζονται για τη λύση των προβλημάτων τους και συγκρούσεων μεταξύ τους. Με την άμεση παρέμβαση όμως του αρχηγού, τα προβλήματα λύνονται επικοινωνιακά. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις του νοσηλευτή αρχηγού στη φάση συνεργασίας είναι:

- ✓ Επιδοκιμασία μιας πράξης ή στάσης
- ✓ Αποδοχή μιας στάσης ή σχέσης που αναγνωρίζει την αξία ενός προσώπου, χωρίς μηνύματα επιδοκιμασίας ιδιαίτερης συμπεριφοράς ή προσωπικής αγάπης
- ✓ Διευκρίνιση των λεγομένων ενός μέλους με επανάληψη της κύριας ιδέας από ένα άλλο μέλος
- ✓ Διερεύνηση των διάφορων απόψεων του θέματος της συζήτησης με επιδέξια κατεύθυνση
- ✓ Ερμηνεία του νοήματος ή της σημασίας μιας πληροφορίας.
- ✓ Παροχή πληροφοριών για τα δεδομένα ενός προβλήματος
- ✓ Ενθάρρυνση έκφρασης ιδεών και συναισθημάτων δείχνοντας ότι είναι επιτρεπτό και επιθυμητό να μιλούν τα μέλη για συναισθήματα και ιδέες.
- ✓ Ψυχολογική υποστήριξη με επιδοκιμασία ή αποδοχή
- ✓ Παρέμβαση που κατευθύνει ή αλλάζει τη συμπεριφορά.
- ✓ Ενίσχυση της συμμετοχής όλων των μελών.
- ✓ Κατανόηση ότι δείχνει να καταλαβαίνει τι λέει και το πώς αισθάνεται ο άρρωστος.

- ✓ Ακρόαση με επικέντρωση στην επικοινωνία κάθε αρρώστου, χωρίς να διακόπτεται.
- ✓ Ανακατεύθυνση των ερωτήσεων ώστε αυτές να δίνονται από τα μέλη.
- ✓ Διδασκαλία αρρώστου για να μάθουν απαραίτητα στοιχεία σχετικά με γεγονότα και κοινωνική συμπεριφορά
- ✓ Σιωπή με χρήση μη λεκτικών μηνυμάτων ή λίγων λέξεων
- ✓ Οργάνωση του περιεχόμενου της συνάντησης της ομάδας.
- ✓ Οριοθέτηση, δηλαδή πότε πρέπει να διακοπεί ή να περιορισθεί μια συμπεριφορά ή η ομιλία ενός ατόμου.

Καλό είναι σε αυτού του είδους της ομάδες οι νοσηλευτές να είναι ένας ή δύο γιατί έτσι οι ασθενείς λειτουργούν καλύτερα και αναπτύσσουν μια σχέση εμπιστοσύνης και δεν προβάλλουν αντίσταση αλλά ούτε και δοκιμάζουν το αίσθημα της απώλειας. Οι σκοποί του να υπάρχουν δύο νοσηλευτές είναι:

- Η θεραπεία να μην διακόπτεται όταν ο αρχηγός της ομάδας αρρωστήσει ή χρειαστεί να λείψει για κάποιο λόγο
- Το ηθικό του προσωπικού να ενισχύεται με την συμμετοχή του σε υπεύθυνη θεραπευτική εργασία.

Και η τελευταία φάση της θεραπευτικής ομάδας όπου ονομάζεται φάση λήξης όπου τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας έχουν σημειώσει κάποια πρόοδο για την κατανόηση των δυσκολιών τους και της επίλυσή τους, έχουν ρεαλιστική άποψη για τον εαυτό τους, εκδηλώνουν αμοιβαία υποστήριξη, αναπτύσσουν αποτελεσματικούς τρόπους διαπροσωπικής συναλλαγής σχετική με την αυτονομία τους και ανεξαρτησία τους.

Σε αυτή την φάση ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να προετοιμάσει την ομάδα για την ημέρα και την ώρα της αποχαιρετιστήριας συνάντησης, να βοηθήσει την ομάδα στην ανασκόπηση, στην περίληψη και την αξιολόγηση της ομαδικής εμπειρίας και να ενθαρρύνει τα μέλη της ομάδας να εκφράσουν τα θετικά ή αρνητικά συναισθήματά τους για τη λήξη της ομάδας μαζί με την αναγνώριση της μάθησης και της προόδου που πέτυχαν. (Ραγιά, 2007)

4.15 Ψυχοθεραπεία μέσω τέχνης

Περιλαμβάνονται τρεις κυρίως μορφές: η εικαστική θεραπεία (art therapy), η δραματοθεραπεία (drama therapy), και η μουσικοθεραπεία, οι οποίες χρησιμοποιούν τις εικαστικές τέχνες, τη θεατρική έκφραση και τη μουσική για να επιτευχθεί η αύξηση της εκφραστικότητας μέσω των μορφών της μη επικοινωνίας. Οι μορφές αυτές θεραπείας χρησιμοποιούν την τέχνη ως ένα τρόπο έκφρασης δύσκολα κατανοητών από το άτομο συναισθημάτων και βιωμάτων. Είναι υποστηρικτικές τεχνικές των οποίων η χρησιμότητα είναι αδιαμφισβήτητη αφού βοηθούν τους ασθενείς να εξωτερικεύσουν με αυτό τον τρόπο τα άγχη τους. Ο νοσηλευτής ενθαρύνει τον ασθενή να ασχοληθεί με την τέχνη που τον ευχαριστεί και να συμμετέχει μαζί του στην προσπάθειά του. (Χριστοδούλου, 2000)

4.16 Τηλεφωνική Συμβουλευτική Υπηρεσία

Υπάρχουν κέντρα παρέμβασης που προσφέρουν υπηρεσίες από το τηλέφωνο και λειτουργούν όλο το 24ωρο. Θα μπορούσαν να ονομαστούν και σταθμοί ψυχολογικών Πρώτων Βοηθειών. Το άτομο που τηλεφωνεί μπορεί να παραμείνει ανώνυμο. Η βοήθεια είναι άμεση και χωρίς χρηματική αμοιβή. Το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού είναι εθελοντές σε άμεση επικοινωνία με νοσηλεύτη και ψυχίατρο. Σκοπός είναι να δοθεί ανακούφιση και να προγραμματισθεί μια μακροπρόθεσμη παρακολούθηση αν χρειάζεται. Στον τηλεφωνικό κατάλογο της Αθήνας υπάρχει ανάμεσα στις υπηρεσίες άμεσης δράσης και η υπηρεσία:

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ «ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ»

ΤΗΛΕΦΩΝΟ 175(Ραγιά, 2007)

4.17 Ο Στιγματισμός του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή

Η ψυχιατρική νοσηλευτική αντιπροσωπεύει ένα ειδικό τομέα της νοσηλευτικής, που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού ως κύριου μέσου για την σύναψη θεραπευτικών σχέσεων. Είναι δηλαδή, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής εκείνος ο νοσηλευτής που έχει τις γνώσεις, την εμπειρία και τις δεξιότητες για την κατανόηση των αναγκών του ψυχικά πάσχοντα και έχει επιπλέον τις εκάστοτε αναγκαίες απαντήσεις στην ιδιαιτερότητα της περίθαλψης και της φροντίδας του, μέσα από την θεραπευτική σχέση και την εφαρμογή ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου.

Θεωρείται επίσης, και η διεθνής πρακτική, έχει δείξει, ότι ο ψυχιατρικός νοσηλευτής μπορεί να εργαστεί και στα τρία επίπεδα ψυχιατρικής υγειονομικής περίθαλψης και σε όλων των ειδών τις δομές και τις μονάδες ψυχικής υγείας, όπως σε κέντρο ψυχικής υγείας, σε ψυχιατρικό τομέα του γενικού νοσοκομείου, στο ψυχιατρείο, στεγαστικές δομές κλπ.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής του σήμερα με τις επιστημονικές γνώσεις, τις ειδικές τεχνικές και τις αναπτυγμένες δεξιότητες μπορεί να αφήσει πίσω του τον πρακτικό νοσοκόμο του παλαιού ψυχιατρείου με τις περιορισμένες γνώσεις και τον φόβο για τον ψυχικά πάσχοντα. (Μοσχονάς, 2009)

Αυτό όμως που δεν μπορεί να αφήσει πίσω του είναι η ίδια η πραγματικότητα. Μια πραγματικότητα που τον φέρνει καθημερινά αντιμέτωπο όχι μόνο με τις δυσκολίες που είναι σύμφυτες με την ψυχική νόσο, αλλά και με την ανεπάρκεια των υπηρεσιών υγείας, με τα ράντζα στα ψυχιατρικά τμήματα εισαγωγών, τις αυξανόμενες ανάγκες παροχής εξειδικευμένης φροντίδας, τις μειωμένες προσλήψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, την εξάντληση από την φυσική και ψυχική κόπωση των ψυχιατρικών νοσηλευτών και τελικά την ανυποληψία του στιγματισμού και την προκατάληψη, που διέπει ακόμα και σήμερα το χώρο της ψυχικής υγείας.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής εξακολουθεί να παλεύει, ακόμα και σήμερα, για να απαγκιστρωθεί από το ρόλο του φύλακα των ψυχικά πασχόντων.

Είναι πάνω από έναν αιώνα, που ο ψυχιατρικός νοσηλευτής από τον ανεκπαιδευτο νοσοκόμο του παλιού ψυχιατρείου του χτες, έως τον ειδικευμένο νοσηλευτή του σήμερα, που είναι σαφώς εξοπλισμένος με περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες, δίνει τη δική του μάχη για την ψυχική υγεία και τον ψυχικά πάσχοντα. Παρόλα αυτά τη δεκαετία του 80' , όταν εικόνες ντροπής ταξίδευαν ανά τον κόσμο για την διαβίωση των τροφίμων του ψυχιατρείου της Λέρου, ήταν πολλοί που υποδείκνυαν τους νοσηλευτές με την ανύπαρκτη εκπαίδευση για αυτό το τερατούργημα της τέλει εξαθλίωσης του ψυχικά πάσχοντα. Κι όμως δεν ήταν οι νοσηλευτές, που αποφάσισαν τη δημιουργία του ψυχιατρείου της Λέρου. Ήταν το κράτος και η επίσημη ψυχιατρική, που αποφάσισαν να εξορίσουν εκεί τους «αζήτητους», αδιαφορώντας για τις συνθήκες και τις θεραπευτικές δυνατότητες, στις οποίες τους έριχναν. Τότε η πολιτεία θεωρούσε πιο «φθηνό» να προσλαμβάνει ανεκπαιδευτο προσωπικό, σήμερα θεωρεί ακριβή λύση να προσλαμβάνει επαρκές σε αριθμό ειδικευμένο προσωπικό.

Τελικά πόσο έχουν αλλάξει τα πράγματα, 20 χρόνια από τότε που φάνηκε να λύνεται το πρόβλημα της Λέρου;

Αυτό που είναι σίγουρο ότι δεν έχει αλλάξει είναι η ανάγκη και η αγωνία του ψυχιατρικού νοσηλευτή να επανακαθορίσει τον ρόλο του στο δύσκολο χώρο της ψυχικής υγείας και να αναλάβει το μέρος της ευθύνης που του αναλογεί στο πεδίο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Καθημερινά ο ψυχικά ασθενής, στιγματίζεται κοινωνικά από την ίδια του τη νόσο και περιθωριοποιείται σαν κάτι επικίνδυνο. Αν ο ψυχικά πάσχων στιγματίζεται με την ταμπέλα του επικίνδυνου, τότε ο ψυχιατρικός νοσηλευτής μπορεί να είναι σίγουρος ότι αυτό δεν τον αφήνει ανέπαφο και ανεπηρέαστο. (Μοσχονάς, 2009)

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής όντας εγκλωβισμένος μέσα στις συνθήκες και τους όρους λειτουργίας ενός συστήματος, που συντελεί στον στιγματισμό του και του αφαιρεί το θεραπευτικό του ρόλο, εσωτερικεύει αυτή την κοινωνική αντίληψη, η οποία με την σειρά της, του καλλιεργεί μια χαμηλή αυτοεκτίμηση, που τον εμποδίζει να εκτιμήσει την δική του προσφορά στο χώρο της ψυχικής υγείας. Ενώ τέλος, δεν του επιτρέπει να ανοίξει τους δρόμους του απεγκλωβισμού του από το ρόλο του «φύλακα» και να μπορέσει να ασκήσει πραγματικά τις νέες δεξιότητες, έτσι ώστε να

αποκτήσει το δικό του αυτόνομο και ισότιμο θεραπευτικό, πλέον, ρόλο στα πλαίσια της διακλαδικής θεραπευτικής ομάδας.

Για να μπορέσει να εγκαθιδρύσει τον θεραπευτικό του ρόλο, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής πρέπει να αναλάβει πρωτοβουλίες για τη ριζική μεταρρύθμιση του συστήματος, το οποίο συνηθίζει να τον χρησιμοποιεί και να τον υποβιβάζει στον παραδοσιακό εκτελεστικό και φυλακτικό ρόλο. Άλλωστε, ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της πραγματικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι ο μετασχηματισμός των ρόλων και ιδιαίτερα αυτών που παραδοσιακά απαιτούνταν να ασκεί ο ψυχιατρικός νοσηλευτής. Ενός ρόλου, δηλαδή που του επέβαλε να διαχειρίζεται την επιθετικότητα πίσω από τις κλειδωμένες πόρτες. Να αναγκάζεται να διαχειρίζεται τις αναπάντητες ανάγκες ανθρώπων που πάσχουν, εγκαταλείπονται και τελικά συνωστίζονται στα ψυχιατρικά τμήματα, καταλήγοντας να απαντούν συχνά με βίαιες εκρήξεις. Και εντέλει να υλοποιεί εντολές μηχανικών καθηλώσεων(μερικές φορές με τηλεφωνικές εντολές γιατρών, χωρίς να τηρείται ούτε καν το τυπικό του πρωτοκόλλου) μια πράξη που δεν είναι νοσηλευτική και που, πολλές φορές, ο ίδιος ο νοσηλευτής αγνοεί τις νομικές κυρώσεις από την εκτέλεση της- μιας πράξης που δεν υποχρεούται να εκτελέσει και ούτε θεωρείται άρνηση καθήκοντος αν δεν την εκτελέσει.

Αυτή η λειτουργία και αυτή η πρακτική ήταν και είναι ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού ή του ψυχιατρικού συστήματος στο οποίο είναι υποχρεωμένο να προσφέρει τις υπηρεσίες του.

Σε ποιο βαθμό ισχύει σήμερα ένα από τα πιο θεμελιακά θέσφατα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (που κάποτε διακηρύσσονταν ως μια από τις προϋποθέσεις της, αλλά που σήμερα φαίνεται να έχει ξεχαστεί), ότι δηλαδή ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν σημαίνει έλεγχος και φύλαξη, αλλά δημιουργία θεραπευτικής σχέσης μέσα από το διάλογο και τη διαπραγμάτευση θεραπευτή-θεραπευόμενου; Πώς μπορεί ο ψυχιατρικός νοσηλευτής να αποδεσμευτεί από το ρόλο του φύλακα και να αναλάβει σοβαρούς και υπεύθυνους θεραπευτικούς ρόλους με τις δεξιότητες που έχει αναπτύξει, όταν το σύστημα τον ορίζει «κλειδοκράτορα» μιας κλειστής πόρτας ενός τμήματος εισαγωγών; Πως μπορούμε να μιλάμε για κατάργηση των περιοριστικών μέτρων και αποδέσμευση του ψυχιατρικού νοσηλευτή από το ρόλο του εκτελεστή τέτοιων μέτρων, όταν δεν στηρίζεται η θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή και δεν δίνεται προτεραιότητα στην

πρόληψη εκδήλωσης βίαιων και επιθετικών συμπεριφορών στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας(και με την απαραίτητη παρουσία του γιατρού);

Η εμπειρία όσων έχουν δουλέψει σε αυτές τις συνθήκες είναι ότι αυτό, είναι δυνατόν στο βαθμό που:

- είμαστε κοντά στον ασθενή και αφιερώνουμε όλο τον αναγκαίο χρόνο
- δίνουμε την αναγκαία προσοχή στις ανάγκες του
- προσπαθούμε διαρκώς, πάντα στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας, να επινοούμε τρόπους για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών
- υιοθετούμε δεξιότητες, που θα βοηθήσουν κάθε φορά τη διαπραγμάτευση και την αποκλιμάκωση της έντασης, επενδύοντας πάντα στη θεραπευτική σχέση.

Και αυτό είναι δυνατόν στο βαθμό που περνάμε από «δεσμούς φύλαξης» σε «δεσμούς σχέσης», που πάντα θα διευκολύνουν την εγκαθίδρυση μιας θεραπευτικής συμμαχίας. (Μοσχονάς, 2009)

Για να γίνει αυτό δυνατόν, είναι ανάγκη να μην περιορίζουμε την προσοχή μας στην επιθετικότητα του ασθενή, αλλά να λαμβάνουμε υπόψιν μας και όλες εκείνες τις πλευρές της οργάνωσης και τις λειτουργίες ενός ψυχιατρικού τμήματος, που μπορεί αυτές να εντείνουν την αντίδραση και την επιθετικότητα του ασθενή.

Μια λειτουργία που προάγει την θεραπευτική σχέση και όχι την φύλαξη απαιτεί εκτός από την εκπαίδευση, την αναγκαία ποσοτική επάρκεια σε προσωπικό, αλλά και τη δημιουργία των συνθηκών για να μην υπάρχουν, πλέον, υπερσυνωστισμένα ψυχιατρικά τμήματα(ράντζα), κάτι που θα μπορούσε να αποφευχθεί με την ουσιαστική προαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τη διασύνδεση των τμημάτων εισαγωγών με ένα κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών (Κ.Ψ.Υ).

Μόνο έτσι θα δημιουργηθούν οι όροι, ώστε να απενεχοποιηθεί ο ψυχιατρικός νοσηλευτής και να πάψει να σηκώνει στους δικούς του ώμους το βάρος του στίγματος, που του φόρτωσαν.

Μόνο έτσι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές δεν θα φοβούνται να ανακοινώσουν ότι είναι ψυχιατρικοί νοσηλευτές, θα μπορούν να υπερασπίζονται τον άρρωστο τους και

τη φροντίδα που του παρέχουν και που πάνω από όλα θα εκτιμούν την προσφορά τους.

Ένας ψυχιατρικός νοσηλευτής, άλλωστε, δεν είναι λιγότερο νοσηλευτής επειδή εργάζεται στο ψυχιατρείο και όχι σε μια Μ.Ε.Θ. η δουλειά του, όμως είναι διαφορετική και πολλές φορές γίνεται πιο απαιτητική. Καθώς η φροντίδα του δεν αφορά ένα όργανο, που πάσχει, αλλά μια ανθρώπινη ύπαρξη, που πάσχει.

Μολονότι όλη η νοσηλευτική επιστήμη πρέπει να στηρίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση, στον ψυχικά πάσχοντα αυτή η ολιστική, σφαιρική προσέγγιση είναι η απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής σίγουρα δεν προσφέρει λιγότερα από κάθε νοσηλευτή οποιασδήποτε άλλης ειδικότητας ανά τον κόσμο. Δεν μειονεκτεί σε τίποτα, ούτε σε γνώσεις, ούτε σε εμπειρία, αλλά ούτε και σε ψυχή.

Αν θέλαμε, επιγραμματικά, να καταγράψουμε τη συνεισφορά του ψυχιατρικού νοσηλευτή τα τελευταία χρόνια θα τονίζαμε :

- 1) Την προσφορά του στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση
 - 2) Τη συμμετοχή του στους αγώνες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών
 - 3) Την άρνηση τους να δεχτούν αμφισβητήσιμες ιατρικές πράξεις, όπως ο προστατευτικός κλινοστατισμός, ιδιαίτερα μάλιστα όταν δεν τηρούνται οι προϋποθέσεις μιας σοβαρής και όχι προσχηματικής εφαρμογής του ειδικού πρωτοκόλλου για αυτές τις περιπτώσεις
 - 4) Την προσφορά του στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο χώρο της ψυχικής υγείας
 - 5) Την ενεργό συμμετοχή στην αποιδρυματοποίηση των ψυχικών πασχόντων και την ομαλή τους ένταξη στην κοινότητα
 - 6) Τη συμβουλευτική στήριξη της οικογένειας του ψυχικά πάσχοντα.
- (Μοσχονάς, 2009)

4.18 Το «burn-out» του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή

Το σύνδρομο burnout, ή σύνδρομο ολοκληρωτικής εξάντλησης, αποτελεί μια μακροπρόθεσμη αντίδραση στο επαγγελματικό stress και εμφανίζεται κυρίως σε

άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα. Έχει περιγραφεί ως ένα τρισδιάστατο σύνδρομο: εξάντληση, αποπροσωποποίηση και αίσθημα αναποτελεσματικότητας αποτελούν τις συνιστώσες του.

Η συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση που χαρακτηρίζει τα επαγγέλματα που προσβάλλονται συχνότερα από το σύνδρομο είναι ιατροί, νοσηλευτές, εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί λειτουργοί- οδηγεί στη γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών αποθεμάτων, στον επηρεασμό της ψυχικής και σωματικής υγείας και, τελικά, στην εξάντληση. Το αίσθημα αναποτελεσματικότητας οφείλεται στη μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων και αντικατοπτρίζει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του πάσχοντος.

Τα αίτια του συνδρόμου, σε γενικές γραμμές, εστιάζονται στη σχέση του ατόμου με την εργασία του και τη χρόνια επίδραση συναισθηματικών και διαπροσωπικών στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο της εργασίας. Σημαντικός είναι και ο ρόλος της εκπαίδευσης των εργαζομένων ως προς τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να χειρίζονται τις στρεσογόνες καταστάσεις και να αντιμετωπίζουν αισθήματα όπως η οργή, η ενοχή και ο θρήνος, ενώ ειδική ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να είναι διαθέσιμη όταν κρίνεται απαραίτητη.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει πολύπλευρες επιδράσεις στη ζωή του εργαζομένου και εκφράζεται με διάφορους τρόπους:

Σωματικά συμπτώματα: χρόνια κόπωση, πόνοι στην πλάτη και τον αυχένα, διαταραχές στον ύπνο, υψηλή αρτηριακή πίεση, έλκος, καρδιαγγειακές παθήσεις, ημικρανίες.

Αλλαγές στη συμπεριφορά: τάση για απομόνωση, απρόσωπη επικοινωνία, προσφώνηση των άλλων με υποτιμητικές φράσεις, συγκρούσεις με συνεργάτες και μέλη της οικογένειας, και ακόμη απόπειρες αυτοκτονιών.

Ψυχολογικές επιπτώσεις: θυμός, πλήξη, απογοήτευση, αποθάρρυνση, αδιαφορία, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη. (Βεργού, 2004)

4.18.1 Παρεμβάσεις για αντιμετώπιση του «burn-out»

Για την αντιμετώπιση του δυσμενούς φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι ερευνητές έχουν προτείνει κατά καιρούς μία σειρά παρεμβάσεων τόσο στο ατομικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο οργάνωσης των χώρων υγείας.

Σε ατομικό επίπεδο, η εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης και διαχείρισης του χρόνου, τα προγράμματα σωματικής άσκησης, καθώς και οι τεχνικές εδραίωσης κοινωνικών επαφών και στήριξης έχουν προταθεί εκτενώς στην παγκόσμια βιβλιογραφία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε οργανωσιακό επίπεδο, οι πιο συχνές μέθοδοι πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν στον καλύτερο σχεδιασμό των νοσοκομειακών χώρων και των άλλων χώρων υγείας, στον προγραμματισμό και εμπλουτισμό της εργασίας, στη συμμετοχική λήψη αποφάσεων, στην αποσαφήνιση των ρόλων και των καθηκόντων των γιατρών και των νοσηλευτών, στη δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης, καθώς και στην οργάνωση συμβουλευτικών εποπτειών με τους εργαζόμενους που αντιμετωπίζουν προβλήματα. (Θεοφίλου, 2009)

Κεφάλαιο 5: Το μέλλον της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

5.1 Κρίσιμες εξελίξεις για το μέλλον της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Σήμερα βρίσκεται σε αδιέξοδο για άλλη μια φορά η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μετά την επίσκεψη των εκπροσώπων της σχετικής Ευρωπαϊκής Επιτροπής, με τις περισσότερες μονάδες ψυχικής υγείας να απειλούνται με αδυναμία λειτουργίας, καθώς υπάρχει απειλή διακοπής της χρηματοδότησης και επιστροφή εκατοντάδων εκατομμυρίων ευρώ λόγω της αδυναμίας του Υπουργείου Οικονομικών να καλύψει τις απαραίτητες δαπάνες.

Παρά τις θετικές πολιτικές πρωτοβουλίες στο θεσμικό επίπεδο της Υφυπουργού Υγείας κας. Φ. Γεννηματά και την εξαγγελία της στη Βουλή στις 16-2-2010 ότι ο Υπουργός Οικονομικών δεσμεύτηκε προφορικά για την πλήρη κάλυψη των οφειλών του 2009 και για την αύξηση του ποσού για το 2010 στα 85.000.000€, μέχρι σήμερα δεν έχει υλοποιηθεί αυτή η δέσμευση. Επιπλέον δεν έχει καταβληθεί καμία χρηματοδότηση για το 2010 ούτε έχει καλυφθεί καμία οφειλή για το 2009, διαμορφώνοντας έτσι ένα έλλειμμα στις μονάδες ψυχικής υγείας άνω των 30.000.000€. Συνεπώς η έλλειψη κοινωνικών προτεραιοτήτων από πλευράς Υπουργείου Οικονομικών θα οδηγήσει σταδιακά σε διακοπή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και κάνει ορατό και πάλι τον κίνδυνο επιστροφής των ψυχικά πασχόντων στα ψυχιατρεία.

Στο πλαίσιο αυτό, πραγματοποιήθηκε στις 26/02/2010 στην Αθήνα η Ετήσια Συνάντηση Παρακολούθησης του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» μέσω του οποίου ελπίζουμε να χρηματοδοτηθεί σε μεγάλο βαθμό στη συνέχεια η ανάπτυξη και στελέχωση των δομών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Οι εκπρόσωποι της ΕΕ έθεσαν κρίσιμα ερωτήματα στους εκπρόσωπους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συγκεκριμένα, γιατί δεν εφαρμόζεται το Σύμφωνο Υπουργείου Υγείας και Ευρωπαϊκής Επιτροπής που υπογράφηκε τον Απρίλιο του 2009 (Σύμφωνο Σπίντλα) σε σχέση με τα ακόλουθα σημεία:

- την πλήρη και τακτική οικονομική κάλυψη των φορέων που υλοποιούν τις δράσεις,
- τον καθορισμό ενός οδηγού διαχείρισης που να βασίζεται στο υπάρχον πλαίσιο και να περιέχει απαραίτητες προσθήκες, όπως το πλαίσιο κοστολόγησης της λειτουργίας,

- σε σχέση με την αξιολόγηση της μεταρρύθμισης και την εγκαθίδρυση συστήματος παρακολούθησης του έργου
- με το ουσιαστικό κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων, με την κατάργηση δηλαδή των οργανισμών και την αξιοποίηση του προσωπικού,
- με την ενίσχυση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης, στο πλαίσιο των δράσεων για την ανάπτυξη της κοινωνικής οικονομίας

Οι εκπρόσωποι του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) απάντησαν ότι δεν έχουν καταφέρει έως τώρα να καλύψουν οικονομικά τους φορείς, που σημαίνει απλήρωτοι εργαζόμενοι πλέον των 4 μηνών και αδυναμία πληρωμής λειτουργικών δαπανών διαβίωσης των ασθενών επί 8 τουλάχιστον μήνες.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βρισκόμαστε μακριά από την εκπλήρωση της Μεταρρύθμισης με ορατό τον κίνδυνο παλινδρόμησης αφού απειλείται η λειτουργία των μονάδων αλλά και τα δικαιώματα των 3.000 ψυχικά ασθενών και οι θέσεις εργασίας των 2.500 εργαζομένων.

Έτσι η Επιτροπή θα εξετάσει την περικοπή και την μεταφορά των κοινοτικών πόρων που αντιστοιχούν σε άνω των 400.000.000 ευρώ από την ψυχική υγεία ως μέτρο προφύλαξης πόρων. (diktyoargos.blogspot.com, 2010)

Η περικοπή στο μισό των χρηματοδοτήσεων στις «μη κερδοσκοπικές» εταιρείες, που έχουν ιδρύσει και λειτουργούν οικοτροφεία με φιλοξενούμενους προερχόμενους απ' όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, θα σηματοδοτήσει ένα υψηλό σημείο της διαλυτικής κρίσης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Ήδη, πολλά οικοτροφεία «μη κερδοσκοπικών» εταιρειών έχουν προχωρήσει σε αναστολή καταβολής των μισθών στους εργαζομένους τους, έχουν απολύσει ή αναγκάσει σε αποχώρηση μέρος του προσωπικού και οπωσδήποτε λειτουργούν, σε πολλές περιπτώσεις, με μειωμένο προσωπικό.

Στο ΨΝΑ, που αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα πραγματικής χρεοκοπίας έχουν υποβαθμιστεί ή, σε πολλές περιπτώσεις, και καταργηθεί οι χρηματοδοτήσεις για κοινωνικοποιητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Ο τωρινός γραμματέας του Υπουργείου Υγείας αρνείται να υπογράψει τα θεραπευτικά προγράμματα των ασθενών, που έχουν κατατεθεί εδώ και πάνω από δύο

χρόνια, οδηγώντας του φιλοξενούμενους στους ξενώνες και τα οικοτροφεία του ΨΝΑ σε κατάσταση ασφυκτικής οικονομικής στέρησης και ψυχικής οδύνης.

Ένα άλλο μεγάλο ζήτημα για την ελληνική πραγματικότητα είναι ο ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Είναι κοινός τόπος ότι στη χώρα μας η οικογένεια παραμένει ένας ισχυρός θεσμός. Χαρακτηριστικό είναι ότι σύμφωνα με στοιχεία του ευρωβαρομέτρου η Ελλάδα είναι η δεύτερη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την Πορτογαλία όπου οι ψυχικά ασθενείς διαμένουν με την οικογένειά τους σε ποσοστό μάλιστα που ξεπερνά το 90%. Πλήθος ερευνών επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια. Ιδίως την τελευταία δεκαετία με το κίνημα του αποϊδρυματισμού και την αντιμετώπιση του αρρώστου έξω από το ίδρυμα στην κοινότητα, ο ρόλος της οικογένειας καθίσταται ακόμα πιο σημαντικός, μιας και η οικογένεια είναι το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο και η βασική και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας.

Παρόλα αυτά στην χώρα μας οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια δεν έχουν ενσωματωθεί στον κορμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για όλους αυτούς τους ψυχικά ασθενείς που ζουν με τις οικογένειές τους δεν υπάρχει στον σχεδιασμό καμία θεσμική πρόβλεψη φροντίδας και αποκατάστασης, λες και οι ψυχικά πάσχοντες περιορίζονται στα όρια του ασύλου και των δομών και δεν ζουν στην κοινότητα.

Φυσικό επόμενο λοιπόν είναι όλο αυτό το βάρος και το κόστος να μετακυλύετε στην οικογένεια, η οποία μόνη, αβοήθητη, αστήριχτη και ανεκπαιδευτη προσπαθεί να τα βγάλει πέρα μέσα από προβλήματα και αντιξοότητες και έχοντας να αντιμετωπίσει επιπλέον και το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την ασθένεια. (Post.Scriptum.Inter-Action, 2009)

5.2 Εργασία –εύρεση εργασίας

Έχουν περάσει περίπου δύο δεκαετίες από τότε που στη χώρα μας ακούστηκαν λέξεις όπως ιδρυματισμός, κοινωνική επανένταξη, αποϊδρυματισμός, επαγγελματική αποκατάσταση. Η μεταρρύθμιση ενός ψυχιατρικού μοντέλου, που μέχρι το 1986 βασιζόταν στον εγκλεισμό και το άσυλο, μπορεί να ξεκίνησε πριν από 20 χρόνια αλλά, η κατασπατάληση των πόρων και οι αντιφάσεις στις ενέργειες κυριάρχησαν πολύ. Μέσα σε αυτή τη Μεταρρύθμιση αναπτύχθηκε και ο τομέας της επαγγελματικής αποκατάστασης, αλλά και της επαγγελματικής προστασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.(Στεφανάκης, 2007)

Η εργασία για όλους και ειδικότερα για τους Χρήστες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΧΥΨΥ) είναι εκτός βιοπορισμού και ένα μέσο που συμβάλλει κατά πολύ στην αυτοεκτίμηση, σε ένα επίπεδο ζωής, σε κοινωνικές δραστηριότητες, στην ενσωμάτωση στο σύνολό του ως ισότιμο μέλος του. Η εργασία, η δουλειά, είναι για έναν ΧΥΨΥ ένας τρόπος για την απόκτηση οικονομικής ανεξαρτησίας, αυτοπεποίθησης που αυτή η ανεξαρτησία χαρίζει, μία κοινωνική ενσωμάτωση, ένας τρόπος εκτόνωσης από ψυχικές εντάσεις και μια δραστηριότητα να γεμίζει το χρόνο του, προσήλωση της σκέψης στο αντικείμενο της εργασίας, τρόπος για ψυχική πειθαρχία, τρόπος για να βγουν από την κοινωνική απομόνωση και εμπιστοσύνη στις δυνατότητές τους. Ενώ αντίθετα όταν κάποιος ΧΥΨΥ είναι άνεργος-άπραγος τότε αυτό σημαίνει έλλειψη αυτοπεποίθησης, χρηματική πενία με ότι αυτό συνεπάγεται, αυτοπεριορισμός, αυτολύπηση, απομόνωση, χειροτέρεμα, υποτροπή, ψυχιατρείο, φάρμακα και εκτός των άλλων επιβαρύνει την οικογένειά του, τα ασφαλιστικά ταμεία και το κράτος.

Ωστόσο, λόγω της προκατάληψης, το γνωστό στίγμα, και της ελλιπούς ενημέρωσης υπάρχουν πολλές δυσκολίες στην εύρεση εργασίας. Η λεγόμενη ψυχική ασθένεια είναι αποτρεπτικός παράγοντας για πρόσληψη. Δεν υπάρχει εμπιστοσύνη στη φερεγγυότητα των πολιτών με ψυχική διαταραχή οποιουδήποτε επιπέδου κι αν είναι αυτή. Αυτό είναι φυσικό γιατί όταν ένας εν δυνάμει εργοδότης τροφοδοτείται καθημερινά από τον κινηματογράφο, την τηλεόραση, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

γενικά, με απόψεις που παρουσιάζουν τους ψυχικά πάσχοντες με ένα ορισμένο, τις περισσότερες φορές δυσφημιστικό τρόπο, υιοθετεί προοδευτικά μια λανθασμένη άποψη σχετικά με αυτούς. Αν σε όλα αυτά προσθέσουμε και τις προκαταλήψεις αιώνων, χρειάζεται χρόνος για να αλλάξει αυτή η εικόνα που έχει ο μέσος πολίτης για τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα. (Τόβη, 2008)

Μια δραστηριότητα ωστόσο με προοπτικές επαγγελματικής και κοινωνικής εξέλιξης, ανάλογης με τους μη έχοντες παρουσιάσει ψυχολογικά προβλήματα, είναι προς το παρόν και σε αυτό το κοινωνικό πλαίσιο που ζούμε σχεδόν απαγορευτική για τους περισσότερους ΧΥΨΥ και θα πρέπει δυστυχώς να είναι ευχαριστημένοι με μια απασχόληση σχεδόν υπηρετικού τύπου.

Σε πολύ κόσμο υπάρχει η άποψη ότι κάποιος που έχει ψυχολογικά προβλήματα είναι και διανοητικά κατώτερος, μέχρι και ηλίθιος και αντιμετωπίζεται ως τέτοιος μάλιστα από ορισμένους, με περιπαικτικό έως άκρως υποτιμητικό τρόπο. Υπάρχουν κινήσεις περισσότερο ιδιωτών, που προσπαθούν να θέσουν τα πράγματα στις σωστές τους βάσεις, αλλά οι κινήσεις που κάνουν οι κρατικοί φορείς δεν είναι στο επίπεδο που θα περίμενε κανείς. Η δημοσιούπαλληλική νοοτροπία που έχουν οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο χώρο της ψυχικής υγείας δεν βοηθά να υπάρχουν αποτελέσματα αντίστοιχα των χρημάτων που ξοδεύονται για αυτό το σκοπό.

Το κράτος αναγνωρίζοντας όλες τις παραπάνω ιδιαιτερότητες επιδοτεί τους εργοδότες που προσλαμβάνουν έναν ΧΥΨΥ για ένα χρονικό διάστημα, μέχρις ότου αυτό το άτομο να ενσωματωθεί στη ροή των πραγμάτων. Θα ήταν θετικό να υπάρχουν σε κάθε περιοχή Κέντρα σαν Λέσχες στις οποίες ο κάθε ΧΥΨΥ θα έβρισκε άτομα με παρόμοια προβλήματα για να συνομιλήσει, να ανταλλάξει απόψεις, να αλληλοβοηθηθεί. Αλλά κάτι τέτοιο για την ώρα είναι αδύνατον.

Όσοι έχουν τις προϋποθέσεις μπορούν να πάρουν σύνταξη αναπήρου από τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Αν κα δεν είναι βέβαια αρκετά τα χρήματα αυτά, είναι μία βοήθεια και κοινωνική κάλυψη. Αλλά όταν κάποιος φτάσει στην μέση ηλικία και νιώθει ότι η μόνη διέξοδος στη κατάστασή του είναι να πάρει αναπηρική σύνταξη και να γίνει απόμαχος τότε δεν φταίει μόνο ο ίδιος, αλλά και η ίδια η κοινωνία που του άφησαν αυτήν την διέξοδο.

Αν δεν αλλάξει η νοοτροπία και η αντίληψη που έχει ο πολύς κόσμος για τις ψυχικές παθήσεις, δεν υπάρχει ποτέ η περίπτωση να μπορέσει ένας ΧΥΨΥ να βγει από το περιθώριο που βρίσκεται, όσα προγράμματα και αν φτιάξει το κράτος, όσα λεφτά και αν ξοδευτούν για αυτό και όσο καλή διάθεση και αν έχουν ορισμένοι πολίτες και εργοδότες.

Σήμερα ο τρόπος ζωής, οι κοινωνικές πιέσεις, η ανασφάλεια και άλλοι παράγοντες έχουν κάνει να αυξηθεί ο αριθμός των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα και από ότι φαίνεται ο αριθμός αυτός υπάρχει τάση να αυξηθεί στο μέλλον. Ενώ τον τελευταίο καιρό υπάρχουν δημοσιεύματα στον τύπο σχετικά με τις προθέσεις της ΕΕ να χορηγήσει ειδική ταυτότητα στα καταγεγραμμένα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα, ταυτότητα που να έχει ισχύ αστυνομικής ταυτότητας. Ίσως άλλος ένας τρόπος να περιθωριοποιηθούν αυτά τα άτομα. (Γιαννόπουλος, 2007)

Επίλογος

Φτάνοντας στο τέλος της εργασίας μας και έχοντας καταγράψει την ιστορία της Ψυχιατρικής στη χώρα μας, τις προσπάθειες που έγιναν και τις δυσκολίες που έπρεπε να ξεπεραστούν για να επιτευχθεί η Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, συνειδητοποιούμε την σπουδαιότητά της και το πόσο απαραίτητο ήταν να συμβούν αυτές οι αλλαγές στο καθεστώς της ιδρυματικής ψυχιατρικής. Πλέον οι συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία είναι πιο ανθρώπινες. Οι πάσχοντες δεν αντιμετωπίζονται σαν περιθωριακοί, η Πολιτεία τους δίνει ευκαιρίες για εργασία μέσω διαφόρων προγραμμάτων που έχουν δημιουργηθεί για αυτό τον σκοπό ώστε αυτοί οι άνθρωποι να μπορέσουν σιγά σιγά να ανεξαρτητοποιηθούν, να αποκτήσουν το χαμένο αυτοσεβασμό τους και να αισθανθούν πως είναι μέλη μιας κοινωνίας όπου μπορούν να προσφέρουν.

Οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές και οι νοσηλευτές με εξειδικεύσει Οικονομίας της Υγείας έπαιξαν και παίζουν καθοριστικοί παράγοντες στην εξέλιξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης αφού είναι αυτοί που έρχονται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο, σκύβουν από πάνω του με σεβασμό, τον διδάσκουν βασικές κοινωνικές δεξιότητες ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα που υπάρχουν έξω στην κοινωνία

Τελειώνοντας την εργασία μας μένουμε ωστόσο με την αμφιβολία για το αν όλα αυτά που επιτεύχθηκαν με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θα μπορέσουμε να τα διατηρήσουμε αφού με την παραμικρή οικονομική δυσκολία που αντιμετωπίζει το κράτος θεωρεί πως πρέπει να κοπούν κονδύλια από την ψυχική υγεία δυσκολεύοντας έτσι το έργο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να προσφέρουν ότι καλύτερο στους ασθενείς αυτούς.

Ελπίζουμε πως οι νοσηλευτές με εξειδίκευση της οικονομίας υγείας να συνεργαστούν με τους μάνατζερ των συστημάτων υγείας ώστε να εξασφαλισθούν πόροι για την συνέχιση των προγραμμάτων αυτών αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων.

Βιβλιογραφία

Από βιβλία:

1. Blue A. 1999 «Η δημιουργία της Ελληνικής Ψυχιατρικής. Πολιτισμός, εαυτός και ιατρική» Εκδόσεις Έξαντας
2. Αμπατζόγλου Γ. 1991 «Ψυχιατρική και Ιατρική. Τα όρια και οι σχέσεις» Εκδόσεις Οδυσσέας/ Τρίαμης Λόγος 2 Αθήνα
3. Γρίβας Κ. 1985 «Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός. Ιστορική και κοινωνική θεώρηση της Ψυχιατρικής» Ιανός, Θεσσαλονίκη
4. Κουρκούτα Λ. 2010 «Ιστορία της Νοσηλευτικής» Εκδόσεις Πασχαλίδης
5. Μάνου Ν. 1988 «Βασικά στοιχεία Ψυχιατρικής» University studio Express, Θεσσαλονίκη
6. Παπαζήσης Γ. 2007 «Σημειώσεις Ψυχιατρικής» Εκδόσεις ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη
7. Ραγιά Α., 2007 «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας» 6^η Βελτιωμένη έκδοση Αθήνα
8. Τζανάκης Μ. 2008 «Πέραν του ασύλου: η κοινοτική Ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου» Κοινός τόπος Ψυχιατρική, Νευροεπιστημών και Επιστήμων ανθρώπου
9. Χαρτοκόλλης Π. 1991 «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική» Εκδόσεις Θεμέλιο 1991 Πατρα
10. Χριστοδούλου Γ.Ν. Κονταξάκης Β.Π., 1994 «Θέματα Προληπτικής Ιατρικής Β' τόμος» Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα
11. Χριστοδούλου Γ.Ν Κονταξάκης Β.Π. Οικονόμου Μ.Π. 2000 «Προληπτική Ψυχιατρική» Εκδόσεις Βήτα

Από άρθρα:

1. Humphreys K. 2007 «Οργανώσεις Αυτοβοήθειας για προβλήματα με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά: Οδεύοντας προς πρακτικές και πολιτικές βασισμένες στα ερευνητικά δεδομένα» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Οκτώβριος, Τεύχος 5, σελ. 45-55
2. Βεργός Ν. 2004 «Το burn-out των νοσηλευτών» ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ
3. Ελευθεριάδης Χ. 2008 «Οικογένεια Ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας αναβάθμιση της φροντίδας και της υποστήριξης ως απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποκατάσταση» και Ψυχική Υγεία, Ιούλιος, τεύχος 8, σελ.36-37
4. Κοκκινάκος Γ. 2008 «Περιοριστικά μέτρα: μέτρα προφύλαξης ή ακύρωση της θεραπείας» Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, Τεύχος 103, σελ. 21-24
5. Κοκκινάκος Γ. 2007 «Το παράδειγμα της Κρήτης» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Ιανουάριος, τεύχος 2, σελ.
6. Κοκκινάκος Γ. 2008 «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Κρήτη. Το νέο παράδειγμα», Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Οκτώβριος- Νοέμβριος- Δεκέμβριος, τεύχος 104, σελ. 9-14
7. Κωνσταντινίδη Μ.Π 2008 «Ο στιγματισμός του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή», Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, Τεύχος 103, σελ. 42-44
8. Λαΐνας Σ. 2007 «Προάγοντας την Αυτοβοήθεια στην Αντιμετώπιση της εξάρτησης στην Ελλάδα» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Οκτώβριος, Τεύχος 5, σελ 77-94
9. Λουκάς Ι. 2007 «Λέρος και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Από τον Ιδρυματισμό στο Νεοϊδρυματισμό» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Μάιος, τεύχος 3, σελ 26-36

10. Μεγαλοοικονόμου Θ. 2007 « Πολιτικές Ψυχικής Υγείας: αποκλεισμός, νεοϊδρυματισμός και το αίτημα της χειραφέτησης» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, τεύχος 2, σελ 39-40
11. Μεγαλοοικονόμου Θ. 2008 «Περιορισμος ή Ελευθερία: Η θεραπευτική πράξη ως εξουσία πάνω στον άλλο και ως συνοδεία στις διαδρομές χειραφέτησης», Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, Τεύχος 103, σελ. 31-36
12. Μολάρη Ε. Παπαδόπουλος Γ. Τανίδου Σ. Μεγαλοοικονόμου Θ. 2008 «Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγίων Αναργύρων. Εκτίμηση πρώτου έτους λειτουργίας», Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, Τεύχος 103, σελ 49-52
13. Μοσχονάς Δ. 2009 «Το στίγμα για την ψυχική διαταραχή και οι διαφορετικές απόψεις για αυτό», Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος τεύχος Νο 105, σελ. 11-15
14. Μοναχού Μ. 2008 «Διαθεσιμότητα για θεραπευτική σχέση αντί για περιοριστικά μέτρα. Ο ρόλος των νοσηλευτών», Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιούλιος – Αύγουστος- Σεπτέμβριος, τεύχος 103, σελ. 38-41
15. Μπούρας Ν. 2008 «Κοινωνική διάσταση της Ψυχιατρικής» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Νοέμβριος- Δεκέμβριος- Ιανουάριος, τεύχος 10, σελ 73-80
16. Νομίδου Ν.Ε. 2007 «Ένα κίνημα αλλιώτικο. Οι οικογένειες οργανώνονται σε μια άνιση μάχη ενάντια στο στίγμα και τις προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική διαταραχή» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Ιανουάριος, τεύχος 2, σελ.21-22
17. Νομίδου Ν.Ε 2008 «Οικογένεια: Βασικό υποστηρικτικό πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Ιούλιος, τεύχος 8, σελ 32-35
18. Οικονόμου Μ. Λουκή Ε. Χαρίτση Μ. Μπρισκόλας Γ. Μπάφη Ι. Στεφανής Κ. 2008 « Τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας στο χώρο της ψυχικής υγείας:

- Το παράδειγμα της Τηλεφωνικής Γραμμής του ΕΠΙΨΥ», Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιούλιος – Αύγουστος –Σεπτέμβριος, Τεύχος 103, σελ 56-61
19. Πανελλαδική Συσπείρωση για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, 2006 «Τηλεκαταγγελίες και ιδρυματική πραγματικότητα» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Οκτώβριος, τεύχος 1, σελ.63-64
20. Παπαδόπουλος Ι Μολάρη Ε. Καλλικούρδη Μ. Μεγαλοοικονόμου Θ. 2008 «Η υπηρεσία ψυχικής υγείας ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στον ψυχικά πάσχοντα και την κοινωνία. Συμπεράσματα από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αγίων Αναργύρων», Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιούλιος – Αύγουστος –Σεπτέμβριος, Τεύχος 103, σελ. 53-55
21. Σκόρδος Λ. 2008 «Σωματείο Αυτοεκπροσώπησης και ομάδα Αυτοεκπροσώπησης ευπαθών κοινωνικών ομάδων» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Ιούλιος, τεύχος 8, σελ 22-24
22. Σταθάρου Α. Μπερκ Α., 2004 «Η νοσηλευτική διάγνωση στην ψυχιατρική κλινική πρακτική» Νοσηλευτική, Εκδόσεις Διάγνωση/ Ψυχιατρική Νοσηλευτική, τεύχος 43 σελ 292-296
23. Σταθάρου Α. Μπερκ Α. Μάλαμα Σ. 2005 «Επαγγελματική ταυτότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Συγκριτικά δεδομένα ΗΠΑ- Ελλάδος» Ψυχιατρική, Ψυχιατρική Νοσηλευτική/ Ιστορία Νοσηλευτικής, 16, 247-256
24. Στεφανάκης Γ. 2007 «Μια κριτική ματιά σε όσα έγιναν στον τομέα της εργασίας των ατόμων με ψυχιατρικό πρόβλημα» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, τεύχος 2, σελ 76-77
25. Συρίγος Π. 2009 « Βιογραφική ρήξη» Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Περιοδικά, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος τεύχος Νο 105, σελ. 16-21
26. Τόβη Α. 2008 «Ανεργία και Ψυχική Υγεία» Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Ιούλιος, τεύχος 8, 15-16

Από internet site:

1. Ευαγγέλου Β. 2010 «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική» www.nea.acropoli-ioannina.gr, 25 Ιανουαρίου
2. Σταματιάδου Μ., 2010 www.nea.acropoli-ioannina.gr, 25 Ιανουαρίου
3. www.diktyoargos.blogspot.com, 2010 25 Μαΐου
4. www.ekpse.gr/Symposium/nomikoplaisio, 2010 12 Μαρτίου
5. www.esoterica.gr, 2010 25 Ιανουαρίου
6. www.kne.metarithmisi.gr, 2010 25 Ιανουαρίου
7. www.koispe.gr, 2010 25 Ιανουαρίου
8. www.koispe.org, 2010 25 Μαΐου
9. www.koispekerk.gr/koispe/neoi-orientes/o-koinonikos-sunetairismos-periorismenis-euthunis-koispe.html, 2010 25 Μαΐου
10. www.panacea.med.uoa.gr, 2010 25 Ιανουαρίου
11. www.papageorgiyy-hospital.gr/cms/front/content.php, 2010 12 Μαρτίου
12. www.pepsae.gr/profile, 2010 25 Ιανουαρίου
13. www.Post.Scriptum.Inter-Action, 2009 06 Δεκεμβρίου
14. www.psycrete.gr, 2010 30 Ιανουαρίου
15. www.psycrete.gr/pages, 2010 30 Ιανουαρίου
16. www.ygeia-pronoia.gr, 2010 12 Μαρτίου
17. www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-drasesis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos, 2010 14 Μαρτίου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Πενταετές πρόγραμμα για την ανάπτυξη προγραμμάτων

ψυχικής υγιεινής

Φάση 1: 1984-1988

Υπηρεσία	Αθήνα/Πειραιάς	Θεσσαλονίκη	Αλλού
Κέντρα ψυχικής Υγιεινής	6	2	15
Κέντρα ψυχικής Υγιεινής	3	2	1
Υπηρεσίες για παιδιά και νέους	2	1	-
Κατοικίες (15-20 ατόμων)	1	1	15
Κέντρα επαγγελματικής εκπαίδευσης	2	1	-
ΤΕΠ σε ψυχιατρεία (25 κλίνες)	2	1	-
Μονάδες αξιολόγησης	2	-	-
Σύνολο	18	8	31

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Πενταετές πρόγραμμα για την ανάπτυξη προγραμμάτων

Ψυχικής υγιεινής

Φάση 2:1989-1993

Υπηρεσία	Αθήνα/Πειραιάς	Θεσσαλονίκη	Αλλού
Κέντρα ψυχικής Υγιεινής	7	2	15
Κέντρα ψυχικής Υγιεινής	3	1	18
Υπηρεσίες για παιδιά και νέους	-	-	-
Κατοικίες (15-20 ατόμων)	13	4	15
Κέντρα επαγγελματικής εκπαίδευσης	-	-	-
ΤΕΠ σε ψυχιατρεία (25 κλίνες)	-	-	-
Μονάδες αξιολόγησης	-	-	-
Σύνολο	23	7	48

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Πίνακας 2: Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001	
Ξενώνες αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	92
Οικοτροφεία αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	13
Προστατευμένα Διαμερίσματα	94
Ενδονοσοκομειακοί Ξενώνας αποκατάστασης	3
Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας β) Μονάδα Υποστήριξης, Εμπψύχωσης & Παρακολούθησης “Ψυχαργώς – Α΄ φάση”	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές στην Ελλάδα το 1977

(Μπλουμ, 1999)

Πόλη	Αρ. κλινικών	Αρ. κλινών
Πάτρα	1	59
Ξάνθη	1	20
Θεσσαλονίκη	8	691
Δράμα	1	20
Κοζάνη	2	160
Σέρρες	1	5
Καβάλα	1	60
Αθήνα	22	2683
Ηράκλειο	3	65
Ρέθυμνο	1	5
Λάρισα	3	133
Βόλος	2	217
Τρίκαλα	3	118
Σύνολο	49	4236

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Εθνική Στατιστική υπηρεσία του έτους 1939

Αριθμός ασθενών σε δημόσια και κοινοτικά ψυχιατρεία και φιλανθρωπικά ιδρύματα
(Μπλου, 1999)

Δημόσια ψυχιατρεία	Αρ. ασθενών
Αθήνας	1809
Κέρκυρας	325
Θεσσαλονίκης	250
Σούδας	309
Κοινοτικά Ψυχιατρεία	
Δρομοκαΐτειο	645
«Χιρς» Θεσσαλονίκης	75
«Σκυλίτσειο» Χίου	63
Αιγινήτειο	112
Φιλανθρωπικά ιδρύματα	
«Βέγειο» Κεφαλονιάς	100
Άσυλο Σύρου	60
Σύνολο	3748

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Αριθμός ψυχοπαθών στο ελληνικό κράτος (1855-1861) (Μπλου, 1999)

Νομός	Αρ. Ψυχοπαθών
Αττικής και Βοιωτίας	45
Κυκλάδων	67
Μεσσηνίας	42
Λακωνίας	20
Αρκαδίας	26
Αχαΐας και Ηλίδος	45
Αργολίδος και Κορινθίας	55
Ευβοίας	27
Φθιώτιδος και Φωκίδος	55
Αιτωλίας και Ακαρνανίας	40
Σύνολο	422
Άνδρες	295
Γυναίκες	127
Ανήσυχοι (βίαιοι, ταραχοποιοί, επικίνδυνοι)	153

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Ιστορικό δημιουργίας ΣΘΕΜ (Στεφανάκης, 2007)

	Μονάδα	Έτ. Δημιουργίας
1	Επιπλοποιείο «Μεταμόρφωση»	1986
2	Αγρόκτημα	1986
3	Ραφείο «Ουράνιο Τόξο»	1987
4	Κυλικείο ΨΝΘ «Φάρος»	1988
5	Κηροποιείο «Άγιος Αντώνιος»	1989
6	Ταβέρνα «Κιβωτός»	1990
7	Συνεργείο Καθαριότητας «Λαμπίκο»	1991
8	Καλλιτεχνικό εργαστήριο «Εκφραση»	1991
9	Οινοποιείο «Ληνός»	1998

10	Ταβέρνα «Ληνός»	1999
----	-----------------	------

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή προσωπικού (Στεφανάκης, 2007)

Μονάδα	Επαγγελματίες	Εργαζόμενοι	Άνδρες	Γυναίκες
Επιπλοποιείο	4	18	18	-
Ραφείο	2	14	2	12
Κηροποιείο	3	19	12	7
Αγρόκτημα	7	19	18	1
Κυλικείο	2	13	10	3
Καλλιτεχνικό εργαστήρι	2	8	7	1
Ταβέρνα	2	21	13	8
Συνεργείο Καθαριότητας	3	27	15	12
Σύνολο	25	139	95	44

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

	Εισαγωγές στο ΘΨΠΧ (2003)/ ΓΝΧ (2006)		% Ακούσιων		Εισαγωγές στο ΠΑΓΝΗ		ΣΥΝΟΛΟ εισιγών Κρήτης	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006
ΧΑΝΙΑ	607 (50%)	587	45%	177 (30%)		Κλινική	Οξέα	
ΡΕΘΥΜΝΟ	176 (15%)							
ΗΡΑΚΛΕΙΟ	334 (28%)		70%					
ΛΑΣΙΘΙ	84 (7%)					353	172	
ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ	1201	587			376	525	1577	1112

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ΠΙΝΑΚΑΣ Β

	Μέσος όρος νοσηλείας		Αυτοκτονίες στην Κρήτη	Μεταγωγές από Ηράκλειο/Χανιά	Επισκέψεις στα Ε.Ι. Ρεθύμνου	Νοσηλείες Κρητών		Μονάδα Λασιθίου
	ΘΨΠΧ 2003	ΓΝΧ 2006				ΠΑΓΝΗ	Δρομοκαίτειο	
2003	18 ημέρες	18,9 ημέρες	41	200	1519	17	3	
2006	16,17 ημέρες	16,6 ημέρες	38	0	3155	18	3	350

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ

Περιοχή/Νομός	Διεύθυνση/ Τηλ./e-mail	Ημέρες/Ωρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
Αττική			
Ομόνοια Ομάδα «Αθηνών»	Ζήνωνος 4 ^Α , 3 ^{ος} όροφος τηλ. 2105220416	Καθημερινά 20:30	
Μπραχάμι Ομάδα «εμείς μπορούμε»	Σοφ. Βενιζέλου 15, Μετρό Αγ.Δημητρίου τηλ.:6979537520	Καθημερινά 20:30 Σάββατο άκαπνη	Το τελευταίο Σάββατο κάθε μήνα
Καλανδρί Ομάδα «Υπάρχει Λύση»	Σοφ. Βενιζέλου 15, Μετρό Αγ.Δημητρίου τηλ.:6979537520	Καθημερινά 20:30 Δευτέρα και Παρασκευή άκαπνη	Κάθε πρώτη και τρίτη Τετάρτη του μήνα
Φάληρο Ομάδα «Ελπίδα»	Εκκλησία Παναγία Μυρτιδιώτισσα τηλ. 2104224142	Καθημερινά 20:15 Τρίτη άκαπνη	
Πελοπόννησος			
Πάτρα	Πλατεία Γεωργείου 30 Στοά 1 ^{ος} όροφος 6940639146	Δευτέρα και Τετάρτη 20:30 Σαββάτου 12:00	
Μακεδονία-Θράκη			
Θεσσαλονίκη Ομάδα «Θεσσαλονίκης»	Δωδεκανήσου και Βαλαωρίτου 1 3 ^{ος} όροφος 2310626126/ 6947992482	Καθημερινή 20:00-21:30 Σαββάτο & Κυριακή 12- 13:30	Κάθε Τρίτη
Σέρρες Ομάδα «Σερρών»	Αριστοτέλους 7, ισόγειο τηλ. 6977779922, 6973313498	Σαββάτο 20:00	
Κυκλάδες			
Πάρος	6937500227	Τρίτη και Παρασκευή 16:00	
Βόρειο Αιγαίο			
Μυτιλήνη	6932545975	Κυριακή 18:00	
Δωδεκάνησα			

Πάτος	6978281568	Κυριακή, Τετάρτη, Παρασκευή 19:00 Από Μάρτιο έως Οκτώβριο	
-------	------------	--	--

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΤΗΣ ΑΛ-ΑΝΟΝ

Περιοχή/Νομός	Διεύθυνση/τηλ./e-mail	Ημέρες/Ωρες
Αττική		
Ομόνοια	Ζήνωνος 4, 3 ^{ος} όροφος γραφείο 10-11 2105239161	Δευτέρα, Παρασκευή 19:00-20:30 Τρίτη, Παρασκευή, 20:30-22:00
Πειραιάς	Εκκλησία Ευαγγελίστρια-Πνευματικό κέντρο 2104828360 & 6979278909	Τετάρτη 19:30-21:00 Παρασκευή 19:00-20:30
Μπραχάμι	Σοφοκλή Βενιζέλου 15	Δευτέρα, Πέμπτη, Σαββάτο 18:30- 20:00

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΑΓΓΛΟΦΩΝΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ

Περιοχή/ Νομός	Διεύθυνση/ τηλ/ e-mail	Ημέρες/ Ωρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΗ			
Αθήνα Νέος Κόσμος	Κατσομούλη 19	Δευτέρα 19:00-20:00	
Πειραιάς	Εκκλησία Ευαγγελίστρια	Παρασκευή 19:00-20:30 Τετάρτη 19:30-21:00	

ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΣ			
Καλαμάτα	Παλιό Νοσοκομείο Καλαμάτας 2721032523	Δευτέρα 19:30-21:00	
Πάτρα	Πατρέως 5	Δευτέρα 18:00-19:30	
ΗΠΕΙΡΟΣ			
Ιωάννινα	2651049631		
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ- ΘΡΑΚΗ			
Θεσσαλονίκη	Προμηθέως 40 6936076412, 6973919107, 6934624158, 6979962002	Τετάρτη 18:30-20:00	Κάθε τελευταία Τετάρτη του Μαρτίου, Ιουνίου, Σεπτεμβρίου και Δεκεμβρίου
ΚΕΡΚΥΡΑ			
Κέρκυρα	2661038776		
ΚΥΚΛΑΔΕΣ			
Πάρος	Πρόδρομος Πάρου 2284042579		
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ			
Ρόδος	Πνευματικό Κέντρο Αγ. Αναστασίας 2241082307	Τετάρτη 19:00-20:00	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΕΝΗΛΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΑΚΟΟΛΟΚΩΝ

Περιοχή/ Νομός	Διεύθυνση/ τηλ/ e-mail	Ημέρες/ Ώρες	Ανοιχτή συνάντηση για το κοινό
ΑΤΤΙΚΗ			
Αθήνα	Ζήνωνος 4, 3 ^{ος} όροφος, Ομόνοια 6944357506 jutsulino@hotmail.com	Κυριακή 13:15	Κάθε πρώτη Κυριακή του μήνα

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΝΑΡΚΟΜΑΝΕΙΣ

Περιοχή/ Νομός	Διεύθυνση/ τηλ	Ημέρες/ Ώρες	Ανοιχτή συνάντηση για το κοινό
ΑΤΤΙΚΗ			
Γλυφάδα	Αν. Παπανδρέου και Ασκληπιού 62	Δευτέρα-Παρασκευή 12:30-14:00 Σάββατο 12:30-14:00 Κυριακή 12:30-14:00	Κάθε Παρασκευή
Ηλιούπολη	Μαβίλη 39	Κάθε μέρα 20:30-22:00	Κάθε πρώτη Δευτέρα του μηνός
Ηράκλειο	Σαλαμίνας και Ελευσίνος 7, Κέντρο Έρευνας, 1 ^{ος} όροφος	Τρίτη και Πέμπτη 18:30-20:00	Κάθε τελευταία Πέμπτη του μήνα
Μπραχάμι	Ζαλόγγου 13	Δευτέρα- Παρασκευή 20:30-22:00	Κάθε Πέμπτη
Ν. Σύμωρη	Ωκεανίδων 2	Δευτέρα και Τετάρτη 19:30-21:00	Κάθε πρώτη Τετάρτη του μήνα
Παγκράτι	Λεωφόρος Υμηττού Εκκλησία Προφήτη Ηλία	Τρίτη 19:30-20:30 Πέμπτη και Σάββατο 20:30-22:00 Κυριακή 14:30-16:00	Κάθε τελευταία Πέμπτη του μήνα
Αμπελόκηποι	Πανόρμου 19 κτίριο Δ. Αθηναίων 1 ^{ος} όροφος	Δευτέρα 18:30-20:00	
Περιστερί	Παναγή Τσαλδάρη	Δευτέρα και Πάμπτη 20:30-22:00	Κάθε πρώτη Δευτέρα του μηνός
Πετράλωνα	Δημοφώντος και Υπερίωνος 1	Κάθε μέρα εκτός Παρασκευής 12:30-22:00 Κυριακή 20:30-22:00 Αγγλόφωνη: Πέμπτη 18:30-20:00 Ομάδα Γυναικών:	Κάθε Δευτέρα 20:30-22:00

		Σαββάτο 18:15-19:45	
Πλάκα	Αγ. Νικόλαος Ραγγάβας Οδός Επιχάρμου	Δευτέρα και Πέμπτη 19:00-20:30	Κάθε πρώτη Πέμπτη του μήνα
Τάυρος	Αγαμέμνονος 20, ισόγειο	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη, Παρασκευή 20:30-22:00	Κάθε Πέμπτη
Χαλάνδρι	Εκκλησία Αγ. Κωνσταντίνου, Πλατεία Ηρώων Πολυτεχνείου	Τετάρτη 18:30-20:00	Κάθε πρώτη Τετάρτη του μήνα
Μαρκόπουλο	Πλατεία Μαρκόπουλου Δημαρχείο	Κάθε μέρα 20:30-22:00	Κάθε πρώτη Δευτέρα του μηνός
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ- ΘΡΑΚΗ			
Θεσσαλονίκη	Προμηθέως 40	Κάθε μέρα 20:30-22:30 γυναικεία θέματα: Πέμπτη 18:30-20:00	Κάθε Δευτέρα 20:30- 22:00
Ιπποδρομίου	Ιπποδρομίου και Μανουσογιαννάκη Πλατεία Ναυαρίνου Εκκλησία Αγ. Κωνσταντίνου και Ελένης	Τρίτη και Τετάρτη 19:30- 21:00 Σαββάτο 12:00- 13:30	
Εύοσμος	Κοσμά Αιτωλού και Πινδάρου 34	Πέμπτη 18:30-20:00	
Καλαμαριά	Αδραμυτίου 18 Πνευματικό κέντρο Καλαμαριάς	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή 20:00-21:30 Κυριακή 12:00-13:30	
Κατερίνη	Καραϊσκάκη 2	Τρίτη, Πέμπτη-Κυριακή 20:30-22:00 Τετάρτη 21:00-22:30	
Γιαννιτσά	Λιάπτη 7 Εργατικό Κέντρο Γιαννιτσών	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή, Σάββατο, Κυριακή 20:00-21:30	
Αλεξανδρούπολη	Αίνου 5 Μητρόπολη Αλεξανδρούπολης	Δευτέρα και Πέμπτη 20:00-21:30	
ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΣ			
Ναύπλιο	Μιχαήλ Ιατρού	Κάθε μέρα 20:30-22:00	Κάθε πρώτο και τρίτο Σάββατο του μήνα

Πάτρα	Πατρέων 5 και Αγ. Ανδρέα 1 ^{ος} όροφος	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή, Σάββατο 20:30-22:00	Κάθε πρώτη Δευτέρα του μήνα
ΚΡΗΤΗ			
Ηράκλειο	Παναγία Μπεντεβή	Τρίτη 16:30-18:00 Πέμπτη 19:00-20:30	Κάθε πρώτη συνάντηση του μήνα
ΕΠΤΑΝΗΣΑ			
Λευκάδα	Ιερά Μονή Φανερωμένης Λευκάδας	Τετάρτη 19:00-21:00	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΥΣ
ΧΡΗΣΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ**

Περιοχή/ Νομός	Διεύθυνση/ τηλ	Ημέρες/ Ώρες
Γλυφάδα	Ανδρέα Παπανδρέου και Ασκληπιού 62	Δευτέρα και Πέμπτη 18:00-20:00
Ηράκλειο	Σαλαμίνας και Ελευσίνων 7 1 ^{ος} όροφος	Παρασκευή 18:30-20:00
Ομόνοια	Γ' Σεπτεμβρίου 21 3 ^{ος} όροφος κτίριο Ερυθρού Σταυρού	Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη 19:00- 20:30
Περιστέρι	Κυλικείο Εκκλησίας Αγ. Αντωνίου	Πέμπτη 19:00-20:30
Πετράλωνα	Δημοφώντος και Υπερίωνος 1	Σάββατο 17:30-19:15
Χαλάνδρι	Πλατεία Κένεντυ, Εκκλησία Αγ. Γεωργίου	Τρίτη 19:00-20:30
Μαρκόπουλο	Πλατεία Μαρκοπούλου Δημαρχείο	Τετάρτη και Παρασκευή 18:00-19:30
Νέος Κόσμος	Φραντζή 14, Σταθμός FIX	Δευτέρα 18:30-20:00
ΒΟΙΩΤΙΑ		
Λειβαδιά	6944308673	
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ		
Θεσσαλονίκη Κέντρο	Μητροπόλεως 10	Δευτέρα 18:00-20:00 3 ^{ος} όροφος Δευτέρα 20:30-22:30 4 ^{ος} όροφος Τρίτη 19:00-21:00 3 ^{ος} όροφος

		Τετάρτη 18:00-20:00 3 ^{ος} όροφος
Εύοσμος	Κοσμά Αιτωλού 19 Πολιτιστικό κέντρο	Παρασκευή 18:30-20:30
Κατερίνη	Εφέσου 1 και Ειρήνης Χατζόγλειο Πολιτιστικό Κέντρο	Τετάρτη 18:00-20:00
Γιαννιτιά	Εργατικό Κέντρο 2 ^{ος} όροφος	Τρίτη 18:30-20:30
Ορεστιάδα	Εκκλησίας Κοίμησης Θεοτόκου Πνευματικό Κέντρο	Δευτέρα 19:00-21:00
ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΣ		
Πάτρα	Πατρέως 5 και Αγ. Ανδρέα 1 ^{ος} όροφος	Δευτέρα 17:30-19:30
Ναύπλιο	Μοσχονησίων 33	Τρίτη, Πέμπτη, Κυριακή 17:00-18:30
ΚΡΗΤΗ		
Ηράκλειο	Πλατεία Αναλήψεως Πολιτιστικός Σύλλογος	Δευτέρα 19:00-19:30
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ		
Ρόδος	Ερυθρού Σταυρού 3	Δευτέρα και Παρασκευή 18:00-20:00

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΥΠΕΡΦΑΓΟΙ

Περιοχή/ Νομός	Διευθυνση/ Τηλ./ e-mail	Ημέρες/ Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΗ			
Ομόνοια	Ζήνωνος 4, 4 ^{ος} όροφος τηλ. 2106893631	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή, Κυριακή 19:00-20:15 Τρίτη, Πέμπτη, Σαββάτο 18:00-19:15	Κάθε τρίτη Κυριακή του μήνα
Λούτσα	6977254068, 6934820250	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή 17:00	Κάθε τρίτη Κυριακή του μήνα

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ			
Για κάθε είδους διαταραχή διατροφής	Προμηθέως 40 2310201584, 2310254191, 2310312521 <a href="http://www.anonymoi-
yperfagoi.weebly.com">www.anonymoi- yperfagoi.weebly.com	Δευτέρα 17:00-18:30 Τετάρτη 16:00-17:30 Σαββάτο 18:00-19:30 Κυριακή 17:30-19:00	Κάθε πρώτη Κυριακή του μήνα