

**ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ:**

ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ  
ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ  
ΛΕΩΝΙΔΑΣ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:**

ΚΑΡΛΑΥΤΗ ΔΗΜΗΤΡΑ  
ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ  
ΜΙΑΡΗ ΟΛΓΑ

**ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ  
& ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗ  
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

---



ΣΔΟ (ΔΜΥΙΙ)

Π.388

**ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

---

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	12
1.2 ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	14
1.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	15
1.3.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	15
1.3.2. ΜΕΛΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	17
1.3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	18
1.3.4. ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ .....	19
1.3.5. ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ.....	20
1.3.6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	21
1.3.7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	23
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ .....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	
Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	28
2.1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ .....	29
2.2. AIDS – ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	32
2.3. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	33

2.3.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	399
2.4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	51
2.5.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ .....	57
2.5.1.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	57
2.5.1.2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	58
2.6.2. ΔΥΣΜΕΝΕΣΤΕΡΗ (ΙΑΣΙΜΟΤΕΡΗ) ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	63
2.6.2.I. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ .....	63
2.6.2.II. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ .....	67
2.7. ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ.....	71
2.7.I ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	71
2.7.II ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ .....	79
2.8. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΠΡΟΦΙΛ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ .....	82
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ .....	90
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΕΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ</b>	
3.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	100
3.2. ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ .....	101
3.3 ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ.....	102
3.4. ΚΥΡΙΟ ΜΕΣΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ, Η ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ.....	105
3.5. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε .....	106
3.6. ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΠΡΟΦΙΛ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΑΠΟ Μ.Μ.Ε. ....	107
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ .....	111

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:**

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ**

<b>4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ .....</b>	<b>114</b>
<b>4.2 ΥΠΑΡΕΞ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....</b>	<b>115</b>
<b>4.3.1. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ .....</b>	<b>126</b>
<b>4.3.2. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ .....</b>	<b>128</b>
<b>4.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ .....</b>	<b>130</b>
<b>4.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ .....</b>	<b>132</b>
<b>4.4.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ .....</b>	<b>134</b>
<b>4.4.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .....</b>	<b>134</b>
<b>4.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....</b>	<b>138</b>
<b>4.5.1 ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>138</b>
<b>4.5.2 Η ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΠΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ .</b>	<b>140</b>
<b>4.5.3 ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΑΛΛΩΝ ΤΟΜΕΩΝ .....</b>	<b>140</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ .....</b>	<b>142</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:**

### **ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

<b>5.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....</b>	<b>150</b>
<b>5.1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ .....</b>	<b>150</b>
<b>5.1.2 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» .....</b>	<b>151</b>
<b>5.2 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» .....</b>	<b>152</b>

5.2.1 : Η Α' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2000 - 2001) ..	153
5.2.2 : Η Β' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2002-2006) ....	169
5.3 ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ - Η ΑΝΤΙΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ .....	181
5.3.1. Ο ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .....	182
5.3.2 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ.....	184
5.3.3 Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ (DEINSTITUTIONALIZATION).....	185
A. Η ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ .....	185
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ .....	187
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:</b>	
<b>ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	
ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ .....	194
6.1. ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ .....	196
6.1.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	196
A. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ .....	201
B. ΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΙΣ (Ε.Ε.Ε.).....	202
6.1.2. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	203
6.1.3. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ .....	209
6.1.4. ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	214
7.1.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΡΟΠΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	218
6.2.1.ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ.....	221
6.2.2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ.....	224

6.2.3. ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ.....	227
6.2.4. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ.....	231
6.2.5. ΑΥΞΗΣΗ ΕΥΚΑΙΡΙΩΝ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	232
6.2.6. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	240
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ .....	244
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	249
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	253
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΥΝΑΦΕΙΕΣ – ΜΕΡΟΣ Α	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ – ΜΕΡΟΣ Β	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ – ΜΕΡΟΣ Γ	



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης Οικονομίας, του Τ. Ε. Ι. Καλαμάτας.

**Αντικείμενο** της εργασίας είναι η μη πλήρης εφαρμογή του Ευρωπαϊκού Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» στην Ελλάδα, λόγω του έντονου κοινωνικού στιγματισμού, της άγνοιας και της κρατικής ανεπάρκειας στην επιβολή των ήδη νομοθετημένων ρυθμίσεων, σε σύγκριση με τις λοιπές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αφορμή της μελέτης αποτέλεσε ο έντονος κοινωνικός στιγματισμός που αναπτύσσεται για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες – ειδικά για τους σχιζοφρενείς – και για τις δυνατότητες του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» να επιτύχει τους σκοπούς του. Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» δεν φαίνεται να μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες προσδοκίες του συστήματος υγείας και δεν προστατεύει ικανοποιητικά τους ψυχικά ασθενείς. Ο αυξημένος ρόλος του συγκεκριμένου προγράμματος προβάλλεται ως λύση για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που πρέπει να λαμβάνουν οι ασθενείς, ενώ η μείωση του κοινωνικού στιγματισμού προβάλλεται ως λύση για την προσέγγιση των ίδιων των ασθενών από την κοινωνία. Η υγειονομική πολιτική οφείλει αφενός να θέσει τους στόχους που αναμένονται να επιδιωχθούν από το Ευρωπαϊκό αυτό πρόγραμμα και αφετέρου να διαμορφώσει ευνοϊκές συνθήκες για την επιτυχή επιδίωξή τους. Η εμπειρία των λοιπών χωρών της Ε.Ε. είναι σημαντική για τη διαμόρφωση της υγειονομικής πολιτικής στη χώρα μας.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί ο βαθμός κοινωνικού στιγματισμού και επομένως η αποτελεσματικότητα εφαρμογής του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» για την ψυχοκοινωνική επανένταξη των ασθενών και η αναζήτηση λύσεων, υπό το φως της διεθνούς εμπειρίας για το ρόλο του σύστημα ψυχικών φροντίδων.



Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η έρευνα μέσω ερωτηματολογίων για τις στάσεις και αντιλήψεις των ατόμων του δείγματος για τα μέτρα, τα οποία έχουν αναληφθεί από την ελληνική πολιτεία μέχρι σήμερα και τα αποτελέσματα από την εφαρμογή τους, σε σύγκριση με τα μέτρα και τις πολιτικές λοιπών χωρών της Ε. Ε. Διερευνήθηκε ο βαθμός του κοινωνικού στιγματισμού, με έρευνα που στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγια. Απευθυνθήκαμε σε άτομα ηλικίας άνω των δεκαοχτώ ετών σε πενήντα δύο νομούς της Ελλάδας (εκτός Αγίου Όρους, Ζακύνθου, Κεφαλονιάς και Αγίου Νικολάου). Χρησιμοποιήθηκαν τρεις τύποι ερωτήσεων: ανοιχτού, κλειστού και ημιανοιχτού τύπου για την διευκρίνιση τρωτών ζητημάτων και την επαλήθευση των απόψεων των ατόμων του δείγματος.

Η διανομή και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας (80 άτομα) κατόπιν προσωπικής συνέντευξης με τα άτομα του δείγματος. Αξίζει να τονίσουμε ότι η έρευνα δεν ήταν χρηματοδοτούμενη, για το λόγο αυτό το ένα δέκατο του δείγματος (10,2%) είναι από τον νομό Μεσσηνίας. Επίσης, και για τον ίδιο λόγο, το ένα τέταρτο των ατόμων του δείγματος (24%) αποτελείται από φοιτητές αυτό ήταν και μια δική μας επιλογή για να διαπιστώσουμε την άποψη των νέων ατόμων και της αυριανής κοινωνίας.

Στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συναντήσαμε δυσκολία, καθώς υπήρχε έντονη αδιαφορία και χλευασμός για το θέμα της έρευνας μας από πλευράς πολλών ερωτηθέντων να συμμετέχουν. Πολλά ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν δεν επεστράφησαν, γι' αυτό επιμείναμε και τελικά πετύχαμε τις προσωπικές συναντήσεις με αποτέλεσμα να μην επιστραφούν εικοσιτρία ερωτηματολόγια. Επίσης, τριανταδύο ερωτηματολόγια ήταν μη έγκυρα, αφού δεν υπήρχε συμφωνία και λογική συνέχεια των απόψεων των ερωτηθέντων.

Η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων έγινε με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού προγράμματος S.P.S.S.

Η εργασία είναι δομημένη σε έξι κεφάλαια. Μετά την παρούσα εισαγωγή, στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Στην

πρώτη ενότητα αναλύεται η γεωγραφική κατανομή των ερωτηματολογίων στα άτομα του δείγματος. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το φύλο (άρρεν-θήλυ) σε συσχέτιση με το βαθμό ενημέρωσης τους πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας. Τέλος, στην τρίτη ενότητα γίνεται αναφορά στο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο του δείγματος.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, « Η ενημέρωση των ατόμων του δείγματος σε θέματα ψυχικής υγείας», παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά, τα αίτια εμφάνισης, ο βαθμός ίασης και η θεραπεία της σχιζοφρένειας και της κατάθλιψης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε ότι αφορά τη σχιζοφρένεια. Στο τέλος του κεφαλαίου διαμορφώνεται το προφίλ των σχιζοφρενών από τα άτομα του δείγματος.

Στο τρίτο κεφάλαιο, « Διαμορφωτές κοινής γνώμης», παρουσιάζεται το πώς προάγεται και ευαισθητοποιείται η κοινή γνώμη από τα Μ.Μ.Ε και κυρίως από την τηλεόραση. Επίσης, τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνουν τα Μ.Μ.Ε το προφίλ των σχιζοφρενών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, «Κοινωνικός Στιγματισμός», διαπιστώνεται η ύπαρξη κοινωνικού στιγματισμού στα άτομα του δείγματος, καθώς και τα αίτια εμφάνισής του. Στη συνέχεια, οι επιπτώσεις που έχει σε οικονομικό επίπεδο αλλά και στην ποιότητα ζωής καθώς τρόπους αντιμετώπισής του, όπως η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στις γενικές υπηρεσίες υγείας, η χρήση κοινοτικών πόρων για την προώθηση αλλαγών καθώς και η συνεισφορά άλλων τομέων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, «Σύστημα Φροντίδων Ψυχικής Υγείας. Ελληνική Πραγματικότητα – Ευρωπαϊκή Πολιτική», γίνεται αναφορά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα με το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» ( πρώτη και δεύτερη φάση). Επίσης, εστιάζουμε στην ανάγκη για αποϊδρυματισμό και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνια ψυχικά ασθενών.

Στο έκτο κεφάλαιο, «Πολιτικές Ψυχικής Υγείας», περιγράφονται οι ήδη υπάρχων τρόποι θεραπείας ( θεραπεία εκτός νοσοκομείου με τη βοήθεια υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και εργαστηρίων επαγγελματικής

εκπαίδευσης, ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή). Στη συνέχεια, αντιπαρατίθενται οι προτάσεις των ατόμων του δείγματος σε συσχέτιση με την άγνοια και τον έντονο κοινωνικό στιγματισμό για δημιουργία περισσότερων ψυχιατρικών μονάδων, για υπηρεσίες κατ' οίκον, για περισσότερες έρευνες για τα αίτια και τη θεραπεία των ψυχικά ασθενειών, για τη δημιουργία περισσότερων θεραπευτικών ξενώνων, για την αύξηση ευκαιριών για εργασία και ψυχαγωγία στους ψυχικά ασθενείς και τέλος για τη συμμετοχή της οικογένειας και των φίλων στη θεραπεία.

Θέλουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας, για την πολύτιμη βοήθεια με συμβουλές, παραινέσεις και υλικό, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής:

- Στους ανθρώπους που απάντησαν στα ερωτηματολόγια και έτσι συνέβαλαν στη διεκπεραίωση της έρευνας.
- Στον κ Α. Παρασκευόπουλο και στο κ Θ. Πισσιμίσση, καθηγητών του Τ. Ε. Ι. Καλαμάτας και εισηγητών του θέματος της εργασίας μας, καθώς
- Στους φοιτητές του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας που βοήθησαν στη διανομή και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

## Κεφάλαιο 1:

# ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα διεξάχθηκε με την μέθοδο των ερωτηματολογίων. Το ερωτηματολόγιο είναι του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.). Δόθηκε σε 864 άτομα εκ των οποίων οι 816 απάντησαν και διανεμήθηκε σε 52 από τους νομούς της Ελλάδας και στην Κύπρο. Η κατανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από φοιτητές του ΤΕΙ Καλαμάτας (80άτομα). Αξίζει να σημειωθεί ότι το υλικό είναι πρωτογενές. Παρουσιάστηκαν αδυναμίες ως προς την ποσοτική κατανομή των ερωτηματολογίων στις επιμέρους γεωγραφικές περιοχές.

Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε είναι το SPSS 11.5. Τα πλήρη αποτελέσματα του, παρατίθενται στο Α' μέρος του παραρτήματος.

Ακολουθεί η περιγραφή του δείγματος

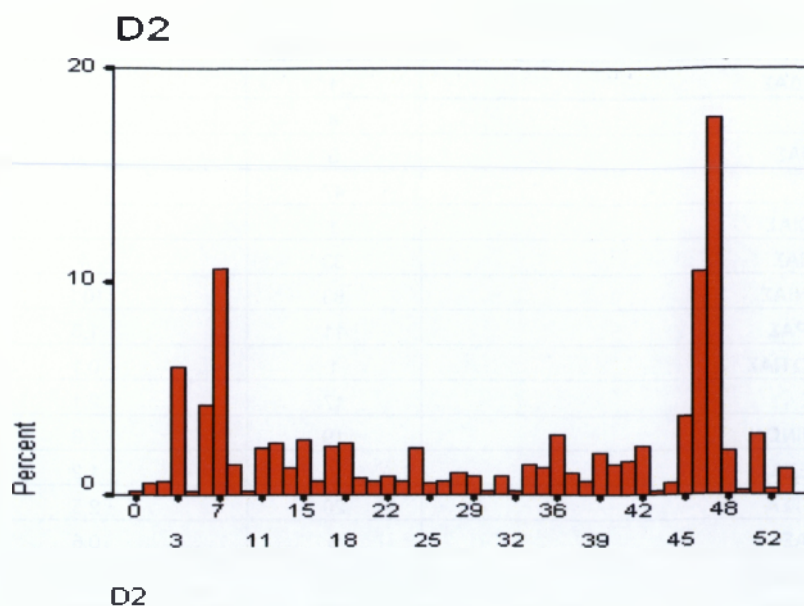
### **1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Το δείγμα μας αποτελείται από άτομα από σχεδόν από όλη την Ελλάδα και την Κύπρο, όπως αναφέραμε εισαγωγικά. Τα άτομα απάντησαν στην ερώτηση από ποιο νομό είσαστε και προέκυψε ο παρακάτω πίνακας απαντήσεων:

Πίνακας 1.1.: Περιγραφή δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας(Δημογραφικά στοιχεία)

ΝΟΜΟΙ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0 ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	1	0,1
1 ΗΛΕΙΑΣ	4	0,5
2 ΑΡΚΑΔΙΑΣ	5	0,6
3 ΑΧΑΪΑΣ	47	5,8
4 ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	1	0,1
6 ΛΑΚΩΝΙΑΣ	33	4
7 ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	83	10,2
8 ΚΕΡΚΥΡΑΣ	11	1,3
9 ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	1	0,1
11 ΑΡΤΑΣ	17	2,1
12 ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	19	2,3
13 ΠΡΕΒΕΖΑΣ	10	1,2
15 ΚΑΡΔΙΤΣΑ	20	2,5
16 ΛΑΡΙΣΑΣ	5	0,6
17 ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	18	2,2
18 ΤΡΙΚΑΛΩΝ	19	2,3
19 ΓΡΕΒΕΝΩΝ	6	0,7
20 ΔΡΑΜΑΣ	5	0,6
22 ΗΜΑΘΙΑΣ	7	0,9
23 ΚΑΒΑΛΑΣ	5	0,6
24 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	17	2,1
25 ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	4	0,5
27 ΚΙΛΚΙΣ	5	0,6
28 ΚΟΖΑΝΗΣ	8	1
29 ΠΕΛΛΑΣ	7	0,9
30 ΠΙΕΡΙΑΣ	1	0,1
31 ΣΕΡΡΩΝ	7	0,9
32 ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	1	0,1
33 ΕΒΡΟΥ	11	1,3
34 ΞΑΝΘΗΣ	10	1,2
36 ΡΟΔΟΠΗΣ	22	2,7
37 ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ	8	1
38 ΚΥΚΛΑΔΩΝ	5	0,6
39 ΛΕΣΒΟΥ	15	1,8
40 ΣΑΜΟΥ	11	1,3
41 ΧΙΟΥ	12	1,5
42 ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	18	2,2
43 ΛΑΣΙΘΙΟΥ	1	0,1
44 ΡΕΘΥΜΝΟΥ	4	0,5
45 ΧΑΝΙΩΝ	29	3,6
46 ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	82	10
47 ΑΤΤΙΚΗΣ	138	16,9
48 ΒΟΙΩΤΙΑΣ	16	2
49 ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	1	0,1
51 ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	22	2,7
52 ΦΩΚΙΔΑΣ	2	0,2
53 ΚΥΠΡΟΣ	9	1,1
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	33	4
<b>Σύνολο</b>	<b>816</b>	<b>100</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 1.1.

*(Η κωδικοποίηση των νομών βρίσκεται στην προηγούμενη σελίδα)*

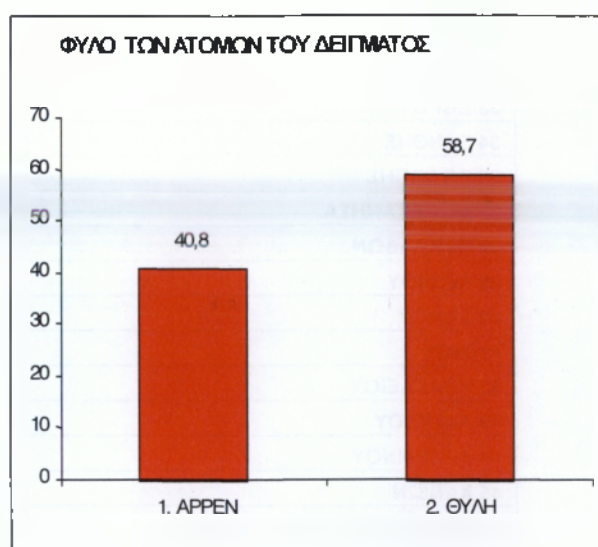
Το ερωτηματολόγιο κατανεμήθηκε σε όλους τους νομούς της Ελλάδας, αλλά και στην Κύπρο.

## 1.2 ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Πίνακας 1.2.: Το φύλο των ατόμων του δείγματος

	Συχνότητα	Ποσοστό %
1. ΑΡΡΕΝ	333	40,8
2. ΘΗΛΥ	479	58,7
ΣΥΝΟΛΟ	812	99,5
ΔΑ	4	0,5
ΣΥΝΟΛΟ	816	100

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 1.2.

Λιγότερο από τα μισά άτομα του δείγματος ήταν άντρες (40,8%) του δείγματος μας ενώ περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος ήταν γυναίκες (58,7%). Από την έρευνα προκύπτει ότι οι γυναίκες είναι πιο

ενημερωμένες σε σχέση με τους άντρες (Παράτημα, μέρος πρώτο, ερώτηση 1). Η εξήγηση που μας έδωσε ο κ. Βρέντας είναι ότι οι γυναίκες ως μητέρες είναι πιο ευαισθητοποιημένες (μητρικό ένστικτο) και θέλουν να έχουν ενημέρωση για ότι αφορά την υγεία και συνεπώς και την ψυχική υγεία. Επίσης το τελευταίο καιρό “είναι στη μόδα”, στις μεσημεριανές αλλά και στις απογευματινές τηλεοπτικές εκπομπές να τίγονται θέματα ψυχολογίας. Οι τηλεθεατές αυτών των εκπομπών, είναι κυρίως γυναίκες.

### **1.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

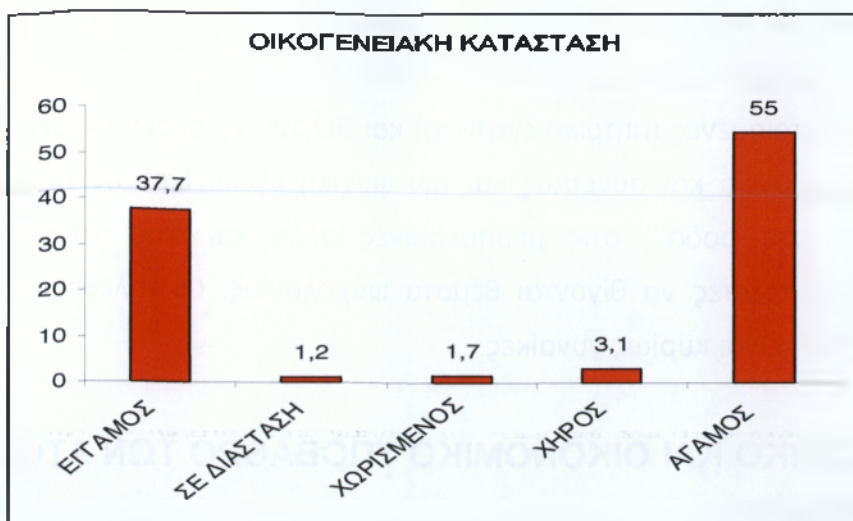
#### **1.3.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Πίνακας 1.3.: Οικογενειακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>ΕΓΓΑΜΟΣ</b>	308	37,7
<b>ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ</b>	10	1,2
<b>ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ</b>	14	1,7
<b>ΧΗΡΟΣ</b>	25	3,1
<b>ΑΓΑΜΟΣ</b>	449	55
<b>Σύνολο</b>	806	98,8
<b>Δεν απάντησαν</b>	10	1,2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	816	100

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.





Γράφημα 1.3.

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος είναι άγαμοι (55%). Σχεδόν το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος είναι έγγαμοι (37,7%), ενώ τα ποσοστά των χωρισμένων και των χήρων κυμαίνονται από 1,7% έως 3,1% αντίστοιχα. Τα περισσότερα άγαμα άτομα δικαιολογούνται αφού όπως θα δούμε στην συνέχεια, το ένα τέταρτο των ατόμων του δείγματος αποτελείται από άτομα που δηλώνουν "ΦΟΙΤΗΤΕΣ".

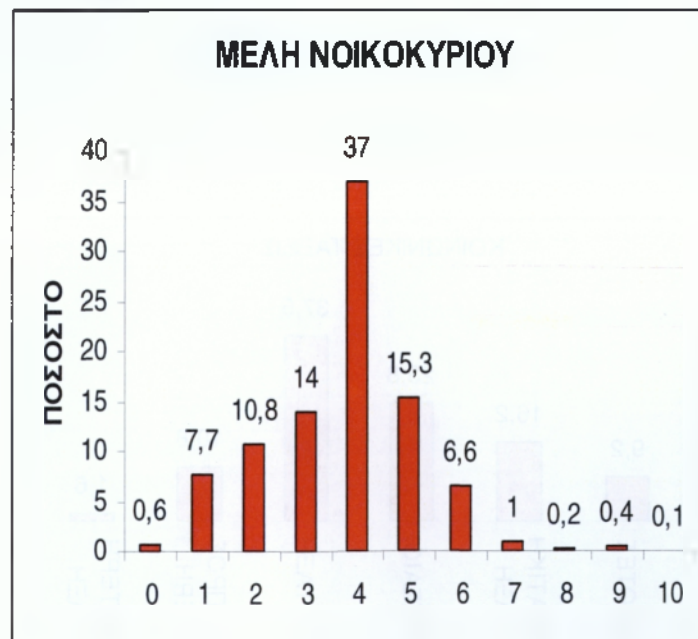
### 1.3.2. ΜΕΛΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Από πόσα μέλη αποτελείται το νοικοκυριό σας;

Πίνακας 1.4.:Μέλη νοικοκυριών των ατόμων του δείγματος

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%
0	5	0,6
1	63	7,7
2	88	10,8
3	114	14,0
4	302	37,0
5	125	15,3
6	54	6,6
7	8	1,0
8	2	0,2
9	3	0,4
10	1	0,1
Σύνολο	765	93,8
Δεν απάντησαν	51	6,3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>826</b>	<b>100</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 1.4.

Σχεδόν το ένα τέταρτο των ατόμων του δείγματος (37%) ανήκουν σε τετραμελή οικογένεια. Από 14% έως 0,6% κυμαίνονται οι οικογένειες με τρία και λιγότερα μέλη ενώ από 15.3% έως και 0,1% οι οικογένειες με πέντε μέλη και άνω.

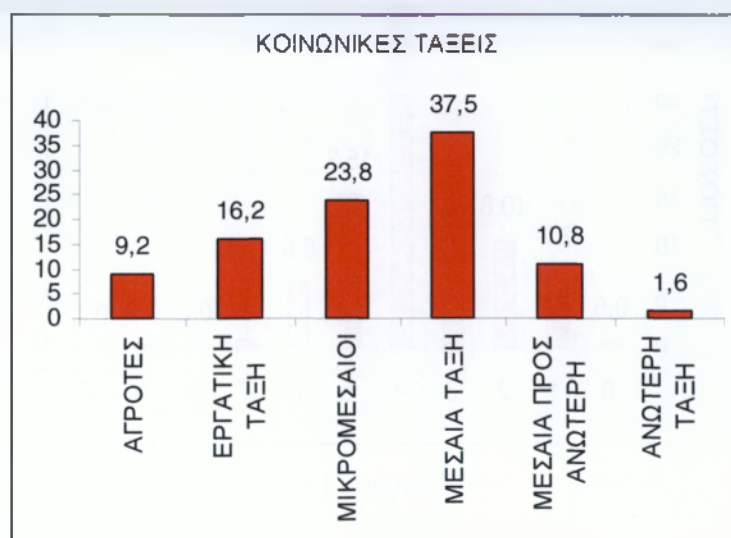
### 1.3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Σε ποια από τις κοινωνικές τάξεις ανήκετε;

Πίνακας 1.5: Κοινωνική τάξη των ατόμων του δείγματος

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%
ΑΓΡΟΤΕΣ	75	9,2
ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ	132	16,2
ΜΙΚΡΟΜΕΣΑΙΟΙ	194	23,8
ΜΕΣΑΙΑ ΤΑΞΗ	306	37,5
ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ	88	10,8
ΑΝΩΤΕΡΗ ΤΑΞΗ	13	1,6
Σύνολο	808	99,0
Δεν απάντησαν	8	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	816	100

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 1.5.

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματός ανήκει στην μεσαία τάξη (37,5%). Έπεται η μικρομεσαία τάξη (23,8%) των ατόμων ενώ το μικρότερο ποσοστό κατέχει η ανώτερη τάξη σε ποσοστό 22,8% των ατόμων.

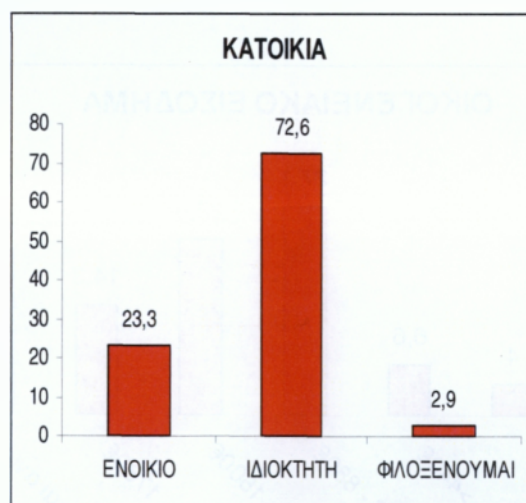
### 1.3.4. ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Μένετε σε ενοικιαζόμενη κατοικία, σε ιδιόκτητη ή φιλοξενήστε;

Πίνακας 1.6.: Είδος κατοικίας

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%
<b>ΕΝΟΙΚΙΟ</b>	190	23,3
<b>ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ</b>	591	72,6
<b>ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΑΙ</b>	24	2,9
<b>Σύνολο</b>	806	98,8
<b>Δεν απάντησαν</b>	10	1,2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	816	100

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 1.6.

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματός (72,6%) είναι ιδιοκτήτες της κατοικίας τους. Σχεδόν το ένα τέταρτο των ατόμων του δείγματος (23,3%) μένει σε ενοίκιο ενώ το 2,9% των ατόμων φιλοξενείται. Το είδος της κατοικίας

συμβάλλει σημαντικά στην ψυχολογία των ατόμων καθώς και στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών<sup>1</sup>.

### 1.3.5. ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

Σε ποια θέση της κλίμακας βρίσκετε το συνολικό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα του νοικοκυριού σας;

Πίνακας 1.7: Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%
ΚΑΘΟΛΟΥ	33	4,0
>440€	54	6,6
440€ - 880€	221	27,1
1000€ - 1500€	186	22,8
1500€ - 1760€	117	14,3
1760€ και άνω	175	21,4
Σύνολο	789	96,7
Δεν απάντησαν	27	3,3

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 1.7.

<sup>1</sup> Πισιμίσης Θ.(1995), Οικονομική υπηρεσιών υγείας , Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας

Από την έρευνα προκύπτει, ότι όσο πιο εύπορα είναι τα άτομα, τόσο και πιο ενημερωμένα είναι (Παράρτημα, Α' μέρος, ερώτηση 2.Α.) Όταν τα άτομα έχουν οικονομική ευχέρεια έχουν και τον απαιτούμενο χρόνο για να αποκτήσουν τη γνώση. Επίσης τα πιο εύπορα άτομα έχουν την δυνατότητα να αποκτήσουν περισσότερες εμπειρίες. Δηλαδή, να ταξιδέψουν, να γνωρίσουν αλλά και να τους δοθεί και η ευκαιρία να βιώσουν εμπειρίες. Αυτό το τονίζουμε γιατί στην υλοποίηση του ευρωπαϊκού προγράμματος "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" στην Ελλάδα, κάποια από τα άτομα που θα κατεύθυναν την εφαρμογή του προγράμματος ταξίδεψαν σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη (πχ Αγγλία, Ισπανία) με πιο πλούσια εμπειρία στην αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας. Αυτό είχε ως στόχο την βίωση των αναμενόμενων αποτελεσμάτων του προγράμματος και την αλλαγή νοοτροπίας τους, ώστε να το υποστηρίξουν και να το πιστέψουν.

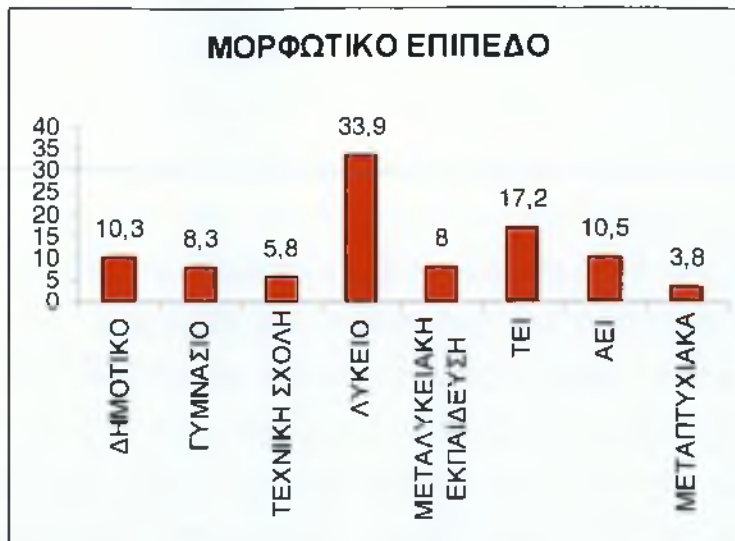
### 1.3.6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

**Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;**

Πίνακας 1.8.: Μορφωτικό επίπεδο

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%
<b>ΔΗΜΟΤΙΚΟ</b>	84	10,3
<b>ΓΥΜΝΑΣΙΟ</b>	68	8,3
<b>ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ</b>	47	5,8
<b>ΛΥΚΕΙΟ</b>	277	33,9
<b>ΜΕΤΑΛΥΚΕΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b>	65	8,0
<b>ΤΕΙ</b>	140	17,2
<b>ΑΕΙ</b>	86	10,5
<b>ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ</b>	31	3,8
<b>Σύνολο</b>	798	97,8
<b>Δεν απάντησαν</b>	18	2,2

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 1.8.

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος κατέχουν τα άτομα με Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση: λύκειο(33,9%), γυμνάσιο (8,3%), Το ένα τέταρτο των ατόμων ανήκει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση: ΑΕΙ (10,5%), ΤΕΙ (17,2%). Ενώ τα εννέα δέκατο των ατόμων (10,3%) καταλαμβάνουν η Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, δηλαδή δημοτικό και η Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση( 3,8%).

Από την έρευνα προκύπτει πως όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο μόρφωσης των ατόμων, τόσο μειώνεται ο κοινωνικός στιγματισμός και οι ρατσιστικές τάσεις προς τα άτομα με ψυχικές ασθένειες (Παράρτημα, Α' μέρος, ερώτηση 2B). Η καλή γνώση για τις ψυχικές ασθένειες και τα συμπτώματα των ασθενών, δε δημιουργεί φόβο για τα άτομα αυτά και δεν τα αντιμετωπίζουν με ρατσισμό.

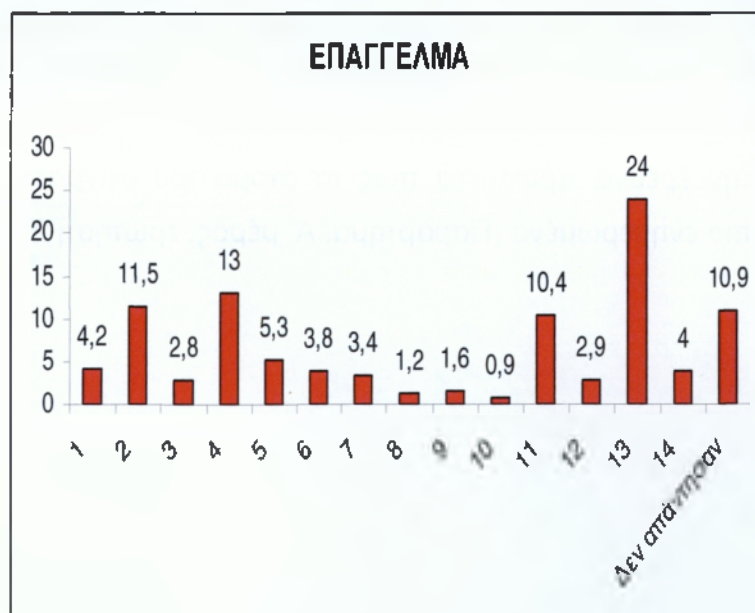
### 1.3.7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ποιο είναι το επάγγελμα σας;

Πίνακας 1.9.: Επάγγελμα

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%
1	34	4,2
2	94	11,5
3	23	2,8
4	106	13,0
5	43	5,3
6	31	3,8
7	28	3,4
8	10	1,2
9	13	1,6
10	7	0,9
11	85	10,4
12	24	2,9
13	196	24,0
14	33	4,0
Σύνολο	750	91,9
Δεν απάντησαν	89	10,9

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 1.9.

Η Κωδικοποίηση που έχει χρησιμοποιηθεί, έχει δανειστεί από τη γραμματεία του ΤΕΙ Καλαμάτας και έχει ως εξής:



- 1: Μέλη των Βουλευόμενων σωμάτων, ανώτερα διοικητικά και διευθυντικά στελέχη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.
- 2: Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα.
- 3: Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα
- 4: Υπάλληλοι γραφείου δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, και ασκούντες συναφή επαγγέλματα
- 5: Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές
- 6: Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς
- 7: Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή επαγγέλματα
- 8: Χειριστές σταθερών βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων και εξοπλισμού και συναρμολόγησης.
- 9: Ανεπίδητοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες
- 10: Ένοπλες δυνάμεις
- 11: Μη μισθωτοί που δεν αναζητούν εργασία
- 12: Άνεργοι που αναζητούν εργασία
- 13: Φοιτητές
- 14: Ελεύθεροι επαγγελματίες

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος είναι φοιτητές (24%) και υπάλληλοι γραφείου (13%). Όπως προαναφέραμε στην εισαγωγή, η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από σπουδαστές του ΤΕΙ Καλαμάτας και αυτό αποτελεί μια συνειδητή επιλογή για να εξετάσουμε τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νέων ατόμων· για το λόγο αυτό, το δείγμα αποτελείται από ένα σημαντικό αριθμό ατόμων που ανήκουν στην κατηγορία “ΦΟΙΤΗΤΕΣ”.

Από την έρευνα προκύπτει πως τα άτομα του δείγματος ηλικίας 20-29 ετών είναι πιο ενημερωμένα (Παράρτημα, Α' μέρος, ερώτηση 2).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που χαρακτηρίζουν τα άτομα του δείγματος, είναι αυτές που απαρτίζουν την ελληνική κοινωνία. Δηλαδή, η ελληνική κοινωνία αποτελείται περίπου από τον ίδιο αριθμό εγγάμων, άγαμων υπαλλήλους γραφείων, αριθμό ιδιόκτητων κατοικιών κα. Συμπερασματικά το δείγμα μας είναι αντιπροσωπευτικό.

Λέγοντας κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, εννοούμε:

- Το φύλο των ατόμων του δείγματος
- Οικογενειακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος
- Μέλη νοικοκυριού
- Κοινωνική τάξη
- Είδος κατοικίας
- Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα
- Μορφωτικό επίπεδο
- Επάγγελμα ερωτηθέντων

Από την έρευνα προκύπτει πως ο βαθμός γνώσης των ατόμων του δείγματος συσχετίζεται με το επίπεδο μόρφωσης , το οποίο αν είναι υψηλό μειώνει και τον κοινωνικό στιγματισμό, καθώς και από το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος, που είναι ανάλογο της ενημέρωσης των ατόμων. Επίσης τα πιο ενημερωμένα άτομα είναι αυτά ηλικίας 20-29 ετών και οι γυναίκες.



## Κεφαλαίο 2

Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ

ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχική υγεία έχει οριστεί ποικιλοτρόπως από σοφούς διάφορων πολιτισμών. Αντιλήψεις για την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την υποκειμενική ευεξία και λειτουργικότητα, την αυτονομία, την αποτελεσματικότητα, την αλληλεξάρτηση των γενεών και την αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου. Από διαπολιτισμική άποψη, είναι σχεδόν αδύνατον να ορίσει πλήρως την ψυχική υγεία. Εντούτοις, είναι γενικά αποδεκτό ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών.

Ο όρος “mental health”, δηλαδή πνευματική υγεία, (και όχι ψυχική) που επικρατεί, είναι λανθασμένος. Σύμφωνα με τον κ. Γιαννουλάτο Π., (διοικητής του ψυχιατρικού νοσοκομείου «ΔΑΦΝΙ»): «Η ψυχική υγεία περικλείει την σωματική, νοητική και πνευματική ευεξία ενώ το πνεύμα είναι ιδιότητα, δεν μπορεί να είναι άρρωστο. Αυτό που αρρωσταίνει είναι το μυαλό. Δεν μπορούμε να μιλάμε για πνευματική ασθένεια. Για να επιτευχθεί η ψυχική υγεία πρέπει να υπάρχει καλή λειτουργία όλων των παραπάνω.»

Η κατανόηση του τι είναι ψυχική υγεία, και πιο γενικά ψυχική λειτουργία, είναι σημαντική διότι δίνει μια βάση επί της οποίας εδράζεται η πληρέστερη κατανόηση της εκδήλωσης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Τα τελευταία χρόνια, καινούργιες πληροφορίες από τα πεδία της νευροεπιστήμης και της συμπεριφορικής ιατρικής έχουν προωθήσει δραματικά την κατανόησή μας για τις ψυχικές λειτουργίες. Γίνεται όλο και σαφέστερο ότι οι ψυχικές λειτουργίες έχουν το υπόστρωμά τους στη φυσιολογία, και διασυνδέονται ουσιαστικά με τις σωματικές και κοινωνικές λειτουργίες και την κατάσταση της υγείας μας.

## 2.1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσιάζουν μια πολυποίκιλη και ετερογενή εικόνα. Μερικές διαταραχές είναι ήπιες και άλλες σοβαρές. Μερικές διαρκούν λίγες εβδομάδες, ενώ άλλες δια βίου. Μερικές δεν διακρίνονται παρά μόνο μετά από λεπτομερή εξέταση, ενώ άλλες είναι εμφανείς ακόμα και σε ένα τυχαίο παρατηρητή. Αυτή η έκθεση εστιάζει σε μερικές κοινές διαταραχές που είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές για τις κοινότητες και γενικά θεωρούνται σοβαρό πρόβλημα. Συμπεριλαμβάνονται:

- Οι καταθλιπτικές διαταραχές,
- Οι διαταραχές από χρήση ουσιών,
- Η σχιζοφρένεια, η επιληψία,
- Η νόσος Alzheimer,
- Η νοητική καθυστέρηση και
- Οι διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Το ότι συμπεριλαμβάνεται η επιληψία χρήζει κάποιας εξήγησης. Η επιληψία είναι μία νευρολογική διαταραχή και κατατάσσεται, μαζί με άλλες νόσους του νευρικού συστήματος. Εντούτοις, η επιληψία θεωρείτο ιστορικά ως ψυχική διαταραχή και αυτό ισχύει ακόμα σε πολλές κοινωνίες. Οι επιληπτικοί υφίστανται το στίγμα και παρουσιάζουν σοβαρή ανικανότητα εάν δεν λάβουν θεραπεία, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τους ψυχικά πάσχοντες. Με την επιληψία ασχολείται συχνά το προσωπικό της ψυχικής υγείας, λόγω της μεγάλης συχνότητας αυτής της διαταραχής και της σχετικής σπανιότητας εξειδικευμένων νευρολογικών υπηρεσιών, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Επιπροσθέτως, πολλές χώρες έχουν νόμους που απαγορεύουν στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και επιληψία να αναλάβουν ορισμένες δημόσιες θέσεις.

Τα άτομα του δείγματος, στην ερώτηση «Όταν ακούτε τη φράση 'σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχική αρρώστια', ποιες συγκεκριμένες αρρώστιες σας έρχονται στο μυαλό;» (Ερώτηση 1, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.1: Ψυχικές ασθένειες σύμφωνα με τις απόψεις των ατόμων του δείγματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	488	33,5
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	417	28,6
ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ	70	4,8
ΤΡΕΛΑ	63	4,3
ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑ	60	4,1
ΤΙΠΟΤΑ	37	2,5
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	29	2,0
ΠΑΡΑΝΟΙΑ	28	1,9
ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	24	1,6
ΨΥΧΩΣΗ	20	1,4
ΔΙΧΑΣΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠ.	20	1,4
ΝΕΥΡΑΣΘΕΝΕΙΑ	17	1,2
ΦΟΒΙΕΣ	18	1,2
ΕΠΙΛΗΨΙΑ	14	1,0
ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘ.	14	1,0
ΜΑΝΙΕΣ	13	0,9
ΑΓΧΟΣ	11	0,8
ΚΑΚΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	12	0,8
ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΠΑΘΗΤΙΚ.	8	0,5
ΕΜΜΟΝΕΣ	7	0,5
ΑΝΟΙΑ	8	0,5
ΝΟΣΟΣ Alzheimer	7	0,5
ΑΝΟΡΕΞΙΑ	8	0,5
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	6	0,4
ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΚΛΩΝ.	6	0,4
ΒΟΥΛΙΜΙΑ	4	0,3
ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ	3	0,2
ΨΥΧ. ΚΑΤΑΠΤΩΣΗ	3	0,2
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	3	0,2
ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΙΣΜΟΣ	1	0,1
ΑΓΧΩΔΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗ	1	0,1
ΠΑΝΙΚΟΣ	2	0,1
ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	2	0,1
ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΑ	2	0,1
ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ	2	0,1
ΥΣΤΕΡΙΑ	1	0,1
ΥΨΟΦΟΒΙΑ	2	0,1
ΨΥΧΟΛ. ΣΟΚ	2	0,1
ΑΚΑΤΑΛΟΓΙΣΤΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	2	0,1
ΟΙΚΟΓ. ΠΡΟΒΛΗΜΑ	1	0,1
ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ	2	0,1
ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	1	0,1
ΝΥΜΦΟΜΑΝΙΑ	1	0,1

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος





διαταραχές από χρήση ουσιών και νευρασθένεια, καταλαμβάνουν τα χαμηλότερα ποσοστά των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος και κυμαίνονται από 0,5% - 2%. Συνεπώς οι ερωτηθέντες είναι ενημερωμένοι σε ότι αφορά συγκεκριμένες ψυχικές ασθένειες (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη,) τουλάχιστον, ως προς την έννοια τους. Αξίζει να τονίσουμε ότι η γνώση των συγκεκριμένων ασθενειών ίσως να μην είναι αντικειμενική, δεδομένου ότι η ερώτηση που ακολουθεί ζητά να απαντηθεί αν υπάρχει διαφορά σχιζοφρένειας - κατάθλιψης - οι προαναφερόμενες ασθένειες παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά (33,5% και 28,6% αντίστοιχα). Διαπιστώνουμε από την στατιστική έρευνα πως το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού έχει μια στοιχειώδη αντίληψη στην έννοια «ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχική αρρώστια».

## 2.2. AIDS – ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η ύπαρξη σοβαρών νοσημάτων επηρεάζει την ψυχική υγεία των ατόμων, αλλά και ολόκληρων οικογενειών. Οι περισσότερες ασθένειες που προκαλούν σοβαρή αναπηρία ή απειλούν τη ζωή, όπως ο καρκίνος στους άνδρες και τις γυναίκες, έχουν αυτή την επίδραση. Ο ιός HIV / AIDS αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση.

Η λοίμωξη από HIV / AIDS εξαπλώνεται πολύ γρήγορα σε πολλά μέρη του κόσμου. Στο τέλος του έτους 2003, ζούσαν με λοίμωξη HIV / AIDS 36,1 εκατομμύρια άνθρωποι και 21,8 εκατομμύρια είχαν ήδη πεθάνει (UN AIDS 2000). Από τις 5,3 εκατομμύρια νέες μολύνσεις το 2000, η μία στις δέκα ήταν παιδιών και οι μισές ήταν γυναικών. Σε 16 χώρες της Αφρικής, νότια της Σαχάρας, το 10% του πληθυσμού, που είναι σε αναπαραγωγική ηλικία, είναι μολυσμένο με HIV / AIDS. Η επιδημία του HIV / AIDS έχει μειώσει την οικονομική ανάπτυξη και το προσδόκιμο επιβίωσης μέχρι και 50% σε χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο<sup>2</sup>. Σε πολλές χώρες το HIV / AIDS θεωρείται

<sup>2</sup> World Health Organization (2000) World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva : World Health Organization

τώρα απειλή για την εθνική ασφάλεια. Επειδή δεν υπάρχει ούτε θεραπεία, ούτε και εμβόλιο, η πρόληψη παραμένει η κύρια μέριμνα μας, ενώ η φροντίδα και η υποστήριξη των πασχόντων από HIV / AIDS είναι το κρίσιμο σημείο, όπου μπορούμε να παρεμβούμε.

Οι επιπτώσεις αυτής της επιδημίας από την ψυχική υγεία είναι σημαντικές. Ως επακόλουθο αυτής της μόλυνσης, ένα τμήμα ανθρώπων υποφέρει από ψυχολογικές διαταραχές. Οι επιπτώσεις του έντονου στιγματισμού και των διακρίσεων εναντίον ανθρώπων με HIV / AIDS, επίσης παίζουν βασικό ρόλο, στο ψυχολογικό στρες. Οι διαταραχές ποικίλουν από αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, ως διαταραχές προσαρμογής. Διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών είναι επίσης συχνές, εάν κανείς τις αναζητήσει. Επιπροσθέτως, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας υφίστανται και αυτά τις επιπτώσεις του στίγματος και αργότερα, των πρόωρων θανάτων των πασχόντων συγγενών τους. Οι ψυχολογικές συνέπειες που αντιμετωπίζουν μέλη οικογενειών που διαλύθηκαν, και παιδιά που ορφάνεψαν λόγω του HIV / AIDS, δεν έχουν λεπτομερώς μελετηθεί, αλλά είναι πιθανό να είναι σημαντικές.

Αυτές οι περίπλοκες καταστάσεις, όπου μια σωματική ασθένεια έχει ψυχολογικές συνέπειες σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο, απαιτούν λεπτομερή εκτίμηση, ώστε να καθοριστεί ο αντίκτυπος που έχουν στην ψυχική υγεία. Υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στον τομέα αυτόν.

### **2.3. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ατόμων του δείγματος, η συντριπτική πλειοψηφία (95,8%), πιστεύει ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ σχιζοφρένειας και κατάθλιψης. Η σχιζοφρένεια, όντως δεν ταυτίζεται με την κατάθλιψη<sup>3</sup>. Συσχετίζοντας τα αποτελέσματα με τα αντίστοιχα της ερώτησης 1 του ερωτηματολογίου, δηλαδή στην ερώτηση που ζητούσαμε να μας πουν ποιες

---

3 «Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας 2003

ασθένειες τους έρχονταν στο μυαλό όταν ακούν τη φράση “σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχική αρρώστια”, συμπεραίνουμε ότι η γνώση για τις συγκεκριμένες ασθένειες (σχιζοφρένεια – κατάθλιψη ) δεν είναι τελείως επιφανειακή. Οι ερωτηθέντες κατανοούν τη διαφορετικότητά τους . Συμπερασματικά προκύπτει πως τα άτομα του δείγματος είναι ενημερωμένα, αν και αυτή η ενημέρωση είναι ελλιπής όπως θα φανεί στην συνέχεια και ειδικά για ότι αφορά την σχιζοφρένεια. Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη;» (Ερώτηση 2, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2. :Διαφορά σχιζοφρένειας και κατάθλιψης.

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Υπάρχει</b>	<b>782</b>	<b>95,8</b>
<b>Δεν υπάρχει</b>	<b>26</b>	<b>3,2</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>808</b>	<b>99,0</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>8</b>	<b>1,0</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Ως προς την ταύτιση των δύο ασθενειών, σχιζοφρένεια και κατάθλιψη, τα άτομα του δείγματος δείχνουν να είναι ενημερωμένα. Εξάλλου και η πλειοψηφία αυτών στην ερώτηση 1, σχεδόν όλα τα άτομα είχαν ακούσει μια από τις δύο. Είναι πολύ σημαντικό που δεν τις συγχέουν και δεν τις ταυτίζουν, γιατί διαφέρουν κατά πολύ με κυριότερο χαρακτηριστικό, ότι η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται ποτέ πλήρως σε αντίθεση με την κατάθλιψη. Για το λόγο ότι η σχιζοφρένεια έχει πάντα υπολειμματικά συμπτώματα μετά και από το πέρας της θεραπείας θεωρείται και ως ποιο σοβαρή ασθένεια.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Μεταξύ σχιζοφρένειας και κατάθλιψης ποια ασθένεια θεωρείται τη σοβαρότερη;» (Ερώτηση 3.2, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.2: Δυσμενέστερη ασθένεια

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b>	<b>579</b>	<b>70,9</b>
<b>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	<b>72</b>	<b>8,8</b>
<b>ΤΟ ΙΔΙΟ</b>	<b>127</b>	<b>15,6</b>
<b>ΚΑΜΙΑ</b>	<b>1</b>	<b>,1</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>12</b>	<b>1,5</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>25</b>	<b>3,1</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>791</b>	<b>96,9</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Σχεδόν τα τρία τέταρτα των ατόμων του δείγματος (0,9%) πιστεύουν πως η σχιζοφρένεια είναι πολύ πιο σοβαρή από την κατάθλιψη. Η διαφορά τους έγκειται στην δυνατότητα ίασης της δεύτερης, σε αντίθεση με τη σχιζοφρένεια που μέσω θεραπείας μπορεί να επιτευχθεί η καταστολή της<sup>4</sup>. Ενώ ούτε το ένα δέκατο των ατόμων του δείγματος (8,8 %) πιστεύει πως η κατάθλιψη είναι σοβαρότερη ασθένεια από την σχιζοφρένεια. Όντως σοβαρότερη ασθένεια είναι η σχιζοφρένεια διότι δεν θεραπεύεται, απλά καταστέλλεται, όπως προαναφέραμε. Δεν υπάρχει θεραπεία που να επιφέρει την πλήρη ίαση της.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Η σχιζοφρένεια ή η κατάθλιψη θεραπεύονται πιο εύκολα;» (Ερώτηση 3.3, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.2 : Πιο ίασιμη ασθένεια

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b>	<b>42</b>	<b>5,1</b>
<b>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	<b>504</b>	<b>61,7</b>
<b>ΤΟ ΙΔΙΟ</b>	<b>81</b>	<b>9,9</b>
<b>ΚΑΜΙΑ</b>	<b>72</b>	<b>8,8</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>88</b>	<b>10,8</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>29</b>	<b>3,6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>787</b>	<b>96,4</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

<sup>4</sup> ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001

Από τα προηγούμενα αποτελέσματα της έρευνας διαφαίνεται η άποψη, που διαμορφώθηκε σχεδόν από τα δύο τρίτα των ατόμων του δείγματος (70,9%), πως η κατάθλιψη θεραπεύεται πιο εύκολα από τη σχιζοφρένεια. Αυτό που ισχύει είναι ότι η θεραπεία και των δύο ασθενειών είναι πολυποίκιλη και ετερογενής και εξαρτάται από το στάδιο εκδήλωσης της κάθε μιας, που μπορεί να κυμανθεί από πολύ ήπια έως πολύ σοβαρή. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., η διαφορετικότητα τους έγκειται στο γεγονός ότι η σχιζοφρένεια δεν γιαιτρεύεται ποτέ πλήρως απλά καταστέλλεται σε αντίθεση με την κατάθλιψη η οποία μπορεί να θεραπευθεί. Επίσης άλλη μία σημαντική διαφορά ο βαθμός συχνότητας εμφάνισης των δύο ασθενειών.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Η σχιζοφρένεια ή η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα;» (Ερώτηση 3,1, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.3.: Συχνότητα σχιζοφρένειας – κατάθλιψης.

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b>	<b>35</b>	<b>4,3</b>
<b>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	<b>682</b>	<b>83,6</b>
<b>ΤΟ ΙΔΙΟ</b>	<b>54</b>	<b>6,6</b>
<b>ΚΑΜΙΑ</b>	<b>1</b>	<b>,1</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>24</b>	<b>2,9</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>20</b>	<b>2,5</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>796</b>	<b>97,5</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Σύμφωνα με την πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (83,6%) πιστεύει πως η ασθένεια που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι η κατάθλιψη σε αντίθεση με το 4,3% που πιστεύει πως η σχιζοφρένεια εμφανίζεται συχνότερα. Η πραγματικότητα θα έρθει να επαληθεύσει την άποψη των ατόμων του δείγματος αφού η κατάθλιψη όντως εμφανίζεται πολύ πιο συχνά από την σχιζοφρένεια<sup>5</sup>. Παρατηρούμε δηλαδή, πως υπάρχει γνώση και ενημέρωση όσο αναφορά τη συχνότητα των δύο ασθενειών.

Η διαταραχή εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άντρες και γυναίκες και οι πληροφορίες που αναφέρονται σ' αυτό το κείμενο ισχύουν και για τα δύο φύλα. Μια διαφορά μεταξύ των δύο φύλων αφορά την ηλικία εμφάνισης των πρώτων

<sup>5</sup> «Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας 2003

ψυχωτικών εκδηλώσεων : οι άντρες νοσούν πιο συχνά μεταξύ 15 - 25 ετών και οι γυναίκες μεταξύ 25 - 35 ετών. Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια<sup>6</sup>. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων. Σε συσχέτιση με τα παραπάνω διαπιστώνουμε πως η γνώση στις συγκεκριμένες ασθένειες είναι επαρκής. Αυτό ίσως να οφείλεται στη μεγαλύτερη εστίαση που δίδεται από τα Μ.Μ.Ε. σε σχέση με τις υπόλοιπες ασθένειες, όπως θα παρατηρήσουμε και παρακάτω.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Τι ποσοστό περίπου επί τοις εκατό του πληθυσμού υποφέρει από σχιζοφρένεια;» (ερώτηση 12 του ερωτηματολογίου), απάντησαν:

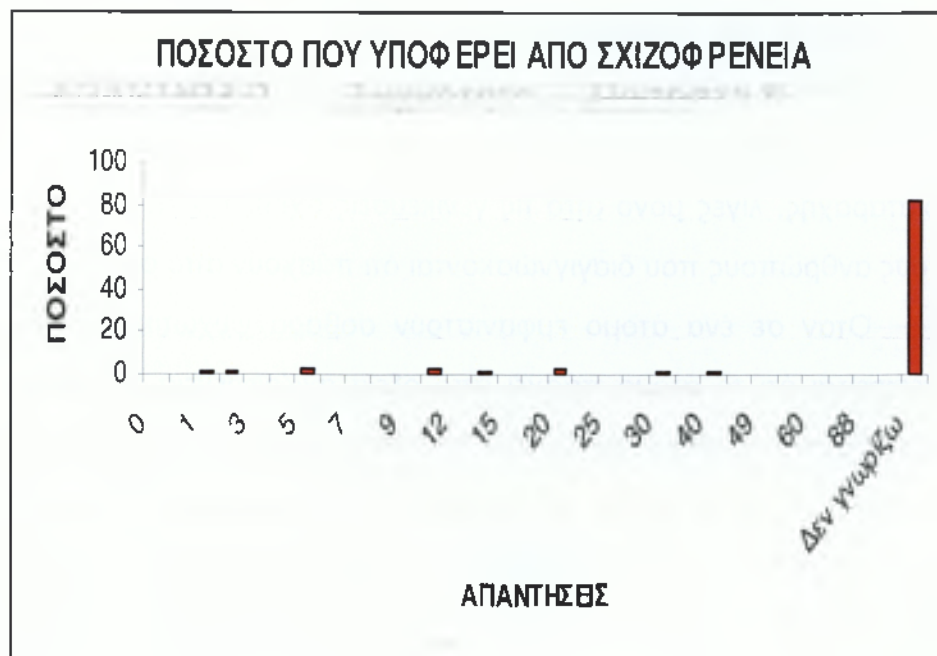
---

<sup>6</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας»,Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004,σελ 16-17.

Πίνακας 2.4: Ποσοτό πληθυσμού που υποφέρει από σχιζοφρένεια.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
0	1	0,1
1	1	0,1
1	11	1,3
2	10	1,2
3	5	0,6
4	5	0,6
5	17	2,1
6	1	0,1
7	2	0,2
8	4	0,5
9	2	0,2
10	17	2,1
12	1	0,1
15	12	1,5
15	1	0,1
16	1	0,1
20	20	2,5
23	1	0,1
25	5	0,6
26	1	0,1
30	12	1,5
36	2	0,2
40	6	0,7
42	1	0,1
49	1	0,1
50	3	0,4
60	1	0,1
70	1	0,1
88	1	0,1
96	1	0,1
Δεν γνωρίζω	669	82,0
Σύνολο	809	99,1

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 2.2.

Από την παραπάνω παράθεση απαντήσεων παρατηρούμε ότι τα άτομα του δείγματος δεν γνωρίζουν τι ποσοστό υποφέρει από σχιζοφρένεια. Σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, 2,5 - 5 ανά 1000 άτομα έχουν την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα αυτά αναγόμενα στον Ελληνικό πληθυσμό σημαίνουν ότι κάθε χρόνο περιμένουμε στην Ελλάδα 1000 - 1500 περίπου άτομα να εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια, 25.000 – 50.000 άτομα πάσχουν από αυτή μια δεδομένη χρονική στιγμή και 100.000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής τους<sup>7</sup>. Όμως σύμφωνα με τον κ. Γιαννουλάτο, το ποσοστό των ψυχικά ασθενών κυμαίνεται πάντα από 8-10% του πληθυσμού και ειδικότερα το 10% αντιστοιχεί σε κλειστές κοινωνίες.

### 2.3.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Σχιζοφρένεια είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στην Ιατρική, για να περιγράψει μια ιδιαίτερα περίπλοκη και όχι καλά κατανοητή κατάσταση - την

<sup>7</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας»,Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004,σελ 16-17.



πιο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι στην πραγματικότητα μια ενιαία διαταραχή, ή μια ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής, λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά μ' αυτή ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Όταν σε ένα άτομο εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα, τότε θεωρείται ότι το άτομο πάσχει από οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος "Ψυχωτικός" σημαίνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή ότι δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του<sup>8</sup>. Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής τους, αλλά τελικά κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς την βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων.

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή διαταραχή, η οποία τυπικά αρχίζει στην ύστατη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Χαρακτηρίζεται από δομικές παραμορφώσεις της σκέψης και της αντίληψης και από απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή επηρεάζει τις πλέον βασικές λειτουργίες, που δίνουν σε έναν άνθρωπο την αίσθηση της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του αυτό-προσδιορισμού. Η συμπεριφορά μπορεί να είναι σοβαρά διαταραγμένη κατά τη διάρκεια ορισμένων φάσεων της διαταραχής και να έχει δυσμενή κοινωνικά επακόλουθα. Ακλόνητη πίστη σε ψευδείς, αβάσιμες ιδέες ("παραλήρημα"), είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής<sup>9</sup>.

Παραληρητικές ιδέες ή Παραλήρημα είναι πεπτοιθήσεις ή πίστεις του ασθενή που είναι ψευδείς, δεν υπόκεινται στον έλεγχο της λογικής, παραμένουν

<sup>8</sup> [www.stress.gr/disosters/schizo1html](http://www.stress.gr/disosters/schizo1html)

<sup>9</sup> [www.stress.gr/disosters/schizo1html](http://www.stress.gr/disosters/schizo1html)

παρά τις περί του αντιθέτου αποδείξεις και δεν αποτελούν μέρος του πολιτισμικού περιβάλλοντος του ασθενή. Οι παραληρητικές ιδέες είναι συχνές στην σχιζοφρένεια, και μπορεί να έχουν διάφορα θέματα, όπως ιδέες μεγαλείου, ιδέες δίωξης (ότι άλλοι άνθρωποι θέλουν το κακό του ασθενή) κ.λ.π. Μερικές φορές τα παραληρήματα στη σχιζοφρένεια, είναι εξαιρετικά παράξενα - για παράδειγμα, η πεποίθηση ότι οι γείτονες ελέγχουν την συμπεριφορά του ασθενή με την βοήθεια μαγνητικών κυμάτων, ή ότι οι παρουσιαστές της τηλεόρασης απευθύνουν ειδικά στον ασθενή ιδιαίτερα μηνύματα ή ότι η σκέψη του ασθενή εκπέμπεται και γίνεται γνωστή και σε άλλους. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, που είναι συχνές στην παρανοειδή σχιζοφρένεια, είναι παράλογες και ψευδείς πεποιθήσεις των ασθενών που πιστεύουν ότι άλλοι μπορεί να θέλουν το κακό τους, ότι τους κλέβουν, ότι προσπαθούν να τους δηλητηριάσουν ή ότι συνωμοτούν εναντίον τους. Ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι ο ίδιος ή ένα μέλος της οικογένειας του ή κάποιος άλλος είναι ο στόχος αυτής της φανταστικής καταδίωξης<sup>10</sup>.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση «Οι σχιζοφρενείς ακούν φωνές που τους λένε τι να κάνουν;» (Ερώτηση 14,3ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.5: Οι σχιζοφρενείς ακούν φωνές

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	116	14,2
ΣΥΧΝΑ	333	40,8
ΣΠΑΝΙΑ	128	15,7
ΠΟΤΕ	46	5,6
ΔΓ	155	19,0
ΔΑ	30	3,7
Σύνολο	808	99,0
Δεν απάντησαν	8	1,0
	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των ατόμων του δείγματος

<sup>10</sup> [www.stress.gr/disosters/schizo1.html](http://www.stress.gr/disosters/schizo1.html)

Το 40,8% των ατόμων του δείγματος πιστεύει ότι συχνά οι σχιζοφρενείς ακούν φωνές, σε αντίθεση με το 5,6 % κατά το οποίο ποτέ δεν ακούν φωνές. Όπως προαναφέραμε ένα χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης ασθένειας είναι η ακλόνητη πίστη σε αβάσιμες ιδέες, δηλαδή «παραλήρημα». Για την συχνότητα παραληρήματος στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, δεν είναι τίποτα γνωστό και για το λόγο αυτό δεν μπορούμε να αναγάγουμε την άποψη των ατόμων του δείγματος, σε επιστημονικά καθιερωμένες τιμές.

Η πορεία της σχιζοφρένειας ποικίλει από άτομο σε άτομο, και μπορεί να υπάρχει πλήρης ανάρρωση στο ένα τρίτο των περιπτώσεων. Μπορεί, όμως, να ακολουθήσει μια χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία με υπολειμματικά συμπτώματα και ελλιπή κοινωνική αποκατάσταση. Τα άτομα με χρόνια σχιζοφρένεια, αποτελούσαν μεγάλο ποσοστό των τροφίμων των ψυχιατρείων στο παρελθόν, όπως και σήμερα, όπου ακόμα υπάρχουν τέτοια ιδρύματα. Οι σύγχρονοι πρόοδοι στην φαρμακευτική θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, μπορούν να αντιμετωπίσουν σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό, με πληρότητα και διάρκεια, σχεδόν τους μισούς από όσους αρχικά εκδηλώνουν σχιζοφρένεια. Λιγότεροι από το ένα πέμπτο των ατόμων που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια χειροτερεύουν με το πέρασμα του χρόνου;» (Ερώτηση 13,11 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.6. : Σχιζοφρένεια και βελτίωση

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b> %
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>281</b>	<b>34,4</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>195</b>	<b>23,9</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>331</b>	<b>40,5</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>807</b>	<b>98,9</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>9</b>	<b>1,1</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων του δείγματος.

Λίγο παραπάνω από το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (34,4%) είναι ενημερωμένα όσον αφορά την πορεία της σχιζοφρένειας. Δηλαδή, γνωρίζουν πως η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται σχεδόν ποτέ πλήρως αλλά καταστέλλεται η έντονη συμπτωματολογία. Υπάρχει όμως ένα άλλο ποσοστό λιγότερο από το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (23,9%) που πιστεύει ότι η σχιζοφρένεια δεν χειροτερεύει με το πέρασμα του χρόνου αλλά δεν θα μπορούσαμε να το επικρίνουμε αρνητικά μιας και όπως υποστηρίζει η επιστήμη δεν είναι κάτι το αδύνατο. Παρόλα αυτά σχεδόν τα μισά άτομα του δείγματος (40,5%) απαντούν πως δεν γνωρίζουν.

Περίπου το 1% του πληθυσμού αναπτύσσει σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής του. Κατά την διάρκεια ενός έτους περίπου 0,11 - 0,14 ανά 1000 άτομα θα εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια. Μια δεδομένη χρονική στιγμή, 2,5 - 5 ανά 1000 άτομα έχουν την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα αυτά αναγόμενα στον Ελληνικό πληθυσμό σημαίνουν ότι κάθε χρόνο περιμένουμε στην Ελλάδα 1000 - 1500 περίπου άτομα να εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια, 25000 - 50000 άτομα πάσχουν από αυτή μια δεδομένη χρονική στιγμή και 100000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής τους. Η διαταραχή εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άντρες και γυναίκες και οι πληροφορίες που αναφέρονται σ' αυτό το κείμενο ισχύουν και για τα δύο φύλα. Μια διαφορά μεταξύ των δύο φύλων

αφορά την ηλικία εμφάνισης των πρώτων ψυχωτικών εκδηλώσεων : οι άντρες νοσοούν πιο συχνά μεταξύ 15 - 25 ετών και οι γυναίκες μεταξύ 25 - 35 ετών. Η εμφάνιση της σχιζοφρένεια πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων. Η συχνότητα της σχιζοφρένειας είναι περίπου ίδια σε άντρες και γυναίκες, αλλά εκδηλώνεται σε μεγαλύτερη ηλικία στις γυναίκες, οι οποίες επίσης έχουν καλύτερη πορεία και αποκατάσταση.

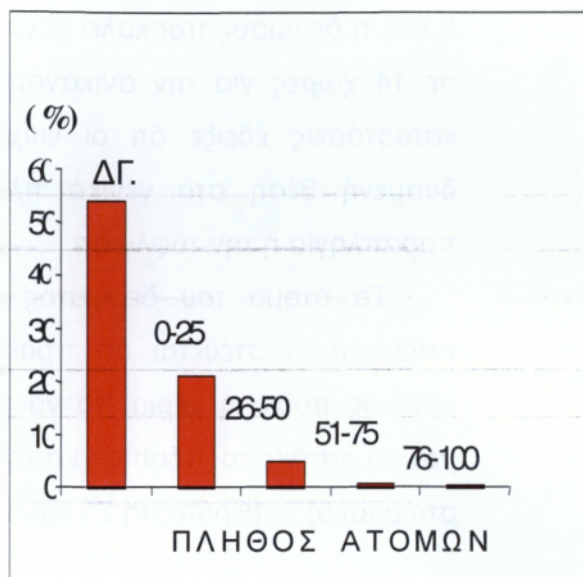
Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση:«Στα 100 άτομα πόσα υπολογίζεται ότι θα υποφέρουν από σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή τους;» (Ερώτηση 22 ερωτηματολογίου) απάντησαν:

Πίνακας 2.7.: Πλήθος ατόμων (στα 100) που θα υποφέρουν από σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή τους

ΠΛΗΘΟΣ ΑΤΟΜΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0	4	0,5
1	20	2,5
2	1	0,1
2	24	2,9
3	14	1,7
4	6	0,7
5	31	3,8
6	2	0,2
7	6	0,7
8	3	0,4
10	44	5,4
12	3	0,4
13	2	0,2
15	16	2,0
19	1	0,1
20	30	3,7
25	5	0,6
30	20	2,5
35	1	0,1
40	12	1,5
45	1	0,1
46	1	0,1
50	11	1,3
60	4	0,5
65	1	0,1
70	2	0,2
80	2	0,2
97	1	0,1
99	1	0,1
101	542	66,4
ΣΥΝΟΛΟ	812	99,5
ΔΑ	5	0,6
ΣΥΝΟΛΟ	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των ατόμων του δείγματος

Περισσότεροι από τα μισά άτομα του δείγματος (66,7%) απάντησαν πως δεν γνώριζαν το πλήθος των ατόμων, σε εκατοστιαίες μονάδες, που υποφέρουν από σχιζοφρένεια. Όσοι γνώριζαν να μας απαντήσουν ανέφεραν ότι 10 άτομα στα 100 θα υποφέρουν κάποια στιγμή από σχιζοφρένεια, σε ποσοστό 5,4% του πληθυσμού. Πράγματι, 10% των ασθενών θα πάσχει από



Γράφημα 2.3.  
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή του<sup>11</sup>. Επειδή μόνο το 5,4% απάντησε σωστά, συμπεραίνουμε ότι η γνώση δεν είναι επαρκής .

Η GBD 2000 αναφέρει ότι ο επιπολασμός έτους για την σχιζοφρένεια είναι 0,4%, η δε νόσος προκαλεί μεγάλο βαθμό ανικανότητας. Μία πρόσφατη μελέτη σε 14 χώρες για την ανικανότητα που σχετίζεται με σωματικές και ψυχικές καταστάσεις έδειξε ότι οι ψυχωτικές καταστάσεις κατέχουν την τρίτη πιο δυσμενή θέση στο γενικό πληθυσμό, πιο δυσμενή ακόμη και από την παραπληγία ή την τύφλωση.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: « Ποια κατάσταση από τις παρακάτω πιστεύεται ότι προκαλεί μεγαλύτερη αναπηρία (Το να μην έχει κάποιος πόδια ή χέρια, το να μην βλέπει ή ακούει καλά, το να είναι κανείς μόνιμα κατάκοιτος εξαιτίας κάποιας σοβαρής ασθένειας ή το να έχει διαταραχή στο μυαλό) ;» (Ερώτηση 25 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.8: Εκτίμηση μεγαλύτερης αναπηρίας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	63	7,7
2	65	8,0
3	348	42,6
4	265	32,5
5	69	8,5
Σύνολο	811	99,4
ΔΑ	6	0,7
ΣΥΝΟΛΟ	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

<sup>11</sup> [www.stress.gr](http://www.stress.gr)



Γράφημα 2.4

- 1: Το να μην έχει κάποιος πόδια ή χέρια
- 2: το να μην βλέπει ή ακούει καλά
- 3: το να είναι κανείς μόνιμα κατάκοιτος εξαιτίας κάποιας σοβαρής ασθένειας
- 4: το να έχει διαταραχή στο μυαλό
- 5: δεν γνωρίζω

Σχεδόν τα μισά άτομα του δείγματος (42,6%) θεωρούν πως η μεγαλύτερη αναπηρία είναι το να είναι κανείς μόνιμα κατάκοιτος, εξαιτίας κάποιας σοβαρής ασθένειας. Εξίσου μεγάλο ποσοστό θεωρεί σημαντική την αναπηρία που οφείλεται σε διαταραχή στο μυαλό (32,5%). Δίνεται μεγάλη σημασία σε μια ψυχική διαταραχή, καθώς και σε μία ολική αναπηρία, δεδομένου ότι η έλλειψη νοημοσύνης και κρίσης, καθώς και σωματικής ικανότητας, καθιστά το άτομο άβουλο και ανίκανο να ανταποκριθεί στους κοινωνικούς του ρόλους.

Στην μελέτη της GBD, η σχιζοφρένεια ευθυνόταν για το 1,1 % του συνόλου των DALYs και για το 2,8% των ετών-ζωής με ανικανότητα. Η σχιζοφρένεια επιβαρύνει επίσης την κοινωνία οικονομικά. Υπολογίζεται ότι το 1991, το άμεσο κόστος της σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ ήταν 19 δισεκατομμύρια δολάρια και 46 δισεκατομμύρια λόγω απολεσθείσας παραγωγικότητας.

Ακόμη και όταν τα πλέον εμφανή συμπτώματα εξαφανισθούν, κάποια υπολειμματικά συμπτώματα μπορεί να παραμένουν. Σε αυτά περιλαμβάνονται: έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλιών στις καθημερινές δραστηριότητες και



εργασία, κοινωνική ανεπάρκεια, και ανικανότητα εμπλοκής σε ευχάριστες δραστηριότητες. Αυτά μπορούν να προκαλέσουν συνεχιζόμενη ανικανότητα και κακή ποιότητα ζωής. Προκαλούν επίσης μεγάλο βάρος στις οικογένειες<sup>12</sup>. Έχει επανειλημμένως βρεθεί ότι η σχιζοφρένεια ακολουθεί λιγότερο σοβαρή πορεία στις αναπτυσσόμενες χώρες<sup>13</sup>. Για παράδειγμα, σε μια από τις διεθνείς μελέτες με στοιχεία από διάφορες περιοχές, το ποσοστό των ασθενών με πλήρη ύφεση στα 2 έτη ήταν 63% στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ ήταν μόλις 37% στις αναπτυγμένες<sup>14</sup>. Αν και έχει επιχειρηθεί η ερμηνεία αυτής της καλύτερης πρόγνωσης ως βασιζόμενη στην ισχυρότερη οικογενειακή υποστήριξη και στις λιγότερες πιέσεις που δέχονται οι ασθενείς, ο ακριβής λόγος των διαφορών δεν είναι απόλυτα σαφής.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Στα 100 άτομα, που υποφέρουν από σχιζοφρένεια, πόσα νομίζετε ότι θα μπορούσαν να επανέλθουν στη φυσιολογική τους κατάσταση;» (Ερώτηση 23 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

---

<sup>12</sup> . Pai,S.&KapurR.L. (1981) The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*,138:332-335

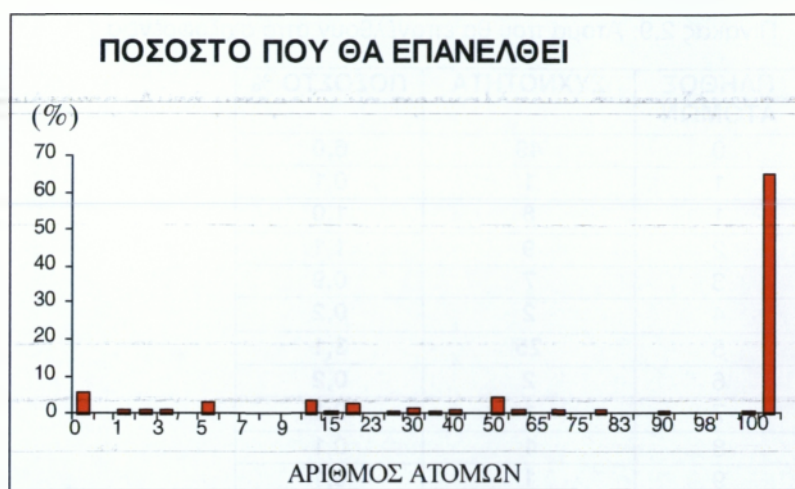
<sup>13</sup> T Wing, J.K., Morris, B., (1981) *Handbook of Psychiatric rehabilitation Practice*. Oxford, Oxford University Press.

<sup>14</sup> Jablensky, A., Cooper, J.E. et al. (1985) A procedure and schedule for the assessment of disability in patients with severe psychiatric disorders. Geneva, W.H.O.

Πίνακας 2.9: Άτομα που θα επανέλθουν από σχιζοφρένεια

<b>ΠΛΗΘΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
0	49	6,0
1	1	0,1
1	8	1,0
2	9	1,1
3	7	0,9
4	2	0,2
5	25	3,1
6	2	0,2
7	1	0,1
8	1	0,1
9	1	0,1
10	30	3,7
15	3	0,4
20	24	2,9
23	1	0,1
23	1	0,1
25	5	0,6
30	13	1,6
35	3	0,4
40	9	1,1
49	1	0,1
50	33	4,0
60	11	1,3
65	1	0,1
70	10	1,2
75	1	0,1
80	11	1,3
83	1	0,1
85	1	0,1
90	6	0,7
95	1	0,1
98	1	0,1
99	2	0,2
100	5	0,6
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	526	64,5
ΣΥΝΟΛΟ	805	98,7
ΔΑ	11	1,3
ΣΥΝΟΛΟ	816	100,0

Πηγή: Επεξεργασία των δεδομένων των  
ατόμων του δείγματος



Γράφημα 2.5

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (64,5%) δεν γνώριζαν κάτι για την ερώτηση. Το 6% των ερωτηθέντων μας απάντησε ότι στα 100 άτομα κανένα δεν θα μπορούσε να επανέλθει από μια τέτοια ασθένεια, ενώ μόλις το 4% απάντησε τα μισά. Σύμφωνα με τον κ. Βρέντα, η σχιζοφρένεια είναι ασθένεια που δεν θεραπεύεται, απλά καταστέλλεται. Άρα το ποσοστό του 6% του κόσμου είναι ενήμερο για την διάσταση ενός τέτοιου θέματος, όπως είναι η σχιζοφρένεια.

Ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με σχιζοφρένεια, αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους. Μία πρόσφατη μελέτη έδειξε, ότι το 30% των ασθενών με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους<sup>15</sup>. Περίπου το 10% αυτοκτονούν. Παγκοσμίως, η σχιζοφρένεια μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς 10 έτη κατά μέσο όρο. Η αυτοκτονία αποτελεί έναν δυνητικό κίνδυνο για τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι ασθενείς αυτοί φαίνεται να έχουν υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονιών απ' ότι ο γενικός πληθυσμός. Δυστυχώς, η πρόβλεψη της αυτοκτονίας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη. Εάν κάποιος ασθενής αποπειραθεί να αυτοκτονήσει ή εκφράσει σκέψεις του ότι σχεδιάζει κάτι τέτοιο, θα πρέπει να παραπέμπετε αμέσως σε ειδικό για βοήθεια.

<sup>15</sup> NIDA 2000: Το National Institute on Drug Abuse (NIDA) είναι τμήμα του National Institute

## 2.4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η λέξη κατάθλιψη έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν την χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία. Στην καθομιλουμένη όταν λέμε ότι "σήμερα έχω κατάθλιψη", "είμαι στεναχωρημένος", "νιώθω λυπημένος", "δεν έχω κέφι", "αυτός ο άνθρωπος σου φέρνει κατάθλιψη" ή "νιώθω μελαγχολικά", στην ουσία αναφερόμαστε σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με την διάθεσή μας. Η διάθεση είναι ένα συναίσθημα και για αυτό συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "νιώθω" για να το περιγράψουμε. Η διάθεσή μας είναι καταθλιπτική ή μελαγχολική όταν είμαστε λυπημένοι για κάτι. Το αντίθετό της είναι η χαρά. Ωστόσο τις περισσότερες φορές δεν νιώθουμε ούτε το ένα ούτε το άλλο, αλλά μάλλον είμαστε σε μια ουδέτερη κατάσταση. Μπορούμε λοιπόν να δούμε ότι υπάρχει μια κλίμακα διαβάθμισης που στο ένα άκρο έχει την χαρά και στο άλλο την λύπη. Όσο πιο κοντά βρισκόμαστε προς την τελευταία τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε, τόσο πιο μελαγχολικά και καταθλιπτικά αισθανόμαστε.

Η κατάθλιψη λοιπόν όπως την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα έχει μια ποιοτική συνιστώσα αλλά και μια ποσοτική, η οποία μπορεί να εκτείνεται από το ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την απέραντη κατήφεια και δυστυχία. Η ποσοτική αυτή συνιστώσα εξαρτάται προφανώς από την ένταση του ερεθίσματος που προκάλεσε την διάθεση αυτή. Π.χ. εάν κάποιος φοιτητής αποτύχει στις εξετάσεις ενός μαθήματος είναι φανερό ότι θα νιώσει λυπημένος εάν κάποιος χωρίσει με την φίλη του ή τον φίλο του μάλλον θα νιώσει περισσότερο λυπημένος, ενώ εάν χάσει κάποιο αγαπημένο του οικογενειακό πρόσωπο ίσως στην αρχή νιώσει δυστυχισμένος. Αυτό βεβαίως είναι ένα παράδειγμα διότι στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν απόλυτα ερεθίσματα αλλά μόνο σχετικά, εξαρτώνται δηλαδή από την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδει κανείς στο ερέθισμα. Αυτό πάντως που είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις είναι ότι κατάθλιψη, λύπη, μελαγχολία προκαλείται από

ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος. Η κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή εμπειρία. Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού λύπη και άλλη μόνο για πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε περίπου την σημασία της.

Ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριοριζόμενη. Είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή μας επανέρχεται. Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας. Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μια άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται.

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάτε σε άλλη νόσο (οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά από ότι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομα)<sup>16</sup>. Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της Κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και για αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η Κατάθλιψη έχει

---

<sup>16</sup> [www.gr/disosters/depression1.html](http://www.gr/disosters/depression1.html)

κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος και μειωμένη ενεργητικότητα. Άλλα συμπτώματα είναι η έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, αναίτια ενοχή, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας, μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης και διαταραχές του ύπνου και της όρεξης. Μπορεί επίσης να συνυπάρχει μια ποικιλία σωματικών συμπτωμάτων. Αν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι κοινά, ιδίως μετά από ατυχίες στη ζωή, η καταθλιπτική διαταραχή διαγιγνώσκεται μόνο όταν τα συμπτώματα ξεπεράσουν ένα επίπεδο βαρύτητας και διαρκούν τουλάχιστον για δύο εβδομάδες<sup>17</sup>. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι από ήπια ως και σοβαρή. Έχει συνήθως επεισοδιακή μορφή, αλλά μπορεί να είναι και υποτροπιάζουσα ή χρόνια.

Από έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι σε μια δεδομένη χρονική στιγμή 5% του πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ κατά την διάρκεια ενός έτους 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά την διάρκεια της ζωής 20% των γυναικών και 12% των ανδρών εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με κατάθλιψη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα νούμερα αυτά περιλαμβάνουν όλες τις μορφές κατάθλιψης από τις ελαφριές μέχρι τις σοβαρές για αυτό και είναι λίγο ψηλά. Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στις γυναίκες απ' ό τι στους άντρες. Η GBD 2000 υπολογίζει τον εβδομαδιαίο επιπολασμό των μονοπολικών καταθλιπτικών επεισοδίων σε 1,9% για τους άντρες και 3,2% για τις γυναίκες, ενώ θεωρείται ότι 5,8% των ανδρών και 9,5% των γυναικών θα έχουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε μία περίοδο 12 μηνών<sup>18</sup>. Ο επιπολασμός ποικίλλει σε διάφορους πληθυσμούς. Είδαμε πιο πριν ότι ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης είναι και το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η διαφορά αυτού του συναισθήματος από το φυσιολογικό είναι ότι στην κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση και είναι μόνιμο. Δεν επηρεάζεται από τις καταστάσεις που ζει ο ασθενής, π.χ., ο

<sup>17</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004,σελ10.

<sup>18</sup> Στο ίδιο.

ασθενής δε θα γελάσει και δε θα αισθανθεί παροδικά καλύτερα όταν συμβεί κάτι χαρούμενο. Επίσης, στην κατάθλιψη το συναίσθημα μπορεί να είναι χειρότερο το πρωί σε σχέση με το βράδυ, ενώ στους φυσιολογικούς ανθρώπους, που απλά νιώθουν στεναχωρημένοι, η διάθεση είναι συνήθως καλύτερη όταν σηκώνονται το πρωί.

Η μελέτη της GBD 2000 δείχνει επίσης ότι οι μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές δημιουργούν τεράστια επιβάρυνση στην δημόσια υγεία και κατατάσσονται, από την άποψη αυτή, στην τέταρτη θέση μεταξύ όλων των νόσων. Ευθύνονται για το 4,4% του συνόλου των DALYs και για το 11,9% του συνόλου των ετών-ζωής με ανικανότητα, όπου και έχουν την πρώτη θέση. Στην ηλικιακή ομάδα 15-44 ετών προκαλούν το δεύτερο υψηλότερο βάρος, ευθυνόμενες για το 8,6% των DALYs. Αυτές οι εκτιμήσεις σαφώς αποδεικνύουν τη μεγάλη επιβάρυνση που προκαλεί η κατάθλιψη, το μέλλον όμως διαγράφεται ακόμα χειρότερο. Μέχρι το 2020, εάν συνεχιστούν οι παρούσες τάσεις δημογραφικών και επιδημιολογικών μεταβολών, η επιβάρυνση που προκαλείται από την κατάθλιψη θα φθάσει το 5,7% της συνολικής επιβάρυνσης των νόσων, και θα γίνει η δεύτερη κύρια αιτία των DALYs. Παγκοσμίως θα είναι δεύτερη μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια για τα DALYs και για τα δύο φύλα. Στις αναπτυσσόμενες περιφέρειες η κατάθλιψη θα φτάσει να είναι τότε η αιτία που προκαλεί τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στην υγεία από οποιοδήποτε άλλο νόσημα.

Η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλλει τα άτομα σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους, παρόλο που είναι συχνότερη κατά τη μέση ηλικία. Διαγιγνώσκεται όμως όλο και συχνότερα κατά την εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Η κατάθλιψη είναι συνήθως υποτροπιάζουσα διαταραχή. Κάθε επεισόδιο διαρκεί από λίγους μήνες έως λίγα χρόνια, με φυσιολογικά μεσοδιαστήματα. Σε περίπου 20% των περιπτώσεων, όμως, η κατάθλιψη ακολουθεί μία χρόνια πορεία χωρίς ύφεση<sup>19</sup>, ειδικά όταν δεν υπάρχει ικανή θεραπεία. Τα ποσοστά υποτροπής μετά από το πρώτο επεισόδιο, το οποίο

<sup>19</sup> Thornicroft G, Tansella M (1999) The mental health matrix: a manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press

θεραπεύθηκε με επιτυχία, είναι γύρω στο 35% εντός δύο ετών και περίπου 60% εντός 12 ετών. Οι υποτροπές είναι συχνότερες στους μεγαλύτερους των 45 ετών. Μία από τις ιδιαίτερα τραγικές καταλήξεις μίας καταθλιπτικής διαταραχής είναι η αυτοκτονία. Γύρω στο 15 ως 20% των ανθρώπων που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη αυτοκτονούν<sup>20</sup> αλλά τα ποσοστά αυτά είναι πολύ μικρότερα στις ήπιες (και πιο συχνές) καταθλίψεις. Παρόλα αυτά, η αυτοκτονία παραμένει μια συνήθης και αποφεύξιμη κατάληξη της σοβαρής κατάθλιψης.

Μερικές φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια της λεγόμενης διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς με την διαταραχή αυτή παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης (ο ένας πόλος) και διαστήματα της αντίθετης κατάστασης η οποία ονομάζεται μανία, που μπορεί να την φανταστεί κάποιος σαν παθολογική ευφορία (ο άλλος πόλος). Οι δυο αυτοί κύκλοι εναλλάσσονται αλλά μεταξύ τους μεσολαμβάνουν διαστήματα που ο ασθενής είναι απόλυτα φυσιολογικός. Η διπολική διαταραχή είναι διαφορετική από την κατάθλιψη που αναφέραμε μέχρι τώρα (και που μερικές φορές ονομάζεται μονοπολική ακριβώς για να μην συγχέεται με αυτήν) και δεν θα εξεταστεί εδώ.

Η διπολική συναισθηματική διαταραχή αναφέρεται σε ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή, η οποία συνοδεύεται με επεισόδια μανίας που χαρακτηρίζονται από ανεβασμένη διάθεση, αυξημένη δραστηριότητα, υπερβολική αυτοπεποίθηση και διαταραχή στη συγκέντρωση. Σύμφωνα με την GBD 2000, ο επιπολασμός της είναι γύρω στο 0,4%<sup>21</sup>.

Συνοψίζοντας, η κατάθλιψη είναι μια συνήθης ψυχική διαταραχή, που προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση, και αναμένεται να έχει αυξητικές τάσεις κατά τα επόμενα 20 έτη.

## **2.5.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ**

### **2.5.1.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

<sup>20</sup> Goodwin S (1997) Comparative mental health policy: from institutional to community care. London: Sage Publications

<sup>21</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004,σελ 11



Από έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι σε μια δεδομένη χρονική στιγμή 5% του πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ κατά την διάρκεια ενός έτους 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά την διάρκεια της ζωής 20% των γυναικών και 12% των ανδρών εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με κατάθλιψη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα νούμερα αυτά περιλαμβάνουν όλες τις μορφές κατάθλιψης από τις ελαφριές μέχρι τις σοβαρές για αυτό και είναι λίγο ψηλά.

Οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη δύο φορές σχεδόν πιο συχνά από ότι οι άνδρες. Η διαφορά αυτή δεν έχει πλήρως εξηγηθεί. Κατά αρχάς ένα μέρος της μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες μπορεί να παραδέχονται πιο εύκολα από τους άνδρες τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα στις σχετικές εργασίες. Η διαφορά όμως είναι αρκετά μεγάλη και έτσι πιστεύεται ότι συνδυασμός βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων συμβάλλει στην μεγαλύτερη συχνότητα. Τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη περιλαμβάνουν τα ακόλουθα<sup>22</sup>:

[1] **Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος** ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. Π.χ., μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μια φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον.

[2] **Καταθλιπτική Διάθεση**, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ., ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στεναχωρημένος). Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή.

[3] **Δυσκολία στον ύπνο**. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την

<sup>22</sup> [www.gr/disosters/depression1.html](http://www.gr/disosters/depression1.html)

διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρῶι, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρῶιμη αφύπνιση ὅπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.

[4] **Διαταραχές στην ὄρεξη** για φαγητό. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της ὄρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ., ἓνας ασθενής 75 κιλών μπορεί να ἔχει χάσει σε ἓνα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μια μικρή ομάδα ασθενῶν προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπερφαγία.

[5] **Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ**. Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ἄς σημειωθεί ὅτι ἐδῶ αναφερόμαστε στην διάθεση για σεξ και ὄχι στο αν γίνεται ἢ ὄχι η ερωτική πράξη. Π.χ., μια γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει ἔρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, ἀλλά η ἴδια αν ερωτηθεῖ θα πει ὅτι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση.

[6] **Απώλεια των δυνάμεων** και της ενεργητικότητας. Ὁ ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον ἔχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος ὅλη την ὥρα και για αὐτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί ἀπὸ την ἄλλη να εμφανίζουν ἔντονη ἀνησυχία και ἀγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεῖ.

[7] **Ἀδυναμία συγκέντρωσης**, σκέψης, μνήμης ἢ λήψης αποφάσεων. Ὁ ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεῖ εὐκόλα. Το μυαλό του φαίνεται να εἶναι ἀπασχολημένο με ἄλλες ιδέες και σκέψεις.

[8] **Ιδέες ενοχής**, αυτομομφής και ἀναξιότητας. Ὁ ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ὅτι ο ἴδιος φταίει για την τροπή που ἔχει πάρει η ζωή του, ὅλα εἶναι δικό του λάθος. Νιώθει ὅτι η κατάσταση που περνάει εἶναι σαν ἓνα εἶδος τιμωρίας για πράγματα που ἔκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ὅτι δεν αξίζει τίποτε σαν ἄνθρωπος, ὅτι εἶναι ἓνα μηδενικό.

[9] **Ἀνησυχία και ἀπαισιοδοξία** για το μέλλον. Ὁ ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ὅτι πολὺ δύσκολα θα ἀλλάξει η κατάσταση της ζωής του.

[10] **Ιδέες αυτοκτονίας.** Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη.

[11] **Γενικά σωματικά συμπτώματα.** Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.λ.π. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να μπει η διάγνωση

Στα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης, περιλαμβάνεται και το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η διαφορά αυτού του συναισθήματος από το φυσιολογικό είναι ότι στην Κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση και είναι μόνιμο. Δεν επηρεάζεται από τις καταστάσεις που ζει ο ασθενής, π.χ., ο ασθενής δεν θα γελάσει και δεν θα αισθανθεί παροδικά καλύτερα όταν συμβεί κάτι χαρούμενο. Επίσης, στην κατάθλιψη το συναίσθημα μπορεί να είναι χειρότερο το πρωί σε σχέση με το βράδυ, ενώ στους φυσιολογικούς ανθρώπους συμβαίνει το αντίθετο.

### **2.5.1.2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Παρότι ο όρος "σχιζοφρένεια" χρησιμοποιείται μόνο από τις αρχές του 20ου αιώνα, η διαταραχή είναι γνωστή εδώ και πολλούς αιώνες σε όλους τους τύπους της κοινωνίας. Στις δυτικές κοινωνίες η "τρέλα" δεν θεωρούταν ιατρικό πρόβλημα μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα. Εκείνη την περίοδο δημιουργήθηκε μια κίνηση υπέρ της προσφοράς πιο ανθρώπινης φροντίδας στους ψυχικά

ασθενείς, και έτσι δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την παροχή σε αυτούς πιο επιστημονικής, ιατρικής φροντίδας. Στα πλαίσια αυτά οι ψυχικά ασθενείς ελευθερώθηκαν από τις αλυσίδες και αφέθηκαν από τις φυλακές όπου κρατούνταν, ενώ ταυτόχρονα τους προσφέρθηκε πιο κατάλληλη φροντίδα. Αργότερα, πολλές άλλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών αναγνωρίστηκαν. Έτσι, στις αρχές του 20ου αιώνα η σχιζοφρένεια είχε ήδη διαχωριστεί από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και διακριθεί σε διάφορες υποκατηγορίες. Το 1911, ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο "η ομάδα των σχιζοφρενειών" . Παρότι προέκυψαν διαφωνίες μεταξύ των επιστημόνων ως προς το ποιες ακριβώς καταστάσεις πρέπει να συμπεριλάβει η ομάδα αυτή των διαταραχών, ο όρος σχιζοφρένεια καθιερώθηκε από τότε και χρησιμοποιείται έως σήμερα. Παιδιά πάνω από 5 ετών μπορούν να αναπτύξουν α σχιζοφρένεια αλλά γενικά η νόσος είναι πολύ σπάνια πριν την εφηβεία. Επιπλέον, δεν έχει ακόμη ξεκαθαριστεί η σχέση της σχιζοφρένεια της παιδικής ηλικίας με εκείνη που αναπτύσσεται στους εφήβους και ενηλίκους. Αν και μερικοί ενήλικοι που αναπτύσσουν σχιζοφρένεια σαν παιδιά ήταν 'διαφορετικοί', τα ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένεια των ενηλίκων (π.χ. ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, ασύνδετος λόγος) σπάνια εμφανίζονται στα παιδιά.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι:

**I. Διαφορετική Πραγματικότητα :** 1/4πως ακριβώς οι φυσιολογικοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον κόσμο με τον δικό τους τρόπο, έτσι και οι σχιζοφρενικοί ασθενείς έχουν την δική τους αντίληψη για την πραγματικότητα. Η οπτική όμως αυτή είναι συχνά εντυπωσιακά διαφορετική από αυτήν των ανθρώπων γύρω τους.

Ζώντας σε έναν κόσμο που μπορεί να εμφανίζεται παραμορφωμένος, ευμετάβλητος και χωρίς τα στοιχεία εκείνα που όλοι χρησιμοποιούμε για να δεθούμε με την πραγματικότητα, ο ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάζεται εξαιρετικά ανήσυχος και συγχυσμένος. Μπορεί να φαίνεται απόμακρος, ξεκομμένος, απορροφημένος από τις ιδέες του, ή ακόμη να μένει

ακίνητος για ώρες χωρίς να βγάζει ούτε έναν ήχο. Ή μπορεί να κινείται ασταμάτητα και να βρίσκεται σε υπερδιέγερση και εγρήγορση. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να εμφανίζει πολλές διαφορετικές συμπεριφορές σε διαφορετικούς χρόνους.

**II. Ψευδαισθήσεις :** Ο κόσμος του σχιζοφρενικού ασθενή μπορεί να κυριαρχείται από ψευδαισθήσεις, δηλαδή μπορεί να αντιλαμβάνεται πράγματα που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Για παράδειγμα, μπορεί να ακούει φωνές που να του λένε να κάνει συγκεκριμένα πράγματα, να βλέπει ανθρώπους ή αντικείμενα που στην πραγματικότητα δεν είναι μπροστά του, ή να αισθάνεται αόρατα χέρια να αγγίζουν το σώμα του. Οι ψευδαισθήσεις αυτές μπορεί να είναι αρκετά τρομακτικές. Το άκουσμα φωνών που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν είναι ο πιο συχνός τύπος ψευδαισθήσεως στην σχιζοφρένεια . Οι φωνές αυτές μπορεί να σχολιάζουν τις ενέργειες του ασθενή, να μιλούν μεταξύ τους για τον ασθενή, να τον προειδοποιούν για επερχόμενους κινδύνους ή να δίνουν εντολές στον ασθενή για το τι να κάνει<sup>23</sup>.

**III. Παραληρητικές Ιδέες :** Παραληρητικές ιδέες ή Παραλήρημα είναι πεποιθήσεις ήπίστεις του ασθενή που είναι ψευδείς, δεν υπόκεινται στον έλεγχο της λογικής, παραμένουν παρά τις περί του αντιθέτου αποδείξεις και δεν αποτελούν μέρος του πολιτισμικού περιβάλλοντος του ασθενή<sup>24</sup>. Οι παραληρητικές ιδέες είναι συχνές στην σχιζοφρένεια και μπορεί να έχουν διάφορα θέματα, όπως ιδέες μεγαλείου, ιδέες δίωξης (ότι άλλοι άνθρωποι θέλουν το κακό του ασθενή) κ.λ.π. Μερικές φορές τα παραληρήματα στη σχιζοφρένεια είναι εξαιρετικά παράξενα - για παράδειγμα, η πεποίθηση ότι οι γείτονες ελέγχουν την συμπεριφορά του ασθενή με την βοήθεια μαγνητικών κυμάτων, ή ότι οι παρουσιαστές της τηλεόρασης απευθύνουν ειδικά στον ασθενή ιδιαίτερα μηνύματα ή ότι η σκέψη του ασθενή εκπέμπεται και γίνεται γνωστή και σε άλλους. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, που είναι συχνές στην παρανοειδή σχιζοφρένεια, είναι παράλογες και ψευδείς πεποιθήσεις των ασθενών που πιστεύουν ότι άλλοι μπορεί να θέλουν το κακό τους, ότι τους

<sup>23</sup> [www.stress.gr/schizo2html](http://www.stress.gr/schizo2html)

<sup>24</sup> [www.stress.gr/schizo2html](http://www.stress.gr/schizo2html)

κλέβουν, ότι προσπαθούν να τους δηλητηριάσουν ή ότι συνωμοτούν εναντίον τους. Ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι ο ίδιος ή ένα μέλος της οικογένειας του ή κάποιος άλλος είναι ο στόχος αυτής της φανταστικής καταδίωξης.

**IV. Αποδιοργανωμένη Σκέψη :** Συχνά, η σκέψη του σχιζοφρενικού ασθενή επηρεάζεται από την ασθένεια. Ο ασθενής μπορεί για ώρες να μην μπορεί να σκεφτεί "κανονικά". Οι σκέψεις μπορεί να έρχονται και να φεύγουν πολύ γρήγορα από το μυαλό του που να μην μπορεί ο ασθενής να τις "πιάσει". Ο ασθενής μπορεί να μην έχει την δυνατότητα να συγκεντρωθεί για αρκετό χρόνο σε μία του σκέψη και μπορεί εύκολα να αποσπάται και να μην είναι ικανός να εστιάσει κάπου την προσοχή του.

Ο ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι σε θέση να ξεχωρίσει τι είναι σχετικό και τι όχι σε μια κατάσταση. Επίσης μπορεί να μην είναι σε θέση να συνδέσει τις σκέψεις του με τρόπο λογικό, και έτσι αυτές χάνουν τον φυσιολογικό τους ειρμό και γίνονται ακατανόητες και αποσπασματικές. Αυτή η έλλειψη φυσιολογικού ειρμού, που αποτελεί διαταραχή στην δομή και οργάνωση της σκέψης, μπορεί να κάνει τη συνομιλία με έναν σχιζοφρενικό ασθενή πραγματικά δύσκολη και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινωνική απομόνωση του ασθενή. 1/4ταν οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν να καταλάβουν τι λέει ο συνομιλητής τους είναι πιθανότερο να μην αισθάνονται άνετα μαζί του και να έχουν την τάση να τον αφήσουν μόνο του.

**V. Συναισθηματική Έκφραση :** Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μερικές φορές εμφανίζουν αυτό που έχει ονομαστεί "απρόσφορο συναίσθημα". Αυτό σημαίνει ότι το συναίσθημα του ασθενή δεν είναι συμβατό με αυτά που λέει ή σκέφτεται. Για παράδειγμα, ένας σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να λέει ότι καταδιώκεται από δαίμονες και ταυτόχρονα να γελάει. Αυτή η συμπεριφορά δεν πρέπει να συγχέεται με εκείνη που παρουσιάζουν φυσιολογικά άτομα όταν, π.χ., γελούν νευρικά ύστερα από κάποιο μικροατύχημα.

Μερικές φορές οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν το λεγόμενο "επίπεδο" ή "αμβλύ" συναίσθημα. Ο όρος υποδηλώνει μια σοβαρή μείωση της συναισθηματικής εκφραστικότητας. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να μην

δείχνει σημεία φυσιολογικής διακύμανσης του συναισθήματος<sup>25</sup>, μιλώντας για παράδειγμα με μια μονότονη χροιά στην φωνή του ή παρουσιάζοντας κατάργηση των εκφράσεων του προσώπου.

Μερικοί ασθενείς που παρουσιάζουν σχιζοφρενικά συμπτώματα εμφανίζουν επίσης και μεγάλη ευφορία ή κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό να καθορίζεται γι' αυτούς τους ασθενείς εάν πράγματι πάσχουν από σχιζοφρένεια ή από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή όπως μανιοκατάθλιψη ή μείζονα κατάθλιψη. Κάποιοι από αυτούς τους ασθενείς δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμιά από αυτές τις κατηγορίες και λέγεται ότι πάσχουν από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

**VI. Φυσιολογικό έναντι μη - Φυσιολογικού :** Κατά καιρούς, φυσιολογικά άτομα μπορεί να αισθάνονται, σκέπτονται ή να ενεργούν με τρόπους που θυμίζουν σχιζοφρένεια . Μερικές φορές φυσιολογικοί άνθρωποι δεν είναι σε θέση να σκεφτούν καθαρά. Μπορεί να γίνουν εξαιρετικά ανήσυχοι μιλώντας, για παράδειγμα, μπροστά σε πολλούς ανθρώπους έτσι ώστε να νιώσουν ότι βρίσκονται σε σύγχυση, ότι δεν μπορούν να σκεφτούν καθαρά, ή ότι ξεχνούν αυτό που είχαν σκοπό να πουν.

Όπως ακριβώς οι φυσιολογικοί άνθρωποι μπορεί παροδικά να κάνουν παράξενα πράγματα, έτσι και οι σχιζοφρενικοί ασθενείς συχνά σκέπτονται, αισθάνονται και ενεργούν με τρόπο φυσιολογικό. Εκτός και αν βρίσκεται εν μέσω μιας εξαιρετικά αποδιοργανωμένης κατάστασης, ο ασθενής θα έχει κάποια αίσθηση της κοινής πραγματικότητας, για παράδειγμα ότι οι άνθρωποι τρώνε τρεις φορές την ημέρα και ότι κοιμούνται το βράδυ. Το δεν έχει κάποιος αίσθηση της πραγματικότητας (που είναι ένας τρόπος περιγραφής των ψυχωτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας) δεν σημαίνει ότι ζει σ' έναν εντελώς διαφορετικό κόσμο. Σημαίνει κυρίως ότι κάποιες από τις πλευρές του κόσμου του δεν βιώνονται και από άλλους ανθρώπους και δεν φαίνονται να έχουν πραγματική βάση. Το άκουσμα μιας προειδοποιητικής φωνής που δεν μπορεί να ακούσει κανένας άλλος, είναι μια εμπειρία άγνωστη στους

---

<sup>25</sup> [www.stress.gr/schizo2html](http://www.stress.gr/schizo2html)

περισσότερους και αποτελεί καθαρά παραμόρφωση της πραγματικότητας, αλλά δεν είναι παρά παραμόρφωση ενός μόνου μέρους της πραγματικότητας. Ένας σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί λοιπόν να εμφανίζεται φυσιολογικός αρκετά συχνά.

## **2.6.2. ΔΥΣΜΕΝΕΣΤΕΡΗ (ΙΑΣΙΜΟΤΕΡΗ) ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Λέγοντας δυσμενέστερη ασθένεια, μεταξύ της σχιζοφρένειας και της κατάθλιψης, θέλουμε να επικεντρωθούμε στο τρόπο θεραπείας της κάθε ασθένειας. Ο τρόπος θεραπείας των δύο ασθενειών αποτελεί από τις σημαντικότερες διαφορές τους. Η κατάθλιψη μπορεί να θεραπευτεί πλήρως, σε αντίθεση με την σχιζοφρένεια που απλώς με διάφορα θεραπευτικά μέσα, καταστέλλει την συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας.

### **2.6.2.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Από την στιγμή που η σχιζοφρένεια δεν αποτελεί μια ενιαία κλινική οντότητα και οι αιτίες που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστές, οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται σήμερα βασίζονται τόσο στην κλινική έρευνα όσο και στην κλινική εμπειρία. Κοινό τους σημείο είναι ότι έχουν την ικανότητα να μειώνουν την ένταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων και να ελαχιστοποιούν την πιθανότητα να επανέλθουν. Αρκετές τέτοιες θεραπείες, καταστολής των συμπτωμάτων των σχιζοφρενών, υπάρχουν σήμερα και πολλές άλλες βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της μελέτης.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Η σχιζοφρένεια είναι μία ασθένεια που θεραπεύεται;» (Ερώτηση 13,1 ερωτηματολογίου), απάντησαν:



Πίνακας 2.10: Ισσιμότητα και σχιζοφρένεια

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>309</b>	<b>37,9</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>279</b>	<b>34,2</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>220</b>	<b>27,0</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>808</b>	<b>99,0</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>8</b>	<b>1,0</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Το 37.9% πιστεύει ότι η σχιζοφρένεια θεραπεύεται ενώ το 34.2% ότι δεν θεραπεύεται. Όπως έχουμε προαναφέρει η εν λόγω ασθένεια μπορεί απλά να κατασταλεί και όχι να θεραπευτεί.

Τα νευροληπτικά φάρμακα (που επίσης είναι γνωστά και ως αντιψυχωτικά), αποτελούν βασικό μέσο στη θεραπεία και είναι διαθέσιμα περίπου από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Από τότε που χρησιμοποιήθηκαν βελτίωσαν σημαντικά την εικόνα των ασθενών με σχιζοφρένεια. Τα φάρμακα αυτά αντιμετωπίζουν τα ψυχωτικά συμπτώματα και συνήθως επιτρέπουν στους ασθενείς να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά και καλά.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι η καλύτερη θεραπεία που έχουμε σήμερα για την σχιζοφρένεια, αλλά δεν θεραπεύουν την σχιζοφρένεια ούτε εξασφαλίζουν ότι δεν θα υπάρξουν άλλα τέτοια επεισόδια στο μέλλον. Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου και η απαραίτητη δοσολογία πρέπει να γίνεται μόνο από κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς, δηλαδή γιατρούς ειδικευμένους στην Ψυχιατρική. Η δοσολογία δεν είναι σταθερή αλλά εξατομικεύεται για κάθε ασθενή, διότι οι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων χωρίς την εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι πάρα πολύ αποτελεσματικά στην θεραπεία συγκεκριμένων συμπτωμάτων (π.χ. ψευδαισθήσεων και

παραληρηματικών ιδεών). Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζει σημαντική βελτίωση. Μερικοί ασθενείς, ωστόσο, δεν βοηθούνται αρκετά από αυτά ενώ λίγοι φαίνεται ότι δεν τα έχουν ανάγκη καθόλου. Δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο να προβλέψουμε τους ασθενείς που ανήκουν σε μια από τις τελευταίες δύο κατηγορίες και να τους διακρίνουμε από τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που πραγματικά βοηθούνται από την θεραπεία με τα αντιψυχωτικά φάρμακα.

Μερικές φορές τόσο οι ασθενείς, όσο και οι οικογένειές τους είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικοί με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Εκτός από την ανησυχία τους σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, τους απασχολεί και το ερώτημα μήπως τα φάρμακα αυτά προκαλούν εξάρτηση. Για τους λόγους αυτούς, τονίζεται ότι τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εξάρτηση όπως κάποια άλλα.

Μια άλλη λανθασμένη αντίληψη σχετικά με τα φάρμακα αυτά είναι επίσης ότι κατά κάποιο τρόπο "ελέγχουν χημικά" το μυαλό των ασθενών. Η αλήθεια είναι ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν μπορούν να ελέγξουν τις σκέψεις των ασθενών. Αντίθετα, συνήθως βοηθούν τους ασθενείς να διακρίνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα που παρουσιάζουν και να τα ξεχωρίσουν από αυτά που συμβαίνουν στον πραγματικό κόσμο. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τις ψευδαισθήσεις, την διέγερση, την σύγχυση, την παραμόρφωση της πραγματικότητας και τις παραληρηματικές ιδέες, και έτσι επιτρέπουν στον ασθενή να λαμβάνει αποφάσεις πιο ορθολογικά. Έτσι, θα μπορούσε να πει κανείς ότι η σχιζοφρένεια είναι εκείνη που φαίνεται να παίρνει από τον ασθενή την ικανότητα να ελέγχει τις σκέψεις του, ενώ τα φάρμακα επαναφέρουν τον έλεγχο αυτό και επιτρέπουν στον ασθενή να σκέφτεται πιο καθαρά και να παίρνει πιο ορθολογικές αποφάσεις. Αν και μερικοί ασθενείς παίρνοντας τα φάρμακα αυτά μπορεί να παρουσιάσουν υπνηλία και μειωμένη εγρήγορση, στις κατάλληλες δόσεις τα φάρμακα αυτά δεν αποτελούν 'χημικά μέσα περιορισμού'. Συνήθως, με προσεκτική αξιολόγηση, οι δόσεις μπορούν να μειωθούν σταδιακά και έτσι να ελαχιστοποιήσουν τις

ανεπιθύμητες ενέργειες. Η επικρατούσα τάση στην σύγχρονη Ψυχιατρική είναι να χρησιμοποιούνται οι ελάχιστες δόσεις που απαιτούνται για να ρυθμίσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα χωρίς να προκαλούνται ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια μπορούν να πάρουν λογικές αποφάσεις σχετικά με τη ζωή τους;» (Ερώτηση 13,7 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.11: Σχιζοφρένεια και αποφάσεις ζωής

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>133</b>	<b>16,3</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>514</b>	<b>63,0</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>157</b>	<b>19,2</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>804</b>	<b>98,5</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>12</b>	<b>1,5</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (63%) πιστεύουν πως οι σχιζοφρενείς δεν μπορούν να πάρουν λογικές αποφάσεις σχετικά με τη ζωή τους. Ακόμη και όταν τα πλέον εμφανή συμπτώματα ασθενήσουν κάποια υπολειμματικά συμπτώματα μπορεί να παραμείνουν. Σε αυτά περιλαμβάνονται η έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλιών στις καθημερινές δραστηριότητες και εργασία, η κοινωνική ανεπάρκεια και η ανικανότητα εμπλοκής των σχιζοφρενών σε ευχάριστες δραστηριότητες. Αυτά μπορούν να προκαλέσουν συνεχιζόμενη ανικανότητα και κακή ποιότητα ζωής<sup>26</sup>.

Ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με σχιζοφρένεια, αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους. Μία πρόσφατη μελέτη έδειξε, ότι το 30% των ασθενών με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν τουλάχιστον μία φορά στη

<sup>26</sup> Pai,S.&KapurR.L. (1981) The burden on the family of a psychiatri patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*,138:332-335

ζωή τους<sup>27</sup>. Περίπου το 10% αυτοκτονούν<sup>28</sup>. Το γεγονός ότι αυτοκτονούν, σημαίνει ότι βρίσκονται σε ψυχολογικό αδιέξοδο, συνεπώς δεν είναι σε θέση να πάρουν λογικές αποφάσεις. Για το λόγο αυτό δεν θα μπορούσαν οι σχιζοφρενείς να θεραπευτούν μόνοι τους χωρίς την ψυχοκοινωνική βοήθεια φαρμακευτική αγωγή.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Οι σχιζοφρενείς μπορούν να βγουν από την κατάσταση αυτή μόνοι τους;» (Ερώτηση 13,5ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.12: Σχιζοφρένεια και θεραπεία χωρίς ειδική υποστήριξη.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>44</b>	<b>5,4</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>646</b>	<b>79,2</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>119</b>	<b>14,6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>809</b>	<b>99,1</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>7</b>	<b>0,9</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (79,2%) πιστεύουν πως ο σχιζοφρενής δεν μπορεί μόνος του να βγει από αυτή την κατάσταση. Σίγουρα αυτό είναι μία πραγματικότητα αφού ποτέ δεν θα μπορούσε να θεραπευτεί πλήρως, αλλά με την ανάλογη ειδική βοήθεια απλά να κατασταλεί.

## 2.6.2.II. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η Θεραπεία της κατάθλιψης συνήθως περιλαμβάνει δύο στάδια: (α) τη Θεραπεία του οξέος σταδίου και (β) τη Συντήρηση του αποτελέσματος που

<sup>27</sup> Jablensky, A., Cooper, J.E. et al. (1985) A procedure and schedule for the assessment of disability in patients with severe psychiatric disorders. Geneva, W.H.O.

<sup>28</sup> Ward E et al (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I:clinical effectiveness. British Medical Journal,21:1381-8

επιτεύχθηκε στο πρώτο στάδιο. Ο στόχος του πρώτου σταδίου είναι να θεραπεύσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης έτσι ώστε ο ασθενής να αρχίσει πάλι να νιώθει καλά και να ξαναγυρίσει στις συνηθισμένες του δραστηριότητες. Συνήθως αυτό το στάδιο, όταν χρησιμοποιείται φαρμακευτική θεραπεία, κρατάει περίπου ένα μήνα. Έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς που σταματούν την θεραπεία στο πρώτο στάδιο έχουν μεγάλο πιθανότητα υποτροπής τούς αμέσως επόμενους μήνες. Αντίθετα, αυτοί που συνεχίζουν την θεραπεία και του δεύτερου σταδίου θεωρείται ότι θεραπεύονται από το παρόν επεισόδιο κατάθλιψης. Η συνέχιση αυτή της θεραπείας συνήθως εκτείνεται από 3-6 μήνες. Μερικοί ασθενείς, που παθαίνουν συχνά επεισόδια κατάθλιψης στη ζωή τους μπορεί να ωφεληθούν από την συνεχή χορήγηση αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι εάν κάποιος έχει ιστορικό τουλάχιστον 3 διαφορετικών επεισοδίων κατάθλιψης στη ζωή του, τότε μπορεί να ωφεληθεί από την χρόνια προληπτική θεραπεία, με μεγάλες πιθανότητες να μην ξαναπάθει επεισόδιο στην ζωή του.

Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής :

- [1] Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία
- [2] Ψυχοθεραπεία
- [3] Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας
- [4] Άλλες θεραπείες (κυρίως Ηλεκτροσπασμοθεραπεία).

Για τις σοβαρές μορφές κατάθλιψης, η φαρμακευτική θεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική. Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο. Η ψυχοθεραπεία μόνη της δεν έχει δοκιμαστεί σε τέτοιες μορφές.

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι τους να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη από την οποία πάσχουν. Αυτό είναι αλήθεια ότι μπορεί να συμβεί. Διάφορες εργασίες έχουν δείξει ότι ένα επεισόδιο σοβαρής

κατάθλιψης μπορεί να περάσει μόνο του μέσα σε 12 μήνες. Ωστόσο, πρέπει κανείς να γνωρίζει τα εξής :

[1] Η φαρμακευτική θεραπεία, μπορεί να φέρει σημαντική βελτίωση από τον πρώτο μήνα.

[2] Η θεραπεία νωρίς μπορεί να προλάβει την κατάθλιψη από το να γίνει σοβαρή ή χρόνια.

[3] Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι μεγαλύτερος στους ανθρώπους που δεν παίρνουν θεραπεία. Με την θεραπεία οι ιδέες αυτοκτονίας εξαφανίζονται γρήγορα.

[4] Η θεραπεία μπορεί να προλάβει νέα επεισόδια κατάθλιψης. Χωρίς θεραπεία η πιθανότητα να πάθει κανείς δεύτερο επεισόδιο κατάθλιψης είναι 50% εάν ήδη έχει ένα επεισόδιο στο ιστορικό του. Εάν ήδη έχει πάθει δύο επεισόδια η πιθανότητα να πάθει και τρίτο είναι ακόμη μεγαλύτερη , ενώ από τρία επεισόδια και επάνω η πιθανότητα ξεπερνάει το 90%<sup>29</sup>. Με την θεραπεία η εικόνα αυτή αλλάζει δραματικά.

Οι περισσότεροι άνθρωποι με κατάθλιψη θεραπεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Μερικές όμως φορές μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία, συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται για λίγες ημέρες ή εβδομάδες και μερικοί από τους λόγους είναι οι εξής :

[1] Υπάρχουν έντονες ιδέες αυτοκτονίας και γενικά ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι πολύ αυξημένος (π.χ., ήδη ο ασθενής έχει κάνει μια αποτυχημένη απόπειρα).

[2] Συνυπάρχουν άλλες ιατρικές καταστάσεις που απαιτούν παρακολούθηση σε νοσοκομείο.

[3] Χρειάζεται να γίνει ρύθμιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (π.χ., ο ασθενής παίρνει θεραπεία αλλά μετά από εύλογο διάστημα δεν έχει αποτέλεσμα.

[4] Χρειάζεται να γίνει θεραπεία που μπορεί να χορηγηθεί μόνο στο νοσοκομείο (π.χ., ηλεκτροσπασμοθεραπεία).

---

<sup>29</sup> [www.stress.gr/depression2html](http://www.stress.gr/depression2html)

Σήμερα κυκλοφορεί ένας μεγάλος αριθμός αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με υψηλή αποτελεσματικότητα αλλά διαφορετικό προφίλ ανεπιθύμητων παρενεργειών. Έτσι ο γιατρός μπορεί να βρει εκείνο το φάρμακο που μπορεί να ταιριάζει περισσότερο στον κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη του τον τύπο της κατάθλιψης, την ηλικία του ασθενή, την συνύπαρξη άλλων νοσημάτων, πιθανές προηγηθείσες θεραπείες κ.λ.π..

*[1] Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση, δηλαδή να τα συνηθίσει ο οργανισμός με τον τρόπο που συνηθίζει τα ναρκωτικά. Αυτό στην πραγματικότητα δεν ισχύει : Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν προκαλούν εξάρτηση. Τα μόνα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση και δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι τα γνωστά ηρεμιστικά-αγχολυτικά (όπως, το Tavor, Stedon, Tranxene, Χαπακ κ.λ.π)<sup>30</sup>, όταν παίρνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα και χωρίς τις οδηγίες γιατρού. Και σε αυτές όμως τις περιπτώσεις η διακοπή των φαρμάκων είναι συνήθως εφικτή κάτω από τις οδηγίες του ειδικού*

*[2] Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν είναι ηρεμιστικά. Για τα ηρεμιστικά ισχύουν αυτά που αναφέρθηκαν πιο πάνω.*

*[3] Τα αντικαταθλιπτικά δεν αλλοιώνουν την προσωπικότητα του ατόμου. Στην πραγματικότητα οι μόνες ουσίες που μπορεί να το πετύχουν αυτό (εάν διευρύνουμε λίγο το μήνυμα της έννοιας αλλοίωση) είναι το αλκοόλ σε μεγάλη και παρατεταμένη χρήση και οι άλλες ναρκωτικές ουσίες.*

*[4] Οι παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι συνήθως ήπιες, σπάνια επιβάλλουν τη διακοπή της θεραπείας και στις περισσότερες περιπτώσεις εξαφανίζονται μετά από λίγες ημέρες χρήσης του φαρμάκου. Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες είναι : Ναυτία και άλλες διαταραχές από το γαστρεντερικό, αίσθημα ζάλης, ξηροστομία, προβλήματα κατά την ούρηση κ.α. Μερικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκαλέσουν ελαφριά υπνηλία και για αυτό είναι καλύτερα να παίρνονται το*

<sup>30</sup> [www.stress.gr/depression2html](http://www.stress.gr/depression2html)

βράδυ πριν τον ύπνο. Άλλα, απεναντίας μπορεί να προκαλούν αυξημένη κινητοποίηση και έτσι είναι καλύτερα να παίρνονται το πρωί.

Η Ψυχοθεραπεία βοηθά στην ίαση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Κατ' αρχάς τονίζεται ότι ο όρος ψυχοθεραπεία δεν είναι συνώνυμος με τον όρο ψυχανάλυση, όπως πολύς κόσμος νομίζει. Η ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπεία είναι ένα από τα είδη ψυχοθεραπείας<sup>31</sup>. Κατ' αρχάς, αυτό που χρειάζεται σε ένα πρώτο στάδιο είναι ένας ψυχοθεραπευτής που θα μπορέσει να κατανοήσει τα προβλήματά και να υποστηρίξει στις δύσκολες στιγμές που περνάει ο ασθενής. Αυτό, συνήθως ονομάζεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και πολλές φορές μπορεί να είναι αρκετό για να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματά του σε συνδυασμό και με μια φαρμακευτική αγωγή.

Η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία είναι μια σχετικά καινούρια ψυχοθεραπεία, η οποία έχει πολύ καλά αποτελέσματα τόσο στην κατάθλιψη όσο και στις αγχώδεις διαταραχές / φοβίες, όπως έχουν δείξει μελέτες στα πιο έγκυρα Ιατρικά Περιοδικά. Σήμερα, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία στον κόσμο<sup>32</sup>.

Η ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπεία είναι πιο χρήσιμη για προβλήματα προσωπικότητας ή γενικότερα για ανθρώπους που θα ήθελαν αν χρησιμοποιήσουν αυτόν τον τρόπο για να μάθουν περισσότερα για τον εαυτό τους, αλλά σε γενικές γραμμές δεν έχει σχεδιαστεί για να χρησιμοποιηθεί στο οξύ ιδίως στάδιο της κατάθλιψης.

## **2.7. ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ**

### **2.7.1 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Δεν έχει βρεθεί έως τώρα κάποια μοναδική αιτία για την σχιζοφρένεια. Φαίνεται πως το 1/4 , καθώς και πολλά άλλα νοσήματα της Ιατρικής, ότι

<sup>31</sup> [www.stress.gr](http://www.stress.gr)

<sup>32</sup> [www.stress.gr/gnosiaki](http://www.stress.gr/gnosiaki)



γενετικοί παράγοντες δημιουργούν μια προδιάθεση στη σχιζοφρένεια, ενώ περιβαλλοντικοί παράγοντες συμμετέχουν σε διαφορετικό βαθμό στην εκδήλωσή της. Οι επιστήμονες δεν έχουν ακόμη συμφωνήσει ως προς το ποιοι παράγοντες είναι εκείνοι που μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί κανένα υπεύθυνο γονίδιο, ούτε κάποια ειδική βιοχημική ανωμαλία. Επίσης κανένα στρεσογόνο γεγονός δεν μπορεί από μόνο του να προκαλέσει σχιζοφρένεια<sup>33</sup>.

Είναι γνωστό από παλιά ότι η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από αυτή από ότι ο γενικός πληθυσμός. Για παράδειγμα, εάν κάποιος έχει έναν γονιό με η σχιζοφρένεια πιθανότητα να προσβληθεί κατά την διάρκεια της ζωής του από σχιζοφρένεια είναι περίπου 10%. Για την σύγκριση, ένα άτομο χωρίς κληρονομικότητα, έχει πιθανότητα περίπου 1% να προσβληθεί κατά την διάρκεια της ζωής του από σχιζοφρένεια.

Τα τελευταία 25 χρόνια, δύο ομάδες ιδιαίτερα εκλεπτυσμένων ερευνών κατέδειξαν την σημασία των γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Η πρώτη ομάδα ερευνών, μελέτησε την συχνότητα σχιζοφρένεια σε πανομοιότυπους και μη-πανομοιότυπους διδύμους (μελέτες διδύμων). Οι πανομοιότυποι δίδυμοι προέρχονται από το ίδιο ωάριο ('μονοωογενείς') και για αυτό έχουν 100% ίδιο γενετικό υλικό. Οι δίδυμοι που προέρχονται από δύο διαφορετικά ωάρια ('διωογενείς') δεν μοιάζουν περισσότερο από ότι δύο κανονικοί αδερφοί : έχουν κοινό το 50% του γενετικού υλικού. Η άλλη ομάδα ερευνών μελέτησε υιοθετημένα παιδιά γονιών με σχιζοφρένεια (μελέτες υιοθεσίας).

Οι πρόσφατες μελέτες διδύμων επιβεβαίωσαν τις παλιότερες και λιγότερο εξονυχιστικές μελέτες. Το γενικό τους συμπέρασμα είναι ότι ζεύγη πανομοιότυπων διδύμων εμφανίζουν πολύ συχνότερα σχιζοφρένεια σε σχέση με ζεύγη διωογενών διδύμων ( δηλαδή οι πανομοιότυποι δίδυμοι νοσοούν πιο συχνά και οι δύο από σχιζοφρένεια σε σχέση με τους διωογενείς). Μολονότι οι

<sup>33</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo1.html](http://www.stress.gr/disorders/schizo1.html)

μελέτες διδύμων φανερώνουν με τρόπο αδιαμφισβήτητο τη σημασία των γενετικών παραγόντων στην γένεση της σχιζοφρένειας, ωστόσο δεν εξηγούν απόλυτα το φαινόμενο. Το γεγονός ότι ο πανομοιότυπος δίδυμος αδερφός ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια δεν έχει πιθανότητα να νοσήσει 100% αλλά περίπου 40%-60%, σημαίνει ότι (όσο ψηλή και αν είναι η πιθανότητα αυτή - συγκρίνετε με το 1% του γενικού πληθυσμού) και άλλοι παράγοντες του περιβάλλοντος πρέπει να συμμετέχουν<sup>34</sup>.

Οι μελέτες υιοθεσίας εστίασαν το ενδιαφέρον τους σε υιοθετημένα παιδιά για να εξετάσουν την σχετική σημασία κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στην καλύτερη εργασία αυτού του είδους, που έχει γίνει στη Δανία, μελετήθηκαν παιδιά που είχαν γονείς με σχιζοφρένεια και τα οποία υιοθετήθηκαν από άλλες οικογένειες. Τα παιδιά αυτά συγκρίθηκαν με υιοθετημένα παιδιά που οι βιολογικοί τους γονείς δεν έπασχαν από σχιζοφρένεια. Η μελέτη αυτή και άλλες παρόμοιες έδειξαν ότι τα παιδιά που οι βιολογικοί τους γονείς έχουν σχιζοφρένεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από σχιζοφρένεια ακόμη και όταν δεν υπάρχει προσωπική επαφή (και άρα επίδραση του 'περιβάλλοντος') όπως συμβαίνει στα υιοθετημένα παιδιά.

Το 1/4 των ερευνών δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση, αλλά ο βαθμός της γενετικής επίδρασης παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστος. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι αυτό που μπορεί να κληρονομείται είναι η ευπάθεια προς τη νόσο - μια κληρονομική προδιάθεση η οποία σε συνδυασμό με κάποιους άλλους παράγοντες μπορεί να οδηγήσει στη σχιζοφρένεια. Αυτή η προδιάθεση μπορεί να έχει την μορφή κάποιας βιοχημικής ή ενζυμικής ανωμαλίας, μιας λεπτής νευρολογικής βλάβης, ή κάποια άλλη μορφή ή ακόμη και συνδυασμό τους. Μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε πώς μεταβιβάζεται η κληρονομική αυτή προδιάθεση και έτσι δεν είμαστε σε θέση να προβλέψουμε με ακρίβεια εάν ένα συγκεκριμένο άτομο πρόκειται να νοσήσει ή όχι. Σε μερικούς ανθρώπους, ο

---

<sup>34</sup> [www.stress.gr/depression3.html](http://www.stress.gr/depression3.html)

γενετικός παράγοντας μπορεί να είναι κρίσιμος για την ανάπτυξη της νόσου, σε άλλους μπορεί να μην είναι.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Η σχιζοφρένεια δεν είναι κολλητική ασθένεια;» (Ερώτηση 13,3 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.13. : Σχιζοφρένεια- Κολλητική ασθένεια

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>642</b>	<b>78,7</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>146</b>	<b>17,9</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>22</b>	<b>2,7</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>810</b>	<b>99,3</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>6</b>	<b>0,7</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΡ/ΓΙΩΝ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (78,7%) πιστεύει πως η σχιζοφρένεια δεν είναι κολλητική ασθένεια σε αντιπαράθεση με το ένα πέμπτο περίπου (17,9%) που πιστεύει ότι είναι. Όντως τα αίτια της συγκεκριμένης νόσου είναι στην πλειοψηφία τους γενετικά και νευροελκυστικά<sup>35</sup>, οπότε δεν υφίσταται θέμα κολλητικότητας της σχιζοφρένειας.

Σε παλιότερες εποχές υπήρχε μια τάση από μερικούς ειδικούς να κατηγορούν τους γονείς για την διαταραχή του παιδιού τους. Σήμερα, η στάση αυτή θεωρείται όχι μόνο ανακριβής αλλά και αντιπαραγωγική. Οι περισσότεροι ερευνητές σήμερα συμφωνούν ότι οι γονείς δεν προκαλούν την σχιζοφρένεια. Στις μέρες μας, οι ειδικοί προσπαθούν να εντάξουν όλη την οικογένεια στο θεραπευτικό πρόγραμμα, ενώ επίσης δείχνουν ιδιαίτερη ευαισθησία και κατανόηση στο βαρύ φορτίο που η οικογένεια σηκώνει όταν τύχει κάποιο μέλος της να έχει σχιζοφρένεια.

<sup>35</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Η σχιζοφρένεια οφείλεται σε λάθη των γονέων;» (Ερώτηση 13,12 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.14: Σχιζοφρένεια και ευθύνη γονέων.

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b> %
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>153</b>	<b>18,8</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>393</b>	<b>48,2</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>261</b>	<b>32</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>807</b>	<b>98,9</b>
<b>Δεν απάντ.</b>	<b>9</b>	<b>1,1</b>

Πηγή: Αποτελέσματα των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Σχεδόν τα μισά άτομα του δείγματος (48,2%) πιστεύουν πως οι γονείς δεν οφείλονται για την κατάσταση της σχιζοφρένειας στο παιδί. Ενώ αντίθετη άποψη έχει το 18,2% των ατόμων του δείγματος. Τα λάθη των γονέων δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να είναι υπαίτια για την παρουσίαση της σχιζοφρένειας.

Αν μέχρι στιγμής, καμία βιοχημική ανωμαλία και κανένας νευροβιοχημικός αιτιολογικός παράγοντας δεν έχει συνδεθεί απόλυτα με την σχιζοφρένεια, ωστόσο η γνώση σχετικά με την βιοχημεία του εγκεφάλου και η σχέση της με την σχιζοφρένεια αυξάνεται πολύ γρήγορα. Εδώ και πολλά χρόνια, όπως έχει δείξει η νευροεπιστήμη(είναι ο επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με την ανατομία, τη φυσιολογία, την βιοχημεία και τη μοριακή βιολογία του νευρικού συστήματος, και ιδιαίτερα της σχέσης τους με τη συμπεριφορά και τη μάθηση) οι νευρομεταβιβαστές - ουσίες που επιτρέπουν την επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου - έχουν ενοχοποιηθεί για την γένεση της σχιζοφρένειας. Φαίνεται πιθανό η νόσος να σχετίζεται με μια διαταραχή της ισορροπίας των περίπλοκων και αλληλοσχετιζόμενων χημικών συστημάτων

του εγκεφάλου. Μολονότι δεν έχουμε ακόμη οριστικές απαντήσεις, η έρευνα πάνω στην σχιζοφρένεια είναι και πολύ δραστήρια και συναρπαστική.

Το ενδιαφέρον για την ερώτηση αν η σχιζοφρένεια οφείλεται σε δομική ανωμαλία του εγκεφάλου, αναθερμάνθηκε μετά την ανακάλυψη της αξονικής τομογραφίας - ένα είδος ακτινογραφίας με το οποίο μπορούμε να δούμε με αρκετή σαφήνεια τον ζωντανό εγκέφαλο. Μερικές μελέτες που χρησιμοποίησαν την τεχνική αυτή έδειξαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν πιο συχνά ανωμαλίες της δομής (της κατασκευής) του εγκεφάλου από ότι υγιείς άνθρωποι της ίδιας ηλικίας (π.χ. οι εσωτερικές κοιλότητες του εγκεφάλου -οι κοιλίες του εγκεφάλου - παρουσιάζονται μεγαλύτερες). Πρέπει όμως να τονιστεί ότι όλες αυτές οι ανωμαλίες που έχουν αναφερθεί είναι αφενός πάρα πολύ λεπτές και αφετέρου ούτε είναι χαρακτηριστικές της σχιζοφρένεια ούτε συναντώνται μόνο σε άτομα με σχιζοφρένεια<sup>36</sup>.

Ένα πιο πρόσφατο επίτευγμα αποτελεί η Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (Positron Emission Tomography - PET) . Σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία η οποία παράγει στατικές εικόνες της κατασκευής του εγκεφάλου, η PET μπορεί να εκτιμήσει τη μεταβολική δραστηριότητα του ζώντος εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων περιοχών βαθιά μέσα στο εσωτερικό του εγκεφάλου. Μέχρι στιγμής τα ευρήματα με την PET είναι μόνο προκαταρκτικά, αλλά πιστεύεται ότι σε συνδυασμό και με άλλες απεικονιστικές τεχνικές θα μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την δομή και την λειτουργία του ζώντος εγκεφάλου.

Άλλες ειδικές απεικονιστικές τεχνικές που μπορεί να βοηθήσουν στην κατανόηση της σχιζοφρένεια περιλαμβάνουν την μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI), η ραδιοισοτοπική μελέτη της περιοδικής εγκεφαλικής κυκλοφορίας (RCFB) και τέλος το ψηφιακό ηλεκτρο-εγκεφαλογράφημα (HEΓ). Η μαγνητική τομογραφία παράγει εικόνες της δομής του εγκεφάλου και στηρίζεται στην διαφορετική συμπεριφορά των διαφόρων δομών όταν εφαρμόζεται μαγνητικό πεδίο επάνω τους. Στην RCBF γίνεται εισπνοή ενός

<sup>36</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo1htm3](http://www.stress.gr/disorders/schizo1htm3)

ραδιοδραστικού αερίου και ο ρυθμός απομάκρυνσης της ουσίας αυτής από διαφορετικές εγκεφαλικές περιοχές δίνει πληροφορίες για την σχετική δραστηριότητα των περιοχών αυτών κατά τις διάφορες νοητικές δραστηριότητες. Το ψηφιακό ΗΕΓ εξετάζει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου καθώς αυτός αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα. Όλες αυτές οι απεικονιστικές τεχνικές<sup>37</sup> χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στην έρευνα για την διαλεύκανση της αιτιολογίας της σχιζοφρένειας. Δεν αποτελούν καινούριες μορφές θεραπείας.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Τι προκαλεί τη σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 11 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

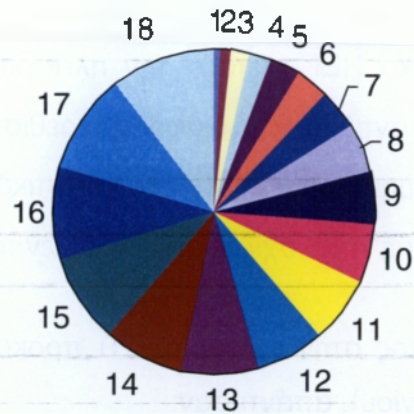
Πίνακας 2.15: Χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>1</b>	<b>270</b>	<b>13,2</b>
<b>2</b>	<b>154</b>	<b>7,6</b>
<b>3</b>	<b>121</b>	<b>5,9</b>
<b>4</b>	<b>25</b>	<b>1,2</b>
<b>5</b>	<b>403</b>	<b>19,8</b>
<b>6</b>	<b>36</b>	<b>1,8</b>
<b>7</b>	<b>102</b>	<b>5,0</b>
<b>8</b>	<b>111</b>	<b>5,4</b>
<b>9</b>	<b>99</b>	<b>4,9</b>
<b>10</b>	<b>149</b>	<b>7,3</b>
<b>11</b>	<b>235</b>	<b>11,5</b>
<b>12</b>	<b>20</b>	<b>1,0</b>
<b>13</b>	<b>13</b>	<b>0,6</b>
<b>14</b>	<b>23</b>	<b>1,1</b>
<b>15</b>	<b>135</b>	<b>6,6</b>
<b>16</b>	<b>30</b>	<b>1,5</b>
<b>17</b>	<b>70</b>	<b>3,4</b>
<b>18</b>	<b>42</b>	<b>2,1</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>2038</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

<sup>37</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo1htm3](http://www.stress.gr/disorders/schizo1htm3)

### ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ



Γράφημα 2.6

- 1:Οργανικές ανωμαλίες του εγκεφάλου
- 2:Διαταραχή της χημικής ισορροπίας στον εγκέφαλο
- 3:Ασθένεια του εγκεφάλου
- 4:Ιός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- 5:Κληρονομικότητα
- 6:Άλλοι οργανικοί παράγοντες
- 7:Κακή ανατροφή
- 8:Σωματική κακοποίηση
- 9:Κατάχρηση τοξικών ουσιών/ αλκοόλ
- 10:Αντιξοότητες και δυσκολίες στη ζωή
- 11:Τραυματικές εμπειρίες
- 12:Η φτώχεια
- 13:Γενική έλλειψη κοινωνικών /ηθικών αρχών /αξιών
- 14:Κατοχή από κακά πνεύματα, τιμωρία από τον Θεό, Δαιμονισμός, Μάτι
- 15:Η αδυναμία του χαρακτήρα ή ανώμαλη προσωπικότητα
- 16:Άλλοι παράγοντες
- 17:Τα ακριβή αίτια είναι άγνωστα
- 18:Δε γνωρίζω

Τα άτομα του δείγματος συσχετίζουν τα αίτια της σχιζοφρένειας, συνήθως, με οργανικές ανωμαλίες του εγκεφάλου καθώς και με την κληρονομικότητα. Στην πραγματικότητα τα αίτια της σχιζοφρένειας είναι στην πλειοψηφία τους γενετικά και κατά δεύτερον νευροελκυστικά<sup>38</sup>, όπως προαναφέραμε. Αυτό το συμπέρασμα δείχνει όχι μόνο ότι ο πληθυσμός είναι ενημερωμένος μα και ότι

<sup>38</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

αρχίζει να αντιμετωπίζει την σχιζοφρένεια ως ασθένεια και όχι ως αποτέλεσμα μιας τιμωρίας, προς το άτομο αυτό.

## **2.7.II ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαρίσουμε είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη με αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης :

### ***[1] Γενετικοί παράγοντες***

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος.



## **[2] Βιολογικοί παράγοντες**

α) Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν δευτεροπαθής κατάθλιψη (δηλαδή, η κατάθλιψη που εμφανίζεται στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος π.χ., ό στη νόσο του Πάρκινσον. Επίσης η κατάθλιψη μπορεί να αναπτυχθεί και στο έδαφος κάποιου άλλου ψυχιατρικού νοσήματος, π.χ. μιας αγοραφοβικής νεύρωσης). Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν

[1] παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

[2] Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων).

[3] Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση

[4] Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος

[5] Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντί-υπερτασικό Αλντομέτ (αλφα-μεθυλ-ντόπα)<sup>39</sup> και το αλκοόλ.

β) Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα σε αυτόν τον αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να

<sup>39</sup> [www.stress.gr/depression2html](http://www.stress.gr/depression2html)

παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα πολλά έχουμε μάθει για την λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι πολύ περίπλοκοι και δεν είναι δυνατό να αναφερθούν εδώ, ωστόσο στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές (η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη), εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού.

### **[3] Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

α) Παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή : Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών κ.λπ. ) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι.

β) Παράγοντες που δρουν αργότερα :

**[1] Γεγονότα Ζωής:** Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη .

**[2] Τρόπος σκέψης :** Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένη σε αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η

γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα (βλ. παρακάτω στις θεραπείες).

## **2.8. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ – ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΠΡΟΦΙΛ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ**

Τα άτομα του δείγματος μέσα από κάποιες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, διαμόρφωσαν το προφίλ των ατόμων με σχιζοφρένεια. Το προφίλ αυτό έχει διαμορφωθεί υπό συνθήκες έντονου κοινωνικού στιγματισμού όπως θα δούμε σε επόμενο κεφάλαιο. Παρόλα αυτά, σε αυτό το κεφάλαιο δεν είναι εμφανής αυτός ο έντονος στιγματισμός, γιατί οι απαντήσεις δίνονται με επιφυλακτικότητα, η οποία φαίνεται από το σύνολο των απαντήσεων, «Δεν ξέρω» και «Δεν απαντώ».

Από την παρακάτω ανάλυση και από το σύνολο των απαντήσεων, διαπιστώνεται η εικόνα που έχει ο κόσμος για τους σχιζοφρενείς. Συμπερασματικά, ο κόσμος πιστεύει ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που θεραπεύεται και δεν είναι κολλητική. Ο σχιζοφρενής είναι άτομο βίαιο, επικίνδυνο και απρόβλεπτο. Είναι άτομο που χρήζει βοήθειας από άλλον διότι δεν έχουν επίγνωση της καταστάσεώς τους. Αν και φαίνεται να επικρατεί στον κόσμο μια αντίληψη αρνητική για τον σχιζοφρενή τα παρακάτω αποτελέσματα έρχονται να αναιρέσουν την εικόνα αυτή. Συγκεκριμένα ο πληθυσμός πιστεύει πως ο σχιζοφρενής μπορεί να εργαστεί και δεν είναι καθόλου ανόητος. Πράγμα που έρχεται αντιμέτωπο με την όλη εικόνα που έχουν για τον ασθενή. Αυτό που εκμαιεύουμε από την παραπάνω ανάλυση, είναι ότι στο μυαλό του κόσμου επικρατεί σύγχυση. Ακόμα δεν έχει σαφή εικόνα για τον σχιζοφρενή. Σε αυτό σημαντικό ρόλο παίζουν τα μέσα ενημέρωσης που όπως έδειξε η ανάλυση δεν ενδιαφέρονται για την πληροφόρηση του κόσμου πάνω στο θέμα της ψυχικής ασθένειας.

Τα άτομα του δείγματος, στην ερώτηση: «Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαιοι και επικίνδυνοι;» (Ερώτηση 13,2 ερωτηματολογίου) απάντησαν:

Πίνακας 2.16: Σχιζοφρένεια – βία & επικινδυνότητα.

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>506</b>	<b>62,0</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>231</b>	<b>28,3</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>74</b>	<b>9,1</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>811</b>	<b>99,4</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>5</b>	<b>0,6</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: :Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων του δείγματος

Περισσότεροι από τα μισά άτομα του δείγματος (62%) πιστεύουν πως οι σχιζοφρενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι ενώ το 28,3% δεν πιστεύει ότι ισχύει. Οι σχιζοφρενείς από τη στιγμή που ακολουθούν την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (χρήση νευροληπτικών φαρμάκων και ψυχολογική υποστήριξη) καθίστανται άτομα με μικρότερο βαθμό επικινδυνότητας από τους ψυχικά υγιείς<sup>40</sup>. Συνεπώς υπάρχει ελλιπής ενημέρωση που προκαλεί φόβο ως προς τους σχιζοφρενείς.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Οι σχιζοφρενείς προκαλούν δημόσια ενόχληση π.χ έλλειψη καθαριότητας, περίεργη συμπεριφορά, ζητιανιά;» (Ερώτηση 14,6 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.17: Σχιζοφρένεια – δημόσια ενόχληση

<sup>40</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ</b>	118	14,5
<b>ΣΥΧΝΑ</b>	329	40,3
<b>ΣΠΑΝΙΑ</b>	206	25,2
<b>ΠΟΤΕ</b>	57	7,0
<b>ΔΓ</b>	75	9,2
<b>ΔΑ</b>	25	3,1
<b>Σύνολο</b>	<b>810</b>	<b>99,3</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>6</b>	<b>0,7</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Λιγότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (40,3%) πιστεύουν ότι οι σχιζοφρενείς προκαλούν δημόσια ενόχληση, σε αντίθεση τα 25,2% δεν το πιστεύουν. Όντως, προκαλούν «δημόσια ενόχληση», αφού δεν βρίσκονται έγκλειστοι σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα, όπως θα δούμε σε επόμενο κεφάλαιο, γιατί αυτή είναι μια από τις καλύτερες πολιτικές αντιμετώπισης των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Όμως η φαρμακευτική θεραπεία βοηθάει τους ασθενείς να μην προβαίνουν σε ενοχλητικές ενέργειες και να μην αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Οι σχιζοφρενείς έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα;» (Ερώτηση 14,7 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.18: Διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ</b>	245	30,0
<b>ΣΥΧΝΑ</b>	338	41,4
<b>ΣΠΑΝΙΑ</b>	83	10,2
<b>ΠΟΤΕ</b>	17	2,1
<b>ΔΓ</b>	103	12,6
<b>ΔΑ</b>	30	3,6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Όπως φαίνεται από την παράθεση των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος στον παραπάνω πίνακα, λιγότερα από τα μισά άτομα (41,4%) και περίπου το ένα τρίτο των ατόμων (30%), πιστεύει αντίστοιχα ότι σχεδόν πάντα ή συχνά, οι σχιζοφρενείς έχουν διχασμένη προσωπικότητα. Σε αντίθεση βρίσκεται το 10,2%. Στην πραγματικότητα, εξαρτάται από άτομο σε άτομο. Η συμπεριφορά είναι σοβαρά διαταραγμένη κατά τη διάρκεια ορισμένων φάσεων της συγκεκριμένης ασθένειας. Αυτό συμβαίνει όμως, γιατί αναπτύσσονται έντονες φοβίες για τα άτομα με σχιζοφρένεια.

Τα άτομα του δείγματος, στην ερώτηση: «Οι σχιζοφρενείς είναι απρόβλεπτοι;»(Ερώτηση 13,8 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.19: Σχιζοφρένεια – πρόβλεψη

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b> %
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>684</b>	<b>83,8</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>47</b>	<b>5,8</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>75</b>	<b>9,2</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>806</b>	<b>98,8</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>10</b>	<b>1,2</b>
	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Οι σχιζοφρενείς, εξαιτίας των αρνητικών στερεοτύπων που δημιουργούνται από τον έντονο κοινωνικό στιγματισμό, αντιμετωπίζονται ως απειλή για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Για το λόγο λοιπόν αυτό η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (83,8%), πιστεύει πως οι σχιζοφρενείς είναι απρόβλεπτοι. Ενώ μόλις το 5,8% είναι αντίθετο με αυτή την άποψη.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Είναι οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια ανεύθυνοι και τεμπέληδες ;» (Ερώτηση 13,4 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.20: Σχιζοφρένεια και ανευθυνότητα-τεμπελιά

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>143</b>	<b>17,5</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>500</b>	<b>61,3</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>158</b>	<b>19,3</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>801</b>	<b>98,2</b>
<b>ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ</b>	<b>15</b>	<b>1,8</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΡ/ΓΙΩΝ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων του δείγματος

Το 61,3% πιστεύει ότι δεν σχετίζεται η σχιζοφρένεια με την ανευθυνότητα και την τεμπελιά. Αυτό μας το επιβεβαιώνει και ο κ. Λαουδιάς ο οποίος μας ανέφερε την ίδρυση κυνοτροφείου στο ψυχιατρικό ίδρυμα Τριπόλεως για την απασχόληση των τροφίμων. Η εργοθεραπεία είναι ένα βασικό μέρος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα και ειδικότερα της σχιζοφρένειας, λόγω της σοβαρότητας της ως ασθένεια. Επίσης, αν αναλογιστεί κανείς την έλλειψη εργοθεραπευτών στο συγκεκριμένο ψυχιατρείο, αλλά και γενικότερα στην Ελλάδα, τότε σε καμία περίπτωση η σχιζοφρένεια δεν σχετίζεται με την τεμπελιά και την ανευθυνότητα.

Τα άτομα του δείγματος, στην ερώτηση: «Οι σχιζοφρενείς μπορούν να εργαστούν;» (Ερώτηση 13,9 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.21: Σχιζοφρένεια- εργασία

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>354</b>	<b>43,4</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>276</b>	<b>33,8</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>176</b>	<b>21,5</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>806</b>	<b>98,8</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>10</b>	<b>1,2</b>
	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Σχεδόν τα μισά άτομα του δείγματος (43,3%) πιστεύουν πως ο σχιζοφρενής είναι ικανός για εργασία ενώ το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (33,8%) είναι της άποψης ότι δεν μπορεί. Για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των σχιζοφρενών σημαντικό ρόλο για την ικανοποίηση των αναγκών τους, προσωπικών και λειτουργικών, παίζουν οι εργασιακές δραστηριότητες που ονομάζονται εργοθεραπευτικές. Με τον όρο αυτό, εννοούμε κάθε προγραμματισμένη δραστηριότητα που ασκεί το άτομο σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η θεραπευτική ιδιότητα των δραστηριοτήτων συμπληρώνεται από την ανάπτυξη της επικοινωνίας και έκφρασης των συναισθημάτων, μέσα από τη δημιουργική εργασία, με την ικανοποίηση των υλικών αναγκών - π.χ., με τη χορήγηση επιδομάτων ή άλλων βοηθημάτων – με τη σωματική δραστηριότητα και γενικότερα με την άσκηση, που είναι ιδιαίτερα απαραίτητη στους χρόνιους ψυχικά αρρώστους.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που προσδίδουν «οι ψυχικά υγιείς» στους σχιζοφρενείς είναι ότι λένε ανοησίες, αν και από την έρευνα δεν προκύπτει διότι απαντούν πολιτικά ορθά, είναι εμφανές από τον κοινωνικό στιγματισμό που αναπτύσσεται για τα άτομα αυτά.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Μπορεί κάποιος να δει τους σχιζοφρενείς να μιλάνε μόνοι τους ή να φωνάζουν στο δρόμο;» (Ερώτηση 14,8 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.22:Οι σχιζοφρενείς μιλάνε μόνοι τους

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	207	25,4
ΣΥΧΝΑ	469	57,5
ΣΠΑΝΙΑ	73	8,9
ΠΟΤΕ	9	1,1
ΔΓ	44	5,4
ΔΑ	10	1,2
Σύνολο	812	99,5
Δεν απάντησαν	4	0,5
ΣΥΝΟΛΟ	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (57,5%) πιστεύουν ότι οι σχιζοφρενείς μιλάνε μόνοι τους, αντίθετα είναι μόνο το 1,1% των ατόμων. Οντως αυτό ισχύει, και εννοούμε το παραλήρημα των ασθενών.

Τα άτομα του δείγματος, στην ερώτηση: «Οτιδήποτε λένε οι σχιζοφρενείς είναι ανοησίες;»(Ερώτηση 13,6 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.23: Σχιζοφρένεια - Ανοησία

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>115</b>	<b>14,1</b>
<b>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ</b>	<b>564</b>	<b>69,1</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>125</b>	<b>15,3</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>804</b>	<b>98,5</b>
<b>ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ</b>	<b>12</b>	<b>1,5</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΡ/ΓΙΩΝ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Όπως είναι εμφανές παρατηρώντας τις απαντήσεις των ατόμων του δείγματος στον παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό (69,1%) θεωρεί ότι δεν ισχύει το γεγονός ότι οι σχιζοφρενείς λένε ανοησίες. Η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμα και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε έναν τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς. Εξάλλου οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν κάθε αποκαταστασιακό χειρισμό είναι η προαγωγή της αυτονομίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, η εξατομίκευση των αναγκών κάθε ατόμου, η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και τέλος η καθαρότητα της επικοινωνίας<sup>41</sup>. Αυτό επιτυγχάνεται μεταξύ γιατρού και ασθενή μέσω της κλινικής συνέντευξης (ο γιατρός ακούει το παραλήρημα του ασθενεί για να καταλάβει τι σκέφτεται και να καταλήξει στη κατάλληλη θεραπευτική αγωγή).

<sup>41</sup> Zussman, J.(1975) Tertiary prevention. In Freedman A., Kaplan H., Sadock Comprehensive textbook of Psychiatry II , vol. 2 Baltimore Williams Wilkins, pp.2340-2346

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Οι σχιζοφρενείς είναι συνήθως διανοητικά καθυστερημένοι ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη;» (Ερώτηση 14,2 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 2.24: Σχιζοφρένεια- χαμηλή νοημοσύνη

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ</b>	68	8,3
<b>ΣΥΧΝΑ</b>	180	22,1
<b>ΣΠΑΝΙΑ</b>	320	39,2
<b>ΠΟΤΕ</b>	127	15,6
<b>ΔΓ</b>	88	10,8
<b>ΔΑ</b>	27	3,3
<b>Σύνολο</b>	810	99,3
<b>Δεν απάντησαν</b>	6	0,7
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Σχεδόν το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (30,3%) απάντα με θετική κατεύθυνση, δηλαδή ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι διανοητικά καθυστερημένα ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη. Ενώ σχεδόν τα μισά έχει (54.8%) έχει αντίθετη άποψη. Η νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση διακοπής της ανάπτυξης, ή ατελούς ανάπτυξης των νοητικών ικανοτήτων, η οποία χαρακτηρίζεται από έκπτωση των δεξιοτήτων και της νοημοσύνης, σε πεδία όπως των γνωστικών λειτουργιών, της γλωσσικής ικανότητας και των κινητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων<sup>42</sup>. Με βάση λοιπόν αυτόν τον ορισμό, δεν θα μπορούσε σε καμία περίπτωση ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια να θεωρηθεί και διανοητικά καθυστερημένο, μιας και θα μπορούσε κάλλιστα να εργαστεί αναπτύσσοντας τις δεξιότητές του, μιας και όπως προείπαμε οι σχιζοφρενείς έχουν την ικανότητα για εργασία και αποτελεί η εργασία μέρος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ερωτ. 14.9).

<sup>42</sup> Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση : από το άσυλο στην κοινότητα, Μανδιανός Μ., 1994

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στο κεφάλαιο αυτό προσπαθούμε να εκμαιεύσουμε το επίπεδο ενημέρωσης των ατόμων του δείγματος για θέματα ψυχικής υγείας και ειδικότερα για την σχιζοφρένεια. Από την έρευνα, διαπιστώθηκε η έλλειψη ενημέρωσης. Πολλοί από τους ερωτώμενους δεν γνώριζαν τι είναι ψυχική υγεία, καθώς και τις κυριότερες ψυχικές ασθένειες. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) οι ψυχικές ασθένειες είναι οι καταθλιπτικές διαταραχές, οι διαταραχές από χρήση ουσιών, η σχιζοφρένεια, η επιληψία, η νόσος Alzheimer, η νοητική καθυστέρηση και οι διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Ωστόσο η πλειοψηφία του δείγματος, είχε έστω και ακουστά την σχιζοφρένεια (σε ποσοστό 33,5%) και την κατάθλιψη (σε ποσοστό 28,6%).

Τα δύο τρίτα του δείγματος (το 33,5% των ερωτηθέντων) πιστεύουν πως ψυχική ασθένεια είναι η σχιζοφρένεια· οι υπόλοιπες απαντήσεις, χαρακτηρίζουν ως ψυχική ασθένεια (με ποσοστό 28,5%) τη κατάθλιψη και (με ποσοστό 4,8%) τη μελαγχολία. Οι υπόλοιπες ψυχικές ασθένειες: νόσος Alzheimer, επιληψία, διαταραχές από χρήση ουσιών και νευρασθένεια, καταλαμβάνουν τα χαμηλότερα ποσοστά των απαντήσεων (κυμαινόμενα από 0,5% - 2%). Οι ερωτηθέντες λοιπόν, είναι ενημερωμένοι σε ότι αφορά συγκεκριμένες ψυχικές ασθένειες (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη,) ως προς την έννοια τους. Διαπιστώνουμε από την στατιστική έρευνα, πως το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού έχει μια στοιχειώδη αντίληψη στην έννοια «ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχική αρρώστια». Αυτό το συμπεραίνουμε από το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (το 95,8% των ερωτηθέντων) πιστεύει ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ σχιζοφρένειας και κατάθλιψης, που όντως οι αυτές ασθένειες δεν ταυτίζονται.

Η γνώση για τις συγκεκριμένες ασθένειες για τη σχιζοφρένεια και τη κατάθλιψη δεν είναι τελείως επιφανειακή αφού οι ερωτηθέντες κατανοούν τη διαφορετικότητά τους. Προσπαθήσαμε να διευκρινίσουμε το τι γνώριζε, το τι δεν γνώριζε και για το τι είχε λανθασμένη άποψη λόγο προκαταλήψεων.

Συγκεκριμένα, το δείγμα γνώριζε ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά και

είναι ιάσιμη με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη. Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται ως μια κοινή πάθηση, χωρίς να αναπτύσσονται οι έντονες στιγματικές συμπεριφορές «εκτοπισμού» των ασθενών από την κοινωνία, όπως συμβαίνει με τη σχιζοφρένεια. Αντίστοιχα, για την σχιζοφρένεια η γνώση των ατόμων του δείγματος ήταν εδραιωμένη σε ισχυρά αρνητικά πρότυπα. Οι σχιζοφρενείς αποτελούν για την πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος ντροπή, μιας και είναι άνθρωποι ανίκανοι για όλα, δημιουργώντας έτσι αισθήματα φόβου και ανασφάλειας.

Για την κατάθλιψη τα άτομα του δείγματος πιστεύουν ότι παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα (σε ποσοστό το 83,6%), σε αντίθεση με ένα μικρό αριθμό ερωτηθέντων (το 4,3%) που πιστεύει πως η σχιζοφρένεια εμφανίζεται συχνότερα. Για την πλειοψηφία του δείγματος (70,9%), η κατάθλιψη θεωρείται λιγότερη σοβαρή ασθένεια και θεραπεύεται πιο εύκολα σε σχέση με την σχιζοφρένεια.

Η διαφορά δυνατότητας ίασης της κατάθλιψης από την σχιζοφρένεια έγκειται στο γεγονός ότι η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται, απλά καταστέλλεται. Παρόλα αυτά, τα άτομα του δείγματος είναι διχασμένα για το αν υπάρχει ή όχι θεραπεία για την σχιζοφρένεια (το 37,9% πιστεύει ότι η σχιζοφρένεια θεραπεύεται ενώ το 34,2% ότι δεν θεραπεύεται). Επίσης ο σχιζοφρενής δεν θα μπορούσε μόνος του να θεραπευτεί πλήρως, αφού τα αίτια της σχιζοφρένειας είναι στην πλειοψηφία τους γενετικά και νευροελκυστικά, όπως χαρακτηριστικά τονίζει και ο κ.Βρέντας. Για το λόγο αυτό δεν υφίσταται θέμα κολλητικότητας της σχιζοφρένειας όπως πιστεύει ένας μικρός αλλά όχι ευκαταφρόνητος αριθμός απαντήσεων των ερωτηθέντων του δείγματος (το 17,9%) πιστεύει ότι είναι.

Αυτό που ισχύει είναι ότι η θεραπεία και των δύο ασθενειών είναι πολυποίκιλη και ετερογενής και εξαρτάται από το στάδιο εκδήλωσης της κάθε μιας, που μπορεί να κυμανθεί από πολύ ήπια έως πολύ σοβαρή. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. η διαφορετικότητα τους έγκειται στο γεγονός ότι η σχιζοφρένεια δεν γιατρέυεται ποτέ πλήρως απλά καταστέλλεται σε αντίθεση με την κατάθλιψη η οποία μπορεί να θεραπευθεί. Σύμφωνα με τον κ. Βρέντα, η

σχιζοφρένεια είναι ασθένεια που δεν θεραπεύεται, απλά καταστέλλεται. Άρα το ποσοστό του 6% του κόσμου είναι ενήμερο για την διάσταση ενός τέτοιου θέματος, όπως είναι η σχιζοφρένεια.

Το 48,2% πιστεύει πως οι γονείς δεν οφείλονται για την κατάσταση της σχιζοφρένειας στο παιδί. Ενώ αντίθετη άποψη έχει το 18,2% του κόσμου. Τα λάθη των γονέων δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να είναι υπαίτια για την παρουσίαση της σχιζοφρένειας. Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι ο κόσμος συσχετίζει τα αίτια της σχιζοφρένειας, συνήθως, με οργανικές ανωμαλίες του εγκεφάλου καθώς και με την κληρονομικότητα. Στην πραγματικότητα τα αίτια της σχιζοφρένειας είναι στην πλειοψηφία τους γενετικά και κατά δεύτερον νευροελκυστικά<sup>43</sup>. Αυτό το συμπέρασμα δείχνει όχι μόνο ότι ο πληθυσμός είναι ενημερωμένος μα και ότι αρχίζει να αντιμετωπίζει την σχιζοφρένεια ως ασθένεια και όχι ως αποτέλεσμα μιας τιμωρίας, προς το άτομο αυτό.

Η πορεία της σχιζοφρένειας ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Μπορεί, όμως, να ακολουθήσει μία χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία με υπολειμματικά συμπτώματα και ελλιπή κοινωνική αποκατάσταση. Τα άτομα με σχιζοφρένεια αποτελούσαν μεγάλο ποσοστό των τροφίμων των ψυχιατρείων στο παρελθόν, όπως και σήμερα, όπου ακόμα υπάρχουν τέτοια ιδρύματα. Οι σύγχρονοι πρόοδοι στην φαρμακευτική θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, μπορούν να αντιμετωπίσουν σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό, με πληρότητα και διάρκεια, σχεδόν τους μισούς από όσους αρχικά εκδηλώνουν σχιζοφρένεια. Λιγότεροι από το ένα πέμπτο των ατόμων που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή.

Το 34,4% του δείγματος νομίζει πως η σχιζοφρένεια χειροτερεύει με το πέρασμα του χρόνου. Ενώ το 23,9% δεν πιστεύει ότι ισχύει αυτό.

Τα άτομα του δείγματος διαμόρφωσαν το προφίλ των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ως εξής:

---

<sup>43</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

- οι σχιζοφρενείς λένε ανοησίες, αν και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (69,1%) θεωρεί ότι δεν ισχύει αυτό
- η έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλιών στις καθημερινές δραστηριότητες και στην εργασία, καθώς και η κοινωνική ανεπάρκεια και η ανικανότητα εμπλοκής των σχιζοφρενών σε ευχάριστες δραστηριότητες. Αυτά μπορούν να προκαλέσουν συνεχιζόμενη ανικανότητα και κακή ποιότητα ζωή
- οι σχιζοφρενείς δεν μπορούν να πάρουν λογικές αποφάσεις σχετικά με τη ζωή τους (63% των ερωτηθέντων). Ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με σχιζοφρένεια, αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους. Το γεγονός ότι αυτοκτονούν, σημαίνει ότι βρίσκονται σε ψυχολογικό αδιέξοδο, συνεπώς δεν είναι σε θέση να πάρουν λογικές αποφάσεις.
- οι σχιζοφρενείς είναι απρόβλεπτοι (83,8% των ερωτηθέντων). άποψη.
- οι σχιζοφρενείς είναι ικανοί για εργασία(το 43,3% των ερωτηθέντων)
- η σχιζοφρένεια δεν σχετίζεται με την ανευθυνότητα και την τεμπελιά. (61,3%)
- τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι διανοητικά καθυστερημένα ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη (το 30,3% των ερωτηθέντων)
- οι σχιζοφρενείς ακούν συχνά φωνές (το 40,8% των ερωτηθέντων)
- οι σχιζοφρενείς προκαλούν δημόσια ενόχληση (το 40,3% των ερωτηθέντων)
- πιστεύει ότι συχνά ή πάντα οι σχιζοφρενείς έχουν διχασμένη προσωπικότητα (το 41,4% και το 30% των ερωτηθέντων)
- οι σχιζοφρενείς μιλάνε μόνοι τους (το 57,5% των ερωτηθέντων)

- οι σχιζοφρενείς δεν μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές. Το ποσοστό της τάξης του 6,1% απάντησε ότι δεν μπορεί κανένας σχιζοφρενής να εργαστεί σε κανονικές δουλειές, αντίθετα με το 1,1%. Μόλις το 3,1% των ερωτηθέντων απάντησε ότι μόνο τα μισά άτομα θα μπορούσαν. Το 62 % δεν γνωρίζει εάν θα μπορούσαν οι σχιζοφρενείς να εργαστούν σε κανονικές δουλειές.

Στην πραγματικότητα, η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμα και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε έναν τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς. Εξάλλου οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν κάθε αποκαταστασιακό χειρισμό είναι η προαγωγή της αυτονομίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, η εξατομίκευση των αναγκών κάθε ατόμου, η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και τέλος η καθαρότητα της επικοινωνίας. Αυτό επιτυγχάνεται μεταξύ γιατρού και ασθενή μέσω της κλινικής συνέντευξης.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια λοιπόν, δεν είναι ανόητα ή άτομα με χαμηλή νοημοσύνη. Η νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση διακοπής της ανάπτυξης, ή ατελούς ανάπτυξης των νοητικών ικανοτήτων, η οποία χαρακτηρίζεται από έκπτωση των δεξιοτήτων και της νοημοσύνης, σε πεδία όπως των γνωστικών λειτουργιών, της γλωσσικής ικανότητας και των κινητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων<sup>44</sup>. Με βάση λοιπόν τον παραπάνω ορισμό, δεν θα μπορούσε σε καμία περίπτωση ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια να θεωρηθεί και διανοητικά καθυστερημένο, μιας και θα μπορούσε κάλλιστα να εργαστεί αναπτύσσοντας τις δεξιότητές του και αναλαμβάνοντας ευθύνες και πρωτοβουλίες.

Η εργασία παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των σχιζοφρενών για την ικανοποίηση των αναγκών τους, προσωπικών και λειτουργικών, παίζουν οι εργασιακές δραστηριότητες που ονομάζονται

<sup>44</sup> Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση : από το άσυλο στην κοινότητα, Μανδιανός Μ., 1994

εργοθεραπευτικές. Με τον όρο αυτό, εννοούμε κάθε προγραμματισμένη δραστηριότητα που ασκεί το άτομο σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η θεραπευτική ιδιότητα των δραστηριοτήτων συμπληρώνεται από την ανάπτυξη της επικοινωνίας και έκφρασης των συναισθημάτων, μέσα από τη δημιουργική εργασία, με την ικανοποίηση των υλικών αναγκών - π.χ., με τη χορήγηση επιδομάτων ή άλλων βοηθημάτων – με τη σωματική δραστηριότητα και γενικότερα με την άσκηση, που είναι ιδιαίτερα απαραίτητη στους χρόνιους ψυχικά αρρώστους.

Η φαρμακευτική θεραπεία βοηθάει τους ασθενείς να μην προβαίνουν σε ενοχλητικές ενέργειες και να μην αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή. Εξαρτάται από άτομο σε άτομο. Η συμπεριφορά είναι σοβαρά διαταραγμένη κατά τη διάρκεια ορισμένων φάσεων της συγκεκριμένης ασθένειας. Ένα βασικό χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας είναι η ακλόνητη πίστη σε αβάσιμες ιδέες, δηλαδή «παραλήρημα».

Όσοι γνώριζαν να μας απαντήσουν ανέφεραν ότι 10 άτομα στα 100 θα υποφέρουν κάποια στιγμή από σχιζοφρένεια, σε ποσοστό 5,4% του πληθυσμού. Πράγματι, 10% των ασθενών θα πάσχει από σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή του<sup>45</sup>. Επειδή μόνο το 5,4% απάντησε σωστά, συμπεραίνουμε ότι η γνώση δεν είναι επαρκής. Το 3,8% μας μίλησε για 5 στα 100, το 3,7% για 20 στα 100 και οι υπόλοιπες απαντήσεις ήταν σε χαμηλότερα μεγέθη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχε το μεγάλο ποσοστό της απάντησης «δεν γνωρίζω» που “ακούμπησε” το 66,7%. Σε ποσοστό 64,5% οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν κάτι για την ερώτηση. Το 6% των ερωτηθέντων μας απάντησε ότι στα 100 άτομα κανένα δεν θα μπορούσε να επανέλθει από μια τέτοια ασθένεια, ενώ μόλις το 4% απάντησε τα μισά.

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι για τα καταθλιπτικά άτομα αναπτύσσονται αισθήματα συμπόνιας και ίσως οίκτου, μιας και δεν είναι υπεύθυνα τα άτομα για την ασθένειά τους. Το ίδιο δεν συμβαίνει για τους σχιζοφρενείς. Οι σχιζοφρενείς, εξαιτίας των αρνητικών στερεοτύπων που

---

45 [www.stress.gr](http://www.stress.gr).



δημιουργούνται από τον έντονο κοινωνικό στιγματισμό, αντιμετωπίζονται ως απειλή για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. δηλαδή, πως υπάρχει γνώση και ενημέρωση όσο αναφορά τη συχνότητα των δύο ασθενειών. Η γνώση στις συγκεκριμένες ασθένειες είναι επαρκής. Αυτό ίσως να οφείλεται στη μεγαλύτερη εστίαση που δίδεται από τα Μ.Μ.Ε σε σχέση με τις υπόλοιπες ασθένειες, και ως είναι υπό λανθάνουσα μορφή.

Σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, 2,5 - 5 ανά 1000 άτομα έχουν την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα αυτά αναγόμενα στον Ελληνικό πληθυσμό σημαίνουν ότι κάθε χρόνο περιμένουμε στην Ελλάδα 1000 - 1500 περίπου άτομα να εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια, 25.000 – 50.000 άτομα πάσχουν από αυτή μια δεδομένη χρονική στιγμή και 100.000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής τους.

Όμως σύμφωνα με τον κ. Γιαννουλάτο, το ποσοστό των ψυχικά ασθενών κυμαίνεται πάντα από 8-10% του πληθυσμού και ειδικότερα το 10% αντιστοιχεί σε κλειστές κοινωνίες.

Η διαταραχή εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άντρες και γυναίκες και οι πληροφορίες που αναφέρονται σ' αυτό το κείμενο ισχύουν και για τα δύο φύλα. Μια διαφορά μεταξύ των δύο φύλων αφορά την ηλικία εμφάνισης των πρώτων ψυχωτικών εκδηλώσεων : οι άντρες νοσούν πιο συχνά μεταξύ 15 - 25 ετών και οι γυναίκες μεταξύ 25 - 35 ετών. Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Συμπερασματικά, τα άτομα του δείγματος πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που θεραπεύεται και δεν είναι κολλητική. Ο σχιζοφρενής είναι άτομο βίαιο, επικίνδυνο και απρόβλεπτο. Είναι άτομο που χρήζει βοήθειας από άλλον διότι δεν έχουν επίγνωση της καταστάσεώς τους. Αν και φαίνεται να επικρατεί στο δείγμα μια αντίληψη αρνητική για τον σχιζοφρενή τα παρακάτω αποτελέσματα έρχονται να αναιρέσουν την εικόνα αυτή. Συγκεκριμένα οι

ερωτηθέντες έχουν την πεποίθηση πως ο σχιζοφρενής μπορεί να εργαστεί και δεν είναι καθόλου ανόητος. Πράγμα που έρχεται αντιμέτωπο με την όλη εικόνα που έχουν για τον ασθενή. Αυτό που διακρίνουμε με σαφήνεια, είναι ότι στο μυαλό των ατόμων του δείγματος επικρατεί σύγχυση· δεν έχει σαφή εικόνα για τον σχιζοφρενή. Σε αυτό σημαντικό ρόλο παίζουν τα μέσα ενημέρωσης που όπως έδειξε η ανάλυση, δεν ενδιαφέρονται για την πληροφόρηση του κόσμου πάνω στο θέμα της ψυχικής ασθένειας.

Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (το 62%) πιστεύουν πως οι σχιζοφρενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι. Οι σχιζοφρενείς από τη στιγμή που ακολουθούν την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (χρήση νευροληπτικών φαρμάκων και ψυχολογική υποστήριξη) καθίστανται άτομα με μικρότερο βαθμό επικινδυνότητας από τους ψυχικά υγιείς<sup>46</sup>. Συνεπώς υπάρχει ελλιπής ενημέρωση που προκαλεί φόβο ως προς τους σχιζοφρενείς.

Η εργασία θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μηχανισμός ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Για το λόγο αυτό νομοθετούνται θέσεις σε διάφορες υπηρεσίες, στα πλαίσια του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» για τα άτομα εκείνα που λαμβάνοντας την κατάλληλη θεραπεία, χρήζει η άμεση κοινωνική τους αποκατάσταση. Οι άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας από τους ανθρώπους με σωματικές αναπηρίες. Η κυβερνητική πολιτική μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην θέσπιση κινήτρων ώστε οι εργοδότες να προσλαμβάνουν άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και να επιβάλλουν πολιτική κατά των διακρίσεων. Σε μερικές χώρες οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι να προσλαμβάνουν ένα ορισμένο ποσοστό ατόμων με ειδικές ανάγκες. Εάν δεν το κάνουν, μπορεί να επιβληθεί πρόστιμο.

<sup>46</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΕΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ

### 3.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μια ευρεία κλίμακα στρατηγικών είναι διαθέσιμη για την βελτίωση της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ψυχικών διαταραχών. Αυτές οι στρατηγικές μπορούν επίσης να συνεισφέρουν στη μείωση άλλων προβλημάτων, όπως η εφηβική πραγματικότητα, η κακοποίηση παιδιών, η εγκατάλειψη του σχολείου και η απώλεια ημερών εργασίας λόγω ασθένειας.

Το πιο κατάλληλο σημείο για να ξεκινήσει κανείς την προαγωγή της ψυχικής υγείας εξαρτάται από τις ανάγκες και από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Τα όρια και το επίπεδο των δραστηριοτήτων μπορεί να ποικίλλουν από το τοπικό μέχρι το εθνικό επίπεδο, όπως και τα είδη των δραστηριοτήτων που αναλαμβάνονται για την δημόσια υγεία (ανάπτυξη υπηρεσιών, πολιτική, διάδοση πληροφοριών, προβολή θεμάτων στην κοινή γνώμη κλπ). Πιο κάτω δίδονται παραδείγματα παρεμβάσεων διάφορων ειδών που στοχεύουν σε παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την εκδήλωση ή διατήρηση των ψυχικών διαταραχών σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού.

Η ψυχοκοινωνική και γνωστική ανάπτυξη των βρεφών και των νηπίων εξαρτάται από την αλληλεπίδρασή με τους γονείς τους. Τα προγράμματα που αναβαθμίζουν την ποιότητα αυτών των σχέσεων μπορούν να βελτιώσουν την συναισθηματική, κοινωνική, γνωστική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών. Για παράδειγμα, το πρόγραμμα στις Η.Π.Α. "βήματα προς την αποτελεσματική και απολαυστική μητρότητα" (Steps Towards Effective Enjoyable Parenting, STEEP) απευθύνεται σε μητέρες με ένα παιδί και σε άλλους με γονεϊκά προβλήματα, ιδιαίτερα σε οικογένειες με χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο <sup>47</sup>. Υπήρξε μείωση του άγχους και της κατάθλιψης στις μητέρες και καλύτερη οργάνωση της οικογενειακής ζωής.

Το 2025 θα υπάρχουν 1,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο ηλικίας άνω των 60 ετών, εκ των οποίων σχεδόν τα τρία τέταρτα στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Εάν όμως, θέλουμε η γήρανση να έχει θετική επίδραση, θα πρέπει να συνοδεύεται από βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

---

<sup>47</sup> Farkas, M., Anthony, W.A (1989) Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into Practice. Baltimore, Johns Hopkins Univ. Press.

### Παρεμβάσεις που στοχεύουν σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα

Τα σχολεία έχουν αποφασιστικό ρόλο στην προετοιμασία των παιδιών για τη ζωή, αλλά πρέπει να ενθαρρύνουν περισσότερο την υγιή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξή τους. Η διδασκαλία δεξιοτήτων απαραίτητων στην ζωή, όπως της επίλυσης προβλημάτων, της κριτικής σκέψης, της επικοινωνίας, των διαπροσωπικών σχέσεων, της συναισθηματικής κατανόησης των άλλων, και μεθόδων ελέγχου του συναισθήματος θα δώσει τη δυνατότητα στα παιδιά να θεμελιώσουν την ψυχική τους υγεία.

Μία εκπαιδευτική πολιτική φιλική προς τα παιδιά, η οποία ενθαρρύνει την ανοχή και την ισότητα μεταξύ των φύλων, των εθνών, των εθνικών, θρησκευτικών και κοινωνικών ομάδων, προάγει ένα υγιές ψυχοκοινωνικό περιβάλλον. Προάγει την ενεργητική συμμετοχή και συνεργασία, αποφεύγει τη χρήση σωματικής τιμωρίας, και δεν ανέχεται την καταπίεση και τον εκφοβισμό βοηθάει στην δημιουργία δεσμών μεταξύ της σχολικής και οικογενειακής ζωής, ενθαρρύνει την δημιουργικότητα και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και προάγει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση των παιδιών.

### **3.2. ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ**

Το κύριο εμπόδιο που πρέπει να υπερπηδηθεί στην κοινότητα είναι το στίγμα και οι συνακόλουθες διακρίσεις εναντίον των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Η αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων απαιτεί μια πολύ επίπεδη προσέγγιση, όπου εμπλέκεται η εκπαίδευση όλων των εργαζομένων στην υγεία, το κλείσιμο ψυχιατρικών ιδρυμάτων που συντηρούν ή ενδυναμώνουν το στίγμα, η πρόσφορα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο, και η εφαρμογή νομοθεσίας που προστατεύει τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, η επιτροπή των Δικαιωμάτων των Ασθενών. Η μάχη κατά του στίγματος απαιτεί επίσης εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης, σχετικά με την φύση, την έκταση και τα επακόλουθα των

ψυχικών διαταραχών, ώστε να διαλυθούν οι σχετικοί μύθοι και να ενθαρρυνθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές<sup>48</sup>.

### 3.3 ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση : «Ειδικότερα για τη σχιζοφρένεια, έχετε δει, έχετε ακούσει, ή διαβάσει κάτι σχετικό τους τελευταίους έξι μήνες και, αν ναι πού;» (Ερώτηση 4 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 3.1: Τρόποι ενημέρωσης

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	336	38,6
ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ	23	2,6
ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ	90	10,3
ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ	104	12,0
ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΣΕ Μ.Μ.Ε.	10	1,1
ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΣΕ ΔΙΑΜΟΡΦΩΜΕΝΟ ΧΩΡΟ	8	,9
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΚΟΥΣΕΙ ΚΑΤΙ	296	34,0
ΑΛΛΟΙ ΤΡΟΠΟΙ	94	11,5

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας δεδομένων των ατόμων του δείγματος

<sup>48</sup> κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ , διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ»

## ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ



Γράφημα 3.1

Ο πιο κοινός τρόπος ενημέρωσης του δείγματος είναι η τηλεόραση με ποσοστό 38,6%. Το γεγονός αυτό, είναι απόλυτα συνυφασμένο με την πραγματικότητα αφού η πλειοψηφία του δείγματος (78,2%) παρακολουθεί τηλεόραση έως και είκοσι πέντε ώρες σε εβδομαδιαία βάση. Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος είναι γένους θηλυκού. Από την έρευνα προκύπτει ότι οι γυναίκες είναι πιο ενημερωμένες σε θέματα ψυχικής υγείας. Ο κ. Βρέντας εξήγησε το γεγονός αυτό υποστηρίζοντας ότι οι γυναίκες ως μητέρες είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες σε θέματα που αφορούν την υγεία γενικότερα, συνεπώς και την ψυχική υγεία.

Ο οποιοσδήποτε είναι σε θέση να ενημερωθεί για θέματα ψυχικής υγείας με αρκετούς τρόπους και μέσα. Όπως προείπαμε, η τηλεόραση έχει την πρωτοκαθεδρία στην ενημέρωση της ελληνικής κοινωνίας. Όμως και τα υπόλοιπα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το ραδιόφωνο (2,6% του δείγματος), οι εφημερίδες (10,3% του δείγματος), και περιοδικά (12% του δείγματος) παίζουν καθοριστικό ρόλο.



Ως γνωστό η διαφήμιση είναι αναπόσπαστο κομμάτι στη καθημερινότητά μας. Διαφημίσεις μπορούμε να ακούσουμε ή και να δούμε σε μέσα μαζικής ενημέρωσης (1,1% του δείγματος) καθώς και σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους (0,9% του δείγματος), για παράδειγμα σε ειδικά διαμορφωμένα περίπτερα εκθέσεων ή σε μέσα μαζικής μεταφοράς και γενικά σε πολυσύχναστους χώρους. Επιπλέον το διαδίκτυο είναι ένα ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας και πρόσβασης σε πληροφορίες για την ψυχική υγεία, όπου θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί προς όφελος αυτής. Επίσης, φιλοξενεί ομάδες αυτοβοήθειας και συζήτησης παρέχοντας κλινική φροντίδα.

Εντύπωση κάνει το γεγονός ότι το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (34%) δεν έχει ακούσει κάτι. Από αυτό προκύπτει ή ότι υπάρχει αδιαφορία σε θέματα ψυχικής υγείας και ειδικότερα της σχιζοφρένειας, ή ότι η ενημέρωση είναι ελλιπής. Πρέπει να δοθεί βάση στην ενημέρωση από διαφημίσεις σε Μ.Μ.Ε.,-μίας και το 1,1% των ατόμων του δείγματος ενημερώθηκε με αυτόν τον τρόπο-και σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους 0,9% των ατόμων. προκύπτει λοιπόν, πως οι εκστρατείες ενημέρωσης για τις ψυχικές ασθένειες έχουν ελάχιστη έως μηδαμινή επιρροή στα άτομα του δείγματος. Το 9,7% των ατόμων έχουν ενημερωθεί για την σχιζοφρένεια με άλλους τρόπους (Πανεπιστήμιο, βιβλίο, οικείο περιβάλλον, κ.α.).

Συμπερασματικά, τα άτομα του δείγματος αν έχουν τύχει κάποιας ενημέρωσης, αυτή προέρχεται κυρίως από τη τηλεόραση. Επίσης στην Ελλάδα, λόγω της μη ειδίκευσης των δημοσιογράφων η ενημέρωση έγκειται στα λανθασμένα στερεότυπα που προβάλλουν. Οπότε η ενημέρωση είναι λανθασμένη<sup>49</sup>. Όποτε θα έπρεπε να αναπτυχθεί μια πολιτική σωστής ενημέρωσης με απώτερο σκοπό την μείωση του κοινωνικού στιγματισμού για άτομα με ψυχολογικά προβλήματα, μίας και η κύρια αιτία εμφάνισης του είναι ο φόβος που προέρχεται από την ελλιπή ενημέρωση.

---

<sup>49</sup> κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ , διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ»

### 3.4. Κύριο μέσο ενημέρωσης, η τηλεόραση

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: « Κατά μέσο όρο πόσες ώρες την εβδομάδα παρακολουθείτε τηλεόραση;» (ερώτηση 32 ερωτηματολογίου) απάντησαν:

Πίνακας 3.2.: Παρακολούθηση τηλεόρασης

ΩΡΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>0-25</b>	506	78,2%
<b>25-50</b>	145	17,7%
<b>50-75</b>	10	1,3%
<b>75-100</b>	11	1,4%
<b>Δεν απάντησαν</b>	143	17,4%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	816	100

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Είναι γενικά αποδεκτό ότι στη σημερινή κοινωνία υπάρχει λιγιστός ελεύθερος χρόνος. Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (78,2%) παρακολουθεί τηλεόραση από 0-25 ώρες εβδομαδιαίως. Ο άνθρωπος παύει να είναι πλέον ένα κοινωνικό ον, μιας και στον ελάχιστο χρόνο του προτιμά να παρακολουθεί τηλεόραση και να απομονώνεται ενώ ταυτόχρονα κλείνεται στον εαυτό του, χωρίς να δείχνει ενδιαφέρον για κοινωνικά ζητήματα. Σε αυτό συμβάλλει και το ευρύτερο πρόβλημα κοινωνικών αξιών, το οποίο αντικατοπτρίζεται και στα προγράμματα τηλεοπτικών εκπομπών, με αποτέλεσμα να δημιουργεί ανασφάλεια και να αντιμετωπίζει με χλευασμό την ψυχική υγεία. Επακόλουθο αυτού είναι η συναισθηματική καθοδήγηση όσων παρακολουθούν, σε οίκτο για τους ψυχικά ασθενείς<sup>50</sup> για την αντιμετώπιση του στίγματος χρειάζεται ευαισθητοποίηση, για την αναζήτηση της αλήθειας και όχι εκδήλωση φιλανθρωπίας.

<sup>50</sup> κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ , διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ»

### 3.5. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε

Οι διάφορες μορφές των Μ.Μ.Ε είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ώστε να καλλιεργηθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές της κοινότητας έναντι των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Είναι δυνατόν να αναληφθεί δράση ώστε να ελεγχθεί ή να προληφθεί η χρήση εικόνων, μηνυμάτων, ή ιστοριών στα μέσα, που δυνητικά θα είχαν αρνητικές επιπτώσεις στους πάσχοντες από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Τα μέσα μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για την πληροφόρηση του κοινού, για να προκαλέσουν αλλαγή συμπεριφοράς και στάσης των ατόμων, να προπαγανδίσουν υπέρ της αλλαγής κοινωνικών, δομικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Η διαφήμιση, αν και δαπανηρή, είναι χρήσιμη για την ευαισθητοποίηση και εξουδετέρωση των προλήψεων. Η δημοσιότητα είναι ένας σχετικά φθηνός τρόπος δημιουργίας ειδήσεων που προσελκύουν την προσοχή του κοινού και μορφοποιεί ένα πρόβλημα στην κοινή συνείδηση και οδηγεί σε στήριξη σχετικών πρωτοβουλιών. Η παρεμβολή θεμάτων για την υγεία και κοινωνικών μηνυμάτων στα Ψυχαγωγικά μέσα βοηθάει στην αλλαγή στάσεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών.

Παραδείγματα εκστρατειών στα Μ.Μ.Ε ενάντια στο στίγμα είναι το «Changing minds – every family in the land» από το Royal College of Psychiatrists στο Ηνωμένο Βασίλειο και το « Open the doors «της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας .

«Το 1999 ξεκίνησε προσπάθεια στην Ελλάδα διαρκών συναντήσεων με την Γενική Γραμματεία. Ωστόσο, επικρατεί λογική που κινεί τα συμφέροντα. Όσον αφορά την ενημέρωση υπάρχει διαρκής πάλη στα ίδια θέματα διότι μετά από τρεις μήνες χάνεται το ενδιαφέρον του Έλληνα. Έγιναν προσπάθειες μέσω της εκκλησίας και των δημοσιογράφων, χωρίς επιτυχία. Πολύ καλή λύση είναι οι διαζώσεις με συμμάχους για την εξάπλωση της ενημέρωσης. Οι σύμμαχοι σήμερα είναι οι νέοι.», αναφέρει ο κ. Γιαννουλάτος.

Το διαδίκτυο είναι ένα ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας και πρόσβασης σε πληροφορίες για την Ψυχική υγεία. Χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως μέσο πληροφόρησης και εκπαίδευσης σε θέματα Ψυχικής υγείας ασθενών,

φοιτητών, εργαζομένων στο Χώρο της υγείας, ομάδων καταναλωτών, μη κυβερνητικών οργανώσεων και του πληθυσμού γενικά. Επίσης φιλοξενεί ομάδες αυτοβοήθειας και συζήτησης και παρέχει κλινική φροντίδα. Με το Διαδίκτυο ως πηγή πληροφόρησης η κοινότητα θα είναι πιο ενημερωμένη και κατά συνέπεια, θα έχει μεγαλύτερες προσδοκίες από τις υπηρεσίες όσον αφορά την προσφερόμενη θεραπεία και φροντίδα. Η αρνητική πλευρά είναι ότι πρέπει να αναλύσει και να κατανοήσει κανείς έναν τεράστιο όγκο δημοσιευμάτων, η ακρίβεια των οποίων κυμαίνεται ευρύτατα. Οι χρήστες του Διαδικτύου όλο και περισσότερο θα προσδοκούν να έχουν εύκολη πρόσβαση σε θεραπείες και συμβουλές από ειδικούς στην υγεία, που θα αρχίζουν από απλές ερωτήσεις, έως πιο περίπλοκες συμβουλευτικές συνεδρίες με βίντεο ή τηλεϊατρική.

Είναι μεγάλη πρόκληση να χρησιμοποιηθεί αυτή η τεχνολογία προς όφελος της Ψυχικής υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες.

### **3.6. ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΠΡΟΦΙΛ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΑΠΟ Μ.Μ.Ε.**

Στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, είχαμε ζητήσει από τα άτομα του δείγματος να μας περιγράψουν τα χαρακτηριστικά- προφίλ των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Μας τους παρουσίασαν ως άτομα που δίνουν μια αρνητική εικόνα. Για παράδειγμα, ότι οι σχιζοφρενείς λένε ανοησίες (14,1% των ατόμων του δείγματος), οι σχιζοφρενείς είναι απρόβλεπτοι (83,8% των ατόμων του δείγματος), είναι διανοητικά καθυστερημένα ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη (το 30,3% των ατόμων του δείγματος) και επίσης ότι συχνά ή πάντα οι σχιζοφρενείς έχουν διχασμένη προσωπικότητα (το 41,4% και το 30% των ατόμων του δείγματος).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που τους προσδίδουν είναι ότι οι σχιζοφρενείς δεν μπορούν να πάρουν λογικές αποφάσεις σχετικά με τη ζωή τους (63% των ατόμων του δείγματος). Για το λόγο αυτό, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με σχιζοφρένεια, αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους. Το γεγονός ότι αυτοκτονούν, σημαίνει ότι βρίσκονται σε

ψυχολογικό αδιέξοδο, συνεπώς δεν είναι σε θέση να πάρουν λογικές αποφάσεις. Επίσης, ότι οι σχιζοφρενείς ακούν συχνά φωνές (το 40,8% των ατόμων του δείγματος), μιλάνε μόνοι τους (το 57,5% των ατόμων του δείγματος) και προκαλούν δημόσια ενόχληση (το 40,3% των ατόμων του δείγματος).

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με σχιζοφρένεια, που σας αναφέραμε από το προηγούμενο κεφάλαιο, διαμορφώνονται από τα Μ.Μ.Ε., κατά ένα βαθμό, ως διαμορφωτές κοινής γνώμης. Τα άτομα του δείγματος βλέποντας/ ακούγοντας ειδήσεις ή διαβάζοντας στις εφημερίδες κάτι σχετικό με ανθρώπους που υποφέρουν από σχιζοφρένεια, δημιουργούν μια αρνητική εικόνα.

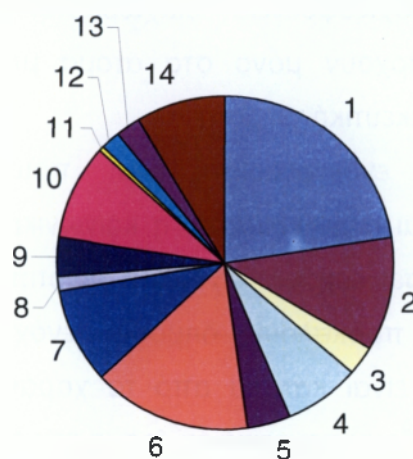
Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση : « Τους τελευταίους έξι μήνες είδατε / ακούσατε στις ειδήσεις ή διαβάσατε στις εφημερίδες κάτι σχετικό με ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια; Αν ναι, θα μπορούσατε να μας πείτε πώς περιγράφουν αυτούς τους ανθρώπους;» (ερώτηση 5 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 3.2.:Περιγραφή ψυχικά ασθενών από τα μέσα ενημέρωσης

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>1</b>	<b>409</b>	<b>22,4</b>
<b>2</b>	<b>205</b>	<b>11,2</b>
<b>3</b>	<b>49</b>	<b>2,7</b>
<b>4</b>	<b>131</b>	<b>7,2</b>
<b>5</b>	<b>80</b>	<b>4,4</b>
<b>6</b>	<b>278</b>	<b>15,2</b>
<b>7</b>	<b>164</b>	<b>9,0</b>
<b>8</b>	<b>25</b>	<b>1,4</b>
<b>9</b>	<b>72</b>	<b>3,9</b>
<b>10</b>	<b>169</b>	<b>9,3</b>
<b>11</b>	<b>11</b>	<b>,6</b>
<b>12</b>	<b>35</b>	<b>1,9</b>
<b>13</b>	<b>39</b>	<b>2,1</b>
<b>14</b>	<b>158</b>	<b>8,7</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>1825</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

## ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ



Γράφημα 3.2

- 1: Να έχουν βίαιη ή επικίνδυνη, ή επιθετική συμπεριφορά στους άλλους ανθρώπους
- 2: Να διαπράττουν ένα έγκλημα
- 3: Να είναι άστεγοι
- 4: Να προκαλούν δημόσια ενόχληση
- 5: Να έχουν ατημέλητη/ βρώμικη εμφάνιση
- 6: Να υποφέρουν από διάφορα συμπτώματα, όπως να ακούνε φωνές ή να μιλάνε μόνοι τους
- 7: Να έχουν αυτοκτονικές τάσεις
- 8: Να είναι θύματα εγκληματικής ενέργειας
- 9: Να υποφέρουν από κάποια σοβαρή ασθένεια (η οποία απαιτεί θεραπεία)
- 10: Να έχουν την ανάγκη μιας καλύτερης θεραπείας ή μιας καλύτερης υποστήριξης
- 11: Να συμμετέχουν σε μια έρευνα
- 12: Να παρουσιάζονται με κάποια άλλη θετική εικόνα
- 13: Να παρουσιάζονται με κάποια άλλη αρνητική εικόνα
- 14: Δεν διάβασα ,δεν άκουσα κάτι σχετικό

Η εικόνα ενός ψυχικά ασθενούς που δίδεται προς τα έξω από τα μέσα ενημέρωσης, κυρίως από την τηλεόραση, ή και τις εφημερίδες δεν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η πλέον ενημερωμένη, αφού στο μυαλό των ατόμων του δείγματος επικρατεί σύγχυση μη έχοντας σαφή εικόνα για τον σχιζοφρενή. Το ένα πέμπτο των ατόμων του δείγματος (22,4%), για αυτό το λόγο, περιγράφουν τους ψυχικά ασθενείς ως άτομα με βίαιη συμπεριφορά

προς στους άλλους ή ως άτομα που υποφέρουν από διάφορα συμπτώματα, όπως το να ακούνε φωνές ή να μιλάνε μόνοι τους. Η αλήθεια έγκειται στο γεγονός ότι η σχιζοφρένεια διαχωρίζεται σε επίπεδα. Τα παραπάνω συμπτώματα υπάρχουν μόνο στα άτομα με χρόνια σχιζοφρένεια και δεν λαμβάνουν φαρμακευτική θεραπεία.

Η έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλιών στις καθημερινές δραστηριότητες και στην εργασία, η κοινωνική ανεπάρκεια και η ανικανότητα εμπλοκής τους σε ευχάριστες δραστηριότητες της ζωής, το γεγονός ότι πιστεύουν πως προκαλούν δημόσια ενόχληση, πως έχουν διχασμένη προσωπικότητα είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά που προβάλλουν τα Μ.Μ.Ε και επηρεάζουν αρνητικά τα άτομα του δείγματος.

Αυτό που θα πρέπει όμως, σίγουρα να τονιστεί είναι ότι η ψυχική ασθένεια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό και από την κλινική εμπειρία ότι ακόμα και ένα σοβαρά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε έναν τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους. Εξάλλου οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν κάθε αποκαταστασιακό χειρισμό είναι η προαγωγή της αυτονομίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Παρόλα αυτά οι σχιζοφρενείς, εξαιτίας των αρνητικών στερεοτύπων που δημιουργούνται αντιμετωπίζονται ως απειλή για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μια ευρεία κλίμακα στρατηγικών είναι διαθέσιμη για την βελτίωση της ψυχικής υγείας και την πρόληψη διαταραχών. Το πιο κατάλληλο σημείο για να ξεκινήσει κανείς την προαγωγή της ψυχικής υγείας εξαρτάται από τις ανάγκες και από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον.

Το κύριο όμως εμπόδιο, που θα πρέπει να υπερπηδηθεί στην κοινότητα είναι το κοινωνικό στίγμα και οι συνακόλουθες επιπτώσεις του σε κοινωνικό επίπεδο αλλά και στις διακρίσεις εναντίον των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Η μάχη κατά του στίγματος απαιτεί εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης σχετικά με τη φύση, την έκταση και τα επακόλουθα των ψυχικών διαταραχών, ώστε να διαλυθούν οι σχετικοί μύθοι και να ενθαρρυνθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές, μιας και τα Μ.Μ.Ε είναι οι κύριοι διαμορφωτές κοινής γνώμης. Το σημαντικότερο ρόλο κατέχει η τηλεόραση η οποία μέσα από την δύναμη της εικόνας, διαστρεβλώνει το προφίλ των ψυχικά ασθενών και ιδίως των σχιζοφρενών.

Η πολιτεία από την μεριά της θα μπορούσε σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να αναλάβει να ενημερώσει την ελληνική κοινωνία για θέματα ψυχικής υγείας, κυρίως μέσω τηλεοπτικών εκπομπών μιας και η τηλεόραση είναι το δημοφιλέστερο μέσο ενημέρωσης των ατόμων του δείγματος.

Η διαφήμιση – αν και δαπανηρή – είναι χρήσιμη για την ευαισθητοποίηση και εξουδετέρωση των προλήψεων. Τα Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα μπορούσε να δημιουργήσει διαφημιστικά μηνύματα μικρής χρονικής διάρκειας –spot- για την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Οι γυναίκες είναι πιο ενημερωμένες σε θέματα ψυχικής υγείας επειδή ως μητέρες είναι πιο ευαισθητοποιημένες σε θέματα που αφορούν την υγεία (όπως διαπιστώσαμε στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας). Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και να γίνεται μια πιο έγκυρη και πιο πλήρης ενημέρωση από τις αποκαλούμενες «γυναικείες εκπομπές», που παρακολουθεί



ένα μεγάλο μέρος των γυναικών, ώστε η γνώση τους να είναι σωστή και όχι βασισμένη σε αρνητικά στερεότυπα.

Στη μείωση του κοινωνικού στιγματισμού θα μπορούσε να συμβάλει δραστικά και το Ελληνικό Ραδιοτηλεοπτικό Συμβούλιο, όπως δείχνει βρετανική εμπειρία. Το Βρετανικό Ραδιοτηλεοπτικό Συμβούλιο, θέσπισε την απαγόρευση χρήσης λέξεων ή φράσεων που αυξάνουν το στίγμα, στα δελτία ειδήσεων, στις διάφορες ραδιοτηλεοπτικές εκπομπές αλλά και στην προβολή των ψυχαγωγικών προγραμμάτων. Τέτοιες λέξεις ή φράσεις είναι: τρελός, τρέλα, ο σχιζοφρενής δολοφόνος, παρανοϊκός κα. Με τη λειτουργία αυτού του μέτρου παρατηρήθηκε μια σημαντική μείωση του στίγματος. Κάτι ανάλογο θα μπορούσε να γίνει και στην Ελλάδα. Θα μπορούσε να προληφθεί η χρήση εικόνων ή μηνυμάτων που θα επηρέαζαν αρνητικά την κοινή γνώμη για τα άτομα που νοσούν. Συνεπώς, οι διάφορες μορφές των Μ.Μ.Ε μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να καλλιεργηθούν θετικότερες στάσεις της κοινότητας έναντι των πασχόντων.

Το διαδίκτυο, ακόμα, θα μπορούσε να θεωρηθεί ένα ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας και πρόσβασης σε πληροφορίες για την ψυχική υγεία, όπου θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί προς όφελος αυτής. Το διαδίκτυο χρησιμοποιείται κυρίως από άτομα νεαρής ηλικίας και ίσως είναι ο καλύτερος τρόπος για να προσεγγιστεί και να ευαισθητοποιηθεί η νεολαία.

## Κεφαλαίο 4:

# ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ

# ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

## 4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

Οποιοσδήποτε διαφοροποιείται κοινωνικά θεωρείται ότι παραβιάζει τα κυρίαρχα "ιδεατά" κοινωνικά πρότυπα περί ταυτότητας, η οποία προσδιορίζεται από "εσωτερικά" ή "εξωτερικά" χαρακτηριστικά, και δεν καλύπτει τις προσδοκίες της πλειοψηφίας ως προς τα γνωρίσματα που θα έπρεπε να κατέχει. Η διαδικασία στιγματισμού ενισχύεται απέναντι σε εκείνους που "δεν συμμορφώνονται" με τις βασικές επιταγές της κυρίαρχης ομάδας κυρίως σε θέματα "ηθικής". Με την υιοθέτηση μιας θεωρίας η κυρίαρχη ομάδα ανάγει μια άλλη μικρότερη με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε αποδιοπομπαίο τράγο, προκειμένου να διατηρήσει τη συνοχή της.

Το στίγμα ορίζεται ως ένδειξη ντροπής ή αποδοκιμασίας, του οποίου τα αποτελέσματα έχουν, ιδιαίτερα, αναπτυχθεί και επικριθεί από τους άλλους. Ο κοινωνικός στιγματισμός είναι δυνατός σε όλους τους τύπους της πνευματικής ασθένειας αλλά γενικά αυξάνει περισσότερο μια ιδιαίτερη συμπεριφορά που διαφέρει από την φυσιολογική. Ο κ. Γιαννουλάτος δίνει το δικό του ορισμό για το στίγμα: «Στίγμα είναι η προκατάληψη δηλ. η έλλειψη ισχυρού συναισθηματικού προτύπου στην οικογένεια, το οποίο είναι υπεύθυνο για την δημιουργία του. Η οικογένεια είναι το πιο ισχυρό συναισθηματικό πρότυπο, ιδιαίτερα ο ρόλος της μητέρας. Η λύση για την μείωση του στίγματος είναι η γνώση που διαμορφώνει την ορθή συμπεριφορά.

Πηγές στίγματος θεωρούνται<sup>51</sup>:

α) η οικογένεια , β) οι δημοσιογράφοι, γ) οι ίδιοι οι ασθενείς .Η οικογένεια μεταδίδει τα ήδη υπάρχοντα στερεότυπα στα παιδιά. Οι δημοσιογράφοι λόγω των συμφερόντων και της μη ειδίκευσης δημιουργούν αρνητική και λανθασμένη εικόνα για τους ψυχικά ασθενείς. Οι ψυχικά ασθενείς λόγω συμπλέγματος κατωτερότητας είναι πάντα δυστυχείς, φορείς για μια ζωή. Μεγάλο ρόλο παίζει το υπόβαθρο κάθε χώρας-ύπαρξη στερεοτύπων παντού αλλά κυρίως στην Ελλάδα. Ο Έλληνας δεν αποδέχεται τη γνώση αν δεν είναι δικιά του π.χ. στην Αγγλία δημιουργήθηκαν κώδικες με παραμέτρους δηλ. ομαδοποίηση του πληθυσμού για την σωστότερη προαγωγή της ενημέρωσης.

<sup>51</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004, σελ 137-138.

Η υποκρισία είναι αποτέλεσμα της άγνοιας. Πρέπει η γνώση να είναι λειτουργική για τις συνθήκες ανατροπής του στίγματος. Η διαμόρφωση της είναι αρκετά δύσκολη και χρονοβόρα. Υπάρχει πρόβλημα αξιών. Οτιδήποτε που δεν είναι τέλειο ,δεν είναι δεκτό. Σοβαρός αντίπαλος θεωρείται η εικόνα της αντίληψης και του καταναλωτισμού.».

## **4.2 ΥΠΑΡΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Οι ψυχικές διαταραχές είναι βαθιά ριζωμένες στο κοινωνικό περιβάλλον του ανθρώπου. Μία ποικιλία κοινωνικών παραγόντων επηρεάζουν την έναρξη, την πορεία και την έκβαση των διαταραχών αυτών.

Στους ανθρώπους συμβαίνει μία σειρά από γεγονότα στη ζωή τους - τόσο σημαντικά, όσο και λιγότερο καθοριστικά. Αυτά πιθανόν να είναι επιθυμητά (όπως μία προαγωγή στη δουλειά) ή αρνητικά (για παράδειγμα, μία απώλεια αγαπημένου προσώπου ή μία επαγγελματική αποτυχία). Έχει παρατηρηθεί ότι πριν την εκδήλωση μερικών ψυχικών διαταραχών υπάρχει μία συσσώρευση αρνητικών γεγονότων ζωής<sup>52</sup>. Αν και τα αρνητικά γεγονότα κυριαρχούν πριν την εκδήλωση ή την επανεμφάνιση, κυρίως των καταθλιπτικών διαταραχών, όλων των ειδών τα γεγονότα (αρνητικά και θετικά) συχνά προηγούνται της έναρξης άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι μελέτες δείχνουν ότι όλα τα σημαντικά γεγονότα στη ζωή λειτουργούν ως στρεσογόνοι παράγοντες και, «όταν το ένα έρχεται πάνω στο άλλο», προδιαθέτουν το άτομο σε ψυχικές διαταραχές. Αυτή η επίπτωση δεν περιορίζεται στις ψυχικές διαταραχές, διότι έχει επίσης δειχθεί ότι είναι συνδεδεμένη με σωματικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η σημασία της έρευνας σε σχέση με τα γεγονότα ζωής, έγκειται κυρίως στην επισήμανση ατόμων που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο, επειδή δοκιμάζονται από σημαντικά γεγονότα σε πυκνή διαδοχή (για παράδειγμα, απώλεια εργασίας, απώλεια συζύγου, και αλλαγή τόπου κατοικίας). Αρχικά, αυτή η

---

<sup>52</sup> Brown, G.W., Birley, J.L.T. (1968) Crises and life changes and the onset of schizophrenia. J. Health Social Behavior, 9: 203-214

επίπτωση παρατηρήθηκε στην κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια, αλλά αργότερα βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των γεγονότων ζωής και σε μία ποικιλία άλλων ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών και καταστάσεων. Ανάμεσα σε αυτές ξεχωρίζει η αυτοκτονία.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Σε ποιο βαθμό επηρεάζει τη ζωή σας η σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 10, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας:4.1 Σχιζοφρένεια και Βαθμός επιρροής σε προσωπικό επίπεδο

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>ΚΑΘΟΛΟΥ</b>	<b>261</b>	<b>32,0</b>
<b>ΛΙΓΟ</b>	<b>222</b>	<b>27,2</b>
<b>ΑΡΚΕΤΑ</b>	<b>279</b>	<b>34,2</b>
<b>ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ</b>	<b>49</b>	<b>6,0</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>812</b>	<b>99,5</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>5</b>	<b>0,6</b>

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 4.1.

Το ένα τρίτο περίπου των ατόμων του δείγματος (34,2%) επηρεάζονται από την συχνή επαφή με άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια ενώ σχεδόν άλλο ένα τρίτο των ατόμων δεν επηρεάζονται καθόλου (32%). Αυτό θα

μπορούσαμε να το ερμηνεύσουμε πως ακόμα επικρατεί σύγχυση όσο αναφορά την αντιμετώπιση ενός ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια και πως δεν υπάρχει μια πλήρης και σωστή ενημέρωση των ατόμων του δείγματος αλλά η όποια γνώση βασίζεται σε αρνητικά στερεότυπα. Το άμεσο επακόλουθο λοιπόν είναι η ύπαρξη κοινωνικού στιγματισμού.

Στη συνέχεια παρατίθενται αποτελέσματα της έρευνας, που σκοπό έχουν να αναδείξουν τις αντιδράσεις και τη γενικότερη αρνητική στάση των ατόμων του δείγματος απέναντι σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, δηλαδή το στίγμα. Το κοινωνικό στίγμα λοιπόν φαίνεται από :

- Φόβος για συνομιλία με σχιζοφρενή

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,1 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.2 : Συνομιλία με σχιζοφρενή

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	94	11,5
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	210	25,7
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	293	35,9
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	208	25,5
ΔΓ	8	1,0
Σύνολο	814	99,8
Δεν απάντησαν	3	0,3
Σύνολο	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Το λιγότερο από τα μισά άτομα του δείγματος (37,2%) απάντησε προς την κατεύθυνση του «ΝΑΙ», δηλαδή ότι θα φοβόταν και ότι τελικά δεν θα έπιαναν κουβέντα με σχιζοφρενή. Περισσότερα από τα μισά άτομα (61,4%) προς την κατεύθυνση του «ΟΧΙ», δηλαδή ότι δεν θα φοβόταν να συνομιλήσει με έναν σχιζοφρενή.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν επηρεαστεί και έως ένα βαθμό από την πολιτική του να απαντάνε τα άτομα έτσι όπως θα ήταν επιθυμητό αλλά και κοινωνικά σωστό και παραδεκτό. Γενικά όμως, φαίνεται η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς – μια κοινωνία με έντονο τον στιγματισμό προς τους πάσχοντες. Επίσης, το ζήτημα είναι η γνώση που έχει ο κόσμος για τόσο σοβαρά θέματα που μπορούν να χαρακτηρισθούν ως κοινωνικά. Δεν θα έπρεπε οι περισσότεροι που απάντησαν αρνητικά να γνωρίζουν ότι οι σχιζοφρενείς που ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή, δεν είναι επικίνδυνοι; Τονίζουμε την επικινδυνότητα, γιατί αυτή, πιστεύουμε, ότι είναι η αιτία που οι ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά. Με βάση τις συζητήσεις μας με ειδικούς της Ψυχικής Υγείας, η απάντηση είναι ότι θα έπρεπε να το γνωρίζουν σε μία κοινωνία του 21ου αιώνα. Άρα η γνώση, και σε αυτό το σημείο, θα έπρεπε να αναδειχθεί ως κυρίαρχο στοιχείο, κάτι που δεν διαφαίνεται να συμβαίνει αφού δεν υπάρχει κατάλληλη εξειδίκευση στον τομέα της ψυχικής υγείας από τα Μ.Μ.Ε. (κυρίαρχα μέσα γνώσης), όπως μας ανέφερε ο κ. Γιαννουλάτος.

- *Ενόχληση στη συνεργασία με σχιζοφρενή*

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Θα σας αναστάτωνα, ή θα σας ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον που πάσχει από σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,2, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.3 : Ενόχληση συνεργασίας με σχιζοφρενή

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	132	16,2
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	267	32,7
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	265	32,5
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	130	15,9
ΔΓ	15	1,8
Σύνολο	814	99,8
Δεν απάντησαν	7	0,8
Σύνολο	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Οι απαντήσεις των ατόμων του δείγματος δίστανται. Σχεδόν τα μισά άτομα (48,9%) ενοχλούνται να παρευρίσκεται στον ίδιο εργασιακό χώρο με ένα σχιζοφρενή (κατεύθυνση του «ΝΑΙ»), σε αντίθεση με τα υπόλοιπα σχεδόν μισά (48,4%) δεν ενοχλείται (κατεύθυνση του «ΟΧΙ»).

Μια σημαντική παρατήρηση είναι ότι τα άτομα που απάντησαν είναι περίπου τα ίδια, διαφέρουν μόνο κατά 0,5 ποσοστιαίες μονάδες. Μέσα από τα συγκεκριμένα αποτελέσματα θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχει μια σύγχυση στους ερωτηθέντες. Αυτή η σύγχυση βαρύνεται ύστερα από μια απλή συσχέτιση με την προηγούμενη ερώτηση: «Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,1 ερωτηματολογίου), αφού πολλοί που είχαν αρνητική στάση στο να μιλήσουν σε κάποιον σχιζοφρενή, τώρα δεν θα είχαν πρόβλημα να βρίσκονται στον ίδιο χώρο εργασίας, με συνέπεια την μικρή διαφορά απαντήσεων. Αναλύοντας το ακριβές ποσοτικό αποτέλεσμα, καταλαβαίνουμε ότι το πρόβλημα της γνώσης κυριαρχεί και εδώ, αφού οι μισοί απαντούν ότι θα ενοχλούνταν αν παρευρίσκονταν στον ίδιο χώρο εργασίας με έναν σχιζοφρενή.

- *Φόβος στη διατήρηση φιλίας σχιζοφρενή*

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μια φιλία με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνιζε σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,3 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.4. : Φιλία με σχιζοφρενή

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	201	24,6
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	287	35,1
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	187	22,9
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	89	10,9
ΔΓ	42	5,1
Σύνολο	814	99,8
Δεν απάντησαν	10	1,2
Σύνολο	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (59,7%) δεν θα είχε πρόβλημα να διατηρήσει φιλία με κάποιον που πάσχει από σχιζοφρένεια. Το ένα τρίτο των ατόμων θα είχε πρόβλημα.

Οι απαντήσεις στην συγκεκριμένη ερώτηση είναι σαφώς ενθαρρυντικές, καθώς εισάγεται και η παράμετρος του συναισθήματος (αφού προϋπήρχε η φιλία πριν την εκδήλωση της ασθένειας). Συσχετίζοντας, με τα αποτελέσματα των δύο προηγούμενων ερωτήσεων, θα λέγαμε ότι δεν υπάρχει σημείο επαφής μεταξύ τους. Είναι λοιπόν αντιφατικό να λένε οι περισσότεροι ότι θα διατηρούσαν τη φιλία τους με έναν σχιζοφρενή, ενώ ταυτόχρονα θα ενοχλούνταν αν βρίσκονταν στον ίδιο εργασιακό χώρο. Η σύγχυση, ως αποτέλεσμα της άγνοιας είναι σαφέστατα εμφανής.

- *Ενόχληση στη συγκατοίκηση με σχιζοφρενή*

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Θα σας αναστάτωνε ή θα σας ενοχλούσε να μένατε με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,4 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.5 : Συγκατοίκηση με σχιζοφρενή

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	364	44,6
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	274	33,6
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	94	11,5
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	45	5,5
ΔΓ	23	2,8
Σύνολο	809	99,1
Δεν απάντησαν	16	2,0
Σύνολο	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (78,2%)θα της προκαλούσε ενόχληση, μία συγκατοίκηση με έναν σχιζοφρενή. Ίσως το αποτέλεσμα αυτό έχει διαμορφωθεί από τις μέχρι σήμερα λανθασμένες περιγραφές των σχιζοφρενών που παρουσιάζονται με διάφορες αρνητικές μορφές. Η γνώση θα μπορούσε και εδώ να είναι αντίδοτο της συγκεκριμένης απάντησης που ως βάση της έχει το φόβο.

- *Ντροπή για ένα οικογενειακό μέλος αν είναι σχιζοφρενής*

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σας έχει διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;»(Ερώτηση 15,5ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.6 : Σχέση σχιζοφρένειας – ντροπής

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ</b>	53	6,5
<b>ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ</b>	154	18,9
<b>ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ</b>	215	26,3
<b>ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ</b>	355	43,5
<b>ΔΓ</b>	27	3,3
<b>Σύνολο</b>	813	99,6
<b>Δεν απάντησαν</b>	13	1,6
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (69,8%) δεν θα ντρέπονταν αν ο κόσμος ήξερε πως στην οικογένεια τους είχε διαγνωστεί άτομο με σχιζοφρένεια. Αυτή η απάντηση, που χαρακτηρίζεται από προσδευτικότητα, δείχνει ότι τα άτομα συγκαταλέγουν τον σχιζοφρενή, στην ίδια κατηγορία με τους αρρώστους άλλων ασθενειών, όσον αφορά τη ρατσιστική στάση.

Θέλοντας να αναλύσουμε τις συγκεκριμένες απαντήσεις, μας έρχεται στο μυαλό ένα πραγματικό γεγονός που μας ανέφερε ο κ. Γιαννουλάτος, σύμφωνα με το οποίο η οικογένεια δεν αποδέχεται τους ασθενείς, αλλά προσπαθεί να εξαφανίσει – αν είναι δυνατόν – τους ψυχικά πάσχοντες, από φόβο και ενοχή για την κατακραυγή της κοινωνίας. Αυτό επαληθεύεται και από το γεγονός ότι ο

αριθμός των σχιζοφρενών που τυχάνουν αποδοχής από το οικογενειακό περιβάλλον (γονικό και συζυγικό) είναι πολύ μικρός.

- *Γάμος με σχιζοφρενή*

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον με σχιζοφρένεια;»(Ερώτηση 15,6 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.7 : Σχιζοφρένεια – γάμος

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	43	5,3
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	24	2,9
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	140	17,2
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	557	68,3
ΔΓ	40	4,9
Σύνολο	814	99,8
Δεν απάντησαν	12	1,4
Σύνολο	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (85,5%) δεν θα παντρευόταν άτομο με σχιζοφρένεια. Αυτό είναι ένα λογικό και αναμενόμενο, αφού το 61,4% δεν θα συνομιλούσε καν με σχιζοφρενή.

Από την άλλη, υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 8,2% το οποίο θα πρόβαινε σε γάμο με άτομο που πάσχει. Η δική μας εκτίμηση είναι ότι τα συγκεκριμένα άτομα ίσως απάντησαν πολιτικά ορθός αποκρύπτοντας το τι πραγματικά πιστεύουν, ή η δεύτερη εκδοχή έχει να κάνει με το γεγονός ότι το 8% - 10% του πληθυσμού πάσχει από σχιζοφρένεια<sup>53</sup> ή από κάποια άλλη ψυχική ασθένεια, οπότε είναι άτομα με κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα.

<sup>53</sup> κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ , διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ»

- *Ενόχληση στη συνταξίδευσή με σχιζοφρενείς σε Μέσα Μαζικής Μεταφοράς (Μ.Μ.Μ.)*

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Θα σας ενοχλούσε εάν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,7 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.8 : Σχιζοφρένεια – Μ.Μ.Μ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	59	7,2
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	161	19,7
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	285	34,9
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	288	35,3
ΔΓ	14	1,7
Σύνολο	813	99,6
Δεν απάντησαν	9	1,1
Σύνολο	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Τα περισσότερα άτομα του δείγματος (70,2%) δεν θα είχαν πρόβλημα να κάθονταν δίπλα με ένα σχιζοφρενή π.χ. στο λεωφορείο. Αυτή είναι μία λογική και κατανοητή στάση των ατόμων, μιας και δεν θα αναγκαζόταν να έχουν οποιαδήποτε προσωπική επαφή. Υποθέτουμε λοιπόν ότι απάντησαν προς αυτήν την κατεύθυνση για το λόγο ότι δεν θα μπορούσαν να «μολυνθούν» από τους πάσχοντες και ότι κανένας από το κοινωνικό περιβάλλον δεν θα μπορούσε να τους προσάψει την «κατηγορία» ότι ευθύνονται για το γεγονός, για να τους κάνει να νιώσουν ντροπή.

- *Δανεισμός προσωπικού αντικειμένου σε σχιζοφρενή*

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: « Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε άτομο που έχει σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,8 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.9 : Σχιζοφρένεια – δανεισμός προσωπικού αντικειμένου

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	249	30,5
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	281	34,4
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	155	19,0
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	83	10,2
ΔΓ	38	4,7
Σύνολο	814	99,8
Δεν απάντησαν	10	1,2
Σύνολο	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (64,9%) θα δάνειζε κάποιο προσωπικό του αντικείμενο σε σχιζοφρενή. Αυτό όμως είναι κάτι αντιφατικό γιατί από τη στιγμή που το 61,4% των ατόμων είχε πρόβλημα να συνομιλήσει με έναν σχιζοφρενή (ερωτ.15,1) και το 33,8% να διατηρήσει φιλία με σχιζοφρενή (ερωτ.15,3), ο δανεισμός προσωπικού αντικειμένου δεν υφίσταται. Συμπερασματικά, ο κόσμος ξέρει τι θα έπρεπε να γίνεται, μιας και απαντά πολιτικά ορθά. Το στίγμα όμως διαμορφώνει διαφορετική στάση και συμπεριφορά.

- *Ξεκίνημα φιλίας με σχιζοφρενή*

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: « Θα ξεκινούσατε φιλία με κάποιο άτομο που γνωρίζετε ότι έχει σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,9 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.10 : Σχιζοφρένεια – ξεκίνημα φιλίας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	87	10,7
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	188	23,0
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	313	38,4
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	166	20,3
ΔΓ	51	6,3
Σύνολο	811	99,4
Δεν απάντησαν	11	1,3
Σύνολο	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (58,7%) δεν θα ξεκινούσε φιλία με κάποιο σχιζοφρενή. Σε αντίθεση με το ένα τρίτο των ατόμων (33,7%) το οποίο θα ξεκινούσε. Όπως όμως προαναφέραμε, τα 61,4% άτομα δεν θα μιλούσε σε σχιζοφρενή (ερwt. 15.1), ενώ τα 33,8% άτομα δεν θα συνέχιζαν τη φιλία τους με κάποιο άτομο που θα εκδήλωνε στη πορεία σχιζοφρένεια. Έτσι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το 58,7% των ατόμων αντιφάσκει σύμφωνα με τις προαναφερόμενες ερωτήσεις.

- Κομμωτής/ κουρέας σχιζοφρενής

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Αν ένα άτομο με σχιζοφρένεια εργαζόταν σε κομμωτήριο / κουρείο, θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;» (Ερώτηση 15,10 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.11 : Σχιζοφρένεια – εμπιστοσύνη

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	52	6,4
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	92	11,3
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	192	23,5
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	439	53,8
ΔΓ	30	3,7
Σύνολο	811	99,4
Δεν απάντησαν	12	1,5
Σύνολο	816	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Σχεδόν η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος δεν θα εμπιστευόταν ένα σχιζοφρενή να το κουρέψει (77,3%). Αυτό θεωρείται δικαιολογημένο, αφού η κοινωνία πιστεύει ότι οι σχιζοφρενείς είναι άτομα με αυξημένο το βαθμό επικινδυνότητάς και ικανά για κάθε βιοπραγία. Πόσο μάλλον σε ένα κομμωτήριο/ κουρείο, όπου υπάρχουν αιχμηρά αντικείμενα (π.χ ψαλίδια) και απειλείται η σωματική τους ακεραιότητα. Από την άλλη πλευρά, ένα ποσοστό της τάξης του 17,7% υποστηρίζει ότι θα εμπιστευόταν έναν σχιζοφρενή να του κόψει τα μαλλιά. Για άλλη μια φορά διακρίνεται η υποκριτική στάση των ερωτηθέντων όπου προσπαθεί να κρύψει τον έντονο κοινωνικό στιγματισμό πίσω από «καθωσπρεπισμούς».

#### 4.3.1. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τον αυξημένο βαθμό επικινδυνότητας των ψυχικών πασχόντων υποστηρίζει η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (38,7%). Σε αυτό συμβάλλει η άγνοια των ατόμων που προκαλεί το φόβο, όπως διαπιστώσαμε στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Σύμφωνα με τον κ. Γιαννουλάτο, οι ψυχικά ασθενείς, από τη στιγμή που ακολουθούν ιατροφαρμακευτική θεραπεία είναι λιγότερο επικίνδυνοι, έως και καθόλου, από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Ένας συνηθισμένος ψυχικά άρρωστος είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνος από κάποιον που δεν

πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;» (Ερώτηση 26 ερωτηματολογίου), απάντησαν :

Πίνακας 4.12: Εκτίμηση ποσοστού επικινδυνότητας ενός μη ψυχικά αρρώστου με ένα ψυχικά άρρωστο.

	Συχνότητα	Ποσοστό%
<b>ΠΟΛΥ ΛΙΓΟΤΕΡΟ</b>	<b>39</b>	<b>4,8</b>
<b>ΛΙΓΟΤΕΡΟ</b>	<b>93</b>	<b>11,4</b>
<b>ΠΕΡΙΠΟΥ ΤΟ ΙΔΙΟ</b>	<b>236</b>	<b>28,9</b>
<b>ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ</b>	<b>253</b>	<b>31,0</b>
<b>ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ</b>	<b>63</b>	<b>7,7</b>
<b>ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ</b>	<b>129</b>	<b>15,8</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>813</b>	<b>99,6</b>
<b>ΔΑ</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 4.2

Το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (31%) βρίσκει περισσότερο επικίνδυνο ένα άτομο με ψυχική ασθένεια από ένα άτομο χωρίς. Εντύπωση κάνει το ποσοστό 28,9% που πιστεύει πως είναι εξίσου επικίνδυνα. Αυτό το ποσοστό των ερωτηθέντων, κατά τη γνώμη μας, έχει τύχει κάποιας παραπληροφόρησης, ενδεχομένως από τα Μ.Μ.Ε., που παρουσιάζουν τους



ψυχικά ασθενείς (και άτομα που έχουν προβεί σε ακραίες εγκληματικές πράξεις) και περισσότερο τους σχιζοφρενείς, που εκπίπτουν σε κάποιο ποινικό αδίκημα, ως άτομα παραμελημένα από ψυχολογική ειδική στήριξη και αποδοχή, κυρίως από το οικογενειακό περιβάλλον.

Λιγότερο από το ένα πέμπτο των ατόμων του δείγματος (15,8%) απάντησε πως δεν γνώριζε. Ακολουθεί μια πολιτική υπεκφυγής στο να δηλώσει τα πραγματικά του συναισθήματα. Ένας μικρός, αλλά όχι ευκαταφρόνητος, αριθμός ατόμων (4%), που δεν απάντησε. Δηλώνει – κατά τη γνώμη μας – αδιαπραγμάτευτο και αδιάφορο για την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων, ως άτομα ενός κόσμου που αποτελούν ντροπή για την «πολιτισμένη» εποχή που ζούμε.

#### **4.3.2. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ**

Όπως είδαμε στην παραπάνω ενότητα, στην επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών πιστεύει το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος. Σε ότι αφορά την επικινδυνότητα των σχιζοφρενών, αναμένουμε την υπερψήφιση της άποψης ότι τα εν λόγω άτομα είναι περισσότερο επικίνδυνα. Αυτό συμβαίνει λόγω της άγνοιας η οποία προκαλεί φόβο και έντονο κοινωνικό στιγματισμό.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνο από ένα άτομο ψυχικά υγιή;» (Ερώτηση 27 ερωτηματολογίου), απάντησαν :

Πίνακας 4.13.: Εκτίμηση της επικινδυνότητας μεταξύ ενός σχιζοφρενή και ενός μη ψυχικά αρρώστου.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟΤΕΡΟ	29	3,6
ΛΙΓΟΤΕΡΟ	52	6,4
ΠΕΡΙΠΟΥ ΤΟ ΙΔΙΟ	141	17,3
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ	310	38,0
ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ	185	22,7
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	96	11,8
Σύνολο	813	99,6
Δεν απάντησαν	3	0,4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 4.3

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (60,7%) στο άκουσμα και μόνο της σχιζοφρένειας απαντούν ότι είναι πιο επικίνδυνος από οποιονδήποτε άλλον. Στη γενίκευση της προηγούμενης ερώτησης (ερώτηση 26 ερωτηματολογίου), για τις ψυχικές ασθένειες, το αντίστοιχο ποσοστό είναι 38,7%. Δηλαδή, στη συγκεκριμενοποίηση της ερώτησης για σχιζοφρενείς, το ποσοστό επικινδυνότητας των ατόμων αυτών εκτοξεύεται κατά 22

ποσοστιαίες μονάδες. Αυτό όντως ισχύει<sup>54</sup>, μιας και στην καθομιλουμένη έχουν επικρατήσει στιγματικές εκφράσεις, του τύπου «ο σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι» κ.α.

Σε συσχέτιση με την ερώτηση 6 του ερωτηματολογίου: «Εργάζεσθε, ή εργασθήκατε κάποια στιγμή σε κάποιο φορέα που παρέχει υπηρεσίες σε ανθρώπους με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ή ψυχικές ασθένειες;», όπου το 7,4% των ατόμων του δείγματος έχει εργαστεί κάποια στιγμή της ζωής του, με ή για ψυχικά ασθενείς, μπορεί να αποτελούν το 10% των ατόμων που απάντησαν με κατεύθυνση «ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ». Πιθανόν επειδή γνωρίζουν ότι τα άτομα που λαμβάνουν ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες καταστέλλεται και ο βαθμός βιαιότητας και —επικινδυνότητας. Αυτό που συμπεραίνουμε από τα παραπάνω, είναι πως τα άτομα θεωρούν περισσότερο επικίνδυνο ένα σχιζοφρενή από ένα μη ψυχικά άρρωστο.

#### 4.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ

Η πλειοψηφία του δείγματος πιστεύει ότι η θεραπεία συμβάλλει στην καταστολή της βιαιότητας. Αυτό το αποτέλεσμα, όμως, είναι αντιδιαμετρικά αντίθετο με το 60,7% που απάντησε στην προηγούμενη ερώτηση (27) ότι οι σχιζοφρενείς είναι πιο επικίνδυνοι από άτομα από άτομα ψυχικά υγιή. Παρόλο' αυτά, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε ότι οι βίαιες αντιδράσεις των σχιζοφρενών καταστέλλονται με την κατάλληλη θεραπεία.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: « Στους αρρώστους με σχιζοφρένεια, πιστεύεται ότι η θεραπεία μειώνει το ενδεχόμενο να γίνουν βίαιοι;» (ερώτηση 28 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

<sup>54</sup> κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ , διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ»

Πίνακας 4.14 :Καταστολή βιαιότητας με θεραπεία

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΚΑΤΑ ΠΟΛΥ	478	58,6
ΚΑΤΑ ΜΙΚΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	240	29,4
ΚΑΘΟΛΟΥ	33	4,0
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	62	7,6
Σύνολο	815	99,9
Δεν απάντησαν	3	0,3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 4.4.

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (88%) πιστεύει ότι η θεραπεία συμβάλλει στην καταστολή της βιαιότητας, κατά μεγάλο ή μικρότερο ποσοστό. Αυτό το αποτέλεσμα, όμως, είναι αντιδιαμετρικά αντίθετο με το 60,7% των ατόμων που απάντησε στην προηγούμενη ερώτηση (ερ.27 ερωτηματολογίου) ότι οι σχιζοφρενείς είναι πιο επικίνδυνοι σε συσχέτιση με «ψυχικά υγιή» άτομα. Παρόλα αυτά, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε ότι οι βίαιες αντιδράσεις είναι υπαρκτές αλλά καταστέλλονται με την κατάλληλη θεραπεία, για αυτό δε θα έπρεπε να προκαλούν φόβο.

#### 4.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν μεγάλη επίπτωση στα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες. Τα άτομα υποφέρουν από τα επώδυνα συμπτώματα των διαταραχών. Επίσης υποφέρουν διότι δεν είναι σε θέση να εργάζονται και να διασκεδάζουν, συχνά δε, επειδή υφίστανται διακρίσεις. Ανησυχούν που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ευθύνες τους απέναντι σε οικογένεια και φίλους και φοβούνται ότι είναι βάρος για τους άλλους.

Υπολογίζεται ότι μία στις τέσσερις οικογένειες έχει τουλάχιστον ένα μέλος που υποφέρει αυτή την στιγμή από μία ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Αυτές οι οικογένειες αναγκάζονται όχι μόνο να προσφέρουν υλική και συναισθηματική στήριξη, αλλά και να υποστούν την αρνητική επίπτωση του στίγματος και των διακρίσεων, που υπάρχουν παντού στον κόσμο. Παρ' ότι το βάρος της φροντίδας για ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι είναι σημαντικό<sup>55</sup>. Το βάρος της οικογένειας αφορά οικονομικές δυσκολίες, συναισθηματικές αντιδράσεις στην ασθένεια, το άγχος της αντιμετώπισης της διαταραγμένης συμπεριφοράς, τη διάλυση της καθημερινότητας της οικογένειας και τον περιορισμό των κοινωνικών δραστηριοτήτων. Οι δαπάνες για την θεραπεία της ψυχικής ασθένειας συχνά βαρύνουν την οικογένεια, είτε λόγω έλλειψης ιατρικής ασφάλειας, είτε επειδή η ασφάλεια δεν καλύπτει τα ψυχικά νοσήματα. «Στην χώρα μας το 50% είναι ανασφάλιστοι. Το 70% είναι ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α. εκ των οποίων το 90% είναι χωρίς εισοδήματα. Για οικονομικούς λόγους δεν μπορούν να έρθουν σε επαφή», όπως και ο κ. Γιαννουλάτος υποστηρίζει.

Ο τρόπος για να εκτιμήσουμε την χρονιότητα των νόσων και την ανικανότητα που αυτές προκαλούν είναι η μεθοδολογία της μελέτης 'Παγκόσμια επιβάρυνση της υγείας από Νόσους - Global Burden of Disease' (GBD). Στις αρχικές εκτιμήσεις για το 1990, οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές ευθύνονταν για το 10,5% του συνόλου των απολεσθέντων DALYs

---

<sup>55</sup> Pai,S.&KapurR.L. (1981) The burden on the family of a psychiatri patient: Development of an interview schedule. British Journal of Psychiatry,138:332-335

λόγω νόσων και τραυματισμών γενικά. Αυτός ο αριθμός έδειξε πρώτη φορά τη μεγάλη επιβάρυνση που προκαλείται από αυτές τις διαταραχές. Η εκτίμηση για το 2000 είναι 12,3% DALYs. Τρεις νευροψυχιατρικές καταστάσεις κατατάσσονται μεταξύ των 20 κυριότερων αιτιών DALYs για όλες τις ηλικίες, και έξι στην ηλικιακή ομάδα 15-44 . Σχετικά με τον υπολογισμό των DALYs, πρόσφατες μετρήσεις στην Αυστραλία βασισμένες σε λεπτομερειακές μεθόδους και διάφορες πηγές δεδομένων, επιβεβαίωσαν ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι κύριο αίτιο ανικανότητας στον γενικό πληθυσμό. Από μία ανάλυση των τάσεων, είναι προφανές ότι η επιβάρυνση αυτή θα αυξηθεί σημαντικά στο μέλλον. Οι προβολές δείχνουν ότι θα φθάσει το 15% το 2020 .

Λαμβάνοντας υπ' όψη μόνο το στοιχείο "της ανικανότητας στην συνολική επιβάρυνση, οι υπολογισμοί της GBD 2000 δείχνουν ότι οι ψυχικές και νευρολογικές καταστάσεις αφορούν το 30,8% των ετών-ζωής με ανικανότητα. Η κατάθλιψη ιδιαίτερα ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό αναπηρίας, που φθάνει το 12% του συνόλου. Έξι νευροψυχιατρικές καταστάσεις εμφανίστηκαν μεταξύ των 20 πρώτων αιτιών ανικανότητας στον κόσμο, και ήταν οι: μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές λόγω χρήσης αλκοόλ, σχιζοφρένεια, διπολικές συναισθηματικές διαταραχές, άνοια της νόσου Alzheimer και λοιπές άνοιες, και ημικρανία.

Η ανικανότητα που προκαλούν οι ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές είναι μεγάλη σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Ως ποσοστό επί του συνόλου, όμως, είναι σχετικά μικρότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, κυρίως λόγω της μεγάλης επιβάρυνσης σε αυτές τις περιοχές των μεταδοτικών ασθενειών και των ασθενειών σχετιζόμενων με τη μητρότητα, τον τοκετό και τη διατροφή. Παρά ταύτα, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές προκαλούν το 17,6% όλων των ετών-ζωής με ανικανότητα στην Αφρική.

Υπάρχει αρκετή αβεβαιότητα στους υπολογισμούς της GBD 2000 σχετικά με τα DALYs και τα έτη-ζωής με ανικανότητα που σχετίζονται με ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές, αντικατοπτρίζοντας την αβεβαιότητα ως προς τον επιπολασμό ποικίλλων καταστάσεων σε διάφορα μέρη του κόσμου, και την αβεβαιότητα ως προς τη κατανομή των σοβαρών εξ αυτών. Ειδικότερα, υπάρχει σημαντική αβεβαιότητα ως προς τις εκτιμήσεις για τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών σε πολλές περιοχές, που αντικατοπτρίζουν τους περιορισμούς των μεθόδων αυτοαναφοράς για την

ταξινόμηση συμπτωμάτων με συγκρίσιμο τρόπο σε διαφορετικούς πληθυσμούς, τους περιορισμούς της γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό, και τους περιορισμούς στα στοιχεία που έχουμε τη ταξινόμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων και κλινικών καταστάσεων κατά ενιαίο τρόπο.

#### **4.4.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Η οικονομική επίπτωση των ψυχικών διαταραχών είναι ευρεία, διαρκής και τεράστια, τόσο για τα άτομα και τις οικογένειες όσο και για ολόκληρες κοινότητες. Μέρος του οικονομικού βάρους είναι προφανές και μετρήσιμο, ενώ μέρος αυτού είναι σχεδόν αδύνατο να μετρηθεί. Μεταξύ των μετρήσιμων στοιχείων του οικονομικού βάρους είναι οι ανάγκες κοινωνικών και υγειονομικών. Όλες αυτές οι εκτιμήσεις των οικονομικών στοιχείων οπωσδήποτε υποτιμούν το πρόβλημα, εφόσον οι χαμένες ευκαιρίες στοιχίζουν σε άτομα και οικογένειες και τούτο δεν λαμβάνεται υπόψη.

#### **4.4.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές προκαλούν μεγάλη αναστάτωση στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους. Η δυστυχία και ο πόνος δεν είναι εύκολα μετρήσιμα μεγέθη. Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούν τις υποκειμενικές εκτιμήσεις σε μια ποικιλία τομέων, ώστε να εκτιμήσουν την επίπτωση που έχουν στη ζωή των πασχόντων τα συμπτώματα και οι διαταραχές. Ένας αριθμός μελετών πάνω σε αυτό το ζήτημα συμπεραίνει ότι τα αρνητικά επακόλουθα δεν είναι μόνο σοβαρά αλλά και διαρκή. Έχει δειχθεί ότι η ποιότητα ζωής εξακολουθεί να είναι χαμηλή ακόμα και μετά την αποθεραπεία λόγω κοινωνικών παραγόντων, που συμπεριλαμβάνουν το στίγμα και τις διακρίσεις που ακολουθούν τον άρρωστο. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες ποιότητας ζωής δείχνουν επίσης ότι τα άτομα με ψυχικές

διαταραχές, τα οποία παραμένουν επί μακρών σε ψυχιατρεία, έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από όσα ζουν στην κοινότητα. Μία πρόσφατη μελέτη σαφώς δείχνει ότι όταν οι κοινωνικές και λειτουργικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται, η ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές προβλέπεται να είναι χαμηλή.

Η επίπτωση στην ποιότητα ζωής δεν περιορίζεται στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Οι διαταραχές άγχους και πανικού ασκούν επίσης σημαντική επίδραση, ιδιαίτερα όσον αφορά την ψυχολογική λειτουργικότητα.

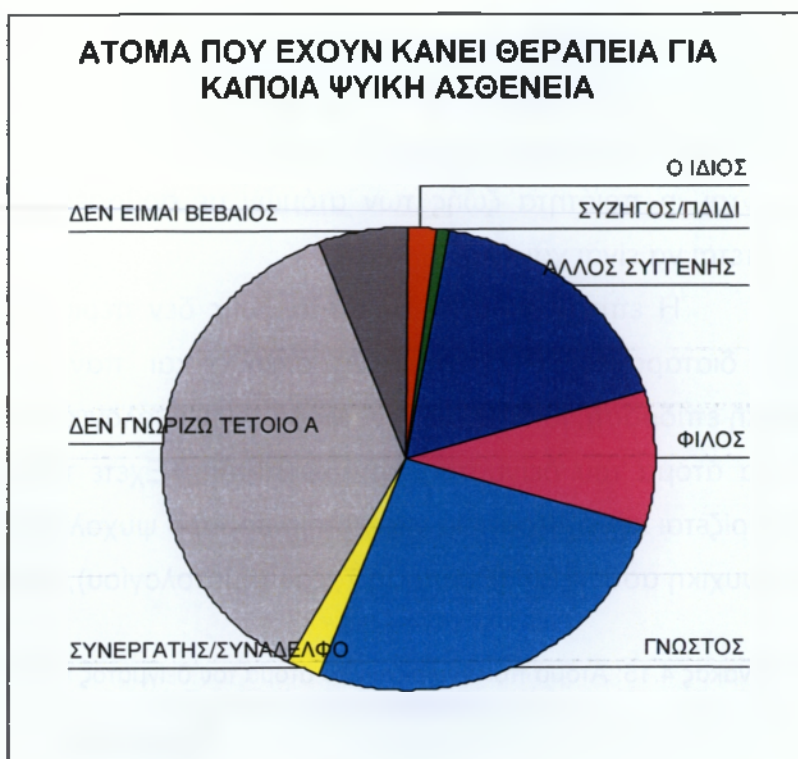
Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Έχετε ποτέ εσείς ή κάποιος που γνωρίζεται κάνει θεραπεία για κάποιο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή για κάποιο ψυχική ασθένεια» (Ερώτηση 7, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.15: Άτομα που γνωρίζουν τα άτομα του δείγματος πως έχουν κάνει θεραπεία για κάποια ψυχική ασθένεια.

	<b>Συχνότη τα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
Ο ΙΔΙΟΣ	17	1,9
ΣΥΖΥΓΟΣ/ΠΑΙΔΙ	8	0,9
ΑΛΛΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ	153	17,5
ΦΙΛΟΣ	82	9,4
ΓΝΩΣΤΟΣ	229	26,2
ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ/ΣΥΝΑΔΕΛΦ ΟΣ	20	2,3
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΤΕΤΟΙΟ ΑΤΟΜΟ	315	36,0
ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΒΕΒΑΙΟΣ	51	5,8
<b>Σύνολο</b>	<b>875</b>	<b>100,0</b>

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.





Γράφημα 4.5

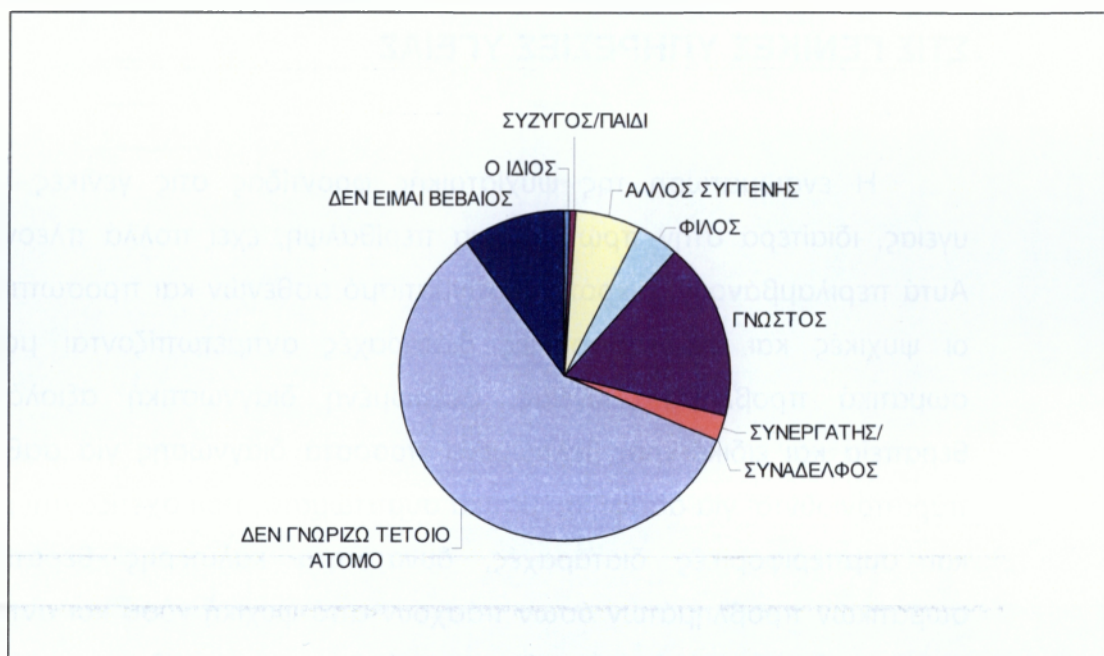
Εντύπωση προκαλεί το γεγονός, πως περίπου το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (36%) δεν γνωρίζει κανένα άτομο με ψυχικό πρόβλημα, ενώ το ένα τέταρτο των ατόμων (26,2%) έχει απλά κάποιο γνωστό. Λόγω του έντονου κοινωνικού στιγματισμού, περισσότερα από τα μισά άτομα όπως είδαμε παραπάνω, αποφεύγουν να παραδεχτούν πως γνωρίζουν ένα τέτοιο άτομο. Εν αντιθέσει, σχεδόν το ένα πέμπτο των ατόμων (20,3%) όχι απλά γνωρίζει αλλά έχει συγγενική ή φιλική σχέση. Παρατηρούμε ότι ο αριθμός των ψυχικά ασθενών είναι αρκετά αυξημένος αλλά παρόλα αυτά τα υπόλοιπα άτομα δεν θέλουν αλλά και ντρέπονται να παραδεχτούν ότι γνωρίζουν κάποιον με ψυχικά προβλήματα, μέχρι και ανώνυμα σε ένα ερωτηματολόγιο.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Έχετε ποτέ εσείς ή κάποιος/α που γνωρίζετε κάνει θεραπεία για σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 8, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 4.16.: Άτομα που γνωρίζουν τα άτομα του δείγματος πως έχουν κάνει θεραπεία για Σχιζοφρένεια.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ο ΙΔΙΟΣ	5	,6
ΣΥΖΥΓΟΣ/ΠΑΙΔΙ	3	,4
ΑΛΛΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ	53	6,5
ΦΙΛΟΣ	34	4,1
ΓΝΩΣΤΟΣ	143	17,4
ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ/ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΣ	20	2,4
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΤΕΤΟΙΟ ΑΤΟΜΟ	480	58,5
ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΒΕΒΑΙΟΣ	83	10,1
Σύνολο	821	100,0

Πηγή : Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 4.6

Γνωρίζοντας τον έντονο κοινωνικό στιγματισμό ειδικά για την «κατηγορία» των ασθενών με σχιζοφρένεια, αναμέναμε να αυξηθεί η αντίθεση που είδαμε παραπάνω. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας επαλήθευσαν. Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (58,5%) δεν γνώριζαν αν άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια και κάνει θεραπεία. Σε αντιπαράθεση με την ερώτηση: «Έχετε ποτέ εσείς ή κάποιος που γνωρίζεται κάνει θεραπεία για κάποιο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή για κάποιο ψυχική ασθένεια»

(Ερώτηση 7, ερωτηματολογίου), που μόνο το 36% των ατόμων δεν γνώριζε γενικά άτομο με κάποια ψυχική ασθένεια.

Ο κοινωνικός στιγματισμός ασκεί σοβαρές ψυχολογικές πιέσεις, στα άτομα που έχουν κάποιο συγγενικό ή φιλικό άτομο να έχει ψυχολογικό πρόβλημα και ειδικά να πάσχει από σχιζοφρένεια, δημιουργώντας όπως προείπαμε διαταραχές πανικού και άγχους. Και εν κατακλείδι, οι χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποκρύπτουν πως είναι ψυχικά ασθενείς επειδή το κοινωνικό περιβάλλον τους έχει κάνει να αισθάνονται ντροπή για την ασθένεια τους και ενοχές, όμως δεν ευθύνονται τα ίδια τα άτομα για αυτό.

## **4.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

### **4.5.1 ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής φροντίδας στις γενικές υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, έχει πολλά πλεονεκτήματα. Αυτά περιλαμβάνουν: μικρότερο στιγματισμό ασθενών και προσωπικού, αφού οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές αντιμετωπίζονται μαζί με τα σωματικά προβλήματα υγείας, βελτιωμένη διαγνωστική αξιολόγηση και θεραπεία και ειδικότερα, βελτιωμένα ποσοστά διάγνωσης για ασθενείς που παραπονιούνται για ασαφή σωματικά συμπτώματα, που σχετίζονται με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, δυνατότητα καλύτερης θεραπείας των σωματικών προβλημάτων όσων πάσχουν από ψυχική νόσο και αντιστρόφως, καλύτερη θεραπεία των ψυχικών παραμέτρων που σχετίζονται με "σωματικά" προβλήματα. Για την αντιμετώπιση τα πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν μια κοινή υποδομή που σημαίνει μεγαλύτερη παραγωγικότητα και εξοικονόμηση πόρων, τη δυνατότητα παροχής καθολικής κάλυψης για την ψυχική υγεία, και την χρήση κοινοτικών πόρων, η οποία μπορεί εν μέρει να εξισορροπήσει την περιορισμένη διαθεσιμότητα προσωπικού για την ψυχική υγεία.

Η ενσωμάτωση απαιτεί μια προσεκτική ανάλυση τού τι είναι και του τι δεν είναι δυνατό να γίνει στα διάφορα επίπεδα της περίθαλψης για την θεραπεία και φροντίδα των ψυχικών προβλημάτων. Για παράδειγμα,

παρεμβατικές στρατηγικές για έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων από το αλκοόλ εφαρμόζονται αποτελεσματικότερα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όμως ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα σε ανώτερο επίπεδο, ώστε να τύχει διαχείρισης από προσωπικό με μεγαλύτερη εμπειρία/ σε εγκαταστάσεις με δυνατότητες εξειδικευμένου παρακλινικού ελέγχου και χορήγησης ειδικής φαρμακευτικής αγωγής. Οι ασθενείς στη συνέχεια πρέπει να παραπεμφθούν στο πρωτοβάθμιο επίπεδο για παρακολούθηση, καθώς οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι σε θέση να παρέχουν καλύτερη συνεχή υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Οι συγκεκριμένοι τρόποι ενσωμάτωσης της ψυχική υγείας στη γενική φροντίδα για την υγεία/ θα εξαρτηθούν σε μεγάλο βαθμό από την υπάρχουσα κατάσταση και λειτουργία του πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου μέσα στο σύστημα υγείας κάθε χώρας. Για να επιτύχει η ενσωμάτωση, οι πολιτικές πρέπει να λάβουν υπόψη τα εξής.

Το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να έχει τη γνώση, τις δεξιότητες και τα κίνητρα ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τους πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές. Γεγονός που δεν ισχύει στην Ελλάδα. Το προσωπικό είναι ανειδίκευτο και ανημέρωτο στην αντιμετώπιση των πασχόντων<sup>56</sup>. Πρέπει να υπάρχει ικανός αριθμός προσωπικού στο πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο με γνώση και αρμοδιότητα χορήγησης ψυχοτρόπων φάρμακων.

Τα βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να είναι διαθέσιμα στο πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο. Ειδικευμένοι στην ψυχική υγεία πρέπει να υποστηρίζουν και να κατευθύνουν το υπόλοιπο προσωπικό. Πρέπει να υπάρχουν μόνιμοι και αποτελεσματικοί μηχανισμοί παραπομπής μεταξύ όλων των βαθμίδων περίθαλψης. Η χρηματοδότηση πρέπει να αναδιανεμηθεί υπέρ των δύο βαθμίδων ή να υπάρξουν νέοι πόροι. Πρέπει να δημιουργηθούν συστήματα καταγραφής των σχετικών λειτουργιών ώστε να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση, αξιολόγηση και εκσυγχρονισμός τους.

Ενώ είναι σαφές ότι η ψυχική υγεία θα πρέπει να χρηματοδοτείται από τις ίδιες πηγές και με τους ίδιους στόχους όπως η υγεία γενικά, είναι λιγότερο σαφές ποιος είναι ο καταλληλότερος τρόπος να κατευθύνει η χρηματοδότηση

---

<sup>56</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

προς τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Στην χώρα μας το προσωπικό είναι ελλιπές και ανειδίκευτο<sup>57</sup> όσο αναφορά τα δημόσια ψυχιατρεία. Ο μεγαλύτερος αριθμός ειδικευμένου προσωπικού προτιμά τις ιδιωτικές κλινικές λόγω οικονομικών κινήτρων<sup>58</sup>.

#### **4.5.2 Η ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΠΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ**

Αν και το στίγμα και οι διακρίσεις πηγάζουν από την κοινότητα πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η κοινότητα μπορεί να προσφέρει πόρους για την αντιμετώπιση των αιτιών και των αποτελεσμάτων μέσα στο περιβάλλον της. Μπορεί επίσης να προσφέρει πόρους για την βελτίωση της θεραπείας και της φροντίδας που δίδεται στους πάσχοντες από Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Ο ρόλος της κοινότητας μπορεί να αρχίζει από την αυτοβοήθεια ή την αμοιβαία βοήθεια και να φθάνει στις ομάδες πίεσης για την προώθηση αλλαγών στην Ψυχική υγεία και την διάθεση πόρων, τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, την συμμετοχή στον έλεγχο και την αξιολόγηση της φροντίδας, και την δραστηριοποίηση για την αλλαγή στάσεων και την καταπολέμηση του στίγματος.

#### **4.5.3 ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΑΛΛΩΝ ΤΟΜΕΩΝ**

Ο πόλεμος, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές, η άναρχη αστικοποίηση και η φτώχεια δεν καθορίζουν μόνο σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία, αλλά είναι επίσης εμπόδια στην προαγωγή της θεραπείας. Για παράδειγμα, ο πόλεμος και οι συγκρούσεις μπορούν να καταστρέψουν την εθνική οικονομία

<sup>57</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος.

<sup>58</sup> κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ, διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ»

και το σύστημα υγείας και πρόνοιας, και να τραυματίσουν ολόκληρους πληθυσμούς. Την φτώχεια ακολουθεί μεγαλύτερη ανάγκη υπηρεσιών υγείας, αλλά και οικονομική αδυναμία ανάπτυξης ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε εθνικό επίπεδο, όπως και αδυναμία να πληρώσει κανείς για τέτοιες υπηρεσίες προσωπικά.

Η πολιτική για την ψυχική υγεία μπορεί να αντιμετωπίσει μερικώς τα αποτελέσματα περιβαλλοντικών παραγόντων εξυπηρετώντας τις ειδικές ανάγκες ευπαθών ομάδων και χρησιμοποιώντας στρατηγικές που προλαμβάνουν τον αποκλεισμό. Αλλά επειδή πολλοί παράγοντες που συσχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές διατρέχουν σχεδόν όλους τους κυβερνητικούς τομείς, το εύρος της βελτίωσης της ψυχικής υγείας καθορίζεται εν μέρει από τις πολιτικές άλλων κυβερνητικών τομέων. Με άλλα λόγια, άλλοι κυβερνητικοί τομείς ευθύνονται για μερικούς από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές και θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για μερικές από τις λύσεις που προτείνονται.

Η διατομεακή συνεργασία είναι ουσιώδης ώστε οι πολιτικές ψυχικής υγείας να ωφεληθούν από τα μεγαλύτερα κυβερνητικά προγράμματα. Επιπλέον, ο χώρος της ψυχικής υγείας πρέπει να εισάγει τα δεδομένα του στους άλλους κυβερνητικούς τομείς, έτσι ώστε οι δραστηριότητες τους και οι πολιτικές τους να συνεισφέρουν στην ψυχική υγεία και όχι να αφαιρούν. Οι πολιτικές πρέπει να αναλύονται ως προς τα επακόλουθα τους στην ψυχική υγεία πριν τεθούν σε εφαρμογή, και όλες οι κυβερνητικές πολιτικές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις ειδικές ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει ένας ψυχικά πάσχων είναι ο κοινωνικός στιγματισμός ή στίγμα. Το στίγμα ορίζεται ως ένδειξη ντροπής και αποδοκιμασίας. Ο κοινωνικός στιγματισμός είναι δυνατός σε όλους τους τύπους της πνευματικής ασθένειας. Εξαιτίας του, τα άτομα με ψυχική ασθένεια υποφέρουν περισσότερο. Αναμφισβήτητα, πρόκειται για ένα είδος απειλής στο επίπεδο υποστήριξης για κοινωνική αποδοχή. Μια σημαντική αιτία του κοινωνικού στιγματισμού της πνευματικής ασθένειας είναι οι μύθοι και τα αρνητικά στερεότυπα που επηρεάζουν την κοινή γνώμη.

Πηγές του στίγματος θεωρούνται : η οικογένεια, το κοινωνικό περιβάλλον και οι ίδιοι οι ασθενείς. Η οικογένεια γιατί απορρίπτει των ψυχικά ασθενή. Πολλές φορές δεν θέλει να έχει ουδεμία σχέση αλλά ούτε να γνωρίζει τίποτα για τα μέλη της που είχαν την ατυχία να υποφέρουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Το κοινωνικό σύνολο βλέπει τους ψυχικά ασθενείς ως άτομα ενός κατώτερου θεού και τα αντιμετωπίζει με απέχθεια και με χλευασμό. Τέλος οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρούνται πηγές στίγματος, αφού γίνονται κυκλοθυμικοί, με αποτέλεσμα να απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο. Ειδικά μετά από τυχόν νοσηλεία σε κάποια ψυχιατρική μονάδα θεωρούν ως οικείο περιβάλλον το χώρο του ψυχιατρείου.

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (69,8%) δεν θα ντρέπονταν αν ο κόσμος ήξερε πως στην οικογένεια τους είχε διαγνωστεί άτομο με σχιζοφρένεια. Αυτή η απάντηση, που χαρακτηρίζεται από προοδευτικότητα, δείχνει ότι τα άτομα συγκαταλέγουν τον σχιζοφρενή, στην ίδια κατηγορία με τους αρρώστους άλλων ασθενειών, όσον αφορά τη ρατσιστική στάση. Θέλοντας να αναλύσουμε τις συγκεκριμένες απαντήσεις, μας έρχεται στο μυαλό ένα πραγματικό γεγονός που μας ανέφερε ο κ. Γιαννουλάτος, σύμφωνα με το οποίο η οικογένεια δεν αποδέχεται τους ασθενείς, αλλά προσπαθεί να εξαφανίσει – αν είναι δυνατόν – τους ψυχικά πάσχοντες, από φόβο και ενοχή για την κατακραυγή της κοινωνίας. Αυτό επαληθεύεται και από το γεγονός ότι ο

αριθμός των σχιζοφρενών που τυχαίνουν αποδοχής από το οικογενειακό περιβάλλον (γονικό και συζυγικό) είναι πολύ μικρός. Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (85,5%) δεν θα παντρευόταν άτομο με σχιζοφρένεια. Αυτό είναι ένα λογικό και αναμενόμενο, αφού το 61,4% δεν θα συνομιλούσε καν με σχιζοφρενή.

Η ελλιπής ενημέρωση των ατόμων του δείγματος, για τόσο σοβαρά θέματα, θέματα ψυχικής υγείας, είναι αιτία δημιουργίας κοινωνικού στιγματισμού. Θα έπρεπε τα περισσότερα άτομα του δείγματος, που απάντησαν κρατώντας μια αρνητική στάση, να γνωρίζουν ότι οι σχιζοφρενείς που ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή, δεν είναι επικίνδυνοι. Τονίζουμε την επικινδυνότητα, γιατί αυτή, πιστεύουμε, ότι είναι η αιτία που τα άτομα του δείγματος απάντησαν έχοντας κατά νου αρνητικά στερεότυπα, μιας και η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (88%) πιστεύει ότι η θεραπεία συμβάλλει στην καταστολή της βιαιότητας. Με βάση τις συζητήσεις μας με ειδικούς της Ψυχικής Υγείας, η απάντηση είναι ότι θα έπρεπε να το γνωρίζουν σε μία κοινωνία του 21ου αιώνα. Άρα η γνώση, και σε αυτό το σημείο, θα έπρεπε να αναδειχθεί ως κυρίαρχο στοιχείο για τη μείωση του στίγματος, κάτι που δεν διαφαίνεται να συμβαίνει αφού δεν υπάρχει κατάλληλη εξειδίκευση στον τομέα της ψυχικής υγείας από τους εργαζόμενους έως και τα Μ.Μ.Ε. (που είναι τα κυρίαρχα μέσα ενημέρωσης και συνεπώς γνώσης), όπως μας ανέφερε ο κ. Γιαννουλάτος.

Λόγω του έντονου κοινωνικού στιγματισμού, περισσότερα από τα μισά άτομα, αποφεύγουν να παραδεχτούν πως γνωρίζουν ένα τέτοιο άτομο. Εν αντιθέσει, σχεδόν το ένα πέμπτο των ατόμων (20,3%) όχι απλά γνωρίζει αλλά έχει συγγενική ή φιλική σχέση. Παρατηρούμε ότι ο αριθμός των ψυχικά ασθενών είναι αρκετά αυξημένος αλλά παρόλα αυτά τα υπόλοιπα άτομα δεν θέλουν αλλά και ντρέπονται να παραδεχτούν ότι γνωρίζουν κάποιον με ψυχικά προβλήματα, μέχρι και ανώνυμα σε ένα ερωτηματολόγιο. Ειδικά για την «κατηγορία» των ασθενών με σχιζοφρένεια, αυξάνεται κατά κόρων η αντίθεση που είδαμε. Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (58,5%) δεν γνώριζαν αν άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια και κάνει θεραπεία, ενώ μόνο το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (36%) δεν γνώριζε γενικά άτομο με κάποια ψυχική ασθένεια. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τα άτομα που μας



απάντησαν ότι τα ίδια έχουν κάνει θεραπεία για κάποια ψυχική ασθένεια, όταν ρωτήθηκαν αν έχουν κάνει θεραπεία για σχιζοφρένεια. Οι χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, λοιπόν, αποκρύπτουν πως είναι ψυχικά ασθενείς επειδή το κοινωνικό περιβάλλον τους έχει κάνει να αισθάνονται ντροπή για την ασθένεια τους και ενοχές, όμως δεν ευθύνονται τα ίδια τα άτομα για αυτό.

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (64,9%) θα δάνειζε κάποιο προσωπικό του αντικείμενο σε σχιζοφρενή και αντίστοιχα (58,7%) δεν θα ξεκινούσε φιλία με κάποιο σχιζοφρενή, ενώ τα 33,8% άτομα δεν θα συνέχιζαν τη φιλία τους με κάποιο άτομο που θα εκδήλωνε στη πορεία σχιζοφρένεια. Σε αντίθεση με το ένα τρίτο των ατόμων (33,7%) το οποίο θα ξεκινούσε Αυτό όμως είναι κάτι αντιφατικό γιατί από τη στιγμή που το 61,4% των ατόμων είχε πρόβλημα να συνομιλήσει με έναν σχιζοφρενή και το 33,8% να διατηρήσει φιλία με σχιζοφρενή. Έτσι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το 58,7% των ατόμων αντιφάσκει σύμφωνα με τις προαναφερόμενες ερωτήσεις. Τα άτομα του δείγματος γνωρίζουν τι θα έπρεπε να γίνεται, μιας και απαντά πολιτικά ορθά. Το στίγμα όμως διαμορφώνει διαφορετική στάση και συμπεριφορά.

Σχεδόν η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος δεν θα εμπιστευόταν ένα σχιζοφρενή να το κουρέψει (77,3%). Αυτό θεωρείται δικαιολογημένο, αφού η κοινωνία πιστεύει ότι οι σχιζοφρενείς είναι άτομα με αυξημένο το βαθμό επικινδυνότητάς και ικανά για κάθε βιοπραγία. Από την άλλη πλευρά, σχεδόν το ένα πέμπτο των ατόμων του δείγματος (17,7%) υποστηρίζει ότι θα εμπιστευόταν έναν σχιζοφρενή να του κόψει τα μαλλιά. Για άλλη μια φορά διακρίνεται η υποκριτική στάση των ερωτηθέντων όπου προσπαθεί να κρύψει τον έντονο κοινωνικό στιγματισμό πίσω από «καθωσπρεπισμούς».

Το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (31%) βρίσκει περισσότερο επικίνδυνο ένα άτομο με ψυχική ασθένεια από ένα άτομο χωρίς. Εντύπωση κάνει το ποσοστό 28,9% που πιστεύει πως είναι εξίσου επικίνδυνα. Αντίστοιχα για την σχιζοφρένεια, περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (60,7%) απαντούν πως οι σχιζοφρενείς είναι τα πιο επικίνδυνα άτομα από οποιονδήποτε άλλα. Δηλαδή, στη συγκεκριμενοποίηση της ερώτησης για σχιζοφρενείς, το ποσοστό επικινδυνότητας των ατόμων αυτών εκτοξεύεται

κατά 22 ποσοστιαίες μονάδες. Αυτό όντως ισχύει<sup>59</sup>, μιας και στην καθομιλουμένη έχουν επικρατήσει στιγματικές εκφράσεις, του τύπου «ο σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι» κ.α. Αυτό το ποσοστό των ερωτηθέντων, κατά τη γνώμη μας, έχει τύχει κάποιας παραπληροφόρησης, ενδεχομένως από τα Μ.Μ.Ε., που παρουσιάζουν τους ψυχικά ασθενείς (και άτομα που έχουν προβεί σε ακραίες εγκληματικές πράξεις) και περισσότερο τους σχιζοφρενείς, που εκπίπτουν σε κάποιο ποινικό αδίκημα, ως άτομα παραμελημένα από ψυχολογική ειδική στήριξη και αποδοχή, κυρίως από το οικογενειακό περιβάλλον.

Τα άτομα του δείγματος που εργάζονται ή έχουν εργαστεί κάποια στιγμή σε κάποιο φορέα που παρέχει υπηρεσίες σε ανθρώπους με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ή ψυχικές ασθένειες, σχεδόν το ένα δέκατο των ατόμων του δείγματος (7,4%), μπορεί να αποτελούν το 10% των ατόμων που απάντησαν με κατεύθυνση «ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ». Πιθανόν επειδή γνωρίζουν ότι τα άτομα που λαμβάνουν ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες καταστέλλεται και ο βαθμός βιαιότητας και επικινδυνότητας. Αυτό που συμπεραίνουμε από τα παραπάνω, είναι πως τα άτομα θεωρούν περισσότερο επικίνδυνο ένα σχιζοφρενή από ένα μη ψυχικά άρρωστο.

Οι απαντήσεις των ατόμων του δείγματος δίστανται. Σχεδόν τα μισά άτομα (48,9%) ενοχλούνται να παρευρίσκεται στον ίδιο εργασιακό χώρο με ένα σχιζοφρενή (κατεύθυνση του «ΝΑΙ»), σε αντίθεση με τα υπόλοιπα σχεδόν μισά (48,4%) δεν ενοχλείται (κατεύθυνση του «ΟΧΙ»). Μέσα από τα συγκεκριμένα αποτελέσματα θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχει μια σύγχυση στα άτομα του δείγματος η οποία βαρύνεται αρνητική στάση πολλών ατόμων για να συνομιλήσουν σε κάποιον σχιζοφρενή. αυτά τα άτομα τώρα, δεν θα είχαν πρόβλημα να βρίσκονται στον ίδιο χώρο εργασίας, με συνέπεια την μικρή διαφορά απαντήσεων. Καθίσταται σαφές το πρόβλημα της γνώσης που κυριαρχεί και εδώ και συμβάλλει στην δημιουργία αλλά και διαιώνιση των αρνητικών στερεοτύπων για τους σχιζοφρενείς κυρίως, αφού τα μισά άτομα απαντούν ότι θα ενοχλούνταν αν παρευρίσκονταν στον ίδιο χώρο εργασίας με έναν σχιζοφρενή.

<sup>59</sup> κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ , διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ»

Τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν επηρεαστεί και έως ένα βαθμό από την πολιτική του να απαντάνε τα άτομα του δείγματος έτσι όπως θα ήταν επιθυμητό αλλά και κοινωνικά σωστό και παραδεκτό· να απαντάνε τα άτομα πολιτικά ορθός. Γενικά όμως, φαίνεται η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς – μια κοινωνία με έντονο τον στιγματισμό προς τους πάσχοντες- που διακατέχεται από μια κοινωνική υποκρισία για την κάλυψη του κοινωνικού στιγματισμού.

Ακολουθώντας μια πολιτική υπεκφυγής στο να δηλώσουν τα πραγματικά τους συναισθήματα και κατά συνέπεια τις έντονες ρατσιστικές στάσεις για τα άτομα με σχιζοφρένεια, το 8,2% των ατόμων του δείγματος θα πρόβαινε σε γάμο με σχιζοφρενή. Η δεύτερη εκδοχή έχει να κάνει με το γεγονός ότι το 8% - 10% του πληθυσμού πάσχει από σχιζοφρένεια ή από κάποια άλλη ψυχική ασθένεια, οπότε είναι άτομα με κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα.

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (59,7%) δεν θα είχε πρόβλημα να διατηρήσει φιλία με κάποιον που πάσχει από σχιζοφρένεια. Το ένα τρίτο των ατόμων θα είχε πρόβλημα. Οι απαντήσεις στην συγκεκριμένη ερώτηση είναι σαφώς ενθαρρυντικές, καθώς εισάγεται και η παράμετρος του συναισθήματος (αφού προϋπήρχε η φιλία πριν την εκδήλωση της ασθένειας). Είναι λοιπόν αντιφατικό να λένε οι περισσότεροι ότι θα διατηρούσαν τη φιλία τους με έναν σχιζοφρενή, ενώ ταυτόχρονα θα ενοχλούνταν αν βρίσκονταν στον ίδιο εργασιακό χώρο. Η σύγχυση, ως αποτέλεσμα της άγνοιας είναι σαφέστατα εμφανής.

Από την έρευνα φάνηκε πως ο κόσμος δεν φοβάται τόσο να έρθει σε επαφή για λίγο διάστημα με ένα σχιζοφρενή ,όσο το να παρευρίσκεται ο σχιζοφρενής σε καθημερινή βάση δίπλα του. Το ένα τρίτο περίπου των ατόμων του δείγματος (34,2%) επηρεάζονται από την συχνή επαφή με άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια ενώ σχεδόν άλλο ένα τρίτο των ατόμων δεν επηρεάζονται καθόλου (32%). Αυτό θα μπορούσαμε να το ερμηνεύσουμε πως ακόμα επικρατεί σύγχυση όσο αναφορά την αντιμετώπιση ενός ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια και πως δεν υπάρχει μια πλήρης και σωστή ενημέρωση των ατόμων του δείγματος αλλά η όποια γνώση βασίζεται σε αρνητικά στερεότυπα. Το άμεσο επακόλουθο λοιπόν είναι η ύπαρξη κοινωνικού στιγματισμού. Το λιγότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (37,2%) απάντησε

προς την κατεύθυνση του «ΝΑΙ», δηλαδή ότι θα φοβόταν και ότι τελικά δεν θα έπιαναν κουβέντα με σχιζοφρενή. Περισσότερα από τα μισά άτομα (61,4%) προς την κατεύθυνση του «ΟΧΙ», δηλαδή ότι δεν θα φοβόταν να συνομιλήσει με έναν σχιζοφρενή. Για παράδειγμα, δεν ενοχλείται εάν κάθεται στο λεωφορείο δίπλα του, ξέροντας πως θα είναι πρόσκαιρο, αλλά ενοχλείται με το να είναι γείτονας του. Ακόμα και η γειτνίαση με ένα ίδρυμα ενοχλεί. Τα αίτια είναι ο φόβος ή και η υποβάθμιση που θα νοιώθει ζώντας κοντά σε ένα ίδρυμα με άτομα ψυχικής ασθένειας. Και ενώ θεωρεί τον σχιζοφρενή άτομο ικανό για εργασία, δεν θα τον εμπιστευόταν να του αναθέσει δύσκολη δουλειά (κόψιμο μαλλιών). Δυστυχώς αυτό οφείλεται στην υποκρισία των ερωτηθέντων. Διότι όταν η επαφή δεν γίνεται σε προσωπικό επίπεδο για τον Έλληνα, τότε η εικόνα του σχιζοφρενή είναι πιο θετική, όταν όμως η επαφή τον αφορά έστω και στο θέμα γειτνίασης τότε ο σχιζοφρενής θεωρείται ότι γίνεται βίαιος και δεν μπορεί παρά να τον ενοχλεί. Δυστυχώς ο κοινωνικός στιγματισμός ακόμα και σήμερα είναι πολύ έντονος και – κατά τη γνώμη μας – τα άτομα του δείγματος είναι αδιαπραγμάτευτα και αδιάφορα για την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων και ειδικά των σχιζοφρενών, ως άτομα ενός κόσμου που αποτελούν ντροπή για την «πολιτισμένη» εποχή που ζούμε.

Επιπτώσεις του στίγματος είναι: οικονομικές, στην ποιότητα ζωής, λόγω συγκρούσεων και καταστροφών. Ωστόσο μια ευρεία κλίμακα στρατηγικών είναι διαθέσιμη για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Οι πιο σημαντικές είναι :η προαγωγή της ψυχικής υγείας με εκπαιδευτική πολιτική, η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στις γενικές υπηρεσίες υγείας, η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, ο ρόλος των Μ.Μ.Ε με τη σωστή πληροφόρηση του κοινού, η χρήση κοινωνικών πόρων για την προώθηση αλλαγών και τέλος με την συνεισφορά άλλων τομέων μέσω κυβερνητικών προγραμμάτων και διατομεακής συνεργασίας.

Ο κοινωνικός στιγματισμός άσκει σοβαρές ψυχολογικές πιέσεις, στα άτομα που έχουν κάποιο συγγενικό ή φιλικό άτομα να έχει ψυχολογικό πρόβλημα και ειδικά να πάσχει από σχιζοφρένεια, δημιουργώντας όπως προείπαμε διαταραχές πανικού και άγχους.

Εν κατακλείδι, ο κοινωνικός στιγματισμός είναι πολύ έντονος. Ευελπιστούμε στο μέλλον, οι αντιδράσεις του κόσμου απέναντι σε καθημερινές

του δραστηριότητες, στις οποίες μέρος θα λάμβαναν και άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, να είναι θετικές και να δοθούν ευκαιρίες σε ανθρώπους που το έχουν πραγματικά ανάγκη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

# ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

## 5.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

### 5.1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φθάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία<sup>60</sup>.

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας<sup>61</sup>.

Κατά τους Wing, Bennett και Denham, «αποκατάσταση είναι κάθε δραστηριότητα που έχει ως στόχο την πρόληψη ή μείωση των δευτερογενών επιπτώσεων ή των αναπτυσσόμενων αναπληρωματικών μηχανισμών για τις πρωτογενείς και δευτερογενείς επιπτώσεις της νόσου που δεν επιδέχονται μείωση»<sup>62</sup>. Είναι εμφανές ότι ο ορισμός αυτός έχει ψυχιατρική κατεύθυνση.

Ένας ορισμός της *Ψυχιατρικής Αποκατάστασης* (Ψ.Α.) που δόθηκε από το Κέντρο Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α. είναι ο εξής: Η Ψυχιατρική Αποκατάσταση έχει στόχο να αυξήσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς<sup>63</sup>. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις: την αποκαταστασιακή διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση<sup>64</sup>.

<sup>61</sup> (ορισμός που δόθηκε από το συμβούλιο Ευρώπης 1958)

<sup>62</sup> Hochman, J. (1982) L' institution mentale: du role de la theorie dans les soins psychiatriques desinstitutionnalisés. In Form. Psychiatrique 58 : 987-991.

<sup>63</sup> (ορισμός που δόθηκε από το συμβούλιο Ευρώπης 1958)

<sup>64</sup> Μαδιανός Μ., Οικονόμου Μ., (1990) Η κλίμακα της οικογενειακής επιβάρυνσης.

Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο όρος «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση» (psychosocial rehabilitation) που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων<sup>65</sup>. Συγγενής όρος είναι η «κοινωνική θεραπεία» ή «κοινωνιοθεραπεία».

Ο όρος Κοινωνική θεραπεία ή κοινωνιοθεραπεία (sociotherapy), σύμφωνα με τον David Clark<sup>66</sup>, ανάγεται στο 18<sup>ο</sup> αιώνα και στις προσπάθειες των διαφωτιστών-ανθρωπιστών Pinel, Tuke, Dix, Connolly, Bell και άλλων για την «απελευθέρωση» των «φρενοβλαβών». Ο Clark θεωρεί ως κοινωνική θεραπεία οτιδήποτε περιλαμβάνει τις τρεις λέξεις «δραστηριότητα, ελευθερία και υπευθυνότητα».

Σύμφωνα με τον Edelson<sup>67</sup>, η κοινωνιοθεραπεία έχει ως έργο της την αντίληψη και επίδραση του κοινωνικού συστήματος στον άρρωστο, καθώς και τους στόχους, τα μέσα ή τα εμπόδια για την ενσωμάτωσή του.

Σύμφωνα με τους Hogarty, Goldberg, Schooler και Ulriph (1974), με τον όρο «κοινωνιοθεραπεία» εννοείται η εντατική κοινωνική εργασία και εργοθεραπεία.

Ο όρος *κοινωνιοθεραπεία* έχει χρησιμοποιηθεί για να τονίσει την ανάπτυξη κοινωνικών μεθόδων αποκατάστασης μέσα στο ψυχιατρείο και είναι ένας όρος της δεκαετίας του 1970.

## 5.1.2 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

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

---

Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα Καισαριανής Ψ.Κ.Π.Α.

<sup>65</sup>Μαδιανός, Μ. (1985) Σημειώσεις Ψυχιατρικής, Επαγγελματικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης. Αθήνα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Αθηνών.

<sup>66</sup> Clark, D. (1974) Social Therapy in Psychiatry. Harmondsworth Penguin.

<sup>67</sup> Edelson, M. (1970) The practice of sociotherapy. New Haven, Yale University Press



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.<sup>68</sup>

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε Ε.Ο.Κ. 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.

Τα τελευταία χρόνια μιλάμε για **ψυχιατρική μεταρρύθμιση**, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη.

Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους.

## **5.2 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»**

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

---

<sup>68</sup> Ν. 1397/83

γνώμη του κ. Λαουδιά: Το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ 1» είναι η πρώτη σοβαρή παρέμβαση Ευρωπαϊκής απόφασης όπου τα πρώτα βήματα γίνονται μέσα στο νοσοκομείο χωρίς την δημιουργία δομών έξω από τα ψυχιατρεία.»

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.

Η πρώτη φάση του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000 - 2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001 - 2010. Η δεύτερη αναθεώρησή του έχει προγραμματισθεί για το έτος 2004, οπότε και θα ισχύει για μια νέα δεκαετία.

### **5.2.1 : Η Α' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2000 - 2001)**

Η Α' Φάση εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο.

Η Α' φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιλάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» υπήρξαν τα εξής:

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

Στο πλαίσιο της Α' φάσης του ΨΥΧΑΡΓΩΣ», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία «Μονάδας Υποστήριξης, Εμψύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων υλοποίησης» του προγράμματος.

Ο στόχος της Μονάδας (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης.

Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας, ανατέθηκε στο **Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)** έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό.

Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:

1. Συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων
2. Σχεδιασμός και λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος
3. Εντοπισμός, ανάλυση και επικύρωση της καινοτομίας
4. Ενέργειες διάδοσης-ευαισθητοποίησης
5. Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας
6. Εμψύχωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπ. Υγείας - Πρόνοιας
7. Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών.

Το έργο της Μονάδας Υποστήριξης, Εμψύχωσης & Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ολοκληρώθηκε με επιτυχία και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομώνων - Αξιολογητών, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκόμενων στο Πρόγραμμα Φορέων.

Ο κ. Λαουδιάς ανέφερε τα αποτελέσματα της πρώτης φάσης του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»: «Τα αποτελέσματα με την υλοποίηση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ 1» ήταν ικανοποιητικά και περισσότερα από όσα σχεδιάστηκαν. Το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» έδωσε στην συνολικά 11 ξενώνες και 13 διαμερίσματα. Ο ξενώνας διαβαθμίζεται σε κατηγορίες :

- α) το οικοτροφείο ,που είναι νοσηλευτικό τμήμα που απλά μεταφέρθηκε έξω με την παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού κάποιες ώρες,
- β) 13 εργαστήρια απασχόλησης,
- γ) διαμερίσματα που οι ψυχικά ασθενείς μαθαίνουν να ζουν μόνο με ιατρική παρακολούθηση.

Η δημιουργία όλων των παραπάνω είναι μια πολύ θετική εξέλιξη. Όλες οι προαναφερόμενες μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δεν δημιουργηθήκαν και πόσο μάλλον δεν λειτούργησαν, τόσο απλά και τόσο ομαλά στην ελληνική κοινωνία. Υπήρξαν μεγάλες αντιδράσεις λόγω ύπαρξης του στίγματος.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Θα αντιδρούσατε στη δημιουργία ενός μικρού ξενώνα σχιζοφρενών στη γειτονιά σας;» (Ερώτηση 18 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 5.1 : Αντιδράσεις στην δημιουργία ξενώνων για σχιζοφρενείς

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%
ΥΠΕΡ	328	40,2
ΚΑΤΑ	77	9,4
ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ/ ΔΕΝ ΘΑ ΜΕ ΠΕΙΡΑΖΕ	399	48,9
ΣΥΝΟΛΟ	807	98,9
ΔΑ	11	1,5
ΣΥΝΟΛΟ	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Τα άτομα του δείγματος σχεδόν μισά και μισά (40,2% και 48,9%, αντίστοιχα) δηλώνουν την αποδοχή και αδιαφορία τους αντίστοιχα, όσον αφορά την γειτνίαση τους με έναν ξενώνα που θα φιλοξενεί άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι απαντήσεις που δόθηκαν σκιαγραφούν την υποκριτική στάση των ερωτηθέντων, καθώς οι όποιες προσπάθειες έχουν καταβληθεί για την διαδικασία αποσυλοποίησης συναντούν σθεναρή αντίσταση από τους

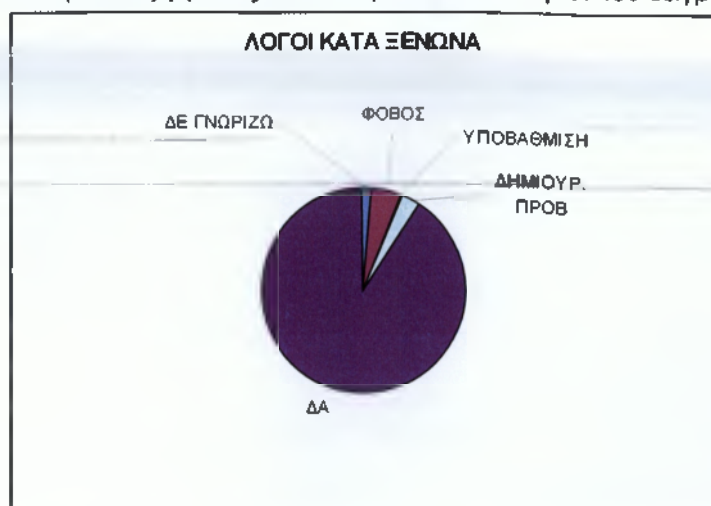
κατοίκους που θα συμβιώσουν κοντά σε αυτούς. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 9,8% ατόμων, δηλώνει κατά αυτής της προσπάθειας. Τα αποτελέσματα της ερώτησης 19, μας παρουσιάζουν τους λόγους για τους οποίους ο πληθυσμός είναι αντίθετος στη δημιουργία ενός ξενώνα σχιζοφρενών.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για ποιους λόγους θα αντιδρούσατε στη δημιουργία ενός μικρού ξενώνα σχιζοφρενών στην γειτονιάς;» (Ερώτηση 19 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 5.2 : Λόγοι αντιδράσεων στην δημιουργία Ξενώνων για σχιζοφρενείς

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	13	1,6
ΦΟΒΟΣ	38	4,7
ΥΠΟΒΑΘΜΙΣΗ	4	0,5
ΔΗΜΙΟΥΡ. ΠΡΟΒ	21	2,6
ΣΥΝΟΛΟ	76	9,3
ΔΑ	740	90,7
ΣΥΝΟΛΟ	816	100,0

Πηγή: Αποτέλεσμα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 5.1

Στην συνέχεια της έρευνας, εξετάζουμε τις απόψεις των ατόμων που απάντησαν «ΚΑΤΑ» στην προηγούμενη ερώτηση (ερώτηση18), που είναι ανοιχτού τύπου, και ζητά συγκεκριμένα τους λόγους για τους οποίους έδωσαν αρνητική απάντηση.

Το ένα εικοστό των ατόμων του δείγματος (4,7%) είναι κατά της δημιουργίας ενός ξενώνα σχιζοφρενών λόγω φόβου . ένα μικρός αριθμός των ατόμων (2,6%) είναι 'κατά' διότι πιστεύουν ότι θα τους δημιουργούν προβλήματα ενώ μόλις το 0,5 % των ατόμων πιστεύει ότι θα υποβαθμιστεί η περιοχή. Εντύπωση όμως προκαλεί ότι το 1,6% δεν γνωρίζει γιατί είναι 'κατά'.

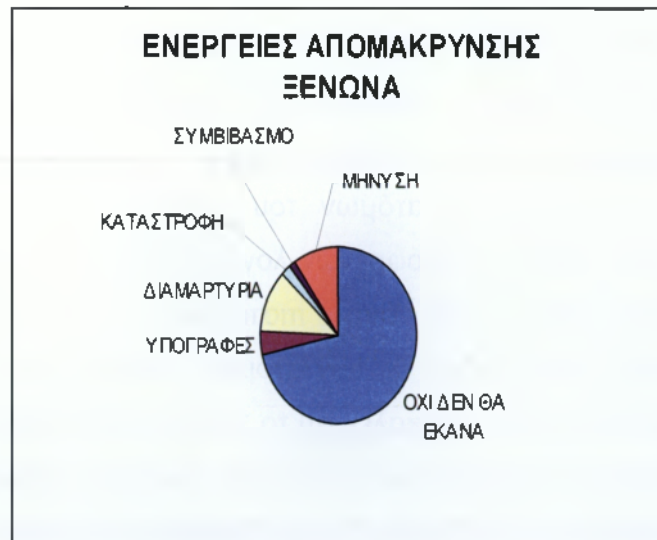
Μέσα από την παραπάνω στατιστική ανάλυση, παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων θα είχε πρόβλημα να έμενε δίπλα σε ξενώνα που θα φιλοξενούσε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Η άποψή τους αυτή, βλέπουμε ότι βασίζεται περισσότερο στο φόβο που έχουν απέναντι στο άτομο που πάσχει (λόγω του ότι αποτελεί δημόσιο κίνδυνο, όπως είδαμε και στο δεύτερο κεφάλαιο) και στο ενδεχόμενο δημιουργίας προβλημάτων στη γειτονιά τους. Επίσης, ένα ποσοστό ατόμων μίλησε για υποβάθμιση, ενώ κάποια άλλη μερίδα, δεν γνώριζε το λόγο που απάντησε αρνητικά.

Διακρίνουμε αφενός μεν, την άγνοια και έλλειψη πληροφόρησης που επικρατεί και αφετέρου, την ύπαρξη βαθμού κοινωνικού στιγματισμού που τους χαρακτηρίζει. Ο στιγματισμός θα φανεί ακόμα πιο έντονος, όταν τα άτομα του δείγματος απαντήσουν στην ερώτηση: «Θα κάνατε κάποιες ενέργειες για να απομακρυνθεί αυτός ο ξενώνας, και αν ναι, ποιες;» (Ερώτηση 20 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 5.3 : Ενέργειες για απομάκρυνση ξενώνα σχιζοφρενών.

	ΣΥΧΝ/ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΟΧΙ ΔΕΝ ΘΑ ΕΚΑΝΑ	68	71,6
ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ	4	4,2
ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΙΑ	11	11,6
ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ	2	2,2
ΣΥΜΒΙΒΑΣΜΟΣ	1	1,1
ΜΗΝΥΣΗ	9	9,5
ΣΥΝΟΛΟ	95	100,0

Πηγή: Αποτέλεσμα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 5.2

Η ερώτηση 20 είναι και αυτή ανοιχτού τύπου και απευθύνεται στα άτομα που απάντησαν 'κατά' στην ερώτηση: «Θα αντιδρούσατε στη δημιουργία ενός μικρού ξενώνα σχιζοφρενών στη γειτονιά σας;» (Ερώτηση 18 ερωτηματολογίου). Τα συγκεκριμένα άτομα θα έκαναν κάποιες κινήσεις για να απομακρυνθεί ο ξενώνας αλλά αξιοσημείωτο είναι και το υψηλό ποσοστό αυτών που απάντησαν ότι δεν θα έκαναν κάτι αν και ήταν αρνητικοί στη σκέψη δημιουργίας ξενώνα. Έτσι, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (71,6%) δεν θα έκανε καμία ενέργεια για απομάκρυνση εφόσον ο ξενώνας είχε δημιουργηθεί και λειτουργήσει. Το ένα τέταρτο σχεδόν των ατόμων (28,4%) θα αντιδρούσε κλιμακωτά, από απλό συμβιβασμό έως την ακραία απομάκρυνση του, την καταστροφή (βόμβα). Από τη στιγμή που θεωρείται δεδομένη η ίδρυση και λειτουργία ενός ξενώνα, δεν γίνεται καμία ενέργεια απομάκρυνσής του<sup>69</sup>. Το 11,6% των ατόμων θα έκανε διαμαρτυρία, το 8,4% των ατόμων έκανε μήνυση, το 4,2% θα αντιδρούσε με υπογραφές, το 1,1% των ατόμων θα συμβιβαζόταν και το ίδιο ποσοστό ατόμων απάντησαν ότι θα κατέστρεφαν τον ξενώνα.

<sup>69</sup> κ. ΛΑΟΥΔΙΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Πρώην Πρόεδρος Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τριπόλεως - Γυναικολόγος

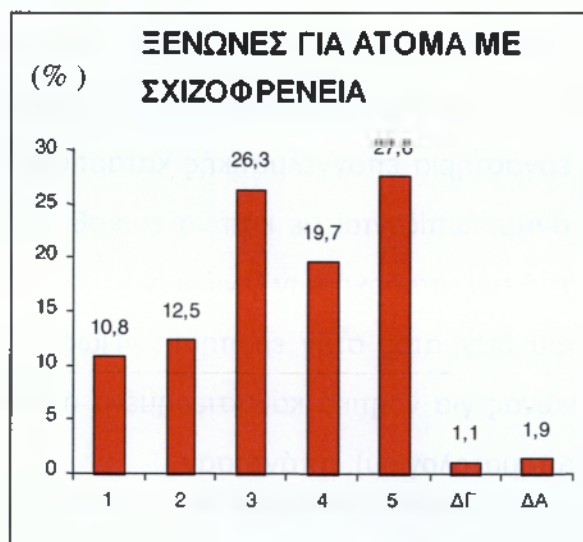
Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Πώς θα αισθανόσασταν, αν αναπτυσσόταν ένας ξενώνας για άτομα με σχιζοφρένεια στη γειτονιά σας;» (Ερώτηση 30,4 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

(Το 1 σημαίνει πολύ αρνητικός και το 5 πολύ θετικός)

Πίνακας 5.4 : Ξενώνες για άτομα με σχιζοφρένεια

	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	88	10,8
2	102	12,5
3	215	26,3
4	161	19,7
5	225	27,6
ΔΓ	9	1,1
Σύνολο	812	99,5
Δεν απάντησαν	16	1,9
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 5.3

Περισσότερα από το ένα τέταρτο των τόμων του δείγματος (27,6%) είναι σύμφωνο με τη δημιουργία ξενώνων για σχιζοφρενείς. Ακόμα το ένα τέταρτο των ατόμων (26.3%) όμως μάλλον μένει αδιάφορο. Και στα παρακάτω αποτελέσματα οι απαντήσεις των ατόμων του δείγματος κινούνται στο ίδιο



κλίμα. Το 25,7% των ατόμων είναι σύμφωνο με τη δημιουργία ξενώνων για αλκοολικούς ενώ υπάρχει και ένα 24,6% των ατόμων που παραμένει αδιάφορο.

Σε συσχέτιση με την ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να δημιουργηθούν περισσότερα ψυχιατρεία;» (Ερώτηση 29.4 ερωτηματολογίου), παρατηρούμε ότι ενώ το 77,8% των ατόμων συμφωνεί ως πολιτική αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας τη δημιουργία ξενώνων, το 23,3% διαφωνεί στη δημιουργία ξενώνων στη γειτονιά του. Διακρίνουμε ότι οι Έλληνες πολίτες γνωρίζουν τι θα μπορούσε να συμβάλει στην καλύτερη θεραπεία των ψυχικά πασχόντων αλλά δεν είναι διατεθειμένοι να το κάνουν.

Τα άτομα του δείγματος διακατέχονται από έντονες στιγματικές αντιλήψεις για τα άτομα με σχιζοφρένεια. Αυτό είναι που έχει, μέχρι στιγμής, αποτελέσει και τροχοπέδη στο πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Γνωρίζοντας ότι ψυχική ασθένεια δεν είναι μόνο η σχιζοφρένεια αλλά και η εξάρτηση από οι διαταραχές ουσίες (ναρκωτικά, αλκοολισμός), οι καταθλιπτικές διαταραχές καθώς και η νοητική καθυστέρηση, το αποκαταστασιακό ευρωπαϊκό πρόγραμμα μερίμνησε αναλόγως και για αυτές τις ασθένειες. Δηλαδή ίδρυσε και βοήθησε στη λειτουργία ξενώνων, οικοτροφείων, προστατευμένα διαμερίσματα και εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης. Όλες οι παραπάνω ομάδες ασθενών αντιμετωπίζονται με κάποια ευαισθησία αλλά και συμπόνια και αυτό φαίνεται από την αποδοχή των ξενώνων.

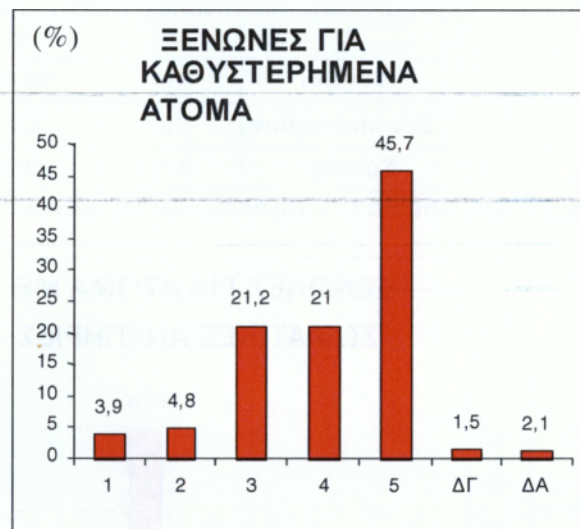
Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Πώς θα αισθανόσασταν, αν αναπτυσσόταν ξενώνας για νοητικά καθυστερημένα άτομα στη γειτονιά σας;» (Ερώτηση 30,1 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

*(Το 1 σημαίνει πολύ αρνητικός και το 5 πολύ θετικός)*

Πίνακας 5.5 : Ξενώνες για καθυστερημένα άτομα

	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	32	3,9
2	39	4,8
3	173	21,2
4	171	21,0
5	373	45,7
ΔΓ	12	1,5
Σύνολο	811	99,4
Δεν απάντησαν	16	2,1
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 5.4

Σχεδόν τα μισά άτομα του δείγματος (45,7%) βρίσκουν πολύ θετικό την δημιουργία ξενώνων για νοητικά καθυστερημένα άτομα. Η νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση διακοπής της ανάπτυξης, ή ατελούς ανάπτυξης των νοητικών ικανοτήτων, η οποία χαρακτηρίζεται από έκπτωση των δεξιοτήτων και της νοημοσύνης, σε πεδία όπως των γνωστικών λειτουργιών, της γλωσσικής ικανότητας και των κινητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων<sup>70</sup>. Σύμφωνα λοιπόν με τον ορισμό αυτό, το 45,7% των ατόμων απαντά θετικά από αισθήματα οίκτου και φιλανθρωπίας προς τον συνάνθρωπο.

<sup>70</sup> Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της: από την θεωρία στην πράξη, Μανδιανός Μ., 1994

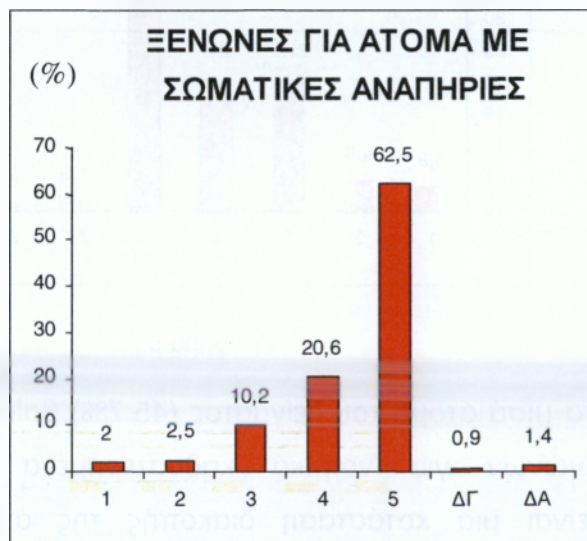
Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Πώς θα αισθανόσασταν, αν αναπτυσσόταν ένας ξενώνας για άτομα με σωματικές αναπηρίες στη γειτονιά σας;»(Ερώτηση 30,3 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

(Το 1 σημαίνει πολύ αρνητικός και το 5 πολύ θετικός

Πίνακας 5.6.: Ξενώνας για άτομα με αναπηρίες

	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	16	2,0
2	20	2,5
3	83	10,2
4	168	20,6
5	510	62,5
ΔΓ	7	,9
Σύνολο	814	99,8
Δεν απάντησαν	12	1,4
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 5.5.

Το 62,5% είναι πολύ θετικό με την δημιουργία ξενώνων για άτομα με σωματικές αναπηρίες όπως φαίνεται από το γράφημα 81. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε συναισθήματα οίκτου και συμπόνιας που τρέφουν απέναντι στα άτομα με σωματικές αναπηρίες, όπως συμβαίνει και στην ερώτηση 30,1 για τα νοητικά καθυστερημένα άτομα.

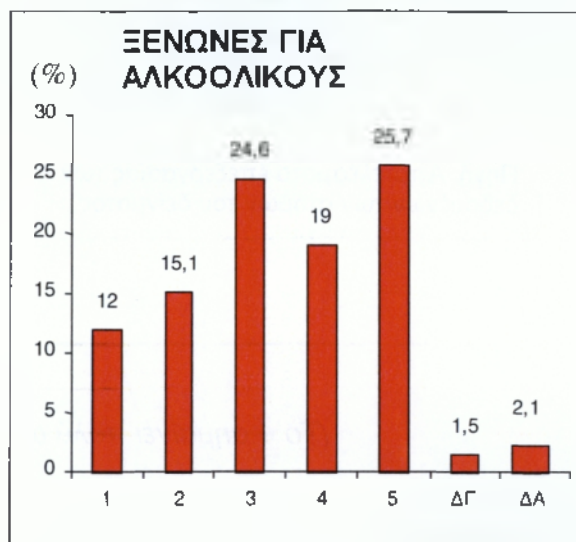
Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Πώς θα αισθανόσασταν, αν αναπτυσσόταν ένας ξενώνας για αλκοολικούς στη γειτονιά σας;»(Ερώτηση 30,5 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

(Το 1 σημαίνει πολύ αρνητικός και το 5 πολύ θετικός)

Πίνακας 5. 7.: Ξενώνες για αλκοολικούς

	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	98	12,0
2	123	15,1
3	201	24,6
4	155	19,0
5	210	25,7
ΔΓ	12	1,5
ΔΑ	10	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>809</b>	<b>99,1</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>17</b>	<b>2,1</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 5.6

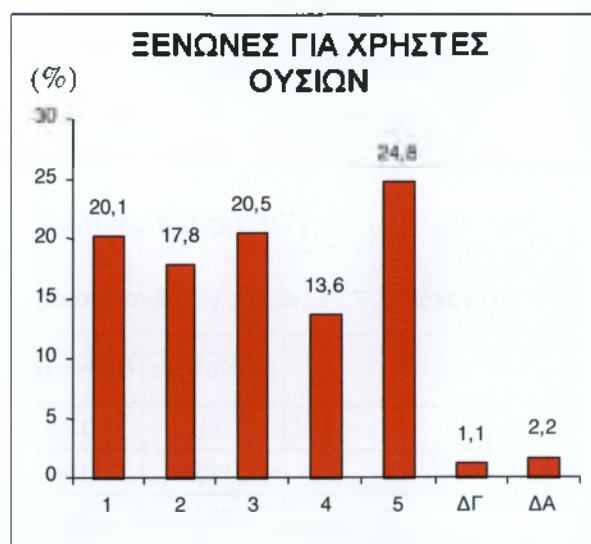
Τα άτομα του δείγματος στις ερωτήσεις: «Πώς θα αισθανόσασταν, αν αναπτυσσόταν ένας ξενώνας για χρήστες ουσιών (ναρκωτικά) στη γειτονιά σας;»(Ερώτηση 30,6 ερωτηματολογίου) και «Πώς θα αισθανόσασταν, αν αναπτυσσόταν ένας ξενώνας για άτομα με AIDS στη γειτονιά σας;» (Ερώτηση 30,7ερωτηματολογίου), απάντησαν:

(Το 1 σημαίνει πολύ αρνητικός και το 5 πολύ θετικός)

Πίνακας 5.8 : Ξενώνες για χρήστες ουσιών

	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	125	15,3
2	76	9,3
3	175	21,4
4	127	15,6
5	285	34,9
ΔΓ	9	1,1
Σύνολο	810	99,3
Δεν απάντησαν	19	2,3
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



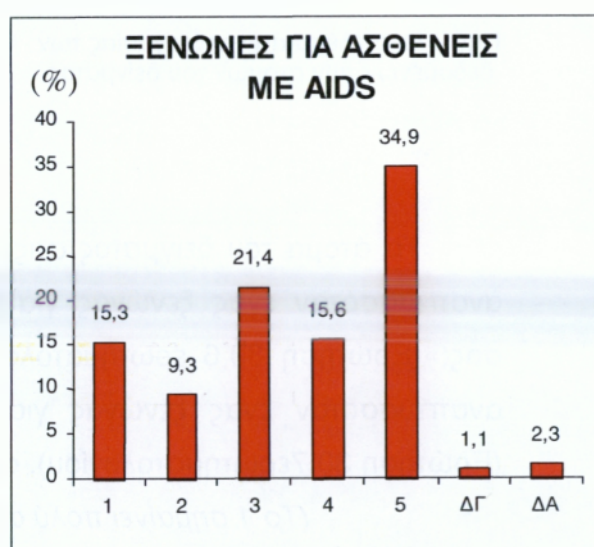
Γράφημα 5.7

(Το 1 σημαίνει πολύ αρνητικός και το 5 πολύ θετικός)

Πίνακας 5.9 : Ξενώνες για ασθενείς με AIDS

	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	125	15,3
2	76	9,3
3	175	21,4
4	127	15,6
5	285	34,9
ΔΓ	9	1,1
Σύνολο	810	99,3
Δεν απάντησαν	19	2,3
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 5.8

Από τα αποτελέσματα των παραπάνω απαντήσεων, με τον τρόπο που παρατέθηκαν, φαίνεται να υπάρχει θετικό κλίμα για την δημιουργία ξενώνων για χρήστες ουσιών (24,8% των ατόμων), αλκοολικούς (53,7% των ατόμων) και για ασθενείς με AIDS (34,9% των ατόμων).

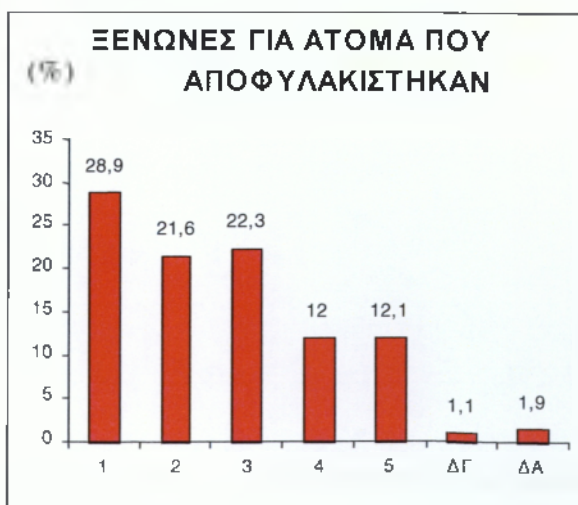
Η αποδοχή των ειδικών αυτών ομάδων, ίσως να οφείλεται στην καθημερινότητα του προβλήματος που οδήγησε στον κορεσμό των θεαμάτων τέτοιων εικόνων καθώς και στην καλή γνώση της φύσης των ασθενειών τους που επιτυγχάνεται από την υποχρεωτική εκπαίδευση. Θα μπορούσαμε, λοιπόν, να προτείνουμε την έγκυρη ενημέρωση των μαθητών που θα δημιουργήσει γνωσιολογικά όρια που θα οδηγήσουν σε ορθή συμπεριφορά για την μείωση του στίγματος το οποίο δημιουργείται από προκαταλήψεις εδραιωμένες σε άγνοια και σε βαθιά έλλειψη συναισθηματικού προτύπου.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Πώς θα αισθανόσασταν, αν αναπτυσσόταν ένας ξενώνας για άτομα που μόλις αποφυλακίστηκαν για κάποιο σοβαρό ποινικό αδίκημα, στη γειτονιά σας;» (Ερώτηση 30,2 ερωτηματολογίου)

(Το 1 σημαίνει πολύ αρνητικός και το 5 πολύ θετικός  
Πίνακας 5.10 : Ξενώνες για άτομα που μόλις αποφυλακίστηκαν

	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	236	28,9
2	176	21,6
3	182	22,3
4	98	12,0
5	99	12,1
ΔΓ	9	1,1
Σύνολο	812	99,5
Δεν απάντησαν	16	1,9
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 5.9

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του κόσμου (28,9%) είναι πολύ αρνητικό με τη δημιουργία ξενώνων για άτομα που μόλις αποφυλακίστηκαν. Αυτό ίσως να οφείλεται στη φοβία των ατόμων σχετικά με την επικινδυνότητα των αποφυλακισμένων. Σε αυτό συμβάλλει η κοινωνική υποβάθμιση της γειτονιάς όπου διαμένουν και ο χαρακτηρισμός της ως κακόφημη.

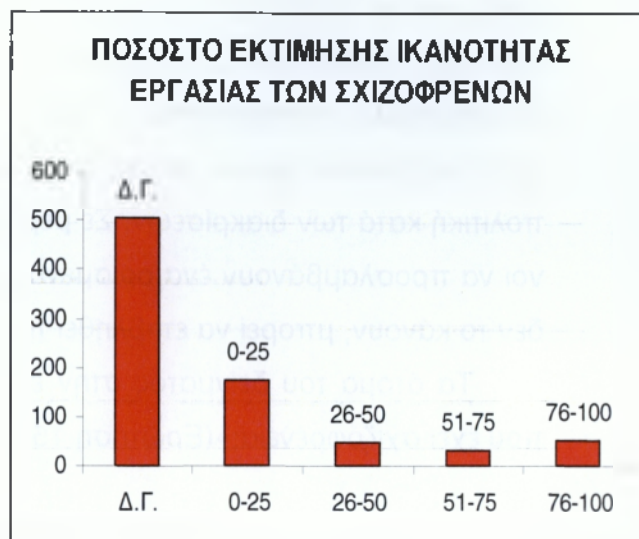
Όσο αφορά τη δημιουργική και εργοθεραπευτική ενασχόληση, δημιουργήθηκαν συνεταιρισμοί για τους ψυχικά ασθενείς ,πραγματοποιούνται εκθέσεις σε διάφορες πόλεις και διαφημίζονται. Οι εκθέσεις δεν είναι διαδεδομένες αλλά εξελίσσονται και προχωρούν αργά. Δημιουργούνται προγράμματα στον Ο.Α.Ε.Δ. που ωστόσο δεν αποδίδουν , λόγω στίγματος. Γίνεται προσπάθεια για το τελικό κλείσιμο των ψυχιατρείων.»

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: « Στα εκατό άτομα, που πάσχουν από σχιζοφρένεια, πόσα νομίζετε ότι θα μπορούσαν να εργασθούν σε κανονικές δουλειές;» (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ – Ερώτηση 24 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 5.11: Εκτίμηση για το ποσοστό των σχιζοφρενών που μπορούν να εργαστούν.

Πλήθος ατόμων	Συχνότητα	Ποσοστό %
0	50	6,1
1	2	0,2
2	8	1,0
3	6	0,7
4	3	0,4
5	23	2,8
7	2	0,2
9	1	0,1
10	45	5,5
12	1	0,1
15	5	0,6
18	2	0,2
19	1	0,1
20	21	2,6
25	3	0,4
30	16	2,0
33	1	0,1
40	5	0,6
50	25	3,1
60	14	1,7
65	3	0,4
70	13	1,6
75	2	0,2
80	20	2,5
85	3	0,4
90	11	1,3
93	1	0,1
95	4	0,5
98	2	0,2
99	2	0,2
100	9	1,1
Δεν γνωρίζω	506	62,0
Σύνολο	810	99,5
Δεν απάντησαν	6	0,7
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 5.10

Το 6,1% των ατόμων του δείγματος απάντησε ότι δεν μπορεί κανένας σχιζοφρενής να εργαστεί σε κανονικές δουλειές, αντίθετα με το 1,1%. Μόλις το 3,1% των ατόμων απάντησε ότι μόνο τα μισά άτομα θα μπορούσαν. Το 62 % δεν γνωρίζει εάν θα μπορούσαν οι σχιζοφρενείς να εργαστούν σε κανονικές δουλειές.

Η εργασία θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μηχανισμός ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Όπως έχουμε προαναφέρει, νομοθετούνται θέσεις σε διάφορες υπηρεσίες, στα πλαίσια του



προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» για τα άτομα εκείνα που λαμβάνοντας την κατάλληλη θεραπεία, χρήζει η άμεση κοινωνική τους αποκατάσταση. Οι άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας από τους ανθρώπους με σωματικές αναπηρίες. Η κυβερνητική πολιτική μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην θέσπιση κινήτρων ώστε οι εργοδότες να προσλαμβάνουν άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και να επιβάλλουν πολιτική κατά των διακρίσεων, Σε μερικές χώρες οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι να προσλαμβάνουν ένα ορισμένο ποσοστό ατόμων με ειδικές ανάγκες. Εάν δεν το κάνουν, μπορεί να επιβληθεί πρόστιμο.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: « Θα δίνατε δουλειά σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,12 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 5.12 : Σχιζοφρένεια – Εργασία

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ</b>	63	7,7
<b>ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ</b>	211	25,9
<b>ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ</b>	264	32,4
<b>ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ</b>	196	24,0
<b>ΔΓ</b>	65	8,0
<b>Σύνολο</b>	810	99,3
<b>Δεν απάντησαν</b>	17	2,0
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (56,4%) δεν θα εμπιστευόταν να δώσει εργασία σε κάποιον σχιζοφρενή. αντίθετη άποψη έχει το ένα τρίτο των ατόμων (33,4%), που θα έδινε εργασία ίσως αποτελεί την εξαίρεση ή αυτό το αποτέλεσμα είναι ένα ψεύδος σύμφωνα με τον κ. Λαουδιά. Τα άτομα που βρίσκονται σε πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης – αποιδρυματισμού, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ευρέσεως εργασίας λόγω του έντονου κοινωνικού στιγματισμού.

Δημιουργήθηκαν συνεταιρισμοί για τους ψυχικά ασθενείς ,πραγματοποιούνται εκθέσεις σε διάφορες πόλεις και διαφημίζονται. Οι εκθέσεις δεν είναι διαδεδομένες αλλά εξελίσσονται και προχωρούν αργά. Δημιουργούνται προγράμματα στον Ο.Α.Ε.Δ. που ωστόσο δεν αποδίδουν , λόγω στίγματος. Γίνεται προσπάθεια για το τελικό κλείσιμο των ψυχιατρείων.»

Η εργασία θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μηχανισμός ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Όπως έχουμε προαναφέρει, νομοθετούνται θέσεις σε διάφορες υπηρεσίες, στα πλαίσια του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» για τα άτομα εκείνα που λαμβάνοντας την κατάλληλη θεραπεία, χρήζει η άμεση κοινωνική τους αποκατάσταση. Οι άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας από τους ανθρώπους με σωματικές αναπηρίες. Η κυβερνητική πολιτική μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην θέσπιση κινήτρων ώστε οι εργοδότες να προσλαμβάνουν άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και να επιβάλλουν πολιτική κατά των διακρίσεων. Σε μερικές χώρες οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι να προσλαμβάνουν ένα ορισμένο ποσοστό ατόμων με ειδικές ανάγκες. Εάν δεν το κάνουν, μπορεί να επιβληθεί πρόστιμο.

### **5.2.2 : Η Β' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2002-2006)**

Η Β' Φάση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Ο κ. Λαουδιάς αναφερόμενος στη δεύτερη φάση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», τόνισε ότι: Το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2» έχει πιο σοβαρό σκοπό. Στοχεύει στην δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων ενσωματωμένα στα Γενικά Νοσοκομεία ,στην τελική κατάργηση των ασύλων ώστε ο ψυχικά ασθενής να μένει στο σπίτι του ,στην δημιουργία και άλλων ξενώνων και στην προσφορά εργασίας επί πληρωμή των ψυχικά ασθενών.»

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. 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.
- 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 Προστατευμένα 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.),
- η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και
- η αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανάταξης,

εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων.

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.

Στην συνέχεια παρατίθενται πίνακες για τα έργα που προβλέπεται να υλοποιηθούν κατά την Β' Φάση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ανά Πε.Σ.Υ.Π., τύπο δομής και χρονικό προγραμματισμό

	Ψυχιατρικά Τμήματα			Παιδοψυχιατρικά Τμήματα			Κ.Ψ.Υ.- Ιατροπαιδαγωγικά			Ξενώνας Βραχείας Παραμονής			Κέντρα Ημέρας			Κινητές Μονάδες			Σύνολο			ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ
	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	
Πε.Σ.Υ.Π.																						
Αν. Μακεδ.-Θράκη	3	1					4	1		1	1		2						10	3	0	13
Α' Κεντρ. Μακεδ.	2										2		3						5	2	0	7
Β' Κεντρ. Μακεδ.	2	1		1				1			4								3	6	0	9
Δυτ. Μακεδονία		1						1		1						1			1	3	0	4
Ηπείρου		2	1		1			2				1	1	2	1		2		1	9	3	13
Θεσσαλίας	3	1					1				1		2	2		2			8	4	0	12
Ιονίων Νήσων		1						3			2		1	2		2			1	10	0	11
Δυτ. Ελλάδας	1	2		1			2	2	1		1		2			4			4	10	2	16
Στ. Ελλάδας	1		1				1						2						4	0	1	5
Α' Αττικής		3	1	1				5		1		1		1				2	9	2		13
Β' Αττικής		6	2		3		5	4	1	4	3		2					11	16	3		30
Γ' Αττικής		4		1			5	3	4		2		4					10	9	4		23

Πελοποννήσου	1	4					1	2		1		1		1		4		3	11	1	15	
Βορ. Αιγαίου	1						2			1								3	1	0	4	
Α' Νοτ. Αιγαίου															3			3	0	0	3	
Β' Νοτ. Αιγαίου	1														1			2	0	0	2	
Κρήτης	1	2	1	-1			3	1		1	1	1	1					7	4	2	13	
Σύνολα	16	28	6	5	4	0	24	25	6	9	17	5	18	10	1	6	13	0	78	97	18	193

**ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ**

**ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ανά Πε.Σ.Υ.Π., τύπο δομής και χρονικό προγραμματισμό

	Αυτισμός			Τοξικοεξάρτηση			Αλκοολισμός			Αλτσαχάιμερ			Σύνολο			ΓΕΝΙΚΟ
	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	ΣΥΝΟΛΟ
Αν. Μακεδ.- Θράκη													0	0	0	0
Α' Κεντρ, Μακεδονία		2				1							0	2	1	3
Β' Κεντρ, Μακεδονία			1		1	1		1		1			1	2	2	5
Δυτ, Μακεδονία						1							0	0	1	1
Ηπείρου		1	1		1	1		1					0	3	2	5
Θεσσαλίας	1		1		2	1		1		1			1	4	2	7
Ιονίων Νήσων			1		1								0	1	1	2
Δυτ. Ελλάδας			1		1	2		1		1			0	3	3	6
Στ. Ελλάδας													0	0	0	0
Α' Αττικής										1			0	1	0	1
Β' Αττικής	3		1		2			2					3	4	1	8
Γ' Αττικής		2			1			1		1			0	5	0	5
Πελοποννήσου		2	1		2	1							0	4	2	6
Βορ. Αιγαίου										1			1	0	0	1
Α' Νοτ. Αιγαίου													0	0	0	0
Β' Νοτ. Αιγαίου						1				1			0	0	2	2
Κρήτης		1			1			1		1			1	3	0	4
Σύνολα	4	8	7	0	12	9	0	8	1	3	4	0	7	32	17	56



**ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ**

**ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Ανά Πε.Σ.Υ.Π. τύπο δομής και χρονικό προγραμματισμό

ΠΕ.Σ.Υ.Π.	Ξενώνες			Οικοτροφεία			Προστ. Διαμερίσματα			Εργαστ. Κατάρτ.			Σύνολο			ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ
	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	
Αν. Μακεδονίας	1	2		5			2						8	2	0	10
Θράκης																
Α' Κεντρικής Μακεδονίας		2		5			2						7	2	0	9
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	4	5		6	2		7						17	7	0	24
Δυτικής Μακεδονίας													0	0	0	0
Ηπείρου				2	6		8						10	6	0	16
Θεσσαλίας				7			8			2	6		17	6	0	23
Ιονίων Νήσων	1			6			3						10	0	0	10
Δυτικής Ελλάδας	1			4	1		13						18	1	0	19
Στερεάς Ελλάδας		1		7			2						9	1	0	10
Α' Αττικής													0	0	0	0
Β' Αττικής	1			6									7	0	0	7
Γ' Αττικής	9	2		35	3		50						94	5	0	99
Πελοποννήσου	2	1		4	1		11						17	2	0	19
Βόρειου Αιγαίου		2					2						2	2	0	4
Α' Νότιου Αιγαίου													0	0	0	0
Β' Νότιου Αιγαίου		3		1			2						3	3	0	6

Κρήτης	3	2		8			9						20	2	0	22
Σύνολα	22	20	0	96	13	0	119	0	0	2	6	0	239	39	0	278

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,11 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 5.13 : Σχιζοφρένεια – Στέγαση

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	57	7,0
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	175	21,4
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	246	30,1
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	272	33,3
ΔΓ	52	6,4
Σύνολο	808	99,0
Δεν απάντησαν	14	1,7
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, τα άτομα του δείγματος δεν θα έδιναν στέγαση σε ένα σχιζοφρενή. Αυτό δεν είναι μόνο ένα αποτέλεσμα της ερευνάς μας, αλλά αποτέλεσε και πρόβλημα κατά τη διάρκεια του αποιδρυματισμού, δηλαδή κατά τη φάση όπου υλοποιήθηκε το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Συγκεκριμένα, στη φάση ανεύρεσης και δημιουργίας ξενώνων και διαμερισμάτων, όπως ορίζονται στο «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», έντονες ήταν οι διαμαρτυρίες. Εκ των υστέρων όμως, και αφού δημιουργήθηκαν, τα αποδέχτηκαν για καθαρά οικονομικούς λόγους -χαρακτηριστικό παράδειγμα στην πόλη της Τριπόλεως<sup>71</sup>. Για τους ίδιους λόγους, το 28,4% των ατόμων του δείγματος απάντησε πως θα δεχόταν να στεγάσει σχιζοφρενείς.

Στη συνέχεια, τα άτομα του δείγματος στις ερωτήσεις: «Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια γειτονιά όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;» (Ερώτηση 15,13 ερωτηματολογίου) και «Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο με σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,14 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

<sup>71</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

Πίνακας 5.14 : Γειτνίαση κοντά σε Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	217	26,6
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	283	34,7
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	170	20,8
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	96	11,8
ΔΓ	33	4,0
Σύνολο	809	99,1
Δεν απάντησαν	17	2,1
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Πίνακας 5.15 : Σχιζοφρένεια – Γειτνίαση

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	240	29,4
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	307	37,6
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	152	18,6
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	68	8,3
ΔΓ	36	4,4
Σύνολο	810	99,3
Δεν απάντησαν	13	1,6
Σύνολο	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρούμε πως τα περισσότερα άτομα του δείγματος θα είχαν πρόβλημα να έμεναν δίπλα σε σχιζοφρενή ή έστω κοντά σε ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες.

Συγκεκριμένα στην ερώτηση: «Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο με σχιζοφρένεια;» (Ερώτηση 15,14ερωτηματολογίου) το ποσοστό των ατόμων που θα είχε πρόβλημα να μένει στο διπλανό διαμέρισμα ένας σχιζοφρενής είναι 67% των ατόμων Το αντίστοιχο ποσοστό της ερώτησης: «Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια γειτονιά όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές

ασθένειες;» (Ερώτηση 15,13 ερωτηματολογίου) είναι 61.3% των ατόμων. Οπότε καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι όσο πιο κοντά στην οικεία των ερωτηθέντων διαμένει ένας σχιζοφρενείς, τόσο πιο έντονες οι αντιδράσεις γιατί νιώθουν ότι απειλούνται.

Στην ερώτηση 15.13 τα άτομα του δείγματος αντιδρούν γιατί γίνεται κοινωνικά αντιληπτή η ίδρυση ενός ιδρύματος ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της περιοχής. Κάτι τέτοιο έχει οικονομικοκοινωνικό αντίκτυπο στην περιοχή και ψυχολογικές επιπτώσεις στους κατοίκους της. Οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι διαταραχές που υποκρύπτουν το πανικό ή και άγχος για το τρόπο με τον οποίο θα χαρακτηριστεί η γειτονία αλλά και οι ίδιοι που διαμένουν σε αυτή.

### ΨΥΧΑΡΓΩΣ - Β' φάση

#### ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

<u>ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ</u>			
	2002-2004	2005-2006	2007 +
<u>Κοινοτικές</u> <u>Δομές</u>			
<u>Ψυχικής Υγείας</u>			
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	16	28	6
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γεν. Νοσοκομείων	5	4	0
Κ.Ψ.Υ. - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	24	25	6
Ξενώνες Βραχείας Παραμονής	9	17	5
Κέντρα Ημέρας	18	10	1
Κινητές Μονάδες	6	13	0
Σύνολα	78	97	18
<u>Δομές</u>			
<u>Αποασυλοποίησης</u>			
Ξενώνες	22	20	0

οικοτροφεία	96	13	0
Προστατευμένα Διαμερίσματα	119	0	0
Εργαστήρια Κατάρτισης	2	6	0
Σύνολα	239	39	0
<b><u>Εξειδικευμένες Δομές</u></b> <b><u>Ψυχικής Υγείας</u></b>			
Δομές για τον Αυτισμό	4	8	7
Δομές για την Τοξικοεξάρτηση	0	12	9
Δομές για τον Αλκοολισμό	0	8	1
Δομές για Νόσο Αλτσχάιμερ	3	4	0
Σύνολα	7	32	17
<b>ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>324</b>	<b>168</b>	<b>35</b>
<b>ΔΟΜΩΝ</b>			
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>527</b>		

### 5.3 ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ - Η ΑΝΤΙΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ

Οι ψυχωτικοί άρρωστοι επειδή παραμένουν στο άσυλο για μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να «θεραπευθούν» από την ψυχωτική διεργασία, χάνουν βαθμιαία τη λειτουργικότητά τους όση τους έχει απομείνει από την πορεία της αρρώστιας. Ο άρρωστος είναι κλεισμένος, αδιαφοροποίητος και έτσι ενισχύεται η ψυχωτική του ομογενοποίηση, η έλλειψη δηλαδή της διάκρισης ανάμεσα σε ανθρώπους, πράγματα και χώρους. Η αντίφαση έγκειται ότι στο ψυχιατρείο υποτίθεται ότι είναι ο θεραπευτικός χώρος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ψύχωσης<sup>72</sup>.

<sup>72</sup>Goffman, I. (1961) Asylums. New York, Doubleday.

### 5.3.1. Ο ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Οι εργαζόμενοι στο άσυλο στοχεύουν στη θεραπεία του ψυχωτικού αρρώστου. Εκ των πραγμάτων βιώνουν την ψυχωτική διάχυση στο προσωπικό τους επίπεδο, δηλαδή μια ψυχωτική «κένωση» από τα ψυχονητικά τους περιεχόμενα, με αποτέλεσμα να μην «κρατούν» τίποτα το καλό και το δημιουργικό. Οι εργαζόμενοι έχουν επίσης ένα συναίσθημα εισβολής με την προσβλητική ταύτιση, όπως λέει ο Hochman<sup>73</sup>, κάτι δηλαδή που θα μπορούσε να παρομοιαστεί με «μόλυνση» από την τρέλα.

Ο ιδρυματισμένος εργαζόμενος αμύνεται:

- μέσα από φοβικές άμυνες (ο φόβος για τον ίδιο τον νοσηλευόμενο) ,
- μέσα από τελετουργικές λειτουργίες (άσπρες μπλούζες, ειδικοί χώροι φαγητού κλπ.),
- μέσα από κοινωνικό ακτιβισμό, μια «υπό μανία» των θεραπειών,
- μέσα από τη διάσπαση του θεραπευτικού χώρου του ασύλου,
- μέσα από την πρακτική της αναγκαστικής προσαρμογής σε ένα προκατασκευασμένο «εκμαγείο»<sup>74</sup>,
- μέσα από την «αυτάρκειά» του και τη δημιουργία κλειστών και αυτόνομων ομάδων, συνήθως ανταγωνιστικών,
- μέσα από την καλά οργανωμένη δομή του ιδρύματος που αποστειρώνει τους αρρώστους. Αντίθετα ένα ίδρυμα με ελλείψεις προσφέρει την εμπειρία, ώστε να καλυφθούν οι ελλείψεις με δημιουργικότητα και φαντασία. Η έλλειψη υλικών πόρων δεν σημαίνει εγκατάλειψη του αρρώστου.

Ο χρόνος στο ίδρυμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας ιδρυματισμού. Ο ιδρυματικός χρόνος στο χώρο του ασύλου είναι δύο ειδών : ο χρόνος του *έγκλειστου αρρώστου*, χωρίς όρια , ακαθόριστος, και ο χρόνος (διοικητικά καθορισμένος) του *θεραπευτή* που πρέπει να έχει θεραπευτικά όρια. Ο στόχος του θεραπευτή, για να προλάβει τον ιδρυματισμό του και τον ιδρυματισμό των αρρώστων, είναι να διαφοροποιήσει τον ασυλιακό από το

<sup>73</sup> Hochman, J. (1982) L' institution mentale: du role de la theorie dans les soins psychiatriques desinstitutionalises. In Form. Psychiatrique 58 : 987-991.

<sup>74</sup> Hochman, J. (1982) L' institution mentale: du role de la theorie dans les soins psychiatriques desinstitutionalises. In Form. Psychiatrique 58 : 987-991.

θεραπευτικό χρόνο. Η διαφοροποίηση αυτή επιτυγχάνεται με τη δόμηση του χρόνου του αρρώστου σε μια σειρά θεραπευτικών δραστηριοτήτων ποικίλου φάσματος. Βέβαια η διάρθρωση του χρόνου των εγκλείστων δεν είναι αρκετή ώστε να προλάβει τον ιδρυματισμό, αποτελεί ωστόσο το βασικό άξονα στον οποίο κινούνται και άλλοι παράγοντες.

Η πρόληψη του ιδρυματισμού του προσωπικού επιτυγχάνεται με μια καθορισμένη λειτουργία του ιδρύματος, η οποία ευνοεί τη δημιουργική αυτονομία των θεραπευτών έτσι οι θεραπευτές με τη σειρά τους είναι σε θέση να ενισχύουν τον άρρωστο να γίνει αυτόνομος και δημιουργικός, με την τροποποίηση των ψυχοπαθολογικών δομικών στοιχείων της σκέψης κ.λ.π., προς την ομαλοποίηση, ώστε οι νοητικές του λειτουργίες να αποβαίνουν πηγή ευχαρίστησης.

Στην Ελληνική πραγματικότητα η θεωρία έρχεται αντιμέτωπη με την πράξη. Σύμφωνα με τον κ. Βρέντα Π.<sup>75</sup>: « Η σχέση προσωπικού και ψυχικά ασθενή είναι η χειρίστη. Το προσωπικό νοιώθει ότι έχει δικαιώματα πάνω στον ασθενή με αποτέλεσμα την κακοποίηση τους ,σεξουαλική και σωματική. Η συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στον ψυχικά ασθενή είναι απαράδεκτη. Δεν γίνεται καμία προσπάθεια εξειδίκευσης ή ενημέρωσης του προσωπικού.

Το ψυχιατρείο λειτουργεί ως δεξαμενή πολιτικών συμφερόντων, με αποτέλεσμα τον διορισμό ατόμων ακατάλληλα για νοσηλευτικό προσωπικό.»

Την άποψη αυτή συμμερίζεται και ο κ. Γιαννουλάτος ο οποίος αναφέρει: «Υπάρχουν τριών ειδών ψυχίατροι : α) οι ιδεολόγοι, β) αυτοί που φοβούνται το αίμα και ,γ) αυτοί που έχουν κάποιο δικό τους συγγενικό πρόσωπο. Μόνο το 30% διοικεί σωστά. Από αυτούς οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν την σημασία της «ομάδας».Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δαφνί», οι 850 στους 1800 περίπου παίρνουν ψυχοφάρμακα. Οι ίδιοι νιώθουν ότι εργάζονται σε β' κατηγορίας νοσοκομείο. Δεν αποδέχονται το χώρο εργασίας τους. Γίνεται προσπάθεια να καταργηθεί αυτό το στερεότυπο μέσω των επιμορφωτικών προγραμμάτων στο εξωτερικό. Για την ομάδα των εργοθεραπευτών ,κοινωνικών λειτουργών κ.τ.λ. ,ενώ υπάρχουν εξειδικευμένες σχολές πάνω

---

<sup>75</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος



στην ψυχική υγεία ,οι ίδιοι δεν δέχονται να εργαστούν σε δημόσιο ψυχιατρείο λόγω ανεπαρκούς μισθού και πολλών ωρών εργασίας.».

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Εργασθήκατε κάποια στιγμή σε κάποιο φορέα που παρέχει υπηρεσίες σε ανθρώπους με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ή ψυχικές ασθένειες;» (Ερώτηση 6, ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 5.16 :.Άτομα που εργαστήκαν με/ή για ψυχικά ασθενείς.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΝΑΙ</b>	<b>60</b>	<b>7,4</b>
<b>ΟΧΙ</b>	<b>745</b>	<b>91,3</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>805</b>	<b>98,7</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>11</b>	<b>1,3</b>
	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (91,3%) δηλώνει ότι δεν έχει εργασθεί ποτέ σε κάποιο φορέα που παρέχει υπηρεσίες σε ανθρώπους με ψυχικές ασθένειες. Μόλις το 7,4% των ατόμων έχει εργασθεί. Αυτό είναι κάτι αναμενόμενο και λογικό μιας και οι ψυχιατρικές μονάδες δεν υπάρχουν σε πληθώρα.

### 5.3.2 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ.

Μια σειρά εκθέσεων -αποτέλεσμα ερευνών- έχουν καταδείξει την ανάγκη για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων αρρώστων από τα ψυχιατρεία της χώρας <sup>76</sup>.

Όπως έχει αναφερθεί, ένα ποσοστό που φθάνει σχεδόν το 50% των νοσηλευόμενων στα κρατικά ψυχιατρεία, πλην εκείνου της Λέρου του οποίου ο πληθυσμός είναι ολοκληρωτικά μακράς παραμονής, παραμένει στο ίδρυμα για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Από τον πίνακα 2.1,

<sup>76</sup> Stefanis, c., Madianos, M. (1981) The mental health care delivery system in Greece. Bibliotheca Psychiatrica, Karger Basel

προκύπτει ότι ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς θα μπορούσε να έχει εξέλθει από τα αντίστοιχα ψυχιατρεία, αφού κατά την άποψη των γιατρών τους είναι ελεύθεροι μείζονος ψυχοπαθολογίας - με την προϋπόθεση βέβαια της ύπαρξης κάποιας εναλλακτικής λύσης διαμονής (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα) αφού οι περισσότεροι από τους τροφίμους των ψυχιατρείων έχουν εγκαταλειφθεί από τους συγγενείς τους. Σημαντική είναι η αναφορά του κ. Γιαννουλάτου, ο οποίος τόνισε πως: «Μόλις το 8% των ασθενών που πηγαίνουν στο ψυχιατρείο χρειάζονται εγκλεισμό, όχι όλοι οι ψυχικά ασθενείς. Υπάρχουν και άλλες ομάδες που χρήζουν ψυχικής βοήθειας π.χ. ναρκομανείς, αλκοολικοί. Έτσι θα επιτευχθεί η αποφυγή λειτουργίας ψυχιατρικοποίησης των πάντων.»

### 5.3.3 Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ (DEINSTITUTIONALIZATION)

#### A. Η ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Δύο βασικές ιδεολογικές προσεγγίσεις του αποϊδρυματισμού έχουν καταγραφεί στις διάφορες χώρες όπου αναπτύχθηκε το ομώνυμο κίνημα. Η ιδεολογία του *παραδοσιακού ιατροκεντρισμού* που διέπει τη σχέση θεραπευτή και θεραπευμένου, και η *ιδεολογία της χειραφέτησης*.

Σύμφωνα με τον Rotelli<sup>77</sup>, ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών θεσμών ή της παραδοσιακής λογικής προηγείται εκείνου του αποϊδρυματισμού του ίδιου του άσυλου. Οι ψυχιατρικοί θεσμοί περικλείουν την παραδοσιακή ιατροκεντρική λογική της σχέσης «άρρωστος (νοσηλευόμενος) - υγιής (θεραπευτής ή συγγενής ή οποιοσδήποτε τρίτος)».

Η ιδεολογία της χειραφέτησης θέτει την προϋπόθεση της υπονόμησης και ανατροπής της παραδοσιακής ψυχιατρικής λογικής με τη χειραφέτηση του ψυχιατρικού χώρου. Απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη ενός διαφορετικού τύπου σχέσεων μεταξύ θεραπευμένων και θεραπευτών μέσα στα πλαίσια της πραγματικότητας σχέσης υγείας - αρρώστιας, όπου θεραπευμένοι (υποκείμενα) και θεραπευτές λειτουργούν χωρίς διαχωριστικά όρια μεταξύ «τρέλας» και «υγείας», αφού και οι δύο αυτές έννοιες είναι ρευστές, μετα-

<sup>77</sup> Rotelli, F(1987) Ο αποϊδρυματισμός στην Ευρώπη και το πρόβλημα της Λέρου, στο Συμπόσιο της Α.Π.Ο.Ψ.Υ., Αθήνα.

βλητές καταστάσεις. Η τοποθέτηση αξεπέραστων ορίων μεταξύ των λεγόμενων «υγιών» και των λεγόμενων «τρελών» δαιωνίζει τον τεχνητό ιδρυματισμό με τους μηχανισμούς του στιγματισμού, της ετικετοποίησης, της απαισιοδοξίας (τίποτα δεν γίνεται) και της παραίτησης από κάθε αλλαγή.

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα εγκλείστων για μακρά διαστήματα που, μετά από τη συμμετοχή τους σε ειδικά προγράμματα αποκατάστασης, λειτούργησαν ως φυσιολογικά άτομα μέσα στην κοινότητα.

Η *ομαλοποίηση* (normalization) της ζωής ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες στην κοινότητα απαιτεί την ομαλοποίηση των ιδεών και των σχέσεων. Η κουλτούρα της αυτάρκειας, κατά τον Rotelli, δαιωνίζει την ύπαρξη των ασύλων, δηλαδή την ύπαρξη δομών περιχαρακωμένων ή νησίδων εξορίας εγκλείστων, συμβολικών ή ουσιαστικών, που εμφανίζουν αυτάρκεια οικονομική, «πολιτική» και ιδεολογική. Η κουλτούρα της αυτάρκειας ενυπάρχει και στους μη εγκλείστους.

Σύμφωνα με τον Dell Aqua<sup>78</sup>, ψυχίατρο της ιστορικής ομάδας Basaglia, «ο Αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του Ψυχιατρείου». «Αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητήσουμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει». «Αποϊδρυματισμός είναι το να έρθουμε στη θέση του αρρώστου, να του δώσουμε τη δυνατότητα να διαπραγματευθεί τη θεραπεία του. Ιδρυματισμός είναι όταν λέμε "ο άρρωστός μου", "ο γιατρός μου", ακόμη και αν εργαζόμαστε στην κοινότητα».

---

<sup>78</sup> Dell Aqua, G. (1991) Without mental hospital: The criteria for deinstitutionalization: The Trieste experiment. In Changing mental health care in the cities of Europe. Amsterdam W.H.O Conference.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην αλλαγή του αιώνα, που σημαδεύεται από την εποχή της παγκοσμιοποίησης στην οικονομία και τον πολιτισμό με τα σημαίνοντα και σημαινόμενα που την συνοδεύουν, μπήκαμε αναγκαία και αναγκαστικά στο δρόμο των μεταρρυθμίσεων. Η αναγκαία πορεία μεταρρυθμίσεων στην υγεία, στην παιδεία, στο σωφρονιστικό σύστημα, στο ασφαλιστικό σύστημα, στο δημογραφικό ζήτημα, στην εξωτερική πολιτική, στους διοικητικούς θεσμούς και αλλού είναι πλέον μονόδρομος. Ξεφεύγει ακόμη και από τα “εθνικά πλαίσια” και παίρνει διαστάσεις οικουμενικότητας.

Η μεταβατική αυτή περίοδος, θα φέρει πολλές ανακατατάξεις, πολλές αμφισβητήσεις, πολλαπλές κρίσεις σ’ όλους τους τομείς αλλά ενδεχόμενα να ανοίξει το δρόμο για μια νέα ζωή του σημερινού ανθρώπου. Η πολιτικο-οικονομική κυριαρχία σήμερα φαίνεται να δεσπάζει στα δρώμενα, συμπαρασύρει όμως αναπόφευκτα κοινωνικές και πολιτισμικές δράσεις και αφήνει τεράστια περιθώρια κοινωνικού διαλόγου, κοινωνικής συμμετοχής και κοινωνικής παρέμβασης.

Μετά από αυτό το περίγραμμα του κοινωνικού γίνεσθαι και των νέων εξελίξεων θα εστιάσουμε την προβληματική μας στο χώρο της ψυχικής υγείας υπό το πρίσμα του προγράμματος “ΨΥΧΑΡΓΩΣ”. Ως γλωσσολογικός νεολογισμός εμπεριέχει την ποιητική διάσταση της ψυχικής νόσου και τους απαραίτητους συνειρμούς γύρω από το ταξίδι από το “χώρο” του Ασύλου προς το χώρο της οικειότητας (κοινότητα) μέσα από τη μυθοπλασία αναζήτησης του Χρυσόμαλλου Δέρατος.

Ίσως το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” να πέρασε και να περνά μέσα από συμπληγάδες νοοτροπιών αλλά μπορούμε να πούμε πως θα βγει απ’ αυτό το τούνελ. Λειτουργεί τον τελευταίο χρόνο, έχει πανελλαδική εμβέλεια, συμμετέχει η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, όπως σ’ όλα τα προγράμματα τα τελευταία χρόνια και τροποποιεί τα ψυχιατρικά ήθη. Η συρρίκνωση των ψυχιατρείων μέχρι και η κατάργησή τους δεν αποτελεί πλέον φαντασίωση ορισμένων ονειροπόλων ψυχιάτρων, δεν είναι μια ουτοπική ευχή, αλλά προσδιορίζεται σήμερα περισσότερο από ποτέ. Αυτή η προοπτική είναι κοντά

μας, είναι πραγματικότητα. Αυτές οι εξελίξεις μπορεί να καθοδηγούνται από οικονομικο-τεχνικά κριτήρια αλλά στο χέρι μας είναι να ενσωματώσουμε όρους ποιότητας και κοινωνικής δράσης στο σχέδιο. Αυτές οι προδιαγραφές του “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” δημιουργούν μία ιδιαίτερη ευθύνη στην ψυχιατρική κοινότητα την οποία πρέπει να ενστερνιστεί.

Το πρόγραμμα “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” συνιστά σήμερα τη βασική γραμμή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Αποτελεί το κεντρικό όχημα για το πέρασμα σε μια άλλη εποχή της ψυχιατρικής περίθαλψης. Μπορεί να σχεδιάστηκε ‘κεντρικά’ αλλά αντανακλά και συγκεντρώνει όλα τα συσσωρευμένα αιτήματα της ψυχιατρικής κοινότητας για ουσιαστικές αλλαγές στα ελληνικά ψυχιατρεία. Όσο νωρίτερα η ψυχιατρική κοινότητα συνειδητοποιήσει το νόημα και το περιεχόμενό του τόσο τα αποτελέσματα θα γίνουν πραγματικότητα και η ίδια θα συμμετέχει ενεργητικά σ’ αυτά. Ας αφήσουμε τις μικροψυχίες, τη στείρα αντιπολιτευτική διάθεση, την ιατροκεντρική αντίληψη, τα ασυλιακά αντανακλαστικά, τη δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία και τις κάθε τύπου αναστολές και υπεκφυγές. Ας δεχτούμε την πρόσκληση και την πρόκληση του “ΨΥΧΑΡΓΩΣ”. Να συμμετέχουμε με νέο ενθουσιασμό στις αλλαγές που έρχονται, με ιδέες και σχεδιασμούς, με προτάσεις και εναλλακτικές λύσεις. Ας δώσουμε χώρο και λόγο στους ασθενείς μας να εκφράσουν τις ιδιαιτερότητές τους, να συμμετέχουν σε εργασιακές ευκαιρίες, να γίνουν πρωταγωνιστές στη ζωή τους.

Είναι φανερό ότι το αίτημα για ψυχιατρική μεταρρύθμιση που διατυπώνεται στις αρχές της δεκαετίας του ’80 και υφίσταται πολλά χρόνια πριν, δέχτηκε πολλές αμφισβητήσεις. Ο κανονισμός 815/84 δεν φάνηκε ικανός να απαντήσει σ’ αυτό το αίτημα. Τουλάχιστον όμως, πέρα των έργων υποδομής που άφησε, μας βοήθησε να συνειδητοποιήσουμε ότι χρειαζόμαστε μία καινούρια ψυχιατρική κουλτούρα, νέους σχεδιασμούς στην αποασυλοποίηση, στην αποκατάσταση, στην διαχείριση πόρων, στην στοχοθεσία, στην αξιολόγηση και τέλος στο κριτήριο της ποιότητας. Το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” λαμβάνοντας υπ’ όψη τα παραπάνω αποτελεί τη συνέχεια του κανονισμού 815 και σήμερα προδιαγράφει τις καλύτερες προοπτικές. Οι αλλαγές που θα συντελεστούν θα αλλάξουν άρδην τα δυναμικά στα ψυχιατρικά δρώμενα, στους χώρους των ψυχιατρείων αλλά και στην κοινωνία

ολόκληρη. Οι φιλοδοξίες του αγγίζουν τις πιο ριζοσπαστικές προβλέψεις της δεκαετίας του 80.

### **Οι αλλαγές που έρχονται**

Το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” όπως εύστοχα ειπώθηκε αποτελεί στάση ζωής. Μπορεί η ευρύτερη κοινωνία να μη συναισθάνεται ακόμη τις αλλαγές αυτές αλλά σύντομα θα τις αισθανθεί. Μπορεί η ψυχιατρική κοινότητα να δυσπιστεί ακόμη αλλά σύντομα θα αποβάλλει αυτές τις επιφυλάξεις. Οι αλλαγές που εισάγει το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” μπορούν να αναφερθούν σε διάφορα επίπεδα:

#### A. Για τον ψυχικά πάσχοντα:

Ήδη με τη λειτουργία των πρώτων ξενώνων στην Ελλάδα και με την ολοκλήρωση των υπολοίπων της Α΄ φάσης του προγράμματος θα έχουμε ένα σημαντικό πλήγμα στο στιγματισμό του ψυχικά πάσχοντα. Ο στιγματισμός του ενισχύεται με την ύπαρξη μεγάλων ψυχιατρικών ως χώροι απομονωτισμού και περιθωριοποίησης. Γνωρίζουμε όλοι πόσες δυσχέρειες προκαλεί ο στιγματισμός στο έργο της Αποκατάστασης.

Η κοινωνική τους ενσωμάτωση ακόμη θα συμβάλλει στην απομυθοποίηση του μύθου της επικινδυνότητας. Μπορεί οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να γνωρίζουν το άτομο της επικινδυνότητας για τους ψυχικά πάσχοντες η κοινωνία όμως συντηρεί αυτό το μύθο και τον προβάλλει σαν επιχείρημα απέναντι στο έργο της αποκατάστασης. Στην πραγματικότητα όμως συντηρεί τις δικές της ενοχές και αδικαιολόγητες φοβίες.

Η ποιότητα ζωής των ίδιων των ψυχικά πασχόντων θα ανέβει κατακόρυφα, σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις και επιστημονικές μελέτες. Οι δυνατότητές τους θα αναπτυχθούν, οι δεξιότητές τους θα εκφραστούν, οι προσωπικές τους επιθυμίες θα λειτουργήσουν στους χώρους των ξενώνων, χώροι οικογενειακής αίσθησης, εστίες φυσιολογικής ζωής.

Ακόμη θα αναφανούν τεράστια αποθέματα εσωτερικής δύναμης, αυτοοργάνωσης των ίδιων, διεκδίκησης δικαιωμάτων πράγματα που ήταν και είναι αδιανόητα μέσα στα ψυχιατρεία.

#### B. Για την ψυχιατρική

Με το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” ανοίγεται μία μοναδική ευκαιρία στην ψυχιατρική να προσλάβει ένα θετικό κοινωνικό πρόσημο. Δεν πρέπει να αφήσει αυτή την ευκαιρία να προσπεράσει. Μπορεί να αναδειχτεί ο βαθιά κοινωνικός και ανθρωπιστικός της ρόλος. Να αποβάλλει τα κοινωνικά στερεότυπα περί

αναποτελεσματικότητας και στενού διαχειριστικού ρόλου. Σήμερα έχει την ευκαιρία να εστιάσει στο πάσχον υποκείμενο και όχι τόσο στα συμπτώματά του, να απομακρυνθεί από τα υπονοούμενα περί κατασταλτικού μηχανισμού που της επισυνάπτουν και να συμβάλει στην αποδοχή του διαφορετικού ως μία 'θέαση' κοινωνικού πλούτου.

Έτσι, μέσα από το πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" η ψυχιατρική αποδεικνύει ότι η ψυχιατρική νόσος είναι δυνητικά ιάσιμη, στο βαθμό που η κοινωνία ενσωματώνει τη διαφορετικότητα με τη βοήθειά της και οι ψυχικά πάσχοντες ανταποκρίνονται λίγο ή πολύ στις προσδοκίες της ίδιας της κοινωνίας.

Η ψυχιατρική ακόμη μπορεί να αυτοκαθοριστεί περισσότερο απέναντι στην υπόλοιπη ιατρική και να εκλείψουν τα ποικίλα παραλειπόμενα – υπονοούμενα της μεταξύ τους σχέσης.

### Γ. Για τα ψυχιατρεία

Εδώ οι αλλαγές που αναδύονται είναι συγκλονιστικές. Ποιοι άραγε εθελουφλούν; Μέχρι τέλος του 2000 τα ψυχιατρεία θα έχουν συρρικνώσει τη δύναμή τους κατά 1000 περίπου κρεβάτια. Αυτό και μόνο συνιστά μία άλλη πραγματικότητα. Η μονομέρεια της ασυλιακής ψυχιατρικής περίθαλψης υποχωρεί άρδην. Ο θεραπευτικός χώρος και χρόνος τροποποιείται. Ήδη τα ψυχιατρεία γέμισαν νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Φέρνουν μαζί τους το μεράκι του νέου, μία νέα όρεξη για δουλειά αλλά και καινούριες ιδέες. Αυτό θα ταραξεί τα 'λιμνάζοντα ύδατα'. Μπορεί να θεωρηθεί ως απειλή μπορεί όμως να θεωρηθεί ως ενδυνάμωση.

Οι σχέσεις θεραπευτή – θεραπευμένου αλλάζουν. Παίρνουν ένα ενεργητικό χαρακτήρα. Ανανεώνεται η έννοια της θεραπευτικής ομάδας. Ξεκινούν κοινωνικές δραστηριότητες που ήταν αδύνατο να αναπτυχθούν σε συνθήκες ασύλου.

Αλλάζουν οι τρόποι διοίκησης και οι διοικητικές συμπεριφορές, αναδεικνύονται μέθοδοι και στοιχεία που διαμορφώνουν ένα νέο μοντέλο διαχείρισης πόρων. Υποχωρεί η ιατροκεντρική αντίληψη – δεν είναι τυχαίο που το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" δεν συμπεριλαμβάνει γιατρούς – που έχει μέχρι σήμερα αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Δίνεται η ευκαιρία στα ψυχιατρεία να αναπτύξουν τις νέες δομές ψυχικής υγείας που δεν λειτουργούν ή υπολειτουργούν για να υποστηρίξουν ακόμη περισσότερο τους ξενώνες. Σε επίπεδο Υπουργείου θα γίνει συνειδητό

η άμεση λειτουργία των νέων δομών ψυχικής υγείας και το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” θα συμβάλλει σ’ αυτή την κατεύθυνση.

Ακόμη τα ψυχιατρεία θα επικοινωνήσουν με τα γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία, ήδη έχουν ξεκινήσει συνεργασίες. Αυτό το δίκτυο επικοινωνίας διαμορφώνει ένα περιβάλλον νοσοκομειακής περιφερειακής αυτοτέλειας και πραγματώνεται ένα πάγιο αίτημα.

Ο ‘Απομονωτισμός’ των ψυχιατρείων και η κυρίαρχη αντίληψη ως χώροι ‘κοινωνικών αποβλήτων’ ανατρέπονται και σηματοδοτούνται δράσεις κοινωνικής αναγνώρισης. Τα Γενικά Νοσοκομεία χάνουν την υπεροπτική ή υποτιμητική τους στάση απέναντι στα ψυχιατρεία και συναινούν σ’ ένα κλίμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Τα ψυχιατρεία έχουν να ωφεληθούν πολλά από το πρόγραμμα “ΨΥΧΑΡΓΩΣ”. Μπορούν να ‘αναπνεύσουν’ στους χώρους, να ανασχεδιάσουν πολιτικές ψυχικής υγείας, να αποσυμφορήσουν το στελεχιακό τους δυναμικό από τα θεραπευτικά τους αδιέξοδα και να συνδεθούν άμεσα με τις τοπικές κοινωνίες.

Το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” για τα ψυχιατρεία μπορεί να αποτελεί ένα ψυχιατρικό πρωθύστερο αλλά διευρύνει τη δημοκρατική τους λειτουργία και την θεραπευτική τους δυνατότητα.

#### Δ. Για την κοινωνία

Μέχρι σήμερα η κυρίαρχη τάση της κοινωνίας και της εποχής μας εκφράζεται στο ότι η μοίρα του ψυχικά πάσχοντα βρίσκεται στο ψυχιατρείο. Ο εγκλεισμός είναι η μέθοδος αντιμετώπισής του. Η ιδρυματική αντίληψη εδραιώνεται από κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις. Το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” ανατρέπει αυτά τα δεδομένα. Αντιστέκεται σ’ αυτές τις πεποιθήσεις και κινητοποιεί τις δυνάμεις της κοινωνίας σε μια διαφορετική στάση. Το πρόγραμμα μέσα από την ουσιαστική στεγαστική και εργασιακή του υπόσταση για τον ψυχικά πάσχοντα, απαντά στην παραπάνω αρνητική ατμόσφαιρα με αποδεικτικά στοιχεία και πράξεις.

Η κοινωνία απαλλάσσεται σταδιακά και αληθινά από τις συμπυκνωμένες ενοχές της για τα άσυλα, από την παθητικότητά της και αρχίζει να διαδραματίζει ένα πιο ενεργητικό ρόλο στα ζητήματα ψυχικής υγείας.



Συναισθάνεται μέσα από το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” την κοινωνική ευθύνη που της αναλογεί και διαμορφώνει ιστούς ή δεσμούς κοινωνικής αλληλεγγύης.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας καθόλου ευκαταφρόνητος, είναι η ανάπτυξη των τοπικών κοινωνιών. Οι ξενώνες και τα εργαστήρια θα αναπτύξουν κοινωνικές δραστηριότητες θα δημιουργηθούν συναλλαγές, θέσεις εργασίας, κοινωνικό έργο και θα ενισχύσουν τις τοπικές οικονομίες.

Η λειτουργία των ξενώνων θα ενδυναμώσει και θα εμπλουτίσει τις γειτονίες, θα προσδώσει μία θαυμαστή πολυχρωμία, θα εξουδετερώσει τις φοβικές συμπεριφορές και θα βάλει επιπλέον το ανθρώπινο στοιχείο.

Η ύπαρξη του ξενώνα είναι μία δομή υγείας στη γειτονιά. Αυτή εμπεριέχει μία αίσθηση ασφάλειας στους κατοίκους που θα τους διευκολύνει ουσιαστικά στα αιτήματα υγείας που τυχόν εμφανίζονται. Η πορεία υλοποίησης του προγράμματος χαρακτηρίζεται ομαλή και με μεγάλη κοινωνική ανταπόκριση. Οι μικρές ενστάσεις ανά την Ελλάδα είναι χωρίς ουσιαστική σημασία και χαρακτηρίζονται από ιδιότητα και μικροψυχία.

Παρόλα αυτά, τα άτομα του δείγματος θα αντιδρούσαν στην δημιουργία αποασυλιακών μονάδων λόγω φοβιών για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, φόβοι για δημιουργία προβλημάτων στην περιοχή (γειτονιά) τους και λόγω φόβου υποβάθμισης της περιοχής τους. Πολλά από τα άτομα του δείγματος δεν ξέρουν τον τρόπο με τον οποίο θα αντιδρούσαν στην δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων, ενώ αρκετά από αυτά θα κατέθεταν μήνυση, θα μάζευαν υπογραφές, θα διοργάνωναν διαμαρτυρία ή απλά θα συμβιβάζονταν. Μερικά όμως, θα δρούσαν με ακραίο τρόπο, δηλαδή θα προέβαιναν σε καταστροφικές πράξεις, έως και την τοποθέτηση βόμβας.

Για να μπορέσει λοιπόν να λειτουργήσει με επιτυχία το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», θα πρέπει πάνω από όλα να υιοθετηθούν πολιτικές μείωσης του έντονου κοινωνικού στιγματισμού. Είναι οφθαλμοφανές ότι οι παραπάνω αντιδράσεις πηγάζουν από τις ρατσιστικές και απομονωτικές στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων του δείγματος προς τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, ειδικά για τους σχιζοφρενείς.

## Κεφαλαίο 6:

# ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

# ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

## ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ο πόλεμος, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές, η άναρχη αστικοποίηση και η φτώχεια δεν καθορίζουν μόνο σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία, αλλά είναι επίσης εμπόδια στην προαγωγή της θεραπείας.<sup>79</sup> Αποτελούν αιτίες που μπορούν να καταστρέψουν την εθνική οικονομία καθώς, και το σύστημα υγείας.

Η πολιτική για την ψυχική υγεία μπορεί να αντιμετωπίσει μερικώς τα αποτελέσματα περιβαλλοντικών παραγόντων. Αλλά επειδή πολλοί παράγοντες που συσχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές διατρέχουν σχεδόν όλους τους κυβερνητικούς τομείς, το εύρος της βελτίωσης της ψυχικής υγείας καθορίζεται εν μέρει από τις πολιτικές άλλων κυβερνητικών τομέων.

Η πολιτική του ιδρυματισμού, που εφαρμόστηκε κατά κόρων τις προηγούμενες δεκαετίες, σήμερα δέχεται σοβαρές επικρίσεις. Η πολιτική αυτή, πρόσταζε τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών σε ψυχιατρικές νοσηλευτικές μονάδες. Ο εγκλεισμός αυτός συνήθως διαρκούσε από λίγες εβδομάδες έως και πολλά χρόνια, με αποτέλεσμα ο ασθενής να αποξενώνεται από το κοινωνικό του περιβάλλον εξαιτίας του κοινωνικού στιγματισμού που αναπτυσσόταν πλέον για το άτομό του αλλά και για το ότι είχε ήδη συνηθίσει να ζει στην προστατευμένη κοινότητα του του ψυχιατρικού ιδρύματος όπου νοσηλευόταν<sup>80</sup>.

Στην Ελλάδα, όμως, από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, έχει ήδη αρχίσει να αναπτύσσεται ένας αριθμός υπηρεσιών έξω από τα Ψυχιατρεία της χώρας. Αν και σύμφωνα με τον κ. Βρέντα δεν λειτουργούν σωστά και γίνονται αποδεκτά μόνο ως οικονομική πηγή<sup>81</sup>.

<sup>79</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004, σελ 138.

<sup>80</sup> Στο ίδιο

<sup>81</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

Μια σειρά εκθέσεων -αποτέλεσμα ερευνών- έχουν καταδείξει την ανάγκη για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων αρρώστων από τα ψυχιατρεία της χώρας<sup>82</sup>. Ένα ποσοστό που φθάνει σχεδόν το 50% των νοσηλευόμενων στα κρατικά ψυχιατρεία, πλην εκείνου της Λέρου του οποίου ο πληθυσμός είναι ολοκληρωτικά μακράς παραμονής, παραμένει στο ίδρυμα για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς θα μπορούσε να έχει εξέλθει από τα αντίστοιχα ψυχιατρεία, αφού κατά την άποψη των γιατρών τους είναι ελεύθεροι μείζονος ψυχοπαθολογίας - με την προϋπόθεση βέβαια της ύπαρξης κάποιας εναλλακτικής λύσης διαμονής (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα) αφού οι περισσότεροι από τους τροφίμους των ψυχιατρείων έχουν εγκαταλειφθεί από τους συγγενείς τους. Σημαντική είναι η αναφορά του κ. Γιαννουλάτου, ο οποίος τόνισε πως: «Μόλις το 8% των ασθενών που πηγαίνουν στο ψυχιατρείο χρειάζονται εγκλεισμό, όχι όλοι οι ψυχικά ασθενείς. Υπάρχουν και άλλες ομάδες που χρήζουν ψυχικής βοήθειας π.χ. ναρκομανείς, αλκοολικοί. Έτσι θα επιτευχθεί η αποφυγή λειτουργίας ψυχιατρικοποίησης των πάντων».

Μια από τις κυριότερες πολιτικές στην ψυχική υγεία, είναι η παροχή Πρωτοβάθμιων Φροντίδων Ψυχικής Υγείας. Αυτή η πολιτική έχει ως βάση της την παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο όπως γίνεται και με την παροχή των λοιπών υπηρεσιών υγείας από τα Κέντρα Υγείας ή από Κέντρα Υγείας Ψυχικής Υγείας. Τα Κέντρα Υγείας ή τα Κέντρα Υγείας Ψυχικής Υγείας παρέχουν την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη στους ψυχολογικά ασθενείς και παρακολουθεί την έκβαση της ασθένειάς τους.

Τα Κέντρα Υγείας ή τα Κέντρα Υγείας Ψυχικής Υγείας, θα έχουν αναλάβει και την ενημέρωση του πληθυσμού στις περιοχές όπου καλύπτουν, με μακροπρόθεσμο στόχο την εξάλειψη του κοινωνικού στιγματισμού για τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική αρρώστια ή για τις οικογένειες αυτών των ατόμων, καθώς επίσης και την πρόληψη, με την έννοια της έγκυρης αντιμετώπισης.

---

<sup>82</sup> ΚΕΠΕ: Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας, Αθήνα, 1979

Για τους ασθενείς με έντονη συμπτωματολογία ψυχικών ασθενειών ή για αυτούς που χρειάζονται εντατική παρακολούθηση για την καταστολή της ασθένειάς τους, και με την πολιτική του ιδρυματισμού, νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικά ιδρύματα, θα απευθύνονται σε μονάδες Δευτεροβάθμιας Υγείας. Στα γενικά νοσοκομεία θα έχουν ενσωματωθεί οι ψυχιατρικές μονάδες, όπου εξυπηρετούντο η παραπάνω κατηγορία ασθενών. Η πολιτική της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας, εντάσσει την Ψυχική Υγεία στο Σύστημα Υγείας με αποτέλεσμα, την πιο ολοκληρωμένη και την πιο οργανωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας από την πλευρά της πολιτείας. Προς το παρόν, εφαρμόζεται ολοκληρωμένα από χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, που έχουν ίσως την πιο ολοκληρωμένο σύστημα Υγειονομικής Πολιτικής.

## **6.1. ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

### **6.1.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Δύο βασικές ιδεολογικές προσεγγίσεις του αποϊδρυματισμού, δηλαδή της θεραπείας εκτός νοσοκομείου έχουν καταγραφεί στις διάφορες χώρες όπου αναπτύχθηκε το ομώνυμο κίνημα. Η ιδεολογία του *παραδοσιακού ιατροκεντρισμού* που διέπει τη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, και η *ιδεολογία της χειραφέτησης*.

Σύμφωνα με τον Rotelli<sup>83</sup>, ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών θεσμών ή της παραδοσιακής λογικής προηγείται εκείνου του αποϊδρυματισμού του ίδιου του άσυλου. Οι ψυχιατρικοί θεσμοί περικλείουν την παραδοσιακή ιατροκεντρική λογική της σχέσης «άρρωστος (νοσηλεύόμενος) - υγίης (θεραπευτής ή συγγενής ή οποιοσδήποτε τρίτος)».

Η ιδεολογία της χειραφέτησης θέτει την προϋπόθεση της υπονόμησης και ανατροπής της παραδοσιακής ψυχιατρικής λογικής με τη χειραφέτηση του

<sup>83</sup> Rotelli, F(1987) Ο αποϊδρυματισμός στην Ευρώπη και το πρόβλημα της Λέρου, στο Συμπόσιο της Α.Π.Ο.Ψ.Υ., Αθήνα.

ψυχιατρικού χώρου. Απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη ενός διαφορετικού τύπου σχέσεων μεταξύ θεραπευόμενων και θεραπευτών μέσα στα πλαίσια της πραγματικότητας σχέσης υγείας - αρρώστιας, όπου θεραπευόμενοι (υποκείμενα) και θεραπευτές λειτουργούν χωρίς διαχωριστικά όρια μεταξύ «τρέλας» και «υγείας», αφού και οι δύο αυτές έννοιες είναι ρευστές, μεταβλητές καταστάσεις. Η τοποθέτηση αξεπέραστων ορίων μεταξύ των λεγόμενων «υγιών» και των λεγόμενων «τρελών» διαιωνίζει τον τεχνητό ιδρυματισμό με τους μηχανισμούς του στιγματισμού, της ετικετοποίησης, της απαισιοδοξίας (τίποτα δεν γίνεται) και της παραίτησης από κάθε αλλαγή.

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα εγκλείστων για μακρά διαστήματα που, μετά από τη συμμετοχή τους σε ειδικά προγράμματα αποκατάστασης, λειτούργησαν ως φυσιολογικά άτομα μέσα στην κοινότητα.

Η ομαλοποίηση (normalization) της ζωής ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες στην κοινότητα απαιτεί την ομαλοποίηση των ιδεών και των σχέσεων. Η κουλτούρα της αυτάρκειας, κατά τον Rotelli, διαιωνίζει την ύπαρξη των ασύλων, δηλαδή την ύπαρξη δομών περιχαρακωμένων ή νησίδων εξορίας εγκλείστων, συμβολικών ή ουσιαστικών, που εμφανίζουν αυτάρκεια οικονομική, «πολιτική» και ιδεολογική. Η κουλτούρα της αυτάρκειας ενυπάρχει και στους μη εγκλείστους.

Σύμφωνα με τον Dell Aqua<sup>84</sup>, ψυχίατρο της ιστορικής ομάδας Basaglia, «ο Αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του Ψυχιατρείου». «Αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητήσουμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει». «Αποϊδρυματισμός είναι το να έρθουμε στη θέση του αρρώστου, να του δώσουμε τη δυνατότητα να διαπραγματευθεί τη θεραπεία του. Ιδρυματισμός είναι όταν λέμε "ο άρρωστός μου", "ο γιατρός μου", ακόμη και αν εργαζόμαστε στην κοινότητα».

<sup>84</sup> Dell Aqua, G. (1991) Without mental hospital: The criteria for deinstitutionalization: The Trieste experiment. In Changing mental health care in the cities of Europe. Amsterdam W.H.O Conference.

Στην πράξη, ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών αρρώστων, από τους οποίους το 50% έως 70% ήταν χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι, έκανε ορατή την ύπαρξή τους μέσα στην κοινότητα. Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. στο τέλος της δεκαετίας του 1970 υπολογίζεται ότι 1.7 έως 2.4 εκατομμύρια ενήλικες υπέφεραν από τις επιπτώσεις σοβαρής ψυχιατρικής νόσου, η οποία είχε χρόνια πορεία και που στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν κάποια σχιζοφρενικού τύπου ψύχωση<sup>85</sup> (U.S.P.H.S. 1980).

Ένας αριθμός ερευνών στις Η.Π.Α. και Μ. Βρετανία κατά τη δεκαετία του 1960, γύρω από την επάνοδο των αρρώστων στην κοινότητα, απέδειξε ότι ένα ποσοστό ψυχιατρικών αρρώστων μεγαλύτερο από το 6.5% επιστρέφει στην οικογένειά του<sup>86</sup>.

Σύμφωνα με την έρευνα που κάναμε, η ελληνική πραγματικότητα είναι πιο σκληρή. Η αποδοχή του ψυχικά ασθενή από την ελληνική κοινωνία είναι ανύπαρκτη. Σύμφωνα με την γνώμη του κ. Βρέντα (διευθυντής του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τρίπολης), η οικογένεια δεν αποδέχεται τον ψυχικά ασθενή αλλά ζητάει και τον εγκλεισμό του. Ο κ. Γιαννουλάτος προσθέτει πως η αποδοχή από την οικογένεια δεν είναι επιθυμητή. Τονίζει πως το 40% των οικογενειών των ψυχικά ασθενών, χρήζει ψυχικής βοήθειας. Οπότε όχι απλά δεν πρέπει να έρθουν σε επαφή αλλά επιβάλλεται η πλήρης απομάκρυνσή τους. Γενικά το 35-40% των αρρώστων επιστρέφουν στη συζυγική οικογένεια, το 35-40% στη γονική οικογένεια ή σε άλλους συγγενείς, ενώ το 20-25% ζει μόνο ή σε ξενώνες και οκοτροφεία.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Μπορούν οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια να κάνουν με επιτυχία θεραπεία εκτός νοσοκομείου με τη βοήθεια και την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών;» (Ερώτηση 14,1 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

<sup>85</sup> Freeman, H.E., Simmons, O. (1963) *The Mental Patient Comes Home* New York, Wiley.

<sup>86</sup> Lamb, H.R.(1968) Release of chronic psychiatric patients in the community. *Arch. Gen. Psychiat.*, 9:34-38 και Sanders, R.,Smith, R.S., Weinman, B.S. (1967) *Chronic psychoses and recovery*. San Francisco, Jossey Bass. Και Silverstein, M. (1968) *Psychiatric aftercare* Philadelphia. Univ. of Pensylvania και Davis, A.E., Dimitz, S., Pasamanick, B. (1974) *Schizophrenics in the New Custodial Community*. Colombus, Ohio State University. και Brown και συν. 1966 και Dell Aqua, G. (1991) *Without mental hospital: The criteria for deinstitutionalization: The Trieste experiment*. In *Changing mental health care in the cities of Europe*. Amsterdam W.H.O Conference.

Πίνακας 6.1: Θεραπεία εκτός νοσοκομείου με παρακολούθηση γιατρού.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ</b>	<b>119</b>	<b>14,6</b>
<b>ΣΥΧΝΑ</b>	<b>382</b>	<b>46,8</b>
<b>ΣΠΑΝΙΑ</b>	<b>185</b>	<b>22,7</b>
<b>ΠΟΤΕ</b>	<b>39</b>	<b>4,8</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>75</b>	<b>9,2</b>
<b>ΔΑ</b>	<b>13</b>	<b>1,6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>813</b>	<b>99,6</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Τα τρία πέμπτα των ατόμων του δείγματος (61,4%) πιστεύουν ότι σχεδόν πάντα ή συχνά θα μπορούσε με επιτυχία να γίνει θεραπεία εκτός νοσοκομείου. Ενώ λιγότεροι από το ένα τρίτο των ατόμων (27,5%) είναι αρνητικό με αυτού του είδος την θεραπεία. Γνωρίζοντας ότι οι ψυχικά ασθενείς και ειδικά οι σχιζοφρενείς, δεν τυχαίνουν καμίας αποδοχής από την κοινωνία αλλά και από τα οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και ότι λίγοι ασθενείς με σχιζοφρένεια χρήζουν μακρόχρονης ενδονοσοκομειακής νοσηλείας (μόνο το 10% των ασθενών)<sup>87</sup>, συμπεραίνουμε ότι τα άτομα του δείγματος προσπαθούν να απαντήσουν πολιτικώς ορθά.

Από όλες τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί για τη θεραπεία εκτός νοσοκομειακών μονάδων, που όλες είχαν ως στόχο την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων ψυχωτικών αρρώστων στην κοινότητα, προέκυψαν ορισμένα γενικά κοινά συμπεράσματα:

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

<sup>87</sup> κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ, διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ» και Staton, A.H., Gunderson, J.G., Knapp, P.H., Frank, A.F., Vannicelli., M.O., Schnitzer, R., Rosenthal, R. (1984) Effects of psychotherapy on schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. Schizophrenia Bulletin, 10:520-563



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

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

4) Η προ-νοσηρά κατάσταση του χρόνιου ψυχωτικού από την άποψη εκπαίδευσης, επαγγέλματος, απασχόλησης ή οικογενειακής κατάστασης, δεν βρέθηκε να επηρεάζει την πρόγνωση για επανεισαγωγή στο άσυλο, όσο η κατάστασή του από πλευράς κοινωνικής λειτουργικότητας από τη στιγμή της έναρξης της νόσου μέχρι την εγκατάστασή του στην κοινότητα.

5) Η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής σε δόσεις συντήρησης προλαμβάνει τις τυχόν υποτροπές σε σημαντικό ποσοστό.

6) Απαραίτητη είναι η ανοχή των αρρώστων σε ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής, όπως επίσης και

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

Γενικά η θεραπευτική προσέγγιση των χρόνιων σχιζοφρενών αρρώστων πρέπει να είναι πολυσταδιακή, ολιστική αλλά και εκλεκτική σύμφωνα με τις ανάγκες του, στη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του (Serban 1980). Επίσης η αποασυλοποίηση, πρέπει να προσαρμόζεται στην πραγματικότητα της κάθε χώρας. Για παράδειγμα στην Ελλάδα πρέπει να δοθεί έμφαση στο πρόβλημα του κοινωνικού στιγματισμού που είναι έντονο.

Παρακάτω αναφέρονται κάποιες υπηρεσίες που λειτουργούν, στη φάση του αποϊδρυματισμού στην Ελλάδα<sup>88</sup>:

---

<sup>88</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004,σελ 10.

## Α. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Ν.Π.Ι.Δ.). Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) ανέπτυξε σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ., στα έξι Κέντρα Ψυχικής Υγείας, υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά αρρώστους

Με βάση τις μέχρι σήμερα εμπειρίες, από τους 100 εκπαιδευόμενους ενός προγράμματος Επαγγελματικής Αποκατάστασης, φαίνεται ότι μόνο ένα ποσοστό της τάξεως του 10% περίπου τοποθετείται στην ελεύθερη αγορά εργασίας ενώ ένα 15%, εργάζεται σε οικογενειακού τύπου επιχειρήσεις και ένα 10% παραπέμπεται σε «συνεργασιακού» τύπου εργασιακά πλαίσια που όμως ακόμα λειτουργούν ως προστατευμένα εργαστήρια. Η τοποθέτηση σε εργασία γίνεται μόνο από αυτοδύναμους μηχανισμούς του ατόμου ή από το Γραφείο Ευρέσεως Εργασίας του Ο. Α. Ε. Δ., μέσω της Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης-Αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α.)

(Υ.Ε.Ε.Α.) του Κέντρου ψυχικής Υγιεινής Αθηνών λειτουργεί από το 1987. Η Υ.Ε.Ε.Α. έως και το 1989 δέχθηκε ένα σύνολο 65 αρρώστων με μέση ηλικία τα 26 χρόνια και μέση διάρκεια νόσου τα 5 χρόνια. Το 25% από αυτούς εγκατέλειψε λόγω υποτροπών, ενώ μόνο το 15% αποκαθίσταται.

Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Αιγάλεω: Ιδρύθηκε το 1985. Το προσωπικό της αριθμεί 15 άτομα. Από τους 68 συνολικά αρρώστους που εισήλθαν στο πρόγραμμα, μεταξύ 1985-1990, 29 το ολοκλήρωσαν, ενώ 13 (19.1%) αποκαταστάθηκαν εργασιακά.

Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Πειραιά: Ιδρύθηκε το 1986 και καλύπτει ηλικίες από 15 έως 25 ετών. Ως κριτήρια επιλογής θεωρούνται η στοιχειώδης οικονομία, το κίνητρο προσέλευσης ή η μη σωματική αναπηρία και η μη συνταξιοδότηση.

Μεταξύ 1986-1989, παρακολούθησαν συνολικά 61 άτομα, από τα οποία τα 40 ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Από αυτά, 17 άτομα (27.8%) αποκαταστάθηκαν επαγγελματικά και από αυτά μόνο 9 εργάζονταν με πλήρες ωράριο.

Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Θεσσαλονίκης: Ιδρύθηκε το 1984 και καλύπτει τις ηλικίες των 15-25 ετών. Μεταξύ 1985 και 1990 εισήχθησαν στο πρόγραμμα 162 άτομα και τελείωσαν 122. Από το 1988 δημιουργήθηκαν σοβαρά οργανωτικά προβλήματα που δεν επέτρεψαν την ολοκληρωμένη λειτουργία της Υπηρεσίας με αποτέλεσμα τη μετατροπή της σε τμήμα εργοθεραπείας.

Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Πατρών: Ιδρύθηκε το 1985. Από τα 127 συνολικά μέλη που εισήλθαν στο πρόγραμμα μεταξύ 1985-1988, τα 98 το τελείωσαν, ενώ μόνο τα 13 (13.2%) αποκαταστάθηκαν εργασιακά.

Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Ηρακλείου Κρήτης: Ιδρύθηκε το 1988. Μεταξύ 1988 και 1990, 54 άτομα παρακολούθησαν το πρόγραμμα, από τα οποία 8 δεν το ολοκλήρωσαν, ενώ άλλα 8 αποκαταστάθηκαν εργασιακά και 21 άτομα παραμένουν ακόμη στο πρόγραμμα.

## **Β. ΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΙΣ (Ε.Ε.Ε.)**

*Η Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών*<sup>89</sup>. Ιδρύθηκαν το 1987 και είχαν το προεπαγγελματικό τμήμα διάρκειας 6 μηνών και τρία εργαστήρια (Κηπουρικής, Γραμματειακό, Γραφικών Τεχνών). Από τους 42 πρώτους που αποφοίτησαν, 10 (23.8%) άτομα αποκαταστάθηκαν επαγγελματικά, ενώ τρία άτομα συνέχισαν τις σπουδές τους<sup>90</sup>. Τα Ε.Ε.Ε. διέκοψαν τη λειτουργία τους το 1991.

*Οι υπηρεσίες του Αιγινήτειου Νοσοκομείου του Πανεπιστημίου Αθηνών, Το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας (Κ.Ε.Π.) του Αιγινήτειου Νοσοκομείου: Το Κ.Ε.Π. ιδρύθηκε το 1984 από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ. Έχει στόχο τη διερεύνηση των δυνατοτήτων και*

<sup>89</sup> Saraceno, B. (1993) Psychosocial rehabilitation: A critique. Διάλεξη στην ημερίδα της ΕΠΑΨΥ. Αθήνα

<sup>90</sup> Μαδιανός Μ., Οικονόμου Μ., (1990) Η κλίμακα της οικογενειακής επιβάρυνσης.

δεξιοτήτων χρόνια ψυχικά αρρώστων για το σχεδιασμό κατάλληλης εξατομικευμένης εργασιακής αποκατάστασης μέσα από ένα δομημένο πρόγραμμα τρίμηνης διάρκειας για 25 αρρώστους.

*Τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης του Κ.Ε.Π.:* Ιδρύθηκαν το 1985. Μεταξύ 1985 και 1989, 107 άρρωστοι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα από τους 147. Σαράντα άτομα τοποθετήθηκαν σε εργασία, ενώ 35 άλλα άτομα παραπέμφθηκαν σε άλλες υπηρεσίες.

*Η Αστική Συνεργατική του Κ.Ε.Π.:* Ιδρύθηκε το 1988 και έχει τμήματα βιβλιοδεσίας, δερματοτεχνίας, ραπτικής και κατασκευών. Συνολικά έχουν απασχοληθεί 61 άτομα με μέσο χρόνο παραμονής τους 9 μήνες. Το προσωπικό περιλαμβάνει έναν εργοθεραπευτή, ένα κοινωνικό λειτουργό, ένα διοικητικό και τρεις εκπαιδευτές.

*Αγροτική Συνεργατική του Κ.Ε.Π.:* Ιδρύθηκε το 1988.

*Η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής ως μέρος του ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών:*

### **6.1.2. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι αιτίες που προκαλούν την σχιζοφρένεια δεν είναι ακόμη γνωστές, με αποτέλεσμα οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται σήμερα να έχουν την ικανότητα να μειώνουν την ένταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων και να ελαχιστοποιούν την πιθανότητα να επανέλθουν. Αρκετές τέτοιες θεραπείες, καταστολής των συμπτωμάτων των σχιζοφρενών, υπάρχουν σήμερα και πολλές άλλες βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της μελέτης.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Μπορούν οι σχιζοφρενείς να θεραπευτούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις χωρίς φάρμακα;» (Ερώτηση 14,5 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.2:Θεραπεία χωρίς φάρμακα

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	31	3,8
ΣΥΧΝΑ	106	13,0
ΣΠΑΝΙΑ	297	36,4
ΠΟΤΕ	242	29,7
ΔΓ	114	14,0
ΔΑ	22	2,7
Σύνολο	812	99,5
Δεν απάντησαν	4	0,5
	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων του δείγματος.

Το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος (36,4%) πιστεύουν ότι σπάνια θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική η θεραπεία χωρίς φαρμακευτική θεραπεία. Ενώ λιγότεροι από το ένα τρίτο των ατόμων (29,7%) θεωρεί πως ποτέ δεν θα μπορούσε να λειτουργήσει η θεραπεία χωρίς φάρμακα. Η αλήθεια είναι ότι δεν θα μπορούσε να γίνει θεραπεία χωρίς φαρμακευτική αγωγή (όπως νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά χάπια).

Αν και τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην ανακούφιση από τα συμπτώματα του τύπου των ψευδαισθήσεων ή των παραληρητικών ιδεών, δεν μπορούν να ανακουφίσουν από άλλες εκδηλώσεις της ασθένειας. Ακόμη και όταν οι ασθενείς είναι σχετικά ελεύθεροι από ψυχωτικά συμπτώματα, μπορεί παρόλα αυτά να αντιμετωπίζουν εξαιρετικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Επίσης, επειδή πολλοί ασθενείς νοσούν για πρώτη φορά σε νεαρή ηλικία, και πριν την κρίσιμη περίοδο που για τους περισσότερους ανθρώπους τίθενται οι βάσεις της μετέπειτα επαγγελματικής τους πορείας (μεταξύ 18 -35 ετών), μπορεί να μην είναι σε θέση να δουλέψουν σε δουλειές που απαιτούν κάποιες πρόσθετες γνώσεις και ικανότητες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, όχι μόνο οι ασθενείς με σχιζοφρένεια να αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, αλλά και να υπολείπονται σημαντικά κοινωνικά ή επαγγελματικά.

Σε αυτού του είδους τα προβλήματα, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορεί να βοηθήσουν πολύ. Εξυπακούεται ότι τέτοιες θεραπείες δεν μπορούν να γίνουν σε ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση και που τα συμπτώματά τους δεν τους επιτρέπουν την επαφή τους με τον πραγματικό κόσμο.

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι οι παρακάτω:

#### Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση :

Περιλαμβάνει προγράμματα σχετικά με την κοινωνική και επαγγελματική εκπαίδευση των ασθενών. Τα προγράμματα αυτά είναι απαραίτητα για την επιτυχία της θεραπείας της σχιζοφρένειας στην κοινότητα (εκτός δηλαδή των ιδρυμάτων), διότι παρέχουν στους ασθενείς τις επιδεξιότητες εκείνες που είναι απαραίτητες για να ζήσουν παραγωγικά και εκτός των τειχών των ειδικών ιδρυμάτων.

#### Ατομική Ψυχοθεραπεία :

Οι ασθενείς με το να μοιράζονται τις εμπειρίες τους με έναν ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία Ψυχικής Υγείας, μπορούν σταδιακά να κατανοήσουν καλύτερα τον εαυτό τους και τα προβλήματά τους. Μπορούν επίσης να μάθουν να ξεχωρίζουν πιο εύκολα το πραγματικό από το μη πραγματικό και παραμορφωμένο. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχοθεραπείες που βοηθούν πιο πολύ είναι η υποστηρικτική και εκείνες που επικεντρώνονται στην επίλυση πρακτικών ζητημάτων. Αντίθετα οι ψυχαναλυτικού τύπου δυναμικές θεραπείες δεν φαίνεται να βοηθούν ιδιαίτερα.

#### Οικογενειακή Θεραπεία :

Πολύ συχνά, την φροντίδα των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο αναλαμβάνουν οι οικογένειές τους. Είναι απαραίτητο λοιπόν, τα μέλη της οικογένειας να έχουν σαφή γνώση και κατανόηση για το τι είναι σχιζοφρένεια καθώς και με ποιο τρόπο μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα τον ασθενή τους. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη υποτροπών, αφού έχει βρεθεί από μελέτες ότι ασθενείς που ζουν σε οικογένειες, που είναι ιδιαίτερα επικριτικές προς αυτούς και που δεν τους αφήνουν ελεύθερο χώρο

'να αναπνεύσουν' εμπλεκόμενες σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, υποτροπιάζουν πιο συχνά.

### Ομαδική Θεραπεία :

Στόχος της θεραπείας αυτής είναι οι ασθενείς να μάθουν από τις εμπειρίες των άλλων ασθενών και να διορθώσουν πιθανές παραμορφώσεις και δυσλειτουργικές διαπροσωπικές συμπεριφορές. Όταν το οξύ στάδιο έχει περάσει, η συμμετοχή στην ομάδα μπορεί να βοηθήσει στην προετοιμασία των ασθενών να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στην ζωή έξω από το νοσοκομείο.

### Ομάδες αυτοβοήθειας :

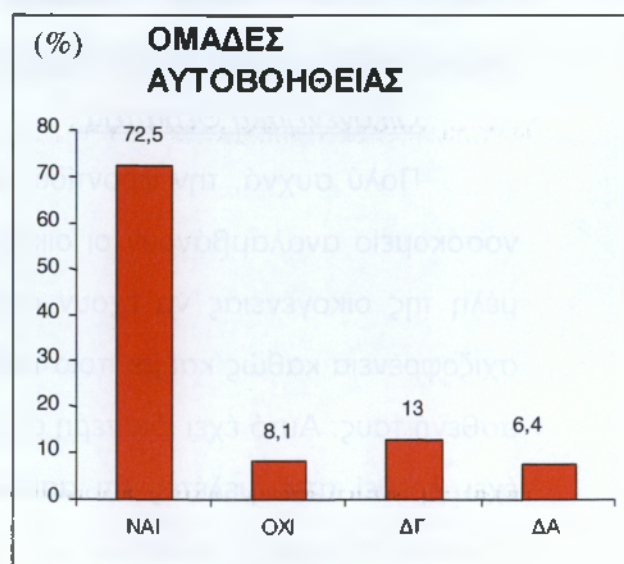
Αυτές είναι ένας άλλος τύπος ομάδας που δεν διευθύνονται από ειδικούς επαγγελματίες και που αρχίζουν και γίνονται ιδιαίτερα δημοφιλείς. Εκτός από την αμοιβαία στήριξη που παρέχουν στα μέλη τους, οι ομάδες αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην ενημέρωση του κοινού, στην στήριξη των ατόμων που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών καθώς και στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών όταν αυτά προσβάλλονται στην κοινότητα.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να γίνουν ομάδες αυτοβοήθειας;» (Ερώτηση 29,9 ερωτηματολογίου), απάντησαν

Πίνακας 6.3.: Ομάδες αυτοβοήθειας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΝΑΙ</b>	592	72,5
<b>ΟΧΙ</b>	66	8,1
<b>ΔΓ</b>	106	13,0
<b>Σύνολο</b>	791	96,9
<b>Δεν απάντησαν</b>	52	6,4
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 6.1.

Σχεδόν τα τρία τέταρτα των ατόμων του δείγματος (72,5%) απάντησε θετικά στη ερώτηση για το αν θα έπρεπε να υπάρχουν ομάδες αυτοβοήθειας στον τομέα της ψυχικής υγείας. Μόλις το 8,1% αρνητικά. Απαρατήρητο δεν θα μπορούσε να περάσει το ποσοστό της τάξης του 13% το οποίο απαντά «ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ» στην εν λόγω ερώτηση. Εμείς θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι ούτε το υπόλοιπο δείγμα γνωρίζει τι ακριβώς είναι οι ομάδες αυτοβοήθειας...από τη στιγμή που δεν λειτουργούν στη χώρα μας.

Για την λειτουργία των εν λόγω ομάδων απαιτείται η βοήθεια ειδικών, όπως ψυχολόγων, ψυχιατρικών νοσηλευτών/τριων κ.α, οι οποίοι με την συνεργασία αποϊδρυματισμένων ψυχικά ασθενών, πλησιάζουν ψυχικά ασθενείς -διάφορους χώρους, όπως καφετερίες , γήπεδα κ.τ.λ – με σκοπό να τους εντάξουν σε προγράμματα θεραπείας.

Υπάρχουν πάρα πολλές καταστάσεις στις οποίες η ψυχοθεραπεία των ασθενών με σχιζοφρένεια μπορεί να βοηθηθεί από άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου. Πρώτα από όλα, ένα συχνό πρόβλημα είναι ότι οι ίδιοι οι ασθενείς μπορεί να μην αναγνωρίζουν ότι είναι άρρωστοι και ιδιαίτερα στην οξεία φάση της νόσησης. Στην περίπτωση αυτή οι συγγενείς ή οι φίλοι μπορεί να χρειαστεί να αναλάβουν έναν ενεργητικό ρόλο ώστε οι ασθενείς αυτοί να μπορέσουν να εκτιμηθούν από έναν ειδικό γιατρό. Μερικές φορές οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αρνούνται να πάρουν θεραπεία πιστεύοντας ότι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες που έχουν είναι πραγματικές και ότι έτσι δεν χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι αναγκαίος ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ασθενή με εισαγγελική εντολή.

Την αίτηση για υποχρεωτικό εγκλεισμό συνήθως αναλαμβάνουν να την κάνουν οι συγγενείς του αρρώστου, αν και ο νόμος δίνει αυτό το δικαίωμα και σε πρόσωπα εκτός του στενού συγγενικού περιβάλλοντος. Σε όλες τις περιπτώσεις για να γίνει ακούσιος εγκλεισμός πρέπει να προέχει σοβαρός κίνδυνος αυτοκαταστροφικότητας ή ετεροκαταστροφικότητας. Με άλλα λόγια πρέπει να υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι ο ασθενής βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο να βλάψει τον ίδιο του τον εαυτό ή τους άλλους.



Κάποιες φορές μόνο οι πολύ στενοί συγγενείς ή φίλοι του ασθενή είναι σε θέση να γνωρίζουν την παράξενη συμπεριφορά του ή τις ιδέες του. Δεδομένου ότι συχνά οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν αποκαλύπτουν αυθόρμητα στον ψυχίατρο που τους εξετάζει όλα αυτά που σκέπτονται και τους απασχολούν, τα μέλη της οικογένειας ή οι στενοί φίλοι πρέπει να είναι πρόθυμοι να μιλήσουν με τον ειδικό έτσι ώστε να συμπληρωθούν σωστά οι πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενή.

Εκείνοι που αναλαμβάνουν την φροντίδα ασθενών με σχιζοφρένεια πολλές φορές δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν σε σκέψεις και πράξεις των ασθενών που είναι εμφανώς εκτός πραγματικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι ιδέες αυτές των ασθενών δεν είναι απλώς φαντασιώσεις τους αλλά στο νου τους μοιάζουν απόλυτα πραγματικές και σωστές. Τα μέλη της οικογένειας αντί να προσπαθούν να πείσουν το ασθενή περί του αντιθέτου, είναι προτιμότερο να λένε στον ασθενή ότι δεν βλέπουν τα πράγματα όπως τα βλέπει εκείνος και ότι δεν συμφωνούν με τα συμπεράσματά του, αλλά ταυτόχρονα να αναγνωρίζουν ότι στον ασθενή έτσι φαίνονται τα πράγματα.

Επίσης ο ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι σε θέση να συνδέσει τις σκέψεις του με τρόπο λογικό, και έτσι αυτές χάνουν τον φυσιολογικό τους ειρμό και γίνονται ακατανόητες και αποσπασματικές. Παρουσιάζουν το λεγόμενο "επίπεδο", "αμβλύ" συναίσθημα ή "απρόσφορο συναίσθημα". Ο όρος υποδηλώνει μια σοβαρή μείωση της συναισθηματικής εκφραστικότητας και αυτό σημαίνει ότι το συναίσθημα του ασθενή δεν είναι συμβατό με αυτά που λέει ή σκέφτεται. Αυτή η έλλειψη φυσιολογικού ειρμού, που αποτελεί διαταραχή στην δομή και οργάνωση της σκέψης, μπορεί να κάνει τη συνομιλία με έναν σχιζοφρενικό ασθενή πραγματικά δύσκολη και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινωνική απομόνωση του ασθενή. Οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν να καταλάβουν τι λέει ο συνομιλητής τους είναι πιθανότερο να μην αισθάνονται άνετα μαζί του και να έχουν την τάση να τον αφήσουν μόνο του.

### 6.1.3. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι η καλύτερη θεραπεία που έχουμε σήμερα για την σχιζοφρένεια, αλλά δεν θεραπεύουν την σχιζοφρένεια ούτε εξασφαλίζουν ότι δεν θα υπάρξουν άλλα τέτοια επεισόδια στο μέλλον. Από τότε που χρησιμοποιήθηκαν βελτίωσαν σημαντικά την εικόνα των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Δύο κατηγορίες φαρμάκων χρησιμοποιούνται σήμερα στην Θεραπεία της σχιζοφρένειας: Τα νευροληπτικά φάρμακα (που επίσης είναι γνωστά και ως αντιψυχωτικά) και τα νεότερα αντιψυχωτικά (που αναφέρονται ως αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς). Τα κλασικά νευροληπτικά φάρμακα πρώτο χρησιμοποιήθηκαν πριν 50 χρόνια, και είναι αποτελεσματικά στην μείωση ή και εξαφάνιση συμπτωμάτων, όπως οι διαταραχές της σκέψης, το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις. Μειώνουν επίσης τα σύνωδα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως την διέγερση, την επιθετικότητα και την παρορμητικότητα. Αυτό επιτυγχάνεται εντός λίγων ημερών ή εβδομάδων στο 70% των ασθενών.<sup>91</sup>

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα μειώνουν πολύ τον κίνδυνο για μελλοντικές υποτροπές της νόσου σε ασθενείς που γίνονται καλά από ένα επεισόδιο. Αν και ασθενείς που έχουν γίνει καλά και παίρνουν φάρμακα έχουν 40% περίπου πιθανότητα να υποτροπιάσουν μέσα στα επόμενα δύο χρόνια, το ποσοστό αυτό χωρίς φάρμακα ανεβαίνει στο 80%<sup>92</sup>. Έτσι, αν και δεν θα μπορούσαμε να πούμε ότι η συνέχιση της θεραπείας πραγματικά προλαμβάνει καινούριες υποτροπές, είναι βέβαιο ότι μειώνει σημαντικά την συχνότητά τους.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σχεδόν όπως όλα τα φάρμακα, προκαλούν και ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την κύρια, ωφέλιμη, δράση τους. Κατά την έναρξη της θεραπείας οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν υπνηλία, κινητική ανησυχία, τρόμο, ξηροστομία, ή ανωμαλίες στην όραση<sup>93</sup>. Οι περισσότερες

<sup>91</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004, σελ 112.

<sup>92</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo2.html](http://www.stress.gr/disorders/schizo2.html)

<sup>93</sup> Στο ίδιο

από αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν είτε με μείωση της δόσης είτε με χρήση άλλων φαρμάκων. Δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς την ίδια απάντηση στην θεραπεία ή τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ένας ασθενής μπορεί να ωφεληθεί από άλλο φάρμακο σε σχέση με κάποιον άλλο.

Οι μακροχρόνιες συνέπειες της χρήσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα στην αντιμετώπισή τους σε σχέση με τις προαναφερθείσες. Η όψιμη δυσκινησία, που είναι η σημαντικότερη, είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ακούσιες κινήσεις κυρίως της περιοχής του στόματος, της γλώσσας και των χειλιών και μερικές φορές του κορμού ή και άλλων περιοχών του σώματος. Συμβαίνει συνήθως στο 15 - 20% των ασθενών που παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα για πολλά χρόνια, αν και πιο σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί και σε ασθενείς που έχουν πάρει τέτοια φάρμακα για μικρότερο χρονικό διάστημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά είναι ήπια και οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν καν αντιληφθεί την ύπαρξή τους<sup>94</sup>.

Στην θεραπεία της σχιζοφρένειας, το ζήτημα της στάθμισης των πιθανών κινδύνων σε σχέση με τις πιθανές ωφέλειες της θεραπείας είναι εξαιρετικά σημαντικό. Στο πλαίσιο αυτό, ο κίνδυνος της όψιμης δυσκινησίας, όσο ανησυχητικός και αν είναι, πρέπει να σταθμιστεί σε σχέση με τον κίνδυνο πιθανών υποτροπών χωρίς θεραπεία, οι οποίες υποτροπές μπορεί να καταστρέψουν ανεπανόρθωτα τις προσπάθειες των ασθενών να επιστρέψουν στο σχολείο, ή την δουλειά τους, και την ικανότητά τους να ζήσουν στο σπίτι τους ή στην κοινότητα. Για τους ασθενείς που εμφανίζουν όψιμη δυσκινησία, η χρήση των φαρμάκων πρέπει να επαναξιολογηθεί. Ας αναφερθεί τέλος ότι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η όψιμη δυσκινησία, που κάποτε θεωρούνταν μη αναστρέψιμη, μερικές φορές μπορεί να γιατρευθεί ακόμη και όταν τα φάρμακα συνεχίζονται.

Εάν λαμβάνονται όπως πρέπει, αυτά τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές στο ήμισυ. Τα φάρμακα που διαθέτουμε σήμερα είναι λιγότερο αποτελεσματικά ως προς συμπτώματα όπως η απάθεια, η

<sup>94</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo3.html](http://www.stress.gr/disorders/schizo3.html)

κοινωνική απόσυρση και η πενία των ιδεών. Τα φάρμακα πρώτης γενιάς είναι φτηνά και δεν κοστίζουν περισσότερο από 5 δολάρια ανά μήνα θεραπείας στις αναπτυσσόμενες Χώρες. Μερικά είναι και ενέσιμα παρατεταμένης δράσεως 1-4 εβδομάδων<sup>95</sup>.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθούν, ώστε να ωφεληθούν οι πάσχοντες από τις ψυχοκοινωνικές μορφές Θεραπείας. Τα νεότερα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν λιγότερες παρενέργειες και ευρύτερη δράση. Δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να δείχνουν, ότι τα νεότερα αντιψυχωτικά διαφέρουν αισθητά από τα παλαιότερα ως προς την αποτελεσματικότητά τους, αν και υπάρχουν διάφορες ως προς τις συνηθέστερες παρενέργειές τους.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι πάρα πολύ αποτελεσματικά στην θεραπεία συγκεκριμένων συμπτωμάτων (π.χ. ψευδαισθήσεων και παραληρηματικών ιδεών). Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζει σημαντική βελτίωση. Μερικοί ασθενείς, ωστόσο, δεν βοήθιούνται αρκετά από αυτά ενώ λίγοι φαίνεται ότι δεν τα έχουν ανάγκη καθόλου. Δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο να προβλέψουμε τους ασθενείς που ανήκουν σε μια από τις τελευταίες δύο κατηγορίες και να τους διακρίνουμε από τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που πραγματικά βοήθιούνται από την θεραπεία με τα αντιψυχωτικά φάρμακα.

Κάποιοι ασθενείς αρνούνται ότι έχουν ανάγκη φαρμάκων και μπορεί να διακόπτουν την θεραπεία τους, είτε μόνοι τους είτε ύστερα από προτροπή κάποιου άλλου, συνήθως μέλους της οικογένειάς τους. Αυτό είναι βέβαιο ότι αυξάνει πάρα πολύ τον κίνδυνο υποτροπής (αν και τα συμπτώματα δεν επανέρχονται πάντοτε αμέσως μετά την διακοπή). Μερικές φορές είναι πολύ δύσκολο να πειστούν κάποιοι ασθενείς για την αναγκαιότητα της λήψης φαρμάκων, ιδιαίτερα από την στιγμή που μερικοί αισθάνονται καλύτερα χωρίς φάρμακα στην αρχή. Για ασθενείς που δεν καταλαβαίνουν την αναγκαιότητα της λήψης των φαρμάκων τους, διατίθενται και ενέσιμες μορφές 'βραδείας αποδέσμευσης' που μπορούν να γίνονται μια φορά το μήνα. Σε κάθε

<sup>95</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo3.html](http://www.stress.gr/disorders/schizo3.html)

περίπτωση οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει ποτέ να διακόπτουν την θεραπεία μόνοι τους και χωρίς ιατρική επίβλεψη.

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου και η απαραίτητη δοσολογία πρέπει να γίνεται μόνο από κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς, δηλαδή γιατρούς ειδικευμένους στην Ψυχιατρική. Η δοσολογία δεν είναι σταθερή αλλά εξατομικεύεται για κάθε ασθενή, διότι οι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων χωρίς την εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Μερικές φορές τόσο οι ασθενείς, όσο και οι οικογένειές τους είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικοί με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Εκτός από την ανησυχία τους σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, τους απασχολεί και το ερώτημα μήπως τα φάρμακα αυτά προκαλούν εξάρτηση<sup>96</sup>. Για τους λόγους αυτούς, τονίζεται ότι τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εξάρτηση όπως κάποια άλλα.

Μια άλλη λανθασμένη αντίληψη σχετικά με τα φάρμακα αυτά είναι επίσης ότι κατά κάποιο τρόπο 'ελέγχουν χημικά το μυαλό των ασθενών. Η αλήθεια είναι ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν μπορούν να ελέγξουν τις σκέψεις των ασθενών. Αντίθετα, συνήθως βοηθούν τους ασθενείς να διακρίνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα που παρουσιάζουν και να τα ξεχωρίσουν από αυτά που συμβαίνουν στον πραγματικό κόσμο. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τις ψευδαισθήσεις, την διέγερση, την σύγχυση, την παραμόρφωση της πραγματικότητας και τις παραληρηματικές ιδέες, και έτσι επιτρέπουν στον ασθενή να λαμβάνει αποφάσεις πιο ορθολογικά<sup>97</sup>. Έτσι, θα μπορούσε να πει κανείς ότι η σχιζοφρένεια είναι εκείνη που φαίνεται να παίρνει από τον ασθενή την ικανότητα να ελέγχει τις σκέψεις του, ενώ τα φάρμακα επαναφέρουν τον έλεγχο αυτό και επιτρέπουν στον ασθενή να σκέφτεται πιο καθαρά και να παίρνει πιο ορθολογικές αποφάσεις. Αν και μερικοί ασθενείς παίρνοντας τα φάρμακα αυτά μπορεί να

<sup>96</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo3.html](http://www.stress.gr/disorders/schizo3.html)

<sup>97</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo3.html](http://www.stress.gr/disorders/schizo3.html)

παρουσιάσουν υπνηλία και μειωμένη εγρήγορση, στις κατάλληλες δόσεις τα φάρμακα αυτά δεν αποτελούν 'χημικά μέσα περιορισμού'. Συνήθως, με προσεκτική αξιολόγηση, οι δόσεις μπορούν να μειωθούν σταδιακά και έτσι να ελαχιστοποιήσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η επικρατούσα τάση στην σύγχρονη Ψυχιατρική είναι να χρησιμοποιούνται οι ελάχιστες δόσεις που απαιτούνται για να ρυθμίσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα χωρίς να προκαλούνται ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η συνέχιση της φαρμακευτικής θεραπείας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη των υποτροπών. Οι ασθενείς μπορεί για διάφορους λόγους να διακόψουν την θεραπεία τους και έτσι να υποτροπιάσουν σχετικά σύντομα. Ο ρόλος της οικογένειας στην ενθάρρυνση του ασθενή να συνεχίσει την θεραπεία και στο σπίτι του μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη των υποτροπών. Δεν πρέπει κανείς να ξεχνάει ότι χωρίς θεραπεία μερικοί ασθενείς μπορεί να γίνουν τόσο ψυχωτικοί και αποδιοργανωμένοι που να μην μπορούν να φροντίσουν ούτε για τις βασικές τους ανάγκες ένδυσης, τροφής ή στέγης.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Οι σχιζοφρενείς χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους;» (Ερώτηση 14,4ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.4.: Θεραπεία με φάρμακα από τον γιατρό

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ</b>	<b>556</b>	<b>68,1</b>
<b>ΣΥΧΝΑ</b>	<b>176</b>	<b>21,6</b>
<b>ΣΠΑΝΙΑ</b>	<b>21</b>	<b>2,6</b>
<b>ΠΟΤΕ</b>	<b>7</b>	<b>0,9</b>
<b>ΔΓ</b>	<b>41</b>	<b>5,0</b>
<b>ΔΑ</b>	<b>14</b>	<b>1,4</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>813</b>	<b>99,6</b>
<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.

Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος (68,1%) πιστεύουν πως ο συνδυασμός φαρμάκων και γιατρού είναι η καλύτερη θεραπεία για τον σχιζοφρενή, ενώ το αντίθετο πιστεύουν ένα στα εκατό άτομα (0,9%). Στην πραγματικότητα, οι σύγχρονοι πρόοδοι στη φαρμακευτική θεραπεία μπορούν να αντιμετωπίσουν σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό (με πληρότητα και διάρκεια) σχεδόν όμως μισούς από όσους εκδηλώνουν σχιζοφρένεια. Πάντα όμως υπό την παρακολούθηση του ιατρού.

#### 6.1.4. ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Πρωτογενής πρόληψη της σχιζοφρένειας δεν είναι δυνατή σήμερα. Εντούτοις, πρόσφατες ερευνητικές προσπάθειες επιχειρούν να αναπτύξουν μεθόδους, ώστε να διακρίνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια σε πολύ πρώιμο στάδιο, ή τα άτομα με υψηλό κίνδυνο νόσησης. Η διάγνωση σε πρώιμο στάδιο θα αύξανε τις δυνατότητες έγκαιρων παρεμβάσεων, μειώνοντας πιθανώς τον κίνδυνο χρονιότητας και σοβαρών μονιμότερων βλαβών. Η αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων πρέπει να κριθεί μετά από μακροχρόνια παρακολούθηση<sup>98</sup>.

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει τρία κύρια στοιχεία. Πρώτον, υπάρχουν φάρμακα για τα συμπτώματα και την πρόληψη υποτροπών<sup>99</sup>. Δεύτερον, η εκπαίδευση και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις βοηθούν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και τις επιπλοκές και βοηθούν επίσης στην πρόληψη υποτροπών<sup>100</sup>. Τρίτον, η αποκατάσταση βοηθά τους ασθενείς να επανενταχθούν στην κοινότητα και να επαναλειτουργήσουν εκπαιδευτικά και επαγγελματικά<sup>101</sup>. Η πρόκληση στην οργάνωση της φροντίδας των ανθρώπων που πάσχουν από

<sup>98</sup> Eisenberg, M.G. (1985) Vocational rehabilitation for the psychiatrically impaired: A case study. *American Rehabilitation*, 11(4)

<sup>99</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo1.html](http://www.stress.gr/disorders/schizo1.html)

<sup>100</sup> Στο ίδιο

<sup>101</sup> Στο ίδιο

σχιζοφρένεια, συνίσταται στο να οδηγείται ο ασθενής απρόσκοπτα από την έγκαιρη διάγνωση στην θεραπεία και αποκατάσταση.

Οι στόχοι της φροντίδας είναι να διαγιγνώσκεται η ασθένεια όσο το δυνατόν νωρίτερα, να γίνεται συμπτωματική αντιμετώπιση, να εκπαιδεύεται ο ασθενής και η οικογένεια, να διαφυλάσσεται η καλή πορεία του ασθενούς, να προλαμβάνονται οι υποτροπές και να ενσωματώνεται ο ασθενής στην κοινότητα ώστε να έχει μια ομαλή Ζωή. Υπάρχουν αδιαμφισβήτητα στοιχεία που δείχνουν ότι η θεραπεία μειώνει την διάρκεια και την χρονιότητα της ασθένειας, καθώς και τις υποτροπές.

Η μέση διάρκεια Θεραπείας είναι 3-6 μήνες. Η Θεραπεία συντήρησης διαρκεί τουλάχιστον ένα έτος μετά το πρώτο επεισόδιο, 2-5 έτη μετά το δεύτερο επεισόδιο και για ασθενείς με πολλαπλά επεισόδια. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η ανταπόκριση στη Θεραπεία είναι Θετικότερη, οι δόσεις μικρότερες, και η Θεραπεία συντομότερη. Στην όλη φροντίδα των ασθενών, η υποστήριξη της οικογένειας είναι σημαντικός παράγοντας. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι ένας συνδυασμός φαρμακοθεραπείας οικογενειακής εκπαίδευσης και υποστήριξης μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές από 50% σε λιγότερο από 10%<sup>102103</sup>.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με σχιζοφρένεια περιλαμβάνει ποικιλία μέτρων, που αρχίζουν από την βελτίωση της κοινωνικής επάρκειας και δικτυωμένη κοινωνική υποστήριξη, ως την οικογενειακή υποστήριξη. Κεντρική θέση σε όλα αυτά κατέχει η στήριξη των δικαιωμάτων του ασθενούς, η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων μέσω της ενημέρωσης της κοινής γνώμης και η ύπαρξη κατάλληλης νομοθεσίας. Ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι η καθοδηγητική αρχή αυτής της στρατηγικής.

Σήμερα, λίγοι ασθενείς με σχιζοφρένεια χρειάζονται μακρόχρονη ενδο-νοσοκομειακή νοσηλεία. Ο κ. Γιαννουλάτος, τόνισε πως: «Μόλις το 8% των

<sup>102</sup> Leff J, Gamble C (1995) Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24:76-88

<sup>103</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo2.html](http://www.stress.gr/disorders/schizo2.html)



ασθενών που πηγαίνουν στο ψυχιατρείο χρειάζονται εγκλεισμό ,όχι όλοι οι ψυχικά ασθενείς». Η συνήθης διάρκεια είναι μόνο 2-4 εβδομάδες, όταν υπάρχει ανάγκη, ενώ διαρκούσε για χρόνια πριν τις σύγχρονες θεραπείες<sup>104</sup>. Η αποκατάσταση σε κέντρα ημέρας, προστατευόμενα εργαστήρια, και χώρους "ενδιάμεσης διαμονής" (halfway horns) βελτιώνει την ανάρρωση ασθενών με μακρόχρονη ασθένεια ή με υπολειμματικές αναπηρίες, όπως η έλλειψη κινητοποίησης, η κοινωνική απόσυρση και ο Βραδυψυχισμός<sup>105</sup>.

Αποτελεσματικά μέσα για την πρόληψη της επιληψίας είναι η επαρκής προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα, ο ασφαλής τοκετός, ο έλεγχος του πυρετού στα παιδιά, ο έλεγχος παρασιτικών και μολυσματικών νόσων και η πρόληψη κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (π.χ. έλεγχος της πίεσης του αίματος και χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους).

Ο στόχος της θεραπείας είναι ο έλεγχος των κρίσεων με την πρόληψη τους για δύο τουλάχιστον έτη και η ενσωμάτωση των ατόμων με επιληψία στην εκπαίδευση και στην κοινότητα. Η έγκαιρη διάγνωση και η σταθερή χορήγηση συντηρητικής φαρμακοθεραπείας είναι βασικά στοιχεία μιας θετικής εξέλιξης.

*Ηλεκτροσπασμοθεραπεία* : Αν και σήμερα σπανίως χρησιμοποιείται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία για την θεραπεία της σχιζοφρένειας, σε μερικές επιλεγμένες περιπτώσεις αυτό το είδος της θεραπείας μπορεί να είναι χρήσιμο. Μια τέτοια περίπτωση π.χ., είναι η εκδήλωση σοβαρής κατάθλιψης στα πλαίσια ενός σχιζοφρενικού επεισοδίου.

*Άλλες θεραπείες* : Κατά το παρελθόν είχαν χρησιμοποιηθεί και διάφορες άλλες θεραπείες για την σχιζοφρένεια, όπως η επαγωγή κώματος με χρήση ινσουλίνης, η ψυχοχειρουργική, η χρήση υψηλών δόσεων βιταμινών ή η αιμοδιάλυση. Αυτού του τύπου οι θεραπείες έχουν εγκαταλειφθεί διότι αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές σε σχέση με τις καινούριες θεραπείες που προαναφέρθηκαν.

<sup>104</sup> Κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ , διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ»

<sup>105</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας»,Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004,σελ 60-62.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Ποια είναι κατά τη γνώμη σας η καλύτερη θεραπεία για την σχιζοφρένεια(φάρμακα, ψυχοθεραπεία, συνδυασμός και των δύο ή τίποτα);» (Ερώτηση 21 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.5: Καλύτερη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια

	ΣΥΧΝ/ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ	50	6,1
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	71	8,7
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΦΑΡ.-ΨΥΧ.	584	71,6
ΤΙΠΟΤΑ ΔΕΝ ΘΕΡΑΠΕΥΕΤΑΙ	30	4,9
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	64	7,8
ΣΥΝΟΛΟ	809	99,1
ΔΑ	7	0,9
ΣΥΝΟΛΟ	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 6.2.

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (71,6%) μας απάντησε ότι η καλύτερη θεραπεία θα ήταν ο συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας. Με

μεγάλη διαφορά στις απαντήσεις ακολουθεί η ψυχοθεραπεία με 8,7% και μειοψηφούν τα άτομα που θεωρούν τα φάρμακα από γιατρό με 6,1%. Επίσης, υπήρχαν και κάποια άτομα που μας απάντησαν ότι δεν γνώριζαν σε ποσοστό 7,8% καθώς και της τάξης του 3,4% που είχαν την γνώμη πως δεν θεραπεύεται η σχιζοφρένεια οπότε καμία θεραπεία δεν θα είχε ουσία. Παρατηρούμε ότι νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια με τον συνδυασμό φαρμάκων – ψυχοθεραπεία.

## 6.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΡΟΠΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Από την παρακάτω ενότητα ερωτήσεων προσπαθήσαμε να εκμαιεύσουμε τον τρόπο θεραπείας των σχιζοφρενών , που θεωρεί ιδανικότερο ο ελληνικός πληθυσμός.

Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω έρευνα διαπιστώνεται ότι τα άτομα του δείγματος προτιμούν την θεραπεία που βασίζεται στην φαρμακευτική χορήγηση από τους ιατρούς(68,1%). Η δεύτερη εναλλακτική τους είναι η εκτός νοσοκομείου θεραπεία αλλά με παρακολούθηση πάντα από τον γιατρό(46,8%). Θεωρούν ανίκανο το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια να βγει από αυτή την κατάσταση μόνο του(5,4%) και έχουν δίκιο.

Ο κ. Βρέντας Π. τόνισε πως η χορήγηση των φαρμάκων αντιμετωπίζεται με τον σκεπτικισμό συναλλαγής γιατρού - εταιριών. Παρατηρούμε ότι έχει περάσει υποσυνείδητα στον κόσμο πως η καλύτερη θεραπεία είναι ο συνδυασμός γιατρού - φαρμάκων.

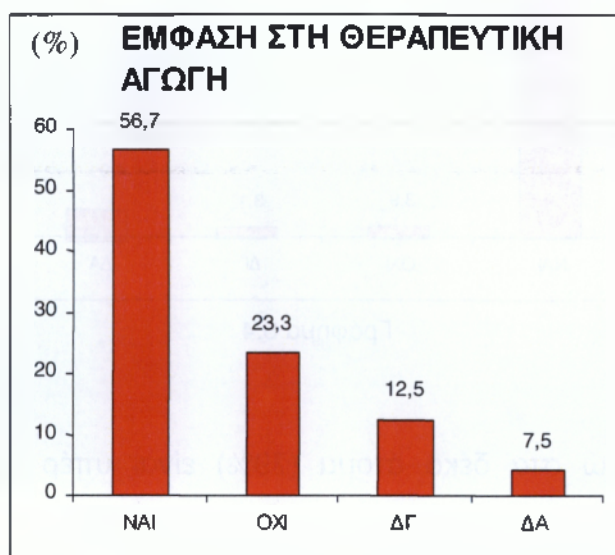
Ο λόγος για τον οποίο θεωρούν απαραίτητη την χορήγηση φαρμάκων βασίζεται στον φόβο τους απέναντι στο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια. Πιστεύουν ότι είναι άτομα με διχασμένη προσωπικότητα, άτομα που αποτελούν δημόσιο κίνδυνο λόγω της βίαιης συμπεριφοράς τους ή άτομα διανοητικά καθυστερημένα. Ο συνδυασμός, φαρμάκων και ιατρικής παρακολούθησης είναι ο πιο αποδεκτός, δηλώνοντας την ανασφάλεια που έχουν απέναντι στον σχιζοφρενή.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή;» (Ερώτηση 29,5 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.5.: Έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΝΑΙ</b>	463	56,7
<b>ΟΧΙ</b>	190	23,3
<b>ΔΓ</b>	102	12,5
<b>Σύνολο</b>	790	96,8
<b>Δεν απάντησαν</b>	61	7,5
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 6.3

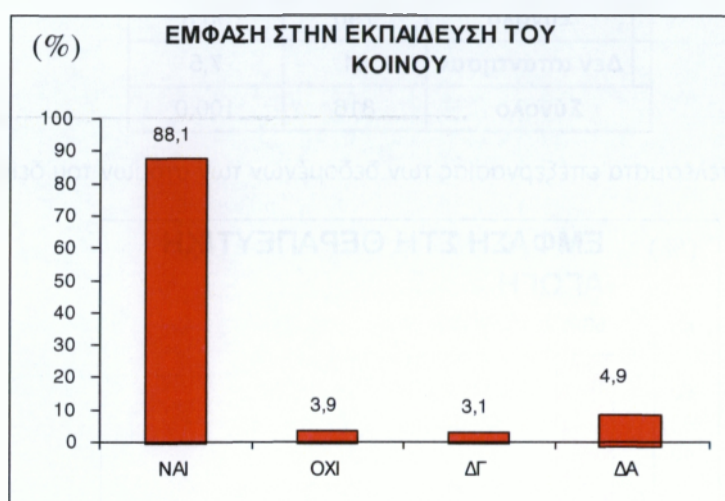
Στην πρόταση να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην φαρμακευτική αγωγή περισσότερα από τα μισά άτομα (56,7%) απάντησε θετικά, ενώ τα 23,3% είναι αντίθετο. Ως γνωστό, τα νευροληπτικά φάρμακα καταστέλλουν τις όποιες αντιδράσεις των ψυχικά ασθενών. Τα άτομα θεωρούμε, ότι επέλεξαν αυτόν τον τρόπο ως πολιτική αντιμετώπισης, από φόβο για την επικινδυνότητα και την βιαιότητα των πασχόντων.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση του κοινού;» (Ερώτηση 29,6 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.6: Έμφαση στην εκπαίδευση

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΝΑΙ</b>	719	88,1
<b>ΟΧΙ</b>	32	3,9
<b>ΔΓ</b>	25	3,1
<b>Σύνολο</b>	794	97,3
<b>Δεν απάντησαν</b>	40	4,9
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 6.4

Σχεδόν οχτώ στα δέκα άτομα (79%) είναι υπέρ της αύξησης των ευκαιριών για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικών ασθενών. Οι ερωτηθέντες προτείνουν να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας. Κατά κάποιον τρόπο, μας απαντούν έμμεσα ότι δεν υπάρχει ενημέρωση, αλλά και να υπήρχε θα ήταν σε υπολανθάνουσα μορφή.

Κατά τη γνώμη μας, εδώ θα έπρεπε να επωμιστεί το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας το βάρος της υπεύθυνης ενημέρωσης των πολιτών. Αυτό θα μπορούσε πιο αποδοτικά σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων.

## 6.2.1. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Μέχρι σήμερα η κυρίαρχη τάση της κοινωνίας και της εποχής μας εκφράζεται στο ότι η μοίρα του ψυχικά πάσχοντα βρίσκεται στο ψυχιατρείο. Ο εγκλεισμός είναι η μέθοδος αντιμετώπισής του. Η ιδρυματική αντίληψη εδραιώνεται από κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις. Το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” ανατρέπεται αυτά τα δεδομένα. Αντιστέκεται σ’ αυτές τις πεπιοθήσεις και κινητοποιεί τις δυνάμεις της κοινωνίας σε μια διαφορετική στάση. Το πρόγραμμα μέσα από την ουσιαστική στεγαστική και εργασιακή του υπόσταση για τον ψυχικά πάσχοντα, απαντά στην παραπάνω αρνητική ατμόσφαιρα με αποδεικτικά στοιχεία και πράξεις.

Η κοινωνία απαλλάσσεται σταδιακά και αληθινά από τις συμπυκνωμένες ενοχές της για τα άσυλα, από την παθητικότητά της και αρχίζει να διαδραματίζει ένα πιο ενεργητικό ρόλο στα ζητήματα ψυχικής υγείας. Συναισθάνεται μέσα από το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” την κοινωνική ευθύνη που της αναλογεί και διαμορφώνει ιστούς ή δεσμούς κοινωνικής αλληλεγγύης<sup>106</sup>.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας, καθόλου ευκαταφρόνητος, είναι η ανάπτυξη των τοπικών κοινωνιών των ψυχικά ασθενών. Οι ξενώνες και τα εργαστήρια θα αναπτύξουν κοινωνικές δραστηριότητες, θα δημιουργηθούν συναλλαγές, θέσεις εργασίας, κοινωνικό έργο και θα ενισχύσουν τις τοπικές οικονομίες. Η λειτουργία των ξενώνων θα ενδυναμώσει και θα εμπλουτίσει τις γειτονιές, θα προσδώσει μία θαυμαστή πολυχρωμία, θα εξουδετερώσει τις φοβικές συμπεριφορές και θα βάλει επιπλέον το ανθρώπινο στοιχείο<sup>107</sup>. Η ύπαρξη του ξενώνα είναι μία δομή υγείας στη γειτονιά. Αυτή εμπειριέχει μία αίσθηση ασφάλειας στους κατοίκους που θα τους διευκολύνει ουσιαστικά στα αιτήματα υγείας που τυχόν εμφανίζονται.

Η πορεία υλοποίησης του προγράμματος χαρακτηρίζεται ομαλή και με μεγάλη κοινωνική ανταπόκριση. Οι μικρές ενστάσεις ανά την Ελλάδα είναι χωρίς ουσιαστική σημασία και χαρακτηρίζονται από ιδιοτέλεια και μικροψυχία.

Εδώ οι αλλαγές που αναδύονται είναι συγκλονιστικές. Ποιοι άραγε εθελουφλούν; Μέχρι τέλος του 2000 τα ψυχιατρεία θα έχουν συρρικνώσει τη δύναμή τους κατά 1000 περίπου κρεβάτια<sup>108</sup>. Αυτό και μόνο συνιστά μία άλλη

---

<sup>106</sup> <http://www.mypet.gr>

<sup>107</sup> Στο ίδιο

<sup>108</sup> <http://www.mypet.gr>

πραγματικότητα. Η μονομέρεια της ασυλιακής ψυχιατρικής περίθαλψης υποχωρεί άρδην. Ο θεραπευτικός χώρος και χρόνος τροποποιείται. Ήδη τα ψυχιατρεία γέμισαν νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Φέρνουν μαζί τους το μεράκι του νέου, μία νέα όρεξη για δουλειά αλλά και καινούριες ιδέες. Αυτό θα ταραξεί τα 'λιμνάζοντα ύδατα'. Μπορεί να θεωρηθεί ως απειλή μπορεί όμως να θεωρηθεί ως ενδυνάμωση<sup>109</sup>.

Οι σχέσεις θεραπευτή – θεραπευομένου αλλάζουν. Παίρνουν ένα ενεργητικό χαρακτήρα. Ανανεώνεται η έννοια της θεραπευτικής ομάδας. Ξεκινούν κοινωνικές δραστηριότητες που ήταν αδύνατο να αναπτυχθούν σε συνθήκες ασύλου.

Αλλάζουν οι τρόποι διοίκησης και οι διοικητικές συμπεριφορές, αναδεικνύονται μέθοδοι και στοιχεία που διαμορφώνουν ένα νέο μοντέλο διαχείρισης πόρων. Υποχωρεί η ιατροκεντρική αντίληψη – δεν είναι τυχαίο που το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" δεν συμπεριλαμβάνει γιατρούς – που έχει μέχρι σήμερα αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Δίνεται η ευκαιρία στα ψυχιατρεία να αναπτύξουν τις νέες δομές ψυχικής υγείας που δεν λειτουργούν ή υπολειτουργούν για να υποστηρίξουν ακόμη περισσότερο τους ξενώνες. Σε επίπεδο Υπουργείου θα γίνει συνειδητό η άμεση λειτουργία των νέων δομών ψυχικής υγείας και το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" θα συμβάλλει σ' αυτή την κατεύθυνση. Ακόμη τα ψυχιατρεία θα επικοινωνήσουν με τα Γενικά Νοσοκομεία, που ήδη έχουν ξεκινήσει συνεργασίες. Αυτό το δίκτυο επικοινωνίας διαμορφώνει ένα περιβάλλον νοσοκομειακής περιφερειακής αυτοτέλειας και πραγματώνεται ένα πάγιο αίτημα.

Ο 'Απομονωτισμός' των ψυχιατρείων και η κυρίαρχη αντίληψη ως χώροι 'κοινωνικών αποβλήτων' ανατρέπονται και σηματοδοτούνται δράσεις κοινωνικής αναγνώρισης. Τα Γενικά Νοσοκομεία χάνουν την υπεροπτική ή υποτιμητική τους στάση απέναντι στα ψυχιατρεία και συναινούν σ' ένα κλίμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης<sup>110</sup>. Τα ψυχιατρεία έχουν να ωφεληθούν πολλά από το πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". Μπορούν να 'αναπνεύσουν' στους χώρους, να ανασχεδιάσουν πολιτικές ψυχικής υγείας, να αποσυμφορήσουν το στελεχιακό τους δυναμικό από τα θεραπευτικά τους αδιέξοδα και να συνδεθούν άμεσα με τις τοπικές κοινωνίες.

<sup>109</sup> Στο ίδιο (Αντώνης Λιοδάκης Ψυχίατρος, Επιμ. Α' Ε.Σ.Υ.)

<sup>110</sup> <http://www.mypet.gr>

Το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” για τα ψυχιατρεία μπορεί να αποτελεί ένα ψυχιατρικό πρωθύστερο αλλά διευρύνει τη δημοκρατική τους λειτουργία και την θεραπευτική τους δυνατότητα. Το “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” αφορά όλα τα ψυχιατρεία της χώρας. Αναφέρεται στους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες που βρίσκονται (στοιβάζονται) επί χρόνια στα ψυχιατρεία και αδυνατούν μέχρι σήμερα να ενταχθούν στον κοινωνικό ιστό. Προσφέρει στεγαστική αποκατάσταση (ξενώνες, οικοτροφεία) αλλά και εργασιακή απασχόληση μέσα από συγκεκριμένα αντικείμενα κατάρτισης (εργαστήρια).

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να δημιουργηθούν περισσότερα ψυχιατρεία;» (Ερώτηση 29 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.7: Δημιουργία περισσότερων ψυχιατρείων

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΝΑΙ</b>	558	68,4
<b>ΟΧΙ</b>	155	19,0
<b>ΔΓ</b>	53	6,5
<b>ΔΑ</b>	31	3,8
<b>Σύνολο</b>	797	97,7
<b>Δεν απάντησαν</b>	19	2,3
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων του δείγματος.



Γράφημα 6.5

Ένας τρόπος αντιμετώπισης της ψυχικής υγείας είναι η δημιουργία περισσότερων ψυχιατρείων. Το 68,4% του των ατόμων του δείγματος συμφώνησε με αυτή την άποψη. Και από αυτή την ερώτηση γίνεται ευκρινής



ο έντονος κοινωνικός στιγματισμός μιας και με τη δημιουργία περισσότερων ψυχιατρικών ιδρυμάτων, οι ψυχικά πάσχοντες θα απομονώνονταν από τον υπόλοιπο πληθυσμό και έτσι δεν θα υπήρχε πρόβλημα. Εντύπωση προκαλεί ένα ποσοστό της τάξης του 10,3% που δεν εκφέρει την άποψή του. Επίσης, παρ'όλη τη ρατσιστική συμπεριφορά της κοινωνίας στους ψυχικά ασθενείς, το 19% των ερωτηθέντων διαφωνεί στην ίδρυση ψυχιατρείων. Ίσως αυτό να οφείλεται στο ότι παρ' όλες τις φοβίες της κοινωνίας, αντιλαμβάνονται ότι η στέρηση, όσο το δυνατόν φυσιολογικής ζωής, δεν αποτελεί λύση αλλά επικάλυψη προβλήματος.

## 6.2.2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ

Μια σειρά εκθέσεων -αποτέλεσμα ερευνών- έχουν καταδείξει την ανάγκη για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων αρρώστων από τα ψυχιατρεία της χώρας<sup>111</sup>. Οι μισοί των νοσηλευόμενων στα κρατικά ψυχιατρεία (ένα ποσοστό που φθάνει σχεδόν το 50%), πλην εκείνου της Λέρου του οποίου ο πληθυσμός είναι ολοκληρωτικά μακράς παραμονής, παραμένει στο ίδρυμα για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Προκύπτει ότι ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς θα μπορούσε να έχει εξέλθει από τα αντίστοιχα ψυχιατρεία, αφού κατά την άποψη των γιατρών τους είναι ελεύθεροι μείζονος ψυχοπαθολογίας - με την προϋπόθεση βέβαια της ύπαρξης κάποιας εναλλακτικής λύσης διαμονής (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα) αφού οι περισσότεροι από τους τροφίμους των ψυχιατρείων έχουν εγκαταλειφθεί από τους συγγενείς τους<sup>112</sup>. Σημαντική είναι η αναφορά του κ. Γιαννουλάτου, ο οποίος τόνισε πως: «Μόλις το 8% των ασθενών που πηγαίνουν στο ψυχιατρείο χρειάζονται εγκλεισμό, όχι όλοι οι ψυχικά ασθενείς. Υπάρχουν και άλλες ομάδες που χρήζουν ψυχικής βοήθειας π.χ. ναρκομανείς, αλκοολικοί. Έτσι θα επιτευχθεί η αποφυγή λειτουργίας ψυχιατρικοποίησης των πάντων».

<sup>111</sup> ΚΕΠΕ: Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας, Αθήνα, 1979

<sup>112</sup> Μαδιανός Μ., Οικονόμου Μ., (1990) Η κλίμακα της οικογενειακής επιβάρυνσης.

Όπως είναι γνωστό, οι συγκεκριμένοι οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτικοί και πολιτιστικοί παράγοντες ενίσχυσαν τα Άσυλα με την εγκατάλειψη και τον εγκλεισμό χιλιάδων ανεπιθύμητων. Είναι συγκεκριμένοι οι παράγοντες που παίζουν θετικό ή αρνητικό ρόλο στη διαδικασία του Αποϊδρυματισμού των χρόνια αρρώστων. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι κοινωνικοί, δημογραφικοί, οικονομικοί κ.ά. παράγοντες, από τους οποίους οι τυχόν αλλαγές τους σημαίνουν θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα <sup>113</sup>.

Η Ελλάδα από το 1951 έως το 1981 βρισκόταν σε μια κοινωνική μεταβατική περίοδο που αναδεικνύεται μέσα από τη διαχρονικότητα ορισμένων δεικτών όπως τα ποσοστά των υπερηλίκων, ο αριθμός μελών ανά οικογένεια, ο αστισμός, τα διαζύγια, ο αναλφαβητισμός η ιατρική και ασφαλιστική κάλυψη, το οικονομικό επίπεδο της χώρας κα.<sup>114</sup> Από τη μελέτη αυτών των δεικτών μάλλον εμφανίζονταν μία αρνητική εικόνα για μια επιτυχή διαδικασία του αποϊδρυματισμού στη χώρα μας, κάτι που πρέπει να συνυπολογίζεται μεταξύ των άλλων παραγόντων για μια επιτυχή οργάνωση του αποϊδρυματισμού<sup>115</sup>.

Στην ερευνά μας, διαφαίνεται μια κατανόηση των σωστών πολιτικών που πρέπει να ακολουθηθούν για μια καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, αφού αυτή η πολιτική υπερψηφίστηκε από τα άτομα του δείγματος μας (82,6%)· όμως αυτό δεν ισχύει<sup>116</sup>. Συνεπεία όλων των παραπάνω, η παροχή υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας εκτός νοσοκομείου, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να μπορούν να ζουν στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον φαντάζει ουτοπικό. Το οικογενειακό περιβάλλον κυρίως, που πρέπει να συμβάλλει κατασταλτικά σε αυτήν την πολιτική, όχι μόνο δεν αποδέχεται τους ασθενείς, αλλά προσπαθεί με κάθε τρόπο να εξαφανίσει, αν είναι δυνατόν, τους ψυχικά ασθενείς και μαζί αυτούς το φόβο και την ενοχή για την κατακραυγή της κοινωνίας.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια;» (Ερώτηση 29,2 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

<sup>113</sup> Denham, M.J. (1983) Care of the Long- stay Elderly Patients. London, Croom Helm.

<sup>114</sup> Μαδιανός Μ., Οικονόμου Μ., (1990) Η κλίμακα της οικογενειακής επιβάρυνσης

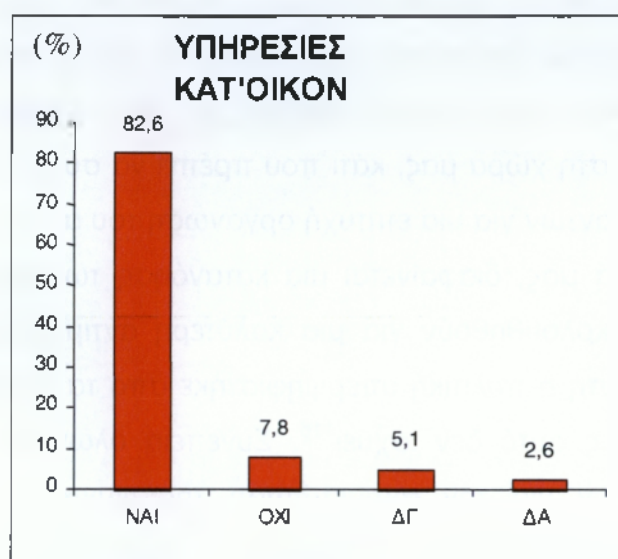
<sup>115</sup> Στο ίδιο

<sup>116</sup> Συνέντευξη Γιαννουλάτος και Βρέντας

Πίνακας 6.8.: Υπηρεσίες κατ' οίκον

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΝΑΙ</b>	674	82,6
<b>ΟΧΙ</b>	64	7,8
<b>ΔΓ</b>	42	5,1
<b>ΔΑ</b>	21	2,6
<b>Σύνολο</b>	801	98,2
<b>Δεν απάντησαν</b>	15	1,8
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος



Γράφημα 6.6

Συντριπτική είναι η κατάφαση των ατόμων του δείγματος στην πρόταση της εκτός νοσοκομείου νοσηλείας (82,6%). Διαφαίνεται μια κατανόηση των σωστών πολιτικών που πρέπει να ακολουθηθούν για μια καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Όμως, σύμφωνα με τον κ. Γιαννουλάτο και με τον κ. Βρέντα, αυτό δεν ισχύει. Το οικογενειακό περιβάλλον κυρίως, που πρέπει να συμβάλλει κατασταλτικά σε αυτήν την πολιτική, όχι μόνο δεν αποδέχεται τους ασθενείς, αλλά προσπαθεί με κάθε τρόπο να εξαφανίσει, αν είναι δυνατόν, τους ψυχικά πάσχοντες και μαζί με αυτούς το φόβο και την ενοχή για την κατακραυγή της κοινωνίας.

### 6.2.3. Περισσότερες έρευνες για τα αίτια και τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών

Η Παγκόσμια Έκθεση Υγείας 2001 εμφανίζεται σε μια συναρπαστική στιγμή για την ιστορία της νευροεπιστήμης. Αυτός είναι ο επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με την ανατομία, τη φυσιολογία, την βιοχημεία και τη μοριακή βιολογία του νευρικού συστήματος, και ιδιαίτερα της σχέσης τους με τη συμπεριφορά και τη μάθηση<sup>117</sup>. Οι θεαματικές πρόοδοι στην μοριακή βιολογία παρέχουν μια πληρέστερη εικόνα των δομικών στοιχείων των νευρικών κυττάρων (νευρώνες). Αυτές οι πρόοδοι θα συνεχίσουν να παρέχουν μια ουσιώδη βάση για τη γενετική ανάλυση των ανθρώπινων νόσων και θα συνεισφέρουν σε νέες προσεγγίσεις για την ανακάλυψη θεραπειών.

Η κατανόηση της δομής και λειτουργίας του εγκεφάλου έχει εξελιχθεί μέσα στα τελευταία 500 χρόνια. Καθώς η μοριακή επανάσταση ξετυλίγεται, εργαλεία όπως η νευροαπεικόνιση και η νευροφυσιολογία επιτρέπουν στους ερευνητές να δουν τον ζωντανό, αισθανόμενο, σκεπτόμενο ανθρώπινο εγκέφαλο εν δράσει. Η χρήση της γνωστικής νευροεπιστήμης, σε συνδυασμό με τις νευροαπεικονιστικές τεχνολογίες, καθιστά όλο και πιο δυνατό να καθοριστούν συγκεκριμένα μέρη του εγκεφάλου που χρησιμοποιούνται για διαφορετικού τύπου σκέψεις και συναισθήματα.

Ο εγκέφαλος είναι υπεύθυνος για τη μείξη γενετικών, μοριακών και βιοχημικών πληροφοριών με πληροφορίες από το περιβάλλον. Κατά τούτο λοιπόν ο εγκέφαλος είναι ένα εξαιρετικά σύνθετο όργανο. Μέσα στον εγκέφαλο υπάρχουν δύο τύποι κυττάρων, οι νευρώνες και η νευρογλοία. Οι νευρώνες είναι υπεύθυνοι για να στέλνουν και να λαμβάνουν νευρικά ερεθίσματα και σήματα. Η νευρογλοία παρέχει στους νευρώνες τροφή, προστασία και δομική υποστήριξη. Συνολικά υπάρχουν περισσότερα από 100 δισεκατομμύρια νευρώνες στον εγκέφαλο και συναποτελούν χιλιάδες διακριτούς τύπους. Καθένας από αυτούς τους νευρώνες επικοινωνεί με τους

---

<sup>117</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004, σελ 9.

υπόλοιπους μέσω εξειδικευμένων δομών, που ονομάζονται συνάψεις. Περισσότερες από εκατό διαφορετικές εγκεφαλικές χημικές ουσίες, που ονομάζονται νευρομεταβιβαστές, επικοινωνούν δια μέσου αυτών των συνάψεων. Συνολικά, υπάρχουν πιθανότατα περισσότερες από 100 τρισεκατομμύρια συνάψεις στον εγκέφαλο. Από κυκλώματα δημιουργημένα από εκατοντάδες ή χιλιάδες νευρώνες αναδύονται πολύπλοκες νοητικές και συμπεριφορικές διεργασίες<sup>118</sup>.

Το 1/4 των ερευνών δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση, αλλά ο βαθμός της γενετικής επίδρασης παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστος. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι αυτό που μπορεί να κληρονομείται είναι η ευπάθεια προς τη νόσο - μια κληρονομική προδιάθεση η οποία σε συνδυασμό με κάποιους άλλους παράγοντες μπορεί να οδηγήσει στη σχιζοφρένεια. Αυτή η προδιάθεση μπορεί να έχει την μορφή κάποιας βιοχημικής ή ενζυμικής ανωμαλίας, μιας λεπτής νευρολογικής βλάβης, ή κάποια άλλη μορφή ή ακόμη και συνδυασμό τους. Μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε πώς μεταβιβάζεται η κληρονομική αυτή προδιάθεση και έτσι δεν είμαστε σε θέση να προβλέψουμε με ακρίβεια εάν ένα συγκεκριμένο άτομο πρόκειται να νοσήσει ή όχι. Σε μερικούς ανθρώπους, ο γενετικός παράγοντας μπορεί να είναι κρίσιμος για την ανάπτυξη της νόσου, σε άλλους μπορεί να μην είναι.

Αν μέχρι στιγμής, καμία βιοχημική ανωμαλία και κανένας νευροβιοχημικός αιτιολογικός παράγοντας δεν έχει συνδεθεί απόλυτα με την σχιζοφρένεια, ωστόσο η γνώση σχετικά με την βιοχημεία του εγκεφάλου και η σχέση της με την σχιζοφρένεια αυξάνεται πολύ γρήγορα. Εδώ και πολλά χρόνια, όπως έχει δείξει η νευροεπιστήμη, οι νευρομεταβιβαστές - ουσίες που επιτρέπουν την επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου - έχουν ενοχοποιηθεί για την γένεση της σχιζοφρένειας. Φαίνεται πιθανό η νόσος να σχετίζεται με μια διαταραχή της ισορροπίας των περίπλοκων και αλληλοσχετιζόμενων χημικών συστημάτων του εγκεφάλου. Μολονότι δεν

---

<sup>118</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004, σελ 9.

έχουμε ακόμη οριστικές απαντήσεις, η έρευνα πάνω στην σχιζοφρένεια είναι και πολύ δραστήρια και συναρπαστική.

Το ενδιαφέρον για την ερώτηση αν η σχιζοφρένεια οφείλεται σε δομική ανωμαλία του εγκεφάλου, αναθερμάνθηκε μετά την ανακάλυψη της αξονικής τομογραφίας - ένα είδος ακτινογραφίας με το οποίο μπορούμε να δούμε με αρκετή σαφήνεια τον ζωντανό εγκέφαλο. Μερικές μελέτες που χρησιμοποίησαν την τεχνική αυτή έδειξαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν πιο συχνά ανωμαλίες της δομής (της κατασκευής) του εγκεφάλου από ότι υγιείς άνθρωποι της ίδιας ηλικίας (π.χ. οι εσωτερικές κοιλότητες του εγκεφάλου -οι κοιλίες του εγκεφάλου - παρουσιάζονται μεγαλύτερες). Πρέπει όμως να τονιστεί ότι όλες αυτές οι ανωμαλίες που έχουν αναφερθεί είναι αφενός πάρα πολύ λεπτές και αφετέρου ούτε είναι χαρακτηριστικές της σχιζοφρένεια ούτε συναντώνται μόνο σε άτομα με σχιζοφρένεια<sup>119</sup>.

Ένα πιο πρόσφατο επίτευγμα αποτελεί η Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (Positron Emission Tomography - PET) . Σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία η οποία παράγει στατικές εικόνες της κατασκευής του εγκεφάλου, η PET μπορεί να εκτιμήσει τη μεταβολική δραστηριότητα του ζώντος εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων περιοχών βαθιά μέσα στο εσωτερικό του εγκεφάλου. Μέχρι στιγμής τα ευρήματα με την PET είναι μόνο προκαταρκτικά, αλλά πιστεύεται ότι σε συνδυασμό και με άλλες απεικονιστικές τεχνικές θα μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την δομή και την λειτουργία του ζώντος εγκεφάλου.

Άλλες ειδικές απεικονιστικές τεχνικές που μπορεί να βοηθήσουν στην κατανόηση της σχιζοφρένεια περιλαμβάνουν την μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI), η ραδιοϊσοτοπική μελέτη της περιοχικής εγκεφαλικής κυκλοφορίας (RCFB) και τέλος το ψηφιακό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEG). Η μαγνητική τομογραφία παράγει εικόνες της δομής του εγκεφάλου και στηρίζεται στην διαφορετική συμπεριφορά των διαφόρων δομών όταν εφαρμόζεται μαγνητικό πεδίο επάνω τους. Στην RCBF γίνεται εισπνοή ενός

<sup>119</sup> [www.stress.gr/disorders/schizo1htm3](http://www.stress.gr/disorders/schizo1htm3)

ραδιοδραστικού αερίου και ο ρυθμός απομάκρυνσης της ουσίας αυτής από διαφορετικές εγκεφαλικές περιοχές δίνει πληροφορίες για την σχετική δραστηριότητα των περιοχών αυτών κατά τις διάφορες νοητικές δραστηριότητες. Το ψηφιακό ΗΕΓ εξετάζει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου καθώς αυτός αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα. Όλες αυτές οι απεικονιστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στην έρευνα για την διαλεύκανση της αιτιολογίας της σχιζοφρένειας. Δεν αποτελούν καινούριες μορφές θεραπείας.

Συμπερασματικά, τα αίτια της σχιζοφρένειας είναι, στην πλειοψηφία τους, γενετικά και νευροεγκυστικά<sup>120</sup>. Η νευροεπιστήμη αναπτύσσεται ραγδαία δίνοντας διευκρινήσεις για τις συμπεριφορικές διαταραχές και τις δυσκολίες μάθησης, αλλά και την οργανική αιτία που τις προκαλεί.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες για τα αίτια και τη θεραπεία;» (Ερώτηση 29,3 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.9: Περισσότερες έρευνες για τα αίτια και θεραπεία της ψυχικής υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	746	91,4
ΟΧΙ	18	2,2
ΔΓ	21	2,6
Σύνολο	799	97,9
Δεν απάντησαν	31	3,8
<b>Σύνολο</b>	<b>816</b>	<b>100,0</b>

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 6.7

Σχεδόν όλα τα άτομα του δείγματος (91,4 %) είναι σύμφωνα με την διεξαγωγή έρευνας για τα αίτια και θεραπεία της ψυχικής υγείας. Τα αίτια της

<sup>120</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

σχιζοφρένειας είναι, στην πλειοψηφία τους, γενετικά και νευροεγκυστικά<sup>121</sup>. Η νευροεπιστήμη (επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με την ανατομία, τη φυσιολογία, τη βιοχημεία και τη μοριακή βιολογία του νευρικού συστήματος και ιδιαίτερα με τις σχέσεις τους με τη συμπεριφορά και τη μάθηση) αναπτύσσεται ραγδαία δίνοντας διευκρινήσεις για τις συμπεριφορικές διαταραχές και τις δυσκολίες μάθησης αλλά και την οργανική αιτία που τις προκαλεί.

#### **6.2.4. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ**

Από το 1984 λειτουργεί στο Δήμο της Αθήνας ο πρώτος Μετανοσοκομειακός Ξενώνας (Half-way) στη χώρα. Ο ξενώνας αυτός ανήκει στο σύστημα υπηρεσιών του Αιγινήτειου. Το 1987 άρχισε επίσης τη λειτουργία του ένα Οικοτροφείο 12 κλινών που ανήκει στο Αιγινήτειο. Από πλευράς δημιουργίας άλλων ξενώνων υπάρχει ο ξενώνας στην Κατερίνη του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου (Ψ.Ν.) Πέτρας Ολύμπου, ο ξενώνας της Άμφισσας, ο ξενώνας στην Αλεξανδρούπολη, το Οικοτροφείο στον Κολωνό της Αθήνας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου. Αττικής (Ψ.Ν.Α.) και ο ξενώνας στη Θεσσαλονίκη του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ).

Λειτουργούν επίσης 13 ακόμη ξενώνες στην Αθήνα, Λιβαδειά, Αυλίδα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Αλεξανδρούπολη, Άμφισσα και Γιάννινα με 120 αρρώστους από το Ψ.Ν. Λέρου.

Υπάρχει επίσης το Πρόγραμμα Απόϊδρυματισμού του ΚΕΠΕΠ, ΠΙΚΠΑ, στη Λέρο,

Υπάρχουν σχέδια για να λειτουργήσουν επίσης ο ξενώνας του Ψ.Τ. «Ευαγγελισμού» με 10 κλίνες, το οικοτροφείο του Δρομοκαΐτειου, καθώς και καινούργια οικοτροφεία στα υπόλοιπα ψυχιατρεία της χώρας. Οι ξενώνες λειτουργούν υπό την εποπτεία ψυχολόγων.

---

<sup>121</sup> κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος

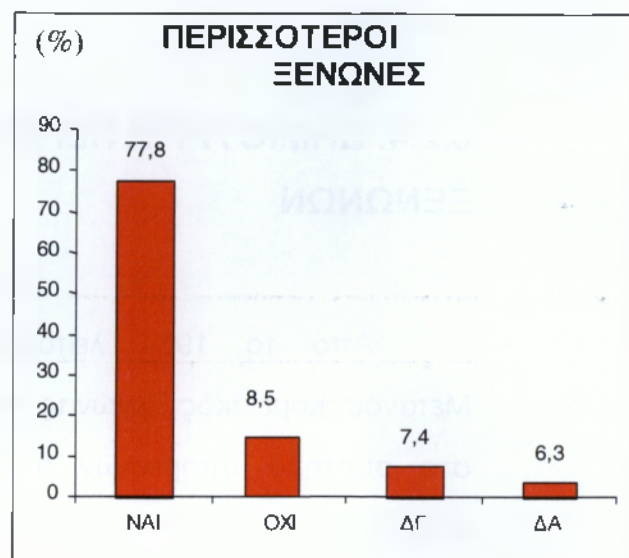


Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί ξενώνες;» (Ερώτηση 29,4 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.10: Περισσότεροι θεραπευτικοί ξενώνες

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΝΑΙ</b>	635	77,8
<b>ΟΧΙ</b>	69	8,5
<b>ΔΓ</b>	60	7,4
<b>Σύνολο</b>	793	97,7
<b>Δεν απάντησαν</b>	52	6,3
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 6.8

Για άλλη μια φορά το σύνολο των ατόμων του δείγματος (77,8%) είναι σύμφωνο με την δημιουργία μικρών θεραπευτικών ξενώνων, για τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Πιθανολογούμε όμως, με την προϋπόθεση να βρίσκονται οι μικροί θεραπευτικοί ξενώνες κάπου μακριά από τα σπίτια των ερωτηθέντων και ίσως και από τις γειτονιές τους, αφού το 44,9% θα ενοχλείτο από την γειτνίαση με σχιζοφρενή. αυτό φάνηκε πολύ έντονα και στην δημιουργία ξενώνων, όπως μας τόνισε και ο κ. Λαουδιάς.

### 6.2.5. ΑΥΞΗΣΗ ΕΥΚΑΙΡΙΩΝ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΗΝΕΙΣ

Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διακρίνονται στη μεταβατική φάση με τη μορφή της μερικής νοσηλείας στο Νοσοκομείο Ημέρας ή στο Κέντρο Ημέρας (Day Care Center) , όπου ο πυρήνας της

αποκατάστασης είναι η ψυχιατρική εργοθεραπεία και οι ομαδικές διεργασίες, και στην *κύρια φάση* της αποκατάστασης.

Στην *κύρια φάση* της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνονται:

1) η *κοινωνική αποκατάσταση* (έξω από το ψυχιατρείο στην κοινότητα) με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών - π.χ. Κοινωνικής Λέσχης, όπου εφαρμόζονται ομαδικές διεργασίες ή θεραπεία με χορό, μουσική ή τέχνες που παίζουν σημαντικό ρόλο - και τις εναλλακτικές στεγαστικές λύσεις στη διαμονή (ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα, θετή οικογένεια).

2) η *επαγγελματική αποκατάσταση* (προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία).

Ο βαθμός της αποτελεσματικότητας της επίτευξης αυτών των στόχων του «πενταετούς» προγραμματισμού ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ανέρχεται για μεν τα Οικοτροφεία, στο 29.4%, ενώ για τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης(Κ.Ε.Κ.) στο 100.0%<sup>122</sup>.

Ο Ο.Α.Ε.Δ. με τη χρηματοδότηση του Κοινωνικού Ταμείου των Ε.Ε.Κ προγραμμάτισε επίσης για το διάστημα 1988-1991 36 Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης με ένα σύνολο 720 θέσεων<sup>123</sup> (Πίνακας ).

<sup>122</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας»,Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004,σελ 50.

<sup>123</sup> Madianos, M. (1989) The changing Greek society and the deinstitutionalization of chronic mental patients. II World Congress of Psychosocial Rehabilitation Barcelona

Πίνακας 6.11.: Προγραμματισμός (1988-1991) ίδρυσης Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης από τον ΟΑΕΔ και με τη χρηματοδότηση του Κανονισμού ΕΟΚ 815/84 Β

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ Ε.Ε.Ε.	ΘΕΣΕΙΣ
1. Αθήνα	10	200
2. Στερεά	1	20
3. Δυτική Ελλάδα/Κέρκυρα	3	60
4. Θεσσαλία	3	60
5. Θεσσαλονίκη / Κεντρική Μακεδονία	6	120
6. Δυτική Μακεδονία	1	20
7. Ανατολ. Μακεδονία	2	40
8. Θράκη	2	40
9. Νησιά Αιγαίου	2	40
10. Κρήτη	2	40
11. Κεντρική Ανατ. Πελοπόννησος	2	40
12. Κεντρική Δυτική Πελοπ./Πάτρα, Ζάκυνθος, Κεφαλλονιά	2	40
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>36</b>	<b>720</b>

Πηγή: Μανδιανός, Υφαντόπουλος (1990)

Όπως φαίνεται από τον πίνακα , τα Εργαστήρια αυτά για άτομα με χρόνιες ψυχικές παθήσεις επρόκειτο να ιδρυθούν σ' όλες τις περιφέρειες της χώρας. Για ολόκληρη τη χώρα διατίθενται άμεσα ή είναι προγραμματισμένες, για τα επόμενα χρόνια 1984 θέσεις σε ενός ποικίλου φάσματος υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης .

Συγκεκριμένα λειτουργούν τρία προγράμματα αποκατάστασης με επίκεντρο την εργοθεραπεία στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής, της Θεσσαλονίκης και των Χανίων και 100 περίπου νοσηλευόμενους, 15 Κέντρα ή Νοσοκομεία Ημέρας με 443 θέσεις από τις οποίες οι 175 βρίσκονται στην ευρεία περιφέρεια της Αθήνας, και 20 Εργαστήρια Προ- και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ.

Τέλος, λειτουργούν ή έχουν προγραμματιστεί να λειτουργήσουν σύντομα προγράμματα κανονισμού 815/84, 33 συνεργατικές μονάδες,

αστικού ή αγροτικού τύπου, και 44 ξενώνες/ οικοτροφεία με 522 θέσεις. Το 1990 από τους 44 αυτούς ξενώνες λειτουργούσαν 13 διαμερίσματα-ξενώνες στη Θεσσαλονίκη, τρεις ξενώνες στην Αθήνα και από ένας ξενώνας στην Αλεξανδρούπολη, Κατερίνη και Άμφισσα.

Πίνακας 6.12: Διαθέσιμες θέσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μεταξύ 1982 και 1989

Υγειονομικές Περιφέρειες	Διαθέσιμες θέσεις 1982 1989	Προγραμματισμός 1990-1991
1. Αθήνα/ Αττική	100 585	174
2. Κεντρική Στερεά	15	-
3. Ήπειρος, Κέρκυρα, Λευκάδα	40	-
4. Θεσσαλία	-	199
5. Κεντρική Μακεδονία – Θεσ/νίκη	192	-
6. Δυτική Μακεδονία	20	-
7. Ανατ. Μακεδονία	16	-
8. Θράκη	15	-
9. Νησιά Αιγαίου	45	-
10.Κρήτη	125	-
11. Κεντρική Ανατολ. Πελοπόννησος		
12.Πάτρα/Δυτική Πελοπόννησος	35	35
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b> <b>1068</b>	<b>423</b>

Πηγή: Μανδιανός, Υφαντόπουλος (1990)

Από τον πίνακα 3.3 προκύπτει ότι το 1982 υπήρχαν 100 μόνο διαθέσιμες θέσεις, ενώ το 1989 οι θέσεις αυτές έφθασαν στις 1068, με

προγραμματισμένες επίσης 423 θέσεις για το χρονικό διάστημα 1990-1991. Το 1993 οι διαθέσιμες θέσεις παντός τύπου αποκατάστασης φθάνουν τις 1984.

Η αναλογία ως προς τη γεωγραφική περιοχή προγραμμάτων σε 1000 υπολογιζόμενους χρόνιους ψυχικά ασθενείς δείχνει ότι η Θεσσαλονίκη και κατά σειρά η Ευρεία Περιοχή Αθηνών εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αναλογία προγραμμάτων που ολοκληρώθηκαν ή βρίσκονται σε εξέλιξη από τη λοιπή χώρα σε 1000 υπολογιζόμενους χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Τέλος υπάρχουν συνολικά 420 θέσεις για αποκατάσταση εξαρτημένων ατόμων από ουσίες στην Αθήνα, Λάρισα και κυρίως στη Θεσσαλονίκη στα πλαίσια του θεσμού της Θεραπευτικής Κοινότητας.

Ως προς την πιθανότητα επαγγελματικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά αρρώστων, αυτή γίνεται κυρίως μέσα από τα γραφεία ανεύρεσης εργασίας ατόμων με ειδικές ανάγκες. Το 1989, 2170 άτομα με σωματικές και ψυχικές αναπηρίες ζήτησαν δουλειά από αυτά τα γραφεία και από αυτά, τα 600 άτομα (27.6%) τοποθετήθηκαν στον ιδιωτικό τομέα<sup>124</sup>.

Από τα στοιχεία αυτά δεν είναι δυνατό να γνωρίζουμε πόσα άτομα με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες βρήκαν εργασία αλλά από την αξιολόγηση του έργου του Εργαστηρίου Επαγγελματικής Αποκατάστασης προκύπτει ότι περίπου το 30% των αποφοίτων βρίσκουν εργασία, την οποία κρατούν για διάστημα 8-12 μηνών τουλάχιστον<sup>125</sup>.

Όπως έχει ήδη περιγραφεί<sup>126</sup>, 9.558 χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι έχουν ανάγκη από ισάριθμες θέσεις αποκατάστασης. Οι άμεσα διατιθέμενες ανέρχονται στις 1.984 και το πηλίκο συμφωνίας ανέρχεται για το σύνολο της χώρας στο 0.20 (Πίνακας 6.13.).

---

<sup>124</sup> Madianos, M. (1989) The changing Greek society and the deinstitutionalization of chronic mental patients. II World Congress of Psychosocial Rehabilitation Barcelona

<sup>125</sup> Madianos, M., Madianou, D. (1987) Athens, Greece. In R. Giel, J.H. Henderson, J.N., Hannibal, & G.H.M.M. ten Horn Mental health Services in Pilot Study Areas. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. p.p. 323-38

<sup>126</sup> Μαδιανός Μ., Οικονόμου Μ., (1990) Η κλίμακα της οικογενειακής επιβάρυνσης

Πίνακας 6.13.: Περιφερειακή κατανομή διαθέσιμων και απαιτούμενων θέσεων σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (1993)

Υγειονομικές Περιφέρειες	Αριθμός Απαιτούμενων Θέσεων	Αριθμός Διαθέσιμων Θέσεων	Πηλίκο Συμφωνίας*
1.Ευρεία Περιοχή Αθηνών	3.360	952	0.28
2. Κεντρική Στερεά	515	53	0.10
3. Ήπειρος, Κέρκυρα, Λευκάδα	405	124	0.30
4. Θεσσαλία	650	25	0.03
5. Κεντρική Μακεδονία, Θεσσαλονίκη	1.370	457	0.35
6. Δυτική Μακεδονία	260		-
7.Ανατολική Μακεδονία	400		-
8. Θράκη	440	38	0.10
9. Νησιά Αιγαίου	380	105	0.27
10.Κρήτη	450	145	0.33
11.Ανατολική Κεντρική Πελοπόννησος	515	15	0.03
12.Δυτ.Πελοπον.,Ζάκυνθος,Κεφαλλονιά	813	70	0.08
<b>Σύνολο</b>	<b>9.558</b>	<b>1984</b>	<b>0.20</b>

\*Πηλίκο Συμφωνίας= Αρ. Διαθέσιμων Θέσεων/ Αρ. Απαιτούμενων Θέσεων

Πηγή: Μανδιανός, Υφαντόπουλος (1990)

Ως προς τις ανάγκες της χώρας σε διαθέσιμες θέσεις ημερήσιας νοσηλείας (Day-care), αυτές ανέρχονται στις 1900 έναντι των 381 που διατίθενται αυτή τη στιγμή. Οι αναγκαίες αυτές θέσεις υπολογίστηκαν με την αναλογία των 30 θέσεων ανά 100.000 πληθυσμό.

Η ολοκληρωμένη οργάνωση των Υπηρεσιών της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών της χώρας φαίνεται ότι πρέπει να περιλαμβάνει την ίδρυση 7.637 νέων θέσεων σε

προγράμματα αποκατάστασης και 768 νέες θέσεις σε δομές εναλλακτικής στέγασης (οικοτροφεία, ξενώνες, διαμερίσματα κ.λ.π.)<sup>127</sup>.

Αρκετά νομοθετικά διατάγματα ρυθμίζουν τη διαδικασία εφαρμογής τύπων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τη γενικότερη υποστήριξη των ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες<sup>128</sup>. Τα κυριότερα διατάγματα είναι:

- Ο Ν. 861/79 για τη δαπάνη περίθαλψης των αναπήρων παιδιών από τους αντίστοιχους ασφαλιστικούς φορείς.

- Ο Ν. 963/79 «περί επαγγελματικής αποκατάστασης αναπήρων και εν γένει ατόμων μειωμένων ικανοτήτων».

- Ο Ν. 1000/79 που προβλέπει την πρόσληψη αναπήρων στο Δημόσιο κ.λ.π. (έναν ανά 100 θέσεις).

- Ο Ν. 12/75 που προσφέρει φορολογικές απαλλαγές και εκπτώσεις στο εισόδημα των αναπήρων με ποσοστό αναπηρίας 67%.

- Ο Ν. 1143/85 που ρυθμίζει τα της «ειδικής αγωγής».

- Μια σειρά επίσης Νομοθετικών Διαταγμάτων και Προεδρικών Διαταγμάτων ρυθμίζουν ειδικότερες διαδικασίες για την ειδική εκπαίδευση.

- Ο σχετικά πρόσφατος, αλλά τόσο αντιφατικός, νόμος 1648/1986 καταργεί το νόμο 963/79 και ρυθμίζει τα της αποκατάστασης «των μειονεκτούντων προσώπων». Τα βασικά σημεία στα οποία ο παραπάνω νόμος παρουσιάζει σοβαρές αντιφάσεις είναι η απουσία πρόβλεψης ύπαρξης ειδικής επιτροπής αξιολόγησης ανά υγειονομική περιφέρεια, η ύπαρξη του ποσοστού 3% για όλες τις κατηγορίες αναπήρων στους οποίους περιλαμβάνεται και το ποσοστό των ψυχικά αναπήρων, η απώλεια των δικαιωμάτων προστασίας μετά από ανάκληση για δύο φορές της τοποθέτησής τους, το δικαίωμα κάθε εργοδότη να ζητήσει οποτεδήποτε την αντικατάσταση του εργαζόμενου ανάπηρου για υπαίτια ή ανυπαίτια ακαταλληλότητα.

- Ο Νόμος 1729/1987 και οι νεότερες τροποποιήσεις του (Ν. 2161/1993) για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, της προστασίας των νέων κ.λ.π. περιέχει διατάξεις για την αποκατάσταση των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων.

<sup>127</sup> Μαδιανός Μ., Οικονόμου Μ., (1990) Η κλίμακα της οικογενειακής επιβάρυνσης.

<sup>128</sup> Κυριακάκης, Β. και συν. (1988) Νομοθετικές ρυθμίσεις ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Εγκέφαλος, 25:49-50

-Τέλος ο Ν. 1836/1989 που ρυθμίζει την απασχόληση και την επαγγελματική κατάρτιση, το συντονισμό και την επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών;» (Ερώτηση 29,7 ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.14: Αύξηση ευκαιριών

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΝΑΙ</b>	645	79,0
<b>ΟΧΙ</b>	39	4,8
<b>ΔΓ</b>	73	8,9
<b>Σύνολο</b>	788	96,6
<b>Δεν απάντησαν</b>	59	7,2
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 6.9.

Τα τέσσερα πέμπτα των ατόμων του δείγματος (79%) είναι υπέρ των προγραμμάτων αύξησης των ευκαιριών για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών. Τα προγράμματα αυτά αποτελούν 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.

Δημιουργήθηκαν συνεταιρισμοί για τους ψυχικά ασθενείς, όπου πραγματοποιούνται εκθέσεις σε διάφορες πόλεις και διαφημίζονται. Οι εκθέσεις δεν είναι διαδεδομένες αλλά εξελίσσονται και προχωρούν αργά<sup>129</sup>. Δημιουργούνται προγράμματα στον Ο.Α.Ε.Δ. που ωστόσο δεν αποδίδουν

<sup>129</sup> κ. ΛΑΟΥΔΙΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Πρώην Πρόεδρος Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τριπόλεως - Γυναικολόγος



,λόγω στίγματος. Γίνεται προσπάθεια για το τελικό κλείσιμο των ψυχιατρείων και «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). («ΨΥΧΑΡΓΩΣ»).

## **6.2.6. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Υπάρχουν πάρα πολλές καταστάσεις στις οποίες η ψυχοθεραπεία των ασθενών με σχιζοφρένεια μπορεί να βοηθηθεί από άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου. Οι συγγενείς ή οι φίλοι μπορεί να χρειαστεί να αναλάβουν έναν αποφασιστικό ρόλο ώστε οι ασθενείς να μπορέσουν να εκτιμηθούν από έναν ειδικό γιατρό, αφού συνήθως αρνούνται να πάρουν θεραπεία· αρνούνται διότι πιστεύουν ότι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες που έχουν είναι πραγματικές και ότι έτσι δεν χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι αναγκαίος ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ασθενή με εισαγγελική εντολή.

Την αίτηση για υποχρεωτικό εγκλεισμό συνήθως αναλαμβάνουν να την κάνουν οι συγγενείς του αρρώστου, αν και ο νόμος δίνει αυτό το δικαίωμα και σε πρόσωπα εκτός του στενού συγγενικού περιβάλλοντος. Σε όλες τις περιπτώσεις για να γίνει ακούσιος εγκλεισμός, πρέπει να υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι ο ασθενής βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο να βλάψει τον ίδιο του τον εαυτό ή τους άλλους.

Κάποιες φορές μόνο οι πολύ στενοί συγγενείς ή φίλοι του ασθενή είναι σε θέση να γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες του χαρακτήρα των ψυχικά ασθενών. Έτσι, αναλαμβάνουν να βοηθήσουν στην ψυχοθεραπεία, κυρίως, διαφωτίζοντας τυχόν "σκοτεινά" σημεία των ειδικών, μιας και οι ασθενείς δεν αποκαλύπτουν τις σκέψεις τους και πεποιθήσεις τους. Συμβάλλουν στην

δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης ιατρού- ασθενή, που είναι απαραίτητη για την θεραπεία και συντελεί στην θετική έκβαση της.

Το οικογενειακό αλλά και το φιλικό περιβάλλον των ασθενών, που αναλαμβάνουν την φροντίδα ασθενών με σχιζοφρένεια πολλές φορές δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν σε σκέψεις και πράξεις των ασθενών που είναι εμφανώς εκτός πραγματικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι ιδέες αυτές των ασθενών δεν είναι απλώς φαντασιώσεις τους αλλά στο νου τους μοιάζουν απόλυτα πραγματικές και σωστές. Τα μέλη της οικογένειας αντί να προσπαθούν να πείσουν το ασθενή περί του αντιθέτου, είναι προτιμότερο να λένε στον ασθενή ότι δεν βλέπουν τα πράγματα όπως τα βλέπει εκείνος και ότι δεν συμφωνούν με τα συμπεράσματά του, αλλά ταυτόχρονα να αναγνωρίζουν ότι στον ασθενή έτσι φαίνονται τα πράγματα.

Επίσης οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάζουν το λεγόμενο "επίπεδο", "αμβλύ" συναίσθημα ή "απρόσφορο" συναίσθημα. Δηλαδή, η έλλειψη φυσιολογικού ειρμού, που αποτελεί διαταραχή στην δομή και οργάνωση της σκέψης, μπορεί να κάνει τη συνομιλία με έναν σχιζοφρενικό ασθενή πραγματικά δύσκολη και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινωνική απομόνωση του ασθενή. Οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν να καταλάβουν τι λέει ο συνομιλητής τους είναι πιθανότερο να μην αισθάνονται άνετα μαζί του και να έχουν την τάση να τον αφήσουν μόνο του. Ο κοινωνικός περίγυρος των ασθενών, έχει την ικανότητα να κατανοεί και να καταλαβαίνει τις σκέψεις και τα συναισθήματα των "δικών του ανθρώπων". Επίσης όταν διακατέχεται από "απρόσφορο" συναίσθημα, συνήθως σε κάποια κρίση, ίσως είναι οι μόνοι ειδικοί που μπορούν να καταστείλουν αυτές τις κρίσεις, διότι όπως προείπαμε μπορούν να προβλέψουν καλύτερα από τον καθένα τις όποιες αντιδράσεις τους.

Ο θεσμός της θετής οικογένειας, αναπτύχθηκε για να προσφέρει στους ψυχικά ασθενείς τη θέρμη της οικογένειας με όλα τα οφέλη στη θεραπεία. Μια προσπάθεια τοποθέτησης σε οικογένειες 9 χρόνιων ψυχωτικών γυναικών νοσηλευόμενων στο τότε Κ.Θ.Π. Αθηνών έγινε στη δεκαετία του 1960 από τον

Ρασσιδάκη και συνεργάτες. Οι γυναίκες αυτές τοποθετήθηκαν ως οικιακοί βοηθοί, δεν υπάρχουν όμως πληροφορίες για την εξέλιξή τους<sup>130</sup>.

Πρόσφατα έχουν αρχίσει ξανά κάποιες προσπάθειες στο Ψ.Ν. Αττικής και δύο άρρωστοι τοποθετήθηκαν σε οικογένειες. Από το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής τρία παιδιά τοποθετήθηκαν σε οικογένειες. Από τις υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής τοποθετήθηκε σχετικά πρόσφατα ένας αριθμός 20 αρρώστων σε θετές οικογένειες. Είναι αξιοσημείωτο ότι ο θεσμός της «θετής» οικογένειας δεν καλύπτεται νομοθετικά<sup>131</sup>.

Τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση: «Για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, πιστεύετε ότι πρέπει να δοθούν ευκαιρίες για μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη συμμετοχή οικογενειών και φίλων στη θεραπεία;» (Ερώτηση 29,8ερωτηματολογίου), απάντησαν:

Πίνακας 6.15: Συμμετοχή οικογένειας και φίλων

	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>ΝΑΙ</b>	699	85,7
<b>ΟΧΙ</b>	34	4,2
<b>ΔΓ</b>	45	5,5
<b>Σύνολο</b>	793	97,2
<b>Δεν απάντησαν</b>	38	4,6
<b>Σύνολο</b>	816	100,0

Πηγή: Αποτελέσματα επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος.



Γράφημα 6.10

Σχεδόν το σύνολο των ατόμων του δείγματος (85,7%), υποστηρίζει ότι θα έπρεπε τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια να υποστηρίζονται από το οικογενειακό περιβάλλον και τους φίλους. Το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον εντός της οικογένειας, έχει ξεκάθαρα συνδεθεί με υποτροπές στη σχιζοφρένεια, αλλά όχι αναγκαστικά με την έναρξη της διαταραχής.

<sup>130</sup> «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α, Καλαμάτα 2004,σελ 154.

<sup>131</sup> Στο ίδιο

Γνωρίζοντας τη δυσκολία της αποδοχής του αρρώστου από την οικογένεια και την κοινότητα, μάλλον καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι ερωτώμενοι απαντούν θεωρητικά μόνο, όπως δηλαδή θα έπρεπε.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στο κεφάλαιο αυτό προσπαθούμε να εκμαιεύσουμε τη στάση των ατόμων του δείγματος για τον ιδανικότερο τρόπο θεραπείας της σχιζοφρένειας, έτσι όπως τον αντιλαμβάνεται το δείγμα μας. Αυτό το καταφέρνουμε προτείνοντας πολιτικές, που ακολουθούνται σε διάφορες χώρες, ρωτώντας την άποψη τους για το μέγεθος επιτυχίας ή αποτυχίας από την εφαρμογή τους στην Ελλάδα.

Από την έρευνα προκύπτει ότι προτείνουν ως καλύτερη θεραπεία της σχιζοφρένειας, τη θεραπεία που βασίζεται στην φαρμακευτική αγωγή (68,1%). Για τα άτομα του δείγματος, δεύτερη εναλλακτική είναι η εκτός νοσοκομείου θεραπεία, αλλά με παρακολούθηση πάντα από γιατρό (46,8%). Ο σχιζοφρενής θεωρείται άτομο ανίκανο να αυτοθεραπευτεί και αυτό ισχύει, μιας και η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται ποτέ απλά με την κατάλληλη ψυχολογική και φαρμακευτική υποστήριξη, καταστέλλεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ο λόγος για τον οποίο θεωρείται απαραίτητη την χορήγηση φαρμάκων βασίζεται στον φόβο για τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Πιστεύουν ότι οι σχιζοφρενείς είναι άτομα με διχασμένη προσωπικότητα, άτομα που αποτελούν δημόσιο κίνδυνο λόγω της βίαιης συμπεριφοράς τους ή άτομα διανοητικά καθυστερημένα. Ο συνδυασμός φαρμάκων και ιατρικής παρακολούθησης είναι ο πιο αποδεκτός, αφού υποσυνείδητα δηλώνουν την ανασφάλεια τους απέναντι στους σχιζοφρενείς.

Η δημιουργία περισσότερων ψυχιατρικών μονάδων προτάθηκε ως πολιτική αντιμετώπισης της ψυχικής υγείας. Αυτή η πρόταση σχεδόν υπερψηφίστηκε (68,4%), ενώ στην Β' φάση του προγράμματος "ΨΥΧΑΡΓΩΣ", προβλέπεται το σταδιακό κλείσιμο των ψυχιατρείων. Η αντίφαση του προγράμματος και της κοινωνίας δημιουργείται λόγω του έντονου στιγματισμού και του φόβου για τους σχιζοφρενείς, που τους θέλουν έγκλειστους για να αισθάνονται ασφάλεια. Επίσης, αυτή η νόρμα της κοινωνίας έχει ήδη αποτελέσει τροχοπέδη στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (77,8%) είναι υπέρ της δημιουργίας μικρών θεραπευτικών ξενώνων. Υποθέτουμε όμως ότι οι ξενώνες που θα δημιουργηθούν, θα πρέπει

να είναι μακριά από τα σπίτια, τις γειτονιές τους, μιας και οι μισοί (44,9%) θα ενοχλούνταν από την γειτνίαση με σχιζοφρενή.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι υπέρ στην διεξαγωγή περισσότερων ερευνών για τα αίτια και τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών (91,4%), της πολιτικής της ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινωνίας για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας (88,1%), καθώς και στην αύξηση ευκαιριών για εργασία και ψυχαγωγία στους ψυχικά ασθενείς (79%). Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως τα άτομα του δείγματος απαντούν πολιτικά ορθά, αφού γνωρίζουν ποια θα ήταν η καλύτερη πολιτική αντιμετώπισης της ψυχικής υγείας. Η πληροφόρηση θα πρέπει να βασιστεί σε καινοτόμους μεθόδους διάδοσης της και για την ευαισθητοποίηση του κοινού και των φορέων, που θα βοηθήσει στην μείωση του κοινωνικού στιγματισμού που εμποδίζει την αποτελεσματική εφαρμογή του προγράμματος "ΨΥΧΑΡΓΩΣ".

Για τον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό πολιτικής, χρειάζεται διατομεακή συνεργασία. Η διατομεακή συνεργασία πρέπει να είναι ουσιώδεις ώστε οι πολιτικές ψυχικής υγείας να ωφεληθούν από τα μεγαλύτερα προγράμματα. Επιπλέον, ο χώρος της ψυχικής υγείας πρέπει να εισάγει τα δεδομένα του στους άλλους κυβερνητικούς τομείς, έτσι ώστε οι δραστηριότητες τους και οι πολιτικές τους να συνεισφέρουν στην ψυχική υγεία. Οι πολιτικές πρέπει να αναλύονται ως προς τα επακόλουθα τους στην ψυχική υγεία πριν τεθούν σε εφαρμογή, και όλες οι κυβερνητικές πολιτικές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τους τις ειδικές ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές.

Οι υπηρεσίες του δικτύου των συμμετεχόντων φορέων θα συμβουλευούν, θα καθοδηγούν και θα προωθούν άτομα με ψυχική νόσο ή νοητική υστέρηση:

Στην πρόσβασή τους:

1.1. σε αρμόδιες υπηρεσίες και δομές για την παροχή εξειδικευμένης πληροφόρησης και ανάλογων συμβουλών για την αρωγή τους στην καθημερινή ζωή.

1.2. σε δημόσιες υπηρεσίες και ειδικούς κοινωνικούς φορείς εκπαίδευσης, κατάρτισης και αυτονόμησης τους

1.3. σε υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης και στέγασης, σε θεσμούς πολιτιστικών δραστηριοτήτων, αναψυχής, διακοπών κλπ.

στην υποστήριξη αυτών των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, για εξεύρεση και διατήρηση αυτοαπασχόλησης ή υποστηριζόμενης απασχόλησης, λαμβάνοντας υπόψη τις δυνατότητες, ανάγκες, απόψεις και προσδοκίες τους.

Στην εμπύχωση τους για συμμετοχή στα κέντρα αποφάσεων (κεντρικά ή περιφερειακά) όπου χαράζεται η κοινωνική και οικονομική πολιτική γι' αυτά, ώστε να προωθείται το δικαίωμα τους για ίσες ευκαιρίες στη ζωή.

Στην ενημέρωση και συνεργασία με τους εργοδότες της τοπικής κοινωνίας για να καταρτίζονται "ειδικώς" τα άτομα με ψυχική νόσο ή νοητική υστέρηση, ώστε να καλύπτονται παρούσες ή μελλοντικές ανάγκες των εργοδοτών σε θέσεις εργασίας.

Στην ανάλυση των αναγκών της αγοράς εργασίας, το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης για τα άτομα αυτά που θα ανταποκρίνονται στις εκάστοτε ανάγκες της αγοράς εργασίας.

Στην αξιολόγηση των ικανοτήτων και δυνατοτήτων των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με νοητικά υστέρηση, με την ανάπτυξη ενός λογισμικού εργαλείου για:

6.1. το είδος της κατάρτισης που πρέπει να ακολουθηθεί

6.2. την αποτελεσματικότητα της επαγγελματικής κατάρτισης που ακολούθησαν

6.3. την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχονται στους διάφορους ψυχιατρικούς και κοινωνικούς θεσμούς, που απασχολούνται με την ψυχοκοινωνική ένταξη / επανένταξη και την επαγγελματική κατάρτισή τους.

6.4. τη δυνατότητα πρόβλεψης ατυχημάτων που θα αρθρώνουν τα άτομα ή οι διάφοροι και προνοιακοί θεσμοί αναφορικά με τις δυνατότητες κοινωνικοεπαγγελματικής τους ένταξης.

στην προαγωγή της μεταφοράς τεχνογνωσίας και ορθής πρακτικής σε ψυχιατρικούς και προνοιακούς θεσμούς της τοπικής κοινότητας, την εκπαίδευση υπαλλήλων των παραπάνω θεσμών στην τεχνική της ψυχοκοινωνικής επαναπροσαρμογής και επανένταξης και επαγγελματικής αποκατάστασης των παραπάνω ψυχικά ασθενών και των ατόμων με νοητικά υστέρηση.

στην ενίσχυση της πληροφόρησης για συμπληρωματικά προγράμματα (π.χ.:κοινωνικού αποκλεισμού) ώστε να προάγεται η πολλαπλασιαστικότητα των δράσεων τους.

Στην προώθηση σε μελλοντικούς προγραμματισμούς των ίσων ευκαιριών στη ζωή αυτών των ατόμων για την όσο το δυνατόν πληρέστερη αυτονόμησή τους.

Στην έρευνα και στο σχεδιασμό κοινής μεθοδολογίας για την προαγωγή:

10.1. μορφών προστατευμένης απασχόλησης, ενσωματωμένων μέσα στους συνήθεις χώρους εργασίας

10.2. οικοτεχνιών ή σύγχρονων συνεταιριστικών βιοτεχνικών επιχειρήσεων, προστατευμένης ή ημιπροστατευμένης μορφής, που θα παράγουν υψηλής ποιότητας προϊόντα, ώστε να είναι δυνατή η απορρόφηση τους τόσο στην ντόπια αγορά όσο και στις άλλες αγορές της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

Ταυτόχρονα οι προτεινόμενες Υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δεν θα αποτελούν μόνο κατά τόπους κέντρα προαγωγής έρευνας και τεκμηρίωσης της ένταξης / επανένταξης των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με νοητική υστέρηση στην αγορά εργασίας, αλλά και:

A ) παρατηρητήρια παρακολούθησης της εφαρμογής της ισχύουσας νομοθεσίας, της σχετικής με την εργασιακή απασχόληση των παραπάνω ψυχικά ασθενών και των ατόμων με νοητικά υστέρηση και των πολιτικών αυτονόμησής τους.

B ) Φορείς υπεράσπισης των δικαιωμάτων τους ώστε η ένταξή τους στην κοινωνία και η επαγγελματική τους αποκατάσταση να επιτελείται με μια επιστημονική βασική και συνεπή στρατηγική παρέμβασης.

Στο "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" έχει ως τελικό του σκοπό την αλλαγή της υπάρχουσας κατάστασης, αλλά και συμπεριφοράς της ελληνικής κοινωνίας καθώς και του ίδιου του κράτους, στους ψυχικά ασθενείς. Το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ", στη Β' φάση που βρίσκεται έχει ως προτεραιότητα το κλείσιμο όλων των ψυχιατρείων της χώρας. Αναφέρεται στους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες που βρίσκονται (στοιβάζονται) επί χρόνια στα ψυχιατρεία και αδυνατούν μέχρι σήμερα να ενταχθούν στον κοινωνικό ιστό. Προσφέρει στεγαστική αποκατάσταση (ξενώνες, οικοτροφεία) αλλά και εργασιακή απασχόληση μέσα από συγκεκριμένα αντικείμενα κατάρτισης (εργαστήρια).





## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ψυχική υγεία ορίζεται η κατάσταση μιας πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας. Η κατανόηση του τι είναι ψυχική υγεία είναι σημαντική διότι δίνει μια βάση επί της οποίας εδράζεται η πληρέστερη κατανόηση της εκδήλωσης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Ωστόσο είναι αδύνατον να οριστεί πλήρως γιατί η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσιάζουν μια πολυποικίλη και ετερογενή εικόνα. Μερικές διαταραχές είναι ήπιες και άλλες σοβαρές. Μερικές διαρκούν λίγες εβδομάδες, ενώ άλλες δια βίου. Μερικές δεν διακρίνονται παρά μόνο μετά από λεπτομερή εξέταση, ενώ άλλες είναι εμφανείς ακόμα και σε ένα τυχαίο παρατηρητή. Αυτή η έκθεση εστιάζει σε μερικές κοινές διαταραχές που είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές για τις κοινότητες και γενικά θεωρούνται σοβαρό πρόβλημα. Οι πιο κοινές διαταραχές είναι : οι καταθλιπτικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, διαταραχές από χρήση ουσιών, η νόσος Alzheimer ,η νοητική καθυστέρηση και οι διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνεται η επιληψία ως νευρολογική διαταραχή.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από θλίψη ,έλλειψη ενδιαφέροντος, μειωμένη ενεργητικότητα. Είναι μια συνεχής ψυχική διαταραχή που προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση στον ίδιο τον πάσχοντα και το οικογενειακό του περιβάλλον και αναμένεται να έχει αυξητικές τάσεις κατά τα επόμενα 20 έτη ,

Η σχιζοφρένεια αρχίζει στην ύστατη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Χαρακτηρίζεται από δομικές παραμορφώσεις της σκέψης και της αντίληψης και από απρόσφορο συναίσθημα. Κατέχει την τρίτη πιο δυσμενή θέση στο γενικό πληθυσμό ενώ μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς 10 έτη κατά μέσο όρο.

Σημαντικό ρόλο για την πορεία της ψυχικής ασθένειας διαδραματίζει ο θεραπευτικός χώρος (ίδρυμα) και το προσωπικό. Οι εργαζόμενοι στο άσυλο στοχεύουν στην θεραπεία του ψυχωτικού αρρώστου και βιώνουν την ψυχωτική διάχυση σε προσωπικό επίπεδο.

Στις προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών περιλαμβάνονται και όλα τα μέσα που προετοιμάζουν τους ψυχικά ασθενείς για την διεκδίκηση μιας φυσιολογικής θέσης στην κοινότητα ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Ο όρος «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση» περικλείει όλες αυτές τις προσπάθειες. Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι ένα πολυδιάστατο, «συνεχές» πρόγραμμα που αρχίζει με διάγνωση-αξιολόγηση-αρχική εκτίμηση του προβλήματος και λήγει με την τοποθέτηση του ασθενούς σε εργασία. Η παράλειψη ενός σταδίου είναι αδύνατη γιατί το ένα στάδιο είναι άμεση συνέχεια του προηγούμενου. Η περίοδος από την έξοδο ενός ατόμου από το ψυχιατρείο μέχρι την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής, θεωρείται μεταβατική φάση και καλύπτεται με τη μορφή μερικής νοσηλείας, η οποία αποτελείται από το θεραπευτικό περιβάλλον και την ψυχιατρική εργοθεραπεία. Ως κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θεωρείται η κοινωνική αποκατάσταση που αποτελείται από υπηρεσίες που έχουν ως στόχο την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και την κοινωνικοποίηση τους μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό περιεχόμενο.

Οι ανάγκες των Ελλήνων ψυχικά αρρώστων για ειδικές υπηρεσίες οδήγησαν στην πρώτη απόπειρα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το 1984, με ένα «πενταετές» πρόγραμμα ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχικής αποκατάστασης. Στα τέλη του 1995 το Υπουργείο Υγείας προκειμένου να εξασφαλίσει την συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» χωρίστηκε σε δυο φάσεις. Η Α' φάση υλοποιήθηκε το 2000-2001 και είχε σκοπό την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα. Τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά και περισσότερα από όσα σχεδιάστηκαν. Η Β' φάση αναφέρεται την περίοδο 2000-2006 και στοχεύει στην δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων ενσωματωμένα στα Γενικά Νοσοκομεία και στην τελική κατάργηση των ασύλων.

Τα αποτελέσματα των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών για την ψυχική υγεία φαίνονται μέσα από την οργάνωση και ανάπτυξη κοινωνικών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που άρχισαν να λειτουργούν

από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Οι υπηρεσίες που έχουν αναπτύξει ορισμένα πρότυπα είναι: τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ), Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης-Αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α.), Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (Ε.Ε.Ε.) Υπηρεσίες Οργάνωσης Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ατόμων (Υ.Ο.Α.Ε.Α.).

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετώπισε η αποασυλοποίηση είναι ο κοινωνικός στιγματισμός ή στίγμα. Το στίγμα ορίζεται ως ένδειξη ντροπής και αποδοκιμασίας. Ο κοινωνικός στιγματισμός είναι δυνατός σε όλους τους τύπους της πνευματικής ασθένειας. Εξαιτίας του στίγματος τα άτομα με ψυχική ασθένεια - ειδικά τα άτομα με σχιζοφρένεια υποφέρουν περισσότερο. Πηγές του στίγματος θεωρούνται : η οικογένεια, το κοινωνικό περιβάλλον και οι ίδιοι οι ασθενείς. Επιπτώσεις του στίγματος είναι: οικονομικές, στην ποιότητα ζωής, λόγω συγκρούσεων και καταστροφών.

Ωστόσο μια ευρεία κλίμακα στρατηγικών είναι διαθέσιμη για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Οι πιο σημαντικές είναι :η προαγωγή της ψυχικής υγείας με εκπαιδευτική πολιτική, η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στις γενικές υπηρεσίες υγείας, η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, ο ρόλος των Μ.Μ.Ε με τη σωστή πληροφόρηση του κοινού, η χρήση κοινωνικών πόρων για την προώθηση αλλαγών και τέλος με την συνεισφορά άλλων τομέων μέσω κυβερνητικών προγραμμάτων και διατομεακής συνεργασίας.





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

### Α) ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Ανδρουλάκη, Ο (1989) Εφαρμογές προγράμματος μετεκπαίδευσης στην ψυχιατρική νοσηλευτική. Εγκέφαλος, 25: 17: 132-135.

Ε.Π. Υγείας και Πρόνοιας «Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης "Ψυχαργώς", 2000-2006

Καρύδη, Β. (1984) Το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας. Μια νέα μονάδα Ψυχιατρικής Αποκατάστασης. Διεθνές Συμπόσιο Κοινωνικής Κοινοτικής Ψυχιατρικής Ψ.Κ.Π.Α., Αθήνα, Οκτώβριος

ΚΕΠΕ:Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας, Αθήνα, 1979

Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα Καισαριανής Ψ.Κ.Π.Α.

Κογκίδου Δ., «Αναφορές σε εμπειρίες από τον Ελληνικό χώρο:Προσπάθεια εφαρμογής ενός θεραπευτικού ψυχοκοινωνικού», 1987

Κυριακάκης, Β. και συν. (1988) Νομοθετικές ρυθμίσεις ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Εγκέφαλος, 25:49-50

Κωστάκη, Λ, (1986) ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην ομάδα Ψυχικής υγείας. Εγκέφαλος,23:325-326

Λυμπεράκης, Ε., Δημητρίου, Ε. (1982) Ημερήσια περίθαλψη στην υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Θεσσαλονίκης (1971-1980). Εγκέφαλος, 19:368-371

Λυμπεράκης, Ε (1982) Ψυχιατρικά οικοτροφεία της Νεας Γης του Καναδά. Εγκέφαλος, 19:395-397

Μανδιανός Μ., «Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση : από το άσυλο στην κοινότητα», Αθήνα 1994

Μανδιανός Μ., «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της:από την θεωρία στην πράξη», Αθήνα 1994

Μαδιανός Μ., Οικονόμου Μ., (1990) Η κλίμακα της οικογενειακής επιβάρυνσης.

Μαδιανός, Μ. (1985) Σημειώσεις Ψυχιατρικής, Επαγγελματικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης. Αθήνα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μαδιανός, Μ. (1988) Η Κλίμακα της Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAS): Η αξιοπιστία της και η εγκυρότητά της στον Ελληνικό χώρο. Εγκέφαλος, 24: 97-100.

Μαδιανός, Μ. (1989) Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Τόμος Β', Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή. Αθήνα, Καστανιώτης.

Μαδιανός, Μ. (1989) Κοινωνική και Ψυχική Υγεία, Τόμος Α. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Αθήνα, Καστανιώτης.

Μαντωνάκης, Ι., Κολύρης Γ., (1975) Μελέτη τρόπου λειτουργίας Νοσοκομείου Ημέρας (Day Hospital). Minerva Medica Graeca, 3:359-368

Μαντωνάκης, Ι. Τζέμος, Γ.(1985) Παρατηρήσεις από 15 μήνες λειτουργίας του πρώτου Νοσοκομείου Ημέρας στην Ελλάδα. Εγκέφαλος, 20:36-43

Μεγαλοοικονόμου Θ. « Ζητήματα θεωρίας και πράξης της αποϊδρυματοποίησης, τετράδια ψυχιατρικής 33: 6-14» Αθήνα 1991.

Μερεντίτη Χ, Κλωνάρη Ε, Κάκος Α «Πολιτικές ανάπτυξης συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας», Καλαμάτα 2004,σελ 137-138.

Μπαϊρακτάρης Κ. «Αποϊδρυματοποίηση & πολιτική, τετράδια Ψυχιατρικής 25:16-17»,1989

Μπαϊρακτάρης Κ.,«Επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές:δυνατότητες, περιορισμοί στο Κοινωνική αποκατάσταση Ατόμων με ψυχικές διαταραχές Κ.Ψ.Υ.», Αθήνα 1987,σελ. 39-47

Μπαϊρακτάρης, Κ., (1985) Εισηγητική έκθεση για την αναβάθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης Ψ.Ν.Θ. και τον ευρύτερο χώρο: αποϊδρυματισμός και κοινωνική επανένταξη χρόνιων ψυχασθενών. Ψυχιατρικά τετράδια, 6:11-17

Πανουή- Δελληγιάννη, Α. (1979) Μαθήματα στην Ψυχιατρική εργοθεραπεία. Αθήνα, Σχολή Εργοθεραπείας ΚΑΤΕΕ (δακτυλογραφημένο)

Τομαράς, Β., Μαδιανός, Μ, Στεφανής, Κ., Χαριτάκη, Ε., Βουτσινά, Π. (1984) Πρόγραμμα επαγγελματικής εκπαίδευσης χρόνιων ψυχικά σχιζοφρενών στην κοινότητα: Μέθοδος αξιολόγησης. Διεθνές Συμπόσιο Κοινωνικής Κοινοτικής Ψυχιατρικής Ψ.Κ.Π.Α., Αθήνα, Οκτώβριος.



Τομαράς, Β., Ιωαννοβίτης, Ε., Μαδιανός, Μ., Καψάλη, Α. Μαραβέλης, Δ., Στεφανής, Κ., (1992) Αποκατάσταση ψυχιατρικών αρρώστων: Προοπτική αξιολόγηση αποτελέσματος. *Ψυχιατρική*, 3:67-76

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, «Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας», Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας 2003

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα», Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001.

## B) ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

ANDERSON, C.M., HOGARTY, G., REISS, D.J (1981). The Psychoeducational family treatment of schizophrenia. In M.J. Goldstein (ed). *New Developments in Intervention with Families of Schizophrenics*. San Francisco Jossey Bass pp. 79-94.

ANTHONY, W.A. (1997) Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. *American Psychologist*, 658- 662.

ANTHONY, W.A. (1980) A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 24: 6-21.

ANTHONY, W.A., COHEN, M., COHEN, B. (1983). The philosophy, treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach. *New Directions in Mental Health*, 17: 67-69.

ANTHONY, W.A. and JANSEN, M.A. (1984) Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications. *American Psychologist*, 39: 537-544.

BARKER P., MUIRA.M. (1969) The role of occupational therapy in a children's inpatient psychiatric unit. *Amer. J. Occup. Ther.*, 23: 431-436.

BENNETT, D. (1969) *The Day Hospital in Social Psychiatry*. Ed. Petrilowisch N. and Flegel A., *Top. Probl. Psychiat. Neurol.* 9, 4-18, S. Karger, Basel.

- BENNETT, D. (1970) The value of work in psychiatric rehabilitation. *Social Psychiatry*, 5: 224-229.
- BENNETT, D. (1970) The value of work in psychiatric rehabilitation. *Social Psychiatry*, 5: 227-230.
- BENNETT, D. (1972) Day Hospitals, day centers, and workshops. In J.K. Wing and A. Hailey (eds.) *Evaluating a Community Psychiatric Service: the Camberwell Register 1964-71*. London. Oxford University Press.
- BIERER, J. (1955) The day hospital. *Social Welfare*, 9: 172-179.
- BIRLEY, J.L.T. (1974) A housing association for psychiatric patients. *Psychiat. Quart.*, 48, 568-71.
- BOND, G.R. and Boyer, S.L.(1987) Programs and outcomes. In J.A. Ciardiello & M.D. (eds.) *Vocational Rehabilitation for Persons with Prolonged Mental Illness*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- BOWER et al. (2000) Randomized controlled trial of non- directive counseling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II : Cost effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1389-92
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T. (1968) Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *J. Health Social Behavior*, 9: 203-214.
- BROWN, G.W., Bone, M., DALISON, B., WING, J. (1996) *Schizophrenia and social care: A comparative follow-up of 339 schizophrenic patients*. London, Oxford Univ. Press.
- CLARK, D. (1974) *Social Therapy in Psychiatry*. Harmondsworth Penguin.
- D.H.S.S. (1972) *Minimum standards in hospitals for the mentally ill*. London D.H.S.S. Alexander Fleminghouse.
- DANLEY, K.S., ROGERS, E.S., NEVAS, D.B. (1991) An overview of a psychiatric rehabilitation approach to vocational rehabilitation. In M. Farkas and W.A . Anthony (eds.), *Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into Practice*. Baltimore: Johns Hpkins University Press.
- DAVIS, A.E., DIMITZ, S., PASAMANICK, B. (1974) *Schizophrenics in the New Custodial Community*. Colombus, Ohio State University.

- DELL AQUA, G. (1991) Without mental hospital: The criteria for deinstitutionalization: The Trieste experiment. In Changing mental health care in the cities of Europe. Amsterdam W.H.O Conference.
- DENHAM, M.J. (1983) Care of the Long- stay Elderly Patients. London, Croom Helm.
- D.H.S.S (1975) Better Services for the Mentally Ill. London, HMSO.
- EDELSON, M. (1970) The practice of sociotherapy. New Haven, Yale University Press.
- EISENBERG, M.G. (1985) Vocational rehabilitation for the psychiatrically impaired: A case study. *American Rehabilitation*, 11(4)
- FADDEN, G., BEBBINGTON, P., KUIPERS, L.(1987) The burden of care; the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Brit J. Psychiat.*, 150: 285-292.
- FARKAS, M., ANTHONY, W.A (1989) Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into Practice. Baltimore, Johns Hopkins Univ. Press.
- FREEMAN, H.E., SIMMONS, O. (1963) The Mental Patient Comes Home New York, Wiley.
- GOFFMAN, E., (1963) Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity, Prentice-Hall Inc. Η ελληνική έκδοση "Στίγμα", εκδόσεις Αλεξάνδρεια, 2001.
- GOFFMAN, I. (1961) Asylums. New York, Doubleday.
- GOMEL MK et al (1995) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervisitation techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*.
- GOODWIN S (1997) Comparative mental health policy: from institutional to community care. London: Sage Publications
- HARRIS, A. (1957) Day hospitals and night hospitals in psychiatry. *Lancet* I, 729-30.154.
- HOCHMAN, J. (1982) L' institution mentale: du role de la theorie dans les soins psychiatriques desinstitutionalises. In *Form. Psychiatrique* 58 : 987-991.
- HOGAN, R. (1986) Community opposition to group homes. *Social Sciences Quarterly*, 67:442-449

- HOGARTY, G.E., Goldberg, S.C. and Collaborative study Group (1973) Drug and Sociometry in the aftercare treatment of schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 28:54-34
- HUNTER, P.(1978) *Schizophrenia and community Psychiatric Nursing*. National Schizophrenia fellowship, London.
- JABLENSKY, A., Co, J.E. et al. (1985) A procedure and schedule for the assessment of disability in patients with severe psychiatric disorders. Geneva, W.H.O.
- JENNINGS, S. (1975) *Creative therapy*. London, Pitman.
- KESSLER RC, DAVIS CG, KENDLER KS(1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5):1101-19
- KLINE, M.N., HOSINGTON, V.(1981) Placing the psychiatric disabled: A look at work values. *Rehabilitation counselling Bulletin*, May.
- KRAMER, B.(1962) *Day Hospital*. New York Grune Stratton
- KRAMER, L.W., BEIDEL, D.C. (1982) Job seeking skills groups: Review and application to a chronic psychiatric population. *Occupational therapy in Mental Health*, 2:8-12
- LAMB, H.R.(1968) Release of chronic psychiatric patients in the community. *Arch. Gen. Psychiat.*, 9:34-38
- LANDY, D., GREENBALT, M. (1965) *Halfway House*. Washington D.C. U.S.DHEW
- LANGLEY, D.M., LANGLEY G.E. (1983) *Dramatherapy and psychiatry*. London: Croom Helm
- LEFF J, GAMBLE C (1995) Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24:76-88
- LEFF, J.P., (1976) Schizophrenia and sensitivity to the family environment. *Schizophr. Bulletin*, 2:566-574
- LEOPOLDT, H. (1980) The psychiatric group home - 1. *Nursing Times*, 76: 829.
- LEOPOLDT, H. and McSTAY, P. (1980) The psychiatric group home - 2. *Nursing Times*, 76. 866.

- LIBERMAN, R. P. (1988) Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. Washington D.C., American Psychiatric Press.
- LUZOYN, C., STYLIANIDIS, S. (1987) La Nouvelle Psychiatrie Italienne. Paris, MIRE.
- MADIANOS, M. (1989) The changing Greek society and the deinstitutionalization of chronic mental patients. II World Congress of Psychosocial Rehabilitation Barcelona.
- MADIANOS, M., MADIANOU, D. (1987) Athens, Greece. In R. Giel, J.H. Henderson, J.N., Hannibal, & G.H.M.M. ten Horn Mental health Services in Pilot Study Areas. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. p.p. 323-38
- MAIN, T.F. (1946) The hospitals as a therapeutic institution. Bulletin Menninger Clinic, 10:66-70
- MOSHER, L.R., MENN, A.Z.(1978) Community residential treatment for schizophrenia: two- year follow-up. Hospital and Community Psychiatry, 29:715-23
- MURRAY CJL, LOPEZ AD eds (1996) The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020. Cambridge, Massachusetts : Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of disease and injury Series , Volume 1)
- MURRAY CJL, LOPEZ AD (2000) progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. Health Economics, 9:69-82
- NIDA 2000: Το National Institute on Drug Abuse (NIDA) είναι τμήμα του National Institute of Mental Health (NIMH) του Υπουργείου Υγείας των ΗΠΑ.
- OSEN, M.R. (1979) Boarding out and substitute family care of the psychiatric patient. In the Care of the mentally disordered: an examination of some alternatives to hospital care.
- PAI,S.&KAPUR R.L. (1981) The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. British Journal of Psychiatry, 138:332-335

- RAPPAPORT, R.N. (1960) *Community as Doctor*. Springfield Ill.C.C. Thomas.
- ROTELLI, F.(1987) Ο αποϊδρυματισμός στην Ευρώπη και το πρόβλημα της Λέρου, στο Συμπόσιο της Α.Π.Ο.Ψ.Υ., Αθήνα.
- SPIEGEL D et al. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* , 2 (8668):888-91
- THORNICROFT G, TANSSELA M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press
- ROTELLI, F(1987) Η κατάργηση του ψυχιατρείου της τεργέστης . *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 18:5-12
- RYAN, P. (1979) Residential care for the mentally disabled. In *Community care for the mentally disabled* London, Oxford University Press
- RYAN, P., HEWETT, S.H. (1976) A pilot study of hostels for the mentally ill. *Social Work Today*, 6:774-748
- SARACENO, B. (1993) *Psychosocial rehabilitation: A critique*. Διάλεξη στην ημερίδα της ΕΠΑΨΥ. Αθήνα
- SANDERS, R., SMITH, R.S., WEINMAN, B.S. (1967) *Chronic psychoses and recovery*. San Francisco, Jossey Bass.
- SILVERSTEIN, M. (1968) *Psychiatric aftercare* Philadelphia. Univ. of Pennsylvania
- STATON, A.H., GUNDERSON, J.G., KNAPP, P.H., FRANK, A.F., VANNICELLI, M.O., SCHNITZER, R., ROSENTHAL, R. (1984) Effects of psychotherapy on schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*, 10:520-563
- STEFANIS, c., MADIANOS, M. (1981) *The mental health care delivery system in Greece*. Bibliotheca Psychiatrica, Karger Basel
- TIFANY, E. (1978) *Psychiatry and mental health*. In H.Hopkins H.D. Smith Willard and Spackman's occupational therapy. Philadelphia, Lippincott.
- TOMARAS, V., MADIANOS M., TSIPRA J., STEFANIS C. (1984) Developing the first Community Occupational Rehabilitation Unit for the mentally disabled in Greece. Regional symposium on Psychiatric Rehabilitation W.P.A. Rome.

- TOWER, p., BRYANT, B., ARGYLE, M., (1978) Social skills and mental health. London, Methuen.
- TSIPRA, J., VOUTSINA, P., CHARITAKI, E., TOMARAS, V., MADIANOS M., KAPSALLI, A., (1986) The role of Occupational Therapist in A Community Mental health center in Greece. Brit. J.Occup. Therapy, A9,389-391.
- WARD E et al (2000) Randomised controlled trial of non- directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I:clinical effectiveness. British Medical Journal,21:1381-8
- WARREN, B., (1984) Using the Creative Arts in Therapy. London Croom Helm.
- WILSON, M., (1987) Occupational therapy in Long term psychiatry. Ediburgh, Churchill, Livingstone.
- WING, J.K., BENNETT, D.H., DENHAM, J (1964) Industrial rehabilitation of long stay schizophrenic patients. London Medical resource Memo No 12
- WING, J.K., BENNETT, D.H., DENHAM,, J (1964) Industrial rehabilitation of long stay schizophrenic patients. London Medical resource council Memo No 42. HMOSO, London
- WING, J.K., HAILEY, A.M., (1972) Evaluating a community psychiatric service: the camberwell Register 1964-1971. Oxford University Press, London
- WING, J.K., MORRIS, B., (1981) Handbook of Psychiatric rehabilitation Practice. Oxford, Oxford University Press.
- WORLD BANK(1993) World health report: investing in health. New York: Oxford University Press Inc.
- WORLD HEALTH ORGANIZASION (2000) World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva : World Health Organization
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980) Dissabillity Prevention and Rehabililtation Report of the W.H.O. Expert Committee. Technical report series, 668, Geneva W.H.O.

- WYKES, T., (1982) A hostel-ward for "new" long-stay patients: an evaluative study of a ward in a house. In Wing J.K. Long term Community care: Experience in a London Borough, psychological medicine, monograph supplement 2, CUP, Cambridge
- ZUSSMAN, J.(1975) Tertiary prevention. In Freedman A., Kaplan H., Sadock Comprehensive textbook of Psychiatry II , voi. 2 Baltimore Williams Wilkins, pp.2340-2346.

### **Άλλες πηγές από Internet:**

1. [www.stress.gr](http://www.stress.gr)
2. [www.Mohawk.gr](http://www.Mohawk.gr)
3. [www.zephyr.libr.noc.gr](http://www.zephyr.libr.noc.gr)
4. [www.intranet.gr](http://www.intranet.gr) «Άρθρο της Ψυχιάτρου Μαρίνας Οικονόμου με τίτλο "Ψυχοεκπαίδευση -Υποστήριξη - Αυτοβοήθεια"
5. [www.encephalos.gr](http://www.encephalos.gr)
6. [www.who.int](http://www.who.int)
7. <http://www.mypet.gr>
8. <http://www.mypet.gr>(Αντώνης Λιοδάκης Ψυχίατρος, Επιμ. Α΄ Ε.Σ.Υ.)
9. [www.stress.gr/disosters/schizo1html](http://www.stress.gr/disosters/schizo1html)
10. [www.stress.gr/disosters/schizo2html](http://www.stress.gr/disosters/schizo2html)
11. [www.stress.gr/disosters/schizo3html](http://www.stress.gr/disosters/schizo3html)
12. [www.stress.gr/disosters/depres1html](http://www.stress.gr/disosters/depres1html)
13. [www.stress.gr/disosters/depres2html](http://www.stress.gr/disosters/depres2html)
14. [www.stress.gr/disosters/depres3html](http://www.stress.gr/disosters/depres3html)



## **ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ:**

1. κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ , διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ»
2. κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως- Νευρολόγος
3. κ. ΛΑΟΥΔΙΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Πρώην Πρόεδρος Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τριπόλεως - Γυναικολόγος



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΥΝΑΦΕΙΕΣ – ΜΕΡΟΣ Α

---

1. Ερώτηση 1: Πως επηρεάζεται και άν,η ενημέρωση του κοινού από το φύλλο, το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο
2. Ερώτηση 2: Συσχέτιση γνώσης και ηλικίας
3. Ερώτηση 2Α: Συσχέτιση γνώσης και εισοδήματος
4. Ερώτηση 2Β: Συσχέτιση γνώσης και μορφωτικού επιπέδου.
5. Ερώτηση 2Γ: Συσχέτιση γνώσης και εισοδήματος
6. Ερώτηση 2Δ: Συσχέτιση ηλικίας και κοινωνικού στιγματισμού
7. Ερώτηση 2Ε: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικού στιγματισμού

**ΕΡΩΤΗΣΗ 1**

Πως επηρεάζεται και αν, η ενημέρωση του κοινού από το φύλλο, το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο

		ΦΥΛΟ		Total
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
Ερ. 1.1	ΤΙΠΟΤΑ	42,9%	57,1%	100,0%
	ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ	28,2%	71,8%	100,0%
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	32,9%	67,1%	100,0%
	ΤΡΕΛΑ	51,2%	48,8%	100,0%
	ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	42,8%	57,2%	100,0%
	ΑΓΧΟΣ	50,0%	50,0%	100,0%
	ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑ	44,0%	56,0%	100,0%
	ΕΠΙΛΗΨΙΑ	66,7%	33,3%	100,0%
	ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘ.	50,0%	50,0%	100,0%
	ΚΑΚΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	100,0%		100,0%
	ΝΕΥΡΑΣΘΕΝΕΙΑ	37,5%	62,5%	100,0%
	ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ	100,0%		100,0%
	ΠΑΡΑΝΟΙΑ	60,0%	40,0%	100,0%
	ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	10,0%	90,0%	100,0%
	ΨΥΧΩΣΗ	57,1%	42,9%	100,0%
	ΔΙΧΑΣΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠ.	100,0%		100,0%
	ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΠΑΘΗΤΙΚ.	50,0%	50,0%	100,0%
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	85,7%	14,3%	100,0%
	ΕΜΜΟΝΕΣ		100,0%	100,0%
	ΦΟΒΙΕΣ	50,0%	50,0%	100,0%
	ΜΑΝΙΕΣ	100,0%		100,0%
	ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ	100,0%		100,0%
	ΑΝΟΡΕΞΙΑ		100,0%	100,0%
	ΨΥΧ. ΚΑΤΑΠΤΩΣΗ	100,0%		100,0%
	ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΚΛΟΝ.	50,0%	50,0%	100,0%
ΣΥΝΟΛΟ		40,9%	59,1%	100,0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50,067	27	,004

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Υπάρχει μία ελαφριά προς μέτρια σχέση μεταξύ των 2 μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως οι γυναίκες είναι πιο ενημερωμένες στο θέμα της ψυχική υγείας από ότι οι άντρες. Η μέθοδος που

χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση της συνάφειας είναι: Contingency Coefficient=0.245 P=0.004<0.05

**ΕΡΩΤΗΣΗ 2** Συσχέτιση γνώσης με ηλικία, φύλο, εισόδημα , μορφωτικό επίπεδο.

Ερ.2 Συσχέτιση γνώσης και ηλικίας

		Q2		Total
		Υπάρχει	Δεν υπάρχει	
AGE	10-19	100,0%		100,0%
	20-29	99,0%	1,0%	100,0%
	30-39	92,0%	8,0%	100,0%
	40-49	98,3%	1,7%	100,0%
	50-59	93,2%	6,8%	100,0%
	60-69	95,2%	4,8%	100,0%
	70-79	85,7%	14,3%	100,0%
	80-89	71,4%	28,6%	100,0%
Total		96,8%	3,3%	100,0%

Gamma=0.546 p=0.001<0.05

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**Υπάρχει έντονη συνάφεια μεταξύ των 2 μεταβλητών. Δηλαδή η ηλικία είναι από τους παράγοντες που σχετίζονται με την γνώση. Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι η ηλικία μεταξύ 20 και 29 ετών είναι η πλέον ενημερωμένη. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι: Gamma=0.546 p=0.001<0.05

2.A Συσχέτιση γνώσης και εισοδήματος

		Q2		Total
		Υπάρχει	Δεν υπάρχει	
D8	1	87,9%	12,1%	100,0%
	2	94,4%	5,6%	100,0%
	3	96,4%	3,6%	100,0%
	4	98,4%	1,6%	100,0%
	5	98,3%	1,7%	100,0%
	6	97,1%	2,9%	100,0%
Total		96,8%	3,2%	100,0%

Chi-square=11.839 p=0.037<0.05 df=5

Contingency Coefficient=0.122 p=0.037<0.05

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**Υπάρχει ελαφριά σχέση. Όσο πιο εύπορος τόσο καλύτερη γνώση πάνω στο θέμα της ψυχικής υγείας.

2B Συσχέτιση γνώσης και μορφωτικού επιπέδου.

		Q2		Total
		Υπάρχει	Δεν υπάρχει	

D9	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	90,5%	9,5%	100,0%
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	95,6%	4,4%	100,0%
	ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ	93,6%	6,4%	100,0%
	ΛΥΚΕΙΟ	97,8%	2,2%	100,0%
	ΜΕΤΑΛΥΚΕΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	96,9%	3,1%	100,0%
	ΤΕΙ	99,3%	,7%	100,0%
	ΑΕΙ	98,8%	1,2%	100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	100,0%		100,0%
Total		97,0%	3,0%	100,0%

Chi-square=19.419 p=0.007<0.05 df=7

Contingency Coefficient=0.155 p=0.007<0.05

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Υπάρχει ελαφριά σχέση. Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως όσο μεγαλύτερο το επίπεδο της μόρφωσης, τόσο και μεγαλύτερη η γνώση στο θέμα της ψυχικής υγείας.

2Γ Συσχέτιση γνώσης και εισοδήματος  
Crosstab

		D8						Total
		1	2	3	4	5	6	
Q11	1	3,5%	4,3%	26,4%	25,6%	16,7%	23,6%	100,0%
	2	1,8%	7,2%	28,8%	23,4%	15,3%	23,4%	100,0%
	3	1,7%	11,7%	33,3%	21,7%	13,3%	18,3%	100,0%
	4	18,2%	18,2%	9,1%	9,1%		45,5%	100,0%
	5	3,0%	6,5%	29,2%	23,8%	18,5%	19,0%	100,0%
	6	25,0%		50,0%	12,5%		12,5%	100,0%
	7	5,0%	15,0%	27,5%	25,0%	12,5%	15,0%	100,0%
	8	6,7%	6,7%	20,0%	40,0%	6,7%	20,0%	100,0%
	9		9,1%	36,4%	18,2%	18,2%	18,2%	100,0%
	10	13,6%	4,5%	13,6%	18,2%	18,2%	31,8%	100,0%
	11	5,6%		44,4%	33,3%	5,6%	11,1%	100,0%
	13				100,0%			100,0%
	14		100,0%					100,0%
	15	33,3%					66,7%	100,0%
	16					100,0%		100,0%
	17	10,5%		31,6%	26,3%		31,6%	100,0%
	18	5,7%	14,3%	34,3%	11,4%	2,9%	31,4%	100,0%
	Total		4,2%	6,9%	28,2%	23,6%	14,7%	22,3%

% within Q11.1

spearman's  $\rho=0.08$   $p=0.026<0,05$

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** υπάρχει μία ελαφριά σχέση, το εισόδημα δείχνει να επηρεάζει ελάχιστα την απάντηση.

## 2Δ Συσχέτιση ηλικίας και κοινωνικού στιγματισμού

Crosstab  
% within Q18

		AGE								Total
		10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	
Q18	ΥΠΕΡ	4,0%	58,8%	15,5%	10,2%	7,7%	1,9%	,6%	1,2%	100,0%
	ΚΑΤΑ	1,3%	38,2%	17,1%	14,5%	11,8%	2,6%	10,5%	3,9%	100,0%
	ΑΔΙΑΦΟΡΟ Σ/ΔΕΝ ΘΑ ΜΕ ΠΕΙΡΑΖΕ	4,3%	49,7%	11,8%	18,3%	10,1%	3,3%	2,5%		100,0%
Total		3,9%	52,3%	13,8%	14,7%	9,3%	2,6%	2,5%	,9%	100,0%

Chi-square=57.058  $p=0.001<0.05$   $df=14$ , Contingency Coefficient=0.258  
 $p=0.001<0.05$

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** υπάρχει εξάρτηση , η σχέση όμως δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρή.

## 2Ε Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικού στιγματισμού

Crosstab

		D9								Total
		ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ	ΛΥΚΕΙΟ	ΜΕΤΑΛΥΚΕΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	
Q18	ΥΠΕΡ	6,2%	5,9%	6,5%	38,3%	9,7%	19,0%	11,8%	2,5%	100,0%
	ΚΑΤΑ	25,3%	16,0%	5,3%	28,0%	1,3%	13,3%	6,7%	4,0%	100,0%
	ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ/ΔΕΝ ΘΑ ΜΕ ΠΕΙΡΑΖΕ	11,2%	9,2%	5,6%	32,8%	8,4%	17,0%	10,9%	4,8%	100,0%
Total		10,5%	8,5%	6,0%	34,6%	8,2%	17,5%	10,9%	3,8%	100,0%

% within Q18

Chi-square=42.414  $p=0.001<0.05$   $df=14$ , Contingency Coefficient=0.226  
 $p=0.001<0.05$

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** υπάρχει εξάρτηση , η σχέση όμως δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρή.

Ίσως το μορφωτικό επίπεδο να μειώνει το φαινόμενο του κοινωνικού στιγματισμού. Όσο πιο υψηλό το μορφωτικό επίπεδο τόσο μικρότερο το φαινόμενο του ρατσισμού.

**ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ 4 ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΙΝΑΚΕΣ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ.**

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ  
ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΟΙ ΛΟΓΟΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ  
ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ – ΜΕΡΟΣ Β

---

1. Φ.Ε.Κ. 1<sup>ο</sup> ΤΕΥΧΟΣ Αρ. Φύλλον 96, 17 ΜΑΙΟΥ 1999 «ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ»
2. Φ.Ε.Κ. 2<sup>ο</sup> ΤΕΥΧΟΣ Αρ. Φύλλον 661, 23 ΜΑΙΟΥ 2000 «ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΟΠΟΥ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ Ψ.Α. ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΩΝ»
3. Φ.Ε.Κ. 1<sup>ο</sup> ΤΕΥΧΟΣ Αρ. Φύλλον 143, 7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1983 «ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ»





01000961705990016



1731

# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 96

17 Μαΐου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2716

*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.*

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

#### Άρθρο 1

#### Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περιθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νομού, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περιθαλψης, της αποιδροματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

#### Άρθρο 2

#### Γραφείο και Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

1. Συνιστάται, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στην αποτελή υπηρεσία-προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

2. Συνιστάται Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'/21.8.1997).

Με απόφαση της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 ορίζεται πενταμελής Εκτελεστική Γραμματεία της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές είναι επταμελής και αποτελείται από:

- έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο,
- δύο κοινωνικούς λειτουργούς,
- έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και
- δύο νομικούς.

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, καθώς και οι αναπληρωτές τους, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μέσα σε διάστημα τριών (3) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, ορίζονται τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ειδικής Επιτροπής. Ένα εκ των μελών ορίζεται ως Πρόεδρος με την ίδια απόφαση. Η θητεία της Επιτροπής είναι πενταετής.

3. Η Ειδική Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης.

Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

- Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή.
- Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρήσεις στον Τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.

ε) Δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των νόμιμων αναπληρωτών τους, καθώς και των τριμελών επιτροπών πρόσδεσης των δικαιωμάτων των ασθενών του άρθρου 1 παρ. 4 εδ. 2 του ν. 2519/1997.

στ) Υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Προέδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ζ) Υποβάλλει έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Προέδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997, η οποία προβαίνει στις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, όταν κρίνεται απαραίτητο.

η) Παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την παικτική ή πειθαρχική δίωξη.

θ) Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.

4 Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Προέδρου της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων, ορίζονται οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, ο τρόπος οργάνωσης και παροχής της δικηγορικής αρωγής για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός τεσσάρων (4) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος, ορίζονται το ύψος της αμοιβής ή αποζημίωσης του Προέδρου και των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 και της ανωτέρω Ειδικής Επιτροπής κατά τις κείμενες διατάξεις, η γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Για τις δαπάνες κίνησης των μετακινούμενων μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών και της Ειδικής Επιτροπής ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Οι Πρόεδροι εκδίδουν τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Το αυτό ισχύει και για τα μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας της Επιτροπής Ελέγχου των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997.

6. Στην παρ. 1 εδ. β του άρθρου 1 του ν. 2519/1997 προστίθεται και ένας εκπρόσωπος της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων που προτείνεται από αυτήν με το νόμιμο αναπληρωτή του. Ομοίως ορίζονται οι αναπληρωτές των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

### Άρθρο 3

Τομείς Ψυχικής Υγείας - Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

1. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαίρονται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το. Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και

πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευσή του παρόντος. Με την ίδια ή όμοια απόφαση γίνεται:

α) Η σύσταση Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) σε κάθε νομό ή σε ευρύτερη περιοχή.

β) Η σύσταση στην Αττική και το Νομό Θεσσαλονίκης, καθώς και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων. Στην Αττική, στο Νομό Θεσσαλονίκης και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, συστήνονται και Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψ.Υ.Π.Ε.).

γ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας διαφορετικής Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται και λειτουργούν σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι Μονάδες αυτές είναι:

α) Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 (ΦΕΚ 254 Α') και του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'), οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, που ιδρύονται με τον παρόντα νόμο.

β) Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από τη δημοσίευσή, ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος επιστημονικής, εκπαιδευτικής, νοσηλευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παρ. 2 εδ. δ του παρόντος άρθρου.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, Μονάδες Ψυχικής Υγείας αιπολογημένα μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας όπου κρίνεται αναγκαία.

6. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας είναι πενταμελείς και συγκροτούνται εντός πέντε (5) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., από:

α) Επιστημονικούς Διευθυντές ή Υπεύθυνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 του Τομέα (Το.Ψ.Υ.) με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ένας τουλάχιστον είναι Επιστημονικός Διευθυντής ή Υπεύθυνος των Μ.Ψ.Υ. του άρθρου 5 παρ. 1 με το νόμιμο αναπληρωτή του.

β) Λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επικοπέτες υγείας, νοσηλευτές με ψυχιατρική ειδικότητα, παιδαγωγούς, εκπαιδευτικούς) που υπηρετούν στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων

γ) Ψυχιάτρους ή παιδοψυχιάτρους ή λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι υπηρετούν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 11 του παρόντος νόμου, οι οποίοι ανήκουν στο συγκεκριμένο Τομέα.

7. Τρία (3) μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος, είναι από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. α. Τα λοιπά μέλη, μεταξύ των οποίων ο Αντιπρόεδρος, από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. β' και γ'. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελών για τη συγκρότηση των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών, ο Υπουργός ορίζει ως μέλη, πρόσωπα κύρους και με εμπειρία στην ψυχική υγεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας είναι ελεύθερα ανακλητά με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η θητεία των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) είναι τριετής και οι θέσεις μηττικές και άμισθες.

8. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά τους. Η Τ.Ε.Ψ.Υ. συνεδριάζει στην έδρα της Μονάδας Ψυχικής Υγείας από την οποία προέρχεται ο Πρόεδρος και υποστηρίζεται γραμματειακά από διοικητικό υπόλληλο της Μονάδας. Στα πρακτικά των συνεδριάσεων αναφέρεται αναλυτικά τόσο η απόφαση της πλειοψηφίας όσο και η γνώμη της μειοψηφίας. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταβάλλεται στον Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο και μέλη της Τ.Ε.Ψ.Υ. αποζημίωση κατά συνεδρίαση σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο Πρόεδρος της Τ.Ε.Ψ.Υ. δύναται να αναπληρωνεται, κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας του, στο ιατρικό ή στο καθήκοντα εν όλω ή εν μέρει κατ' ανάλογη εφαρμογή της διατάξης της παραγράφου 3 του άρθρου 18 του ν. 2519/1997. Για τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων μελών της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Οι δαπάνες λειτουργίας της Τ.Ε.Ψ.Υ. βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο Πρόεδρος της μετά από έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του.

9. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

α) Επισπεύδουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών, με σκοπό σε κάθε Τομέο Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών

και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσπετράωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπαγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή στα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των επιστημονικών υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής αρμοδιότητάς τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ομοίως γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των ψυχιατρικών νοσοκομείων για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό την αποϊσορροπία, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

γ) Παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή αρμοδιότητάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

δ) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες τους Ψυχικής Υγείας.

ε) Προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

στ) Διαιορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.

ζ) Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, το ΚΕ.Σ.Υ., το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.Υ.Π.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

η) Διαμορφώνουν και προαγουν διατομεακές συνεργασίες ή συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προαγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους.

θ) Υποβάλλουν ετησίως εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου που αφορούν τη λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας.

Σε περίπτωση σύστασης Τομέων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2. εδ. β' περ. β' ισχύουν τα αυτά και για τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Τ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.).

11. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδεται με πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και εισήγηση των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, κάθε τμήμα τους αναλαμβάνει την ευθύνη να παρέχει νοσηλεία και

υπηρεσίες αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Περιφέρειας στο πλαίσιο των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό ισχύει για τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, εφόσον ενταχθούν στους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

12. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία κοινών υπηρεσιών στο αντικείμενο της ψυχικής υγείας ή η συγχώνευση, η μεταφορά και η ένταξη αυτών που ήδη υπάρχουν ή η συνεργασία για την εκτέλεση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους αντίστοιχους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

13. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Το αυτό ισχύει και στην περίπτωση ακούσιας νοσηλείας. Η διάταξη αυτή δεν ισχύει στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) απουσίας ανάλογης Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον αρμόδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ατόμου με ψυχικές διαταραχές από Μονάδα Ψυχικής Υγείας άλλου Τομέα Ψυχικής Υγείας, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας και να αποπέμψει σε αυτήν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μετά τη λήξη της φροντίδας που τους παρασχέθηκε.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

##### Άρθρο 4 Γενικές διατάξεις

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νοσοκομείων ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανεκπαίδευσης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να ορίζονται και λοιπές μορφές Μ.Ψ.Υ. για την καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι αρχές και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, οργα-

νισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και υπηρεσιών του Δημοσίου, που ήδη λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και όσων θα αναπτυχθούν για το σκοπό αυτόν.

4. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

5. Για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν συσταθεί από νοσοκομείο του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή από μονάδες ψυχικής υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εν όλω ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το Δημόσιο, η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

6. Η χρήση των όρων "Κέντρα Ψυχικής Υγείας", "Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα", "Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία", "Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία", "Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον", "Φιλοξενούσες Οικογένειες", "Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης" σε συνδυασμό ή όχι με οποιονδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία γίνεται αποκλειστικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από το Δημόσιο, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Η χρήση των όρων σε τίτλο ή επωνυμία από κάθε τρίτο, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, απαγορεύεται. Στην απαγόρευση υπάγονται όλα τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, που εποπτεύονται ή όχι από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα ανωτέρω νομικά πρόσωπα, εφόσον έχουν ήδη χρησιμοποιήσει τίτλους με τους συγκεκριμένους όρους, υποχρεώνονται σε διάστημα έξι (6) μηνών από τη δημοσίευσή του παρόντος νόμου να αφαιρέσουν τους όρους από τον τίτλο τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, οι παραβάτες τιμωρούνται με πρόστιμο και σε περίπτωση μη συμμόρφωσής τους σε νέα προθεσμία με αφαίρεση της άδειας λειτουργίας.

##### Άρθρο 5

#### Κέντρα Ψυχικής Υγείας - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία

1. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συστάθηκαν με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Με την αυτή ή ομοιο απόφαση συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των Μονάδων αυτών. Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δύναται να αναπτύξουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα οποία συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

2. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας

Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, στις περιοχές που δεν λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, μπορεί να συνιστώνται Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας και οι θέσεις προσωπικού τους.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ανάλογα με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και τις τυχόν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

4. Σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία και Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, τα οποία είναι εγκατεστημένα σε περιοχές που ο πληθυσμός που εξυπηρετούν έχει ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης σε άλλες Μ.Ψ.Υ. παροχής νοσηλείας, μπορεί να λειτουργούν περιορισμένα τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυχτερινής). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι μονάδες που αναπτύσσουν τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας, τα κριτήρια, οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις λειτουργίας και η στελέχωση των τμημάτων αυτών.

#### Άρθρο 6

##### Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι κατηγορίες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

#### Άρθρο 7

##### Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

1. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας ως μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 των Πανεπιστημικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημικών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημικών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, ή ως μονάδες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας των περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυ-

χικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περισσότερους του ενός Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής, ο τρόπος λειτουργίας, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

#### Άρθρο 8

##### Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και κάθε συναρμόδιου Υπουργού κατά περίπτωση, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, ορίζονται τα τμήματα, οι Μονάδες ή οι υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των Γενικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημικών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημικών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, οι οποίες λειτουργούν ως Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ., μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ. και της οικείας Ιατρικής Σχολής, μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή μονάδες των Πανεπιστημικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημικών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημικών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

#### Άρθρο 9

##### Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

1. Οι Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες.

2. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, καθώς και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων και Φιλοξενουσών Οικογενειών έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτησή τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυ-

χιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

3. Τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου με σκοπό την παροχή ιδίως στεγαστικών, θεραπευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών υπηρεσιών.

Ειδικότερα, τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσουν δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των μονάδων αυτών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι αρχές, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής.

Η τοποθέτηση στις Μονάδες και τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και η ψυχιατρική παρακολούθηση σε αυτά παιδιών ή εφήβων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα παρέχεται μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου.

4. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα των Προστατευμένων Διαμερισμάτων παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου με απόφαση των Διοικητικών Συμβουλίων τους, μετά από πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σε διαμέριση ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα.

Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα εγκαθίσταται αριθμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέχρι έξι (6), με περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το προσωπικό της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία υπόγονται.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα Προστατευμένα Διαμερίσματα παρέχονται σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή από τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όπως επίσης σε χώρους που παραχωρείται η χρήση τους από οποιοδήποτε νομικό ή φυσικό πρόσωπο ή δωρίζονται ή κληροδοτούνται, στην αντίστοιχη Μονάδα Ψυχικής Υ-

γείας για αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται μέσα σε έξι (6) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου καθορίζονται οι προϋποθέσεις εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών ως και οι προϋποθέσεις καταβολής χρηματικών ποσών που χορηγεί το νοσοκομείο στον ασθενή για την αντιμετώπιση των δαπανών διαβίωσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής-εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης, τα της επιλογής του υιολόγου διαχείρισης από τη θεραπευτική μονάδα, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

5. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, καθώς και από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου και έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες.

Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η οργάνωση, η λειτουργία, οι αρχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

Τα αυτά ισχύουν και για τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 που λειτουργούν ψυχιατρικά τμήματα ή Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές παιδιών και εφήβων και για τις μονάδες αυτών του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, ως προς την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση σε Φιλοξενούσες Οικογένειες παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών Φιλοξενουσών Οικογενειών, τα κριτήρια και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

#### Άρθρο 10

#### Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης

1. Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής-επαγγελματικής επανένταξης παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Τα τμήματα αυτά ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, ως Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και



Κέντρα Κοινωνικής Επανάσταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

2. Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάσταξης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης αλληλοσυνδέονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων κατά περίπτωση μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αμοιβαία κερδοσκοπικές μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και ως Μονάδες των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενό τους την ψυχική υγεία. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού αυτών.

Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης λειτουργούν σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ως και σε χώρους που τους παραχωρούνται δωρεάν κατά χρήση γι' αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Στα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοσίων επιχειρήσεων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται εντός έτους από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία των Προστατευμένων Εργαστηρίων και των Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια επιλογής, η στελέχωση τους, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

#### Άρθρο 11

##### Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα

1. Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέραν των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις του π.δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93 Α') και του π.δ. 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α') αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας,

Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανάσταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάσταξης. Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτα φυσικό ή νομικό πρόσωπο μπορεί να λειτουργεί περισσότερες από μία Μ.Ψ.Υ.. Οι μονάδες αυτές των φυσικών και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.).

2. Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας εντός τριών (3) μηνών από την απόφαση σκοπιμότητας, η οποία εκδίδεται μετά από γνώμη της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την έγκριση σκοπιμότητας.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. του παρόντος άρθρου.

4. Τα φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα υπαβάλλουν εντός έτους, από τότε που έλαβαν τη σχετική άδεια ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, τα σχετικά δικαιολογητικά για να λάβουν την άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Σε αντίθετη περίπτωση η άδεια ίδρυσης που χορηγήθηκε ανακαλείται αμέσως και επιβάλλονται κυρώσεις οι οποίες προβλέπονται από τις διατάξεις των άρθρων 20 και 21 του π.δ. 247/1991 όπως κάθε φορά ισχύει.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι διαδικασίες ελέγχου, τα δικαιολογητικά, οι προϋποθέσεις και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την έκδοση της άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας από φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

5. Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νομιμοί εκπρόσωποι, οι διαχειριστές ή τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων του ποινικού νόμου, που σιμνιστά κώλυμα διορισμού στα Δημόσια ή για παράβαση που αφορά το νόμο για τα ναρκωτικά ή για εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι ή διαχειριστές είναι γιατροί ή ψυχολόγοι κλάδου Ε.Σ.Υ. ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν τη δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης, εφόσον δεν υπάρχει σκοπιμότητα.

6. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ήδη λειτουργούν υποχρεούνται να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος και των αποφάσεων που θα εκδοθούν εντός προθεσμίας έτους από τη δημοσίευσή τους.

#### Άρθρο 12

##### Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)

1. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

(Κοι.Σ.Π.Ε.) αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η μέριμνα για την ανάπτυξή τους και η εποπτεία τους ανήκουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

2. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δοσική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορεί:

α) Να ιδρύουν και να διατηρούν καταστήματα πώλησης και υποκαταστήματα οποιαδήποτε.

β) Να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας εφόσον η συμμετοχή αυτή επιτρέπεται από τις ειδικές κατά περίπτωση διατάξεις. Ειδικότερα, μπορεί να συμμετέχουν σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), Κοινοπραξίες, Εταιρείες Περιορισμένης Ευθύνης (Ε.Π.Ε.), Ανώνυμες Εταιρείες (Α.Ε.) και Δημοτικές Επιχειρήσεις.

γ) Να συμμετέχουν σε αναπτυξιακά προγράμματα ή να συμμετέχουν με άλλες επιχειρήσεις ή εταιρείες στην πραγματοποίησή τους και να συνεργάζονται μέσω κοινοπραξιών ή προγραμματικών συμβάσεων με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εταιρείες ή άλλες ενώσεις κάθε τύπου, οι οποίες έχουν ως αντικείμενο την ανάπτυξη δραστηριοτήτων, από αυτές που προβλέπονται στον παρόντα νόμο.

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης έχουν έδρα τους το δήμο στον οποίο εδρεύει η διοίκησή τους. Η επωνυμία τους περιλαμβάνει υποχρεωτικά τον ορο Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης και την έδρα. Μπορεί να περιλαμβάνει και διακριτικό τίτλο. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συστήνεται και λειτουργεί αποκλειστικά ένας Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης. Η επωνυμία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης διακρίνεται από την επωνυμία άλλων συνεταιρισμών, οι οποίοι εδρεύουν στον ίδιο δήμο, αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας και έχουν τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό. Στην επωνυμία δεν επιτρέπεται να περιλαμβάνονται ονόματα φυσικών προσώπων ή επωνυμίες άλλων νομικών προσώπων.

3. Η σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. ρυθμίζεται από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 (ΦΕΚ 196 Α') χωρίς τον περιορισμό για υπογραφή του καταστατικού από εκατό (100) τουλάχιστον πρόσωπα αν πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό. Απαιτείται όδεια σκοπιμότητας, η οποία χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από εξέταση του προτενόμενου καταστατικού και αφού ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, τα αναπτυξιακά δεδομένα της περιοχής δράσης και η γνώμη του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 4 έως 8 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 εκτός από τα εδάφια δ' και ε' της παρ. 4.

4. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να γίνουν:

α) Φυσικά πρόσωπα, ενήλικες ή ανήλικοι τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, οι οποίοι λόγω ψυχικής διαταραχής έχουν ανάγκη αποκατάστασης, όπως αυτή προσδιορίζεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο της νόσου και τη διαμονή (Προσωπική Κατοικία, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του παρόντος νόμου, νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως ψυχιατρικά, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή άλλες Μ.Ψ.Υ.), χωρίς να απαιτείται να έχουν την ικανότητα να δικαιοπραξία, κατά παρεκκλίση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα και των νόμων Περί Συνεταιρισμών. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας αποτελούν τουλάχιστον το 35% του συνόλου των μελών.

β) Ενήλικες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, όπως εργοθεραπευτές, εκπαιδευτές και άλλες κατηγορίες επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Επιτρέπεται η συμμετοχή των δημοσίων υπαλλήλων ή ψυχιάτρων ή ψυχολόγων κλάδου Ε.Σ.Υ.. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 45% του συνόλου των μελών.

γ) Δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό των συνεταιρισμών, και ειδικότερα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Γενικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία έχουν αναπτύξει Μονάδες Ψυχικής Υγείας και υπάγονται στον κατά περίπτωση Τομέα Ψυχικής Υγείας. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 20% του συνόλου των μελών.

Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. δεν μπορεί να γίνουν νομικά ή φυσικά πρόσωπα τα οποία μετέχουν σε άλλο συνεταιρισμό, ο οποίος έχει τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό και έχει την έδρα του στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

5. Τα μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να απασχολούνται στους Κοι.Σ.Π.Ε. ως εξής:

α) Το μέλη της πρώτης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους Κοι.Σ.Π.Ε. και να αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητά τους και το χρόνο της εργασίας τους, όπως προβλέπεται από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας του κατά περίπτωση Κοι.Σ.Π.Ε.. Αν τα απασχολούμενα μέλη της κατηγορίας αυτής έχουν σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας ή επίδομα πρόνοιας ή επίδομα επανένταξης ή οποιαδήποτε μορφής νοσήλιο ή παροχή, δεν χάνουν αυτές τις παροχές, αλλά συνεχίζουν να τις εισπράττουν ταυτόχρονα και οθροιστικά με την αμοιβή τους από το συνεταιρισμό. Αν τα απασχολούμενα μέλη της πρώτης κατηγορίας της παρ. 6 εδ. α' δεν είναι ασφαλισμένα, ούτε καλύπτονται από τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 18 του ν.2072/1992 ασφαλιζονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. στους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς των κλάδων τους.

β) Τα μέλη της δεύτερης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους συνεταιρισμούς, με πλήρη ή μερική απασχόληση, σύμφωνα με τους όρους που προβλέπονται από το καταστατικό και τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας τους. Ειδικότερα, εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας με την οποία οι συνεταιρισμοί συνεργάζονται για επιστημονικούς, εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς μπορεί να απασχολούνται παράλληλα, να μετακινούνται ή να απροσώνονται με τη συναίνεσή τους στους Κοι.Σ.Π.Ε.. Τα απασχολούμενα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν αμείβονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι συνεταιρισμοί οφείλουν μόνο να καταβάλουν σε αυτά τις

δαπάνες στις οποίες υποβλήθηκαν λόγω της εργασίας τους σε αυτούς.

6. Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. με την υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων μελών είναι πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η διαδικασία εγγραφής διέπεται από τις διατάξεις του ν. 1667/1986 άρθρο 2 παράγραφοι 4-6. Το μέλη μπορεί να αποχωρηθούν από τους Κοι.Σ.Π.Ε. με γραπτή δήλωσή τους, που υποβάλλεται στο Δ.Σ. τρεις (3) μήνες τουλάχιστον πριν από το τέλος της οικονομικής χρήσης. Το Δ.Σ. μπορεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις να επιτρέψει την αποχώρηση μελών πριν από τη συμπλήρωση του παραπάνω χρονικού διαστήματος. Το μέλος διαγράφεται από τους συνεταιρισμούς στις περιπτώσεις που προβλέπει το καταστατικό ή αν λόγω μη εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους βλαπτονται τα συμφέροντα των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στο μέλη που αποχωρούν ή διαγράφονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα που εισέφεραν το αργότερο τρεις (3) μήνες από την έγκριση του ισολογισμού της χρήσης μέσα στην οποία έγινε η αποχώρηση ή η διαγραφή.

7. Κάθε μέλος εγγράφεται με μια υποχρεωτική συνεταιριστική μερίδα που καθορίζεται στο καταστατικό. Αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, η εισφορά της συνεταιριστικής μερίδας γίνεται μέσα σε ένα (1) μήνα από την καταχώριση του συνεταιρισμού ή από την εγγραφή του μέλους. Η συνεταιριστική μερίδα είναι αδιαίρετη και ίση για όλα τα μέλη.

Το καταστατικό μπορεί να επιτρέψει την απόκτηση από κάθε μέλος έως 5 προαιρετικών μεριδών, εκτός από την υποχρεωτική μερίδα και να ορίζει χωρίς περιορισμό τον αριθμό προαιρετικών μεριδών που μπορούν να αποκτήσουν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που υπάγονται στον ευρύτερο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Η αξία κάθε προαιρετικής μερίδας είναι ίση με την αξία της υποχρεωτικής. Για την απόκτηση της υποχρεωτικής ή των προαιρετικών μεριδών τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου εγγράφουν στον προϋπολογισμό τους ανάλογη πίστωση για το σκοπό αυτόν. Η μεταβίβαση της συνεταιριστικής μερίδας σε τρίτο γίνεται εγγράφως ύστερα από συναίνεση του Δ.Σ., εφόσον στο πρόσωπο του τρίτου συντρέχουν οι όροι που απαιτούνται για την είσοδό του ως μέλους.

Η προαιρετική συνεταιριστική μερίδα μπορεί να μεταβιβάζεται χωρίς προηγούμενη άδεια του Δ.Σ. σε άλλο μέλος του Κοι.Σ.Π.Ε.. Ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 3 του ν. 1667/1986. Η συνεταιριστική ιδιότητα δεν κληρονομείται ούτε κληροδοτείται. Στους κληρονόμους αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα.

8. Τα δικαιώματα των μελών διέπονται από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 4 του ν. 1667/1986. Κάθε νέο μέλος υποχρεούται να καταβάλει, εκτός από το ποσό της μερίδας του και εισφορά ανάλογη προς την καθαρή περιουσία του συνεταιρισμού, όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης. Η εισφορά αυτή φέρεται σε ειδικό αποθεματικό. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει καταβολή μικρότερης εισφοράς ή συμβολικής αξίας εισφοράς για τα μέλη της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει ότι τα μέλη υποχρεούνται να καταβάλουν ορισμένο χρηματικό ποσό για την κάλυψη ζημιών των συνεταιρισμών και μόνο ύστερα από απόφαση της Γ.Σ.. Τα μέλη ευθύνονται για τα χρέη των συνεταιρισμών σε τρίτους μέχρι το ποσό της συνεταιριστικής τους μερίδας.

Η ευθύνη των μελών υφίσταται και για χρέη που είχαν δημιουργηθεί πριν γίνουν μέλη και δεν περιλαμβάνει τα χρέη που δημιουργήθηκαν μετά την έξοδό τους. Η σχετική αξίωση παραγράφεται μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από την έξοδο του μέλους ή από την περάτωση της πτώχευσης ή της εκκαθάρισης. Δεν απαγγέλλεται ποτέ προσωπική κράτηση κατά των μελών των οργάνων των συνεταιρισμών για χρέη προς τρίτους και προς το Δημόσιο, καθώς και για χρέη μεταξύ μελών και συνεταιρισμών.

9. Το Δ.Σ. αποτελείται από επτά (7) τακτικά μέλη και ισάριθμα αναπληρωματικά που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Η σύνθεση του Δ.Σ. είναι η ακόλουθη: Πέντε (5) μέλη της δεύτερης και τρίτης κατηγορίας, καθώς και δύο (2) μέλη της πρώτης κατηγορίας του παρόντος άρθρου εφόσον δεν τελούν σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση.

Το Δ.Σ., με πρόσκληση του συμβούλου που πλειοψήφησε, συνέρχεται και εκλέγει με φανερό ψηφοφορία πρόεδρο, ταμία και γραμματέα. Δεν μπορεί να εκλεγούν στη θέση του προέδρου, γραμματέα και ταμία μέλη της πρώτης κατηγορίας. Το Δ.Σ. μέσα σε τρεις (3) μήνες πρέπει να δηλώσει την εκλογή του για καταχώριση στο μητρώο συνεταιρισμών του αρμόδιου Ειρηνοδικείου. Η διάρκεια της θητείας του Δ.Σ. είναι τριετής και παρατείνεται μέχρι την εκλογή νέου Δ.Σ. το πολύ για τρεις (3) μήνες. Το Δ.Σ. συνέρχεται σε τακτική συνεδρίαση μία φορά το μήνα και σε έκτακτη, όταν το συγκαλέσει ο πρόεδρος ή το ζητήσουν τρία (3) από τα μέλη του. Βρίσκεται σε απαρτία και συνεδριάζει έγκυρα, όταν παρίστανται πέντε (5) τουλάχιστον μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση όρκου αριθμού, υπεριοχύει η ψήφος του προέδρου. Εκπροσώπησης μέλους δεν επιτρέπεται.

Οι αποφάσεις καταχωρούνται από το γραμματέα στο βιβλίο πρακτικών του Δ.Σ.. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 7 του ν. 1667/1986.

10. Το Εποπτικό Συμβούλιο αποτελείται από τρία (3) μέλη που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Το ίδιο μέλος δεν μπορεί να μετέχει στο Ε.Σ. και στο Δ.Σ.. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. της πρώτης κατηγορίας δεν μετέχουν στο Ε.Σ.. Τα μέλη του Ε.Σ. και του Δ.Σ. δεν επιτρέπεται να έχουν μεταξύ τους συγγένεια μέχρι δεύτερο βαθμό ή να είναι σύζυγοι. Αν τα μέλη του συνεταιρισμού είναι λιγότερα από είκοσι (20) δεν απαιτείται η εκλογή Ε.Σ., εκτός αν ορίζει διαφορετικά το καταστατικό. Μείωση των μελών κάτω των πενήντα (50) δεν θίγει τη σύνθεση και τη λειτουργία του Ε.Σ. μέχρι τη λήξη της θητείας του. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της παρ. 9. Το Ε.Σ. ελέγχει τις πράξεις του Δ.Σ., καθώς και την τήρηση των αποφάσεων της Γ.Σ. από το Δ.Σ.. Το Ε.Σ. έχει δικαίωμα και καθήκον να λαμβάνει γνώση οποιουδήποτε βιβλίου, εγγράφου ή στοιχείων των συνεταιρισμών, να διενεργεί λογιστικό και διαχειριστικό έλεγχο και να παρακολουθεί την πορεία των υποθέσεων του συνεταιρισμού. Για τη διενέργεια λογιστικού και διαχειριστικού ελέγχου μπορεί να διορίσει έναν ειδικό συμβούλο ή επιμερησθέντα. Το Ε.Σ. αν διαπιστώσει παραβάσεις του νόμου, του καταστατικού ή των αποφάσεων της Γ.Σ. εκ μέρους του Δ.Σ. ή παρατυπίες ως προς τη διαχείριση, που βλάπτουν τα συμφέροντα των συνεταιρισμών, υποδεικνύει εγγράφως την επανόρθωσή τους και ζητεί εκτάκτως από το Δ.Σ. τη σύγκληση της Γ.Σ..

11. Η Γενική Συνέλευση των μελών είναι το ανώτατο όργανο του Κοι.Σ.Π.Ε., αποφασίζει για κάθε υπόθεση

που δεν υπάγεται στην αρμοδιότητα άλλου οργάνου και έχει την εποπτεία και τον έλεγχο των οργάνων της Διοίκησης. Στην αποκλειστική αρμοδιότητα της Γ.Σ., εκτός από τις προβλέψεις της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν.1667/1986, υπάγονται:

α) Η έγκριση για συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), σε Εταιρείες ή Επιχειρήσεις δημόσιου συμφέροντος, καθώς και η αποχώρηση από αυτές.

β) Η έγκριση για συμμετοχή των συνεταιρισμών σε Κοινοπραξίες ή Ενώσεις συνεταιριστικές ανώτερου βαθμού και η αποχώρησή τους από αυτές.

γ) Η πώση των μελών των οργάνων της Διοίκησης, οπιοτεδήποτε, για σπουδαίο λόγο και κυρίως για παράβαση καθήκοντος ή για ανικανότητα να ασκήσουν την τακτική διαχείριση.

Η Γ.Σ. απαρτίζεται από όλα τα μέλη, που συνέρχονται σε τακτική ή έκτακτη συνεδρίαση όπως ορίζει ο παρών νόμος. Όλα τα μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε., ανεξάρτητα από κατηγορία, μετέχουν και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός αν το καταστατικό προβλέπει την αντιπροσωπεία διαμέσου άλλου μέλους εξουσιοδοτούμενου από αυτό. Ειδικότερα τα μέλη της πρώτης κατηγορίας παρέχουν έγκυρη εξουσιοδότηση κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα για δικαιοπρακτική ικανότητα. Η εξουσιοδότηση γενικά παρέχεται με απλό έγγραφο. Κάθε παριστάμενο μέλος μπορεί να αντιπροσωπεύει μόνο ένα απόν μέλος.

Θέματα σύγκλησης, λειτουργίας και εγκυρότητας των αποφάσεων της Γ.Σ. ρυθμίζονται από τις διατάξεις των παραγράφων 2-6 και 8 του άρθρου 5 του ν.1667/1986. Η σύγκληση της Γ.Σ. γνωστοποιείται και στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αιτήματα για σύγκληση έκτακτης Γ.Σ. υποβάλλονται από τουλάχιστον πέντε (5) μέλη στα οποία περιλαμβάνονται και μέλη του εδαφίου α της παρ. 4 του παρόντος άρθρου.

12. Οι πόροι των συνεταιρισμών προέρχονται από:

α) Επιχορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων αποκλειστικά για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

β) Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, Αναπτυξιακά Προγράμματα, καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

γ) Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις της χρήσης περιουσιακών στοιχείων.

δ) Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων των Κοι.Σ.Π.Ε.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων.

Το κεφάλαιο των Κοι.Σ.Π.Ε. απαρτίζεται από:

α) τις συνεταιριστικές μερίδες,

β) το τακτικό αποθεματικό,

γ) το έκτακτο αποθεματικό,

δ) τα ειδικά αποθεματικά του παρόντος άρθρου και τα ειδικά αποθεματικά που τυχόν αποφασίζει η Γ.Σ..

Τακτικό αποθεματικό σχηματίζεται από την παρακράτηση τουλάχιστον του ενός εικοστού (1/20) των καθαρών κερδών χρήσης. Η συγκεκριμένη παρακράτηση δεν είναι υποχρεωτική όταν το ύψος του αποθεματικού έχει εξισωθεί με τη συνολική αξία των συνεταιριστικών μεριδίων. Επιπλέον περιέρχεται στο τακτικό αποθεματικό κάθε άλλο έσοδο για το οποίο δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη στον παρόντο νόμο και στο καταστατικό.

Ειδικά αποθεματικά σχηματίζεται από την εισφορά νέων μελών ανάλογη προς την καθαρή περιουσία των Κοι.Σ.Π.Ε., όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό

της τελευταίας χρήσης. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει την καταβολή μικρότερης εισφοράς.

Τα μέλη που είναι Ν.Π.Δ.Α. ή μη κερδοσκοπικά Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να μην εισπράττουν τα καθαρά κέρδη χρήσης, με απόφαση του διοικούμενου οργάνου τους, για το σχηματισμό ειδικού αποθεματικού. Το ποσό αυτό χρησιμοποιείται όταν το αποθεματικό είναι ανεπαρκές για την κάλυψη ζημιών των Κοι.Σ.Π.Ε. και κυρίως για την σπαλλαγή από έκτακτη εισφορά των συγκεκριμένων μελών που δεν εισέπραξαν τα διανεμηθέντα καθαρά κέρδη.

Οι επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τα Αναπτυξιακά Προγράμματα, την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και τα έσοδα από χαριστική αιτία, εφόσον ο σκοπός τους δεν ορίζεται ειδικά, αποτελούν ειδικό αποθεματικό για την κάλυψη των προγραμμάτων, των εργασιών, των δαπανών και των αναγκών των Κοι.Σ.Π.Ε.. Σε περίπτωση διάλυσης των συνεταιρισμών το ειδικό αυτό αποθεματικό δεν διανέμεται εξίσου στα μέλη του, αλλά διατίθεται για παρεμφερείς σκοπούς. Εκτός από τα αποθεματικά που προβλέπονται στον παρόντο νόμο και στο καταστατικό, η Γ.Σ. μπορεί να αποφασίζει για το σχηματισμό έκτακτων και ειδικών αποθεματικών.

Μετά την αφαίρεση των αποθεματικών, το υπόλοιπο των καθαρών κερδών διανέμεται μεταξύ των μελών. Ειδικότερα, αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, τα μισά καθαρά κέρδη διανέμονται ανάλογα με τις συνεταιριστικές μερίδες, με την επιφύλαξη των διατάξεων του παρόντος άρθρου και του καταστατικού και τα άλλα μισά ανάλογα με την ποσοστιαία συμμετοχή τους στις εργασίες του συνεταιρισμού. Το καταστατικό καθορίζει τον τρόπο υπολογισμού της ποσοστιαίας συμμετοχής.

13. Πέραν των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 9 του ν. 1667/1986, οι οποίες ρυθμίζουν θέματα διαχείρισης, οι Κοι.Σ.Π.Ε. υποχρεούνται να δημοσιεύσουν περιλήψη του ισολογισμού τους στον αθηναϊκό ή επαρχιακό τύπο, αναλόγως της έδρας τους.

Οι Κοι.Σ.Π.Ε. τηρούν τα εξής βιβλία:

α) βιβλίο Εσόδων-Εξόδων, που προβλέπει η φορολογική νομοθεσία,

β) ημερολόγιο, βιβλίο απογραφών κινήτης και ακινήτης περιουσίας και βιβλίο επιτολών που προβλέπει η εμπορική νομοθεσία,

γ) βιβλίο πρακτικών Δ.Σ.,

δ) βιβλίο πρακτικών Ε.Σ.,

ε) βιβλίο πρακτικών Γ.Σ.,

στα οποία καταχωρούνται τα πρακτικά των αντίστοιχων οργάνων,

στ) βιβλίο μητρώου μελών Κοι.Σ.Π.Ε., στο οποίο καταχωρούνται με χρονολογική σειρά η ημερομηνία εγγραφής, τα στοιχεία ταυτότητας του μέλους, ο αριθμός των μεριδίων και η αξία τους, η εισφορά νέων μελών και η χρονολογία τυχόν αποχώρησης ή διαγραφής των μελών. Τα βιβλία υπο στοιχεία (γ) έως (στ) βεβαιούνται πριν από τη χρήση τους από το Ειρηνοδίκη στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι συνεταιρισμοί.

14. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διαλύονται:

α) Αν τα μέλη τους μειωθούν κάτω των δέκα (10).

β) Όταν λήξει ο χρόνος διάρκειάς τους, όπως ορίζεται στο καταστατικό.

γ) Αν αποφασίσει η Γ.Σ..

δ) Αν κηρυχθούν σε πτώχευση, μόνο αφού αποτύχει η διαδικασία για έκτακτη εισφορά κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

Η σχετική διαπιστωτική πράξη καταχωρείται, με μέριμνα του Δ.Σ., στο μητρώο συνεταιρισμών του Ειρη-

νοδικείου στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι Κοι.Σ.Π.Ε..

Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 2 - 4 του άρθρου 10 και της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986.

Αν απαιτείται η διαδικασία η οποία προβλέπεται στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986, οι Κοι.Σ.Π.Ε. κηρύσσονται σε πτώχευση με απόφαση του αρμόδιου Ειρηνοδικείου, ύστερα από δήλωση του Δ.Σ. των συνεταιρισμών ή αίτηση οποιουδήποτε δανειστή.

Μέσα σε τρεις (3) μήνες από την υποβολή της δήλωσης ή αίτησης για την κήρυξη σε πτώχευση των συνεταιρισμών, το Δ.Σ. είναι υποχρεωμένο να δηλώσει στο Ειρηνοδικείο αν θα καταβληθούν τα χρέη των συνεταιρισμών ή αν η διαφορά μεταξύ παθητικού και ενεργητικού μειώθηκε κάτω από το ένα τρίτο (1/3).

Μετά την πάροδο του τριμήνου, πριν από τη λήψη οποιουδήποτε άλλου μέτρου, ο Ειρηνοδίκης συγκαλεί τους δανειστές για συμβιβασμό. Κατά το συμβιβασμό, στη συνέλευση των δανειστών προεδρεύει ο Ειρηνοδίκης. Ο συμβιβασμός, εφόσον επιτευχθεί, επικυρώνεται από το Ειρηνοδικείο. Μετά την επικύρωση οι συνεταιρισμοί συνεχίζουν τις εργασίες τους. Η απόφαση αυτή κοινοποιείται στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας με φροντίδα του Δ.Σ. του Κοι.Σ.Π.Ε..

Σε περίπτωση που αποτύχει ο συμβιβασμός, το Ειρηνοδικείο κηρύσσει σε πτώχευση τους συνεταιρισμούς. Από την κήρυξη τους σε πτώχευση οι συνεταιρισμοί διαλύονται.

Αρμόδιο δικαστήριο για την πτώχευση είναι το Ειρηνοδικείο της έδρας των συνεταιρισμών. Καθήκοντα εισηγητή δικαστή εκτελεί ο Ειρηνοδίκης. Σύνδικος διορίζεται αυτός που υποδεικνύει η πλειοψηφία των δανειστών, εκτός αν σπουδαίος λόγος δεν το επιτρέπει.

15. Πέντε (5) τουλάχιστον Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. με σκοπό το συντονισμό και την προώθηση των δραστηριοτήτων τους. Η Γ.Σ. της Ένωσης απαρτίζεται από τους αντιπροσώπους των συνεταιρισμών-μελών. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. σε αναλογία ένας ανά δέκα (10) μέλη. Κάθε αντιπρόσωπος έχει μία ψήφο.

Οι Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και οι Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ενώσεων Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Η Π.Ο.Ε.Κοι.Σ.Π.Ε. έχει ως σκοπό τη γενικότερη εκπροσώπηση και το συντονισμό των δραστηριοτήτων της κοινωνικο-οικονομικής ενσωμάτωσης, της επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κάθε Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. και κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. συμμετέχει στη Γ.Σ. της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Κοι.Σ.Π.Ε. με δύο (2) αντιπροσώπους. Κάθε αντιπρόσωπος διαθέτει μία ψήφο. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. της Ένωσης Κοι.Σ.Π.Ε. ή των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στις Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και στην Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοι.Σ.Π.Ε. εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του παρόντος άρθρου.

16. Το Δ.Σ. μπορεί να προσλάβει εργαζομένους που δεν είναι μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι εργαζόμενοι που δεν είναι μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να παρίστανται στη Γ.Σ. και να εκφέρουν τη γνώμη τους χωρίς δικαίωμα ψήφου, εφόσον προβλέπεται στο καταστατικό.

17. Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα προμηθεύονται αγαθά και δέχονται υπηρεσίες από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Η προμήθεια αγαθών και η παροχή υπηρεσιών της παραγράφου αυτής απαλλάσσεται από κάθε κράτηση υπέρ τρίτου.

Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα επιτρέπεται να παραχωρούν κατά χρήση στους Κοι.Σ.Π.Ε. πράγματα κινητά ή ακίνητα και κάθε μορφής εγκαταστάσεις. Ειδικότερα, το ίδιο ισχύει για νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και λοιπές Μ.Ψ.Υ. που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Παραχώρηση κατά χρήση πραγμάτων κινητών ή ακινήτων και κάθε μορφής εγκαταστάσεων, που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τη θέση σε ισχύ του παρόντος σε άτυπες συνεταιριστικές δραστηριότητες ή σε μονάδες επανένταξης ή αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν με τον Καν. 815/1984, διατηρούνται μέχρι τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε.. Μετά τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. επιτρέπεται η κατά παραχώρηση χρήση.

Τα καταστατικά ή τροποποιήσεις των καταστατικών των Κοι.Σ.Π.Ε., πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων, δεν υποκείμεται στο τέλος χαρτοσήμου ή άλλη επιβάρυνση υπέρ του Δημοσίου. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. απαλλάσσονται από κάθε φόρο άμεσο, έμμεσο ή υπέρ τρίτων εκτός του Φόρου Προσπθέμενης Αξίας όπου εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 1642/1986 όπως ισχύει.

18. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος και συμπληρωματικά από τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, από το νόμο για τους αστικούς συνεταιρισμούς και από κανόνες δικαίου που ρυθμίζουν ψυχιατρικά θέματα.

19. Στο ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, υπάρχουν και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται το ίδιο κεφάλαιο συμμετοχής, το ποσοστό επιχορήγησης και επιδότησης των Κοι.Σ.Π.Ε., οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, οι όροι, ο τρόπος και η διαδικασία καταβολής, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, και ως προς τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

### Άρθρο 13

#### Όροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζεται ειδικό νοσηλίο, για τις μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τις υπηρεσίες νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' όγκον και τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, των άρθρων δ, 7, θ, 9, 10 και 11.

2. Με την αυτή ή όμοια απόφαση καθορίζεται το ποσοστό του ειδικού νοσηλίου το οποίο αποδίδεται στη Φιλοξενούσα Οικογένεια και στον ασθενή του Προστατευόμενου Διαμερίσματος.

3. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται οικονομική ενίσχυση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τα ανασφάλιστα, οικονομικά αδύνατα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου

νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντιστοιχώς πατώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

5. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας δικαιούνται του ειδικού νοσηλίου της παρ. 1 του παρόντος και των πόρων της παρ. α' του άρθρου 28 του ν. 2519/1997 για την παροχή των υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

6. Στο άρθρο 28 του ν. 2519/1997 το τελευταίο εδάφιο της παρ. δ' αριθμείται ως παρ. ε' και οι λοιπές παράγραφοι αναριθμούνται αναλόγως.

7. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες, καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, μπορούν να επιχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την ανάπτυξη ερευνών και μελετών του Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις και κάθε λεπτομέρεια που αφορά την εφαρμογή της παραγράφου αυτής.

#### Άρθρο 14

##### Κίνητρα επανένταξης

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός οκταμήνου από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις έγκρισης οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης, στα οποία προβλέπεται και χορήγηση χρηματικού ποσού σε βάρος του προϋπολογισμού του προγράμματος είτε ως θεραπευτικού κινήτρου για άτομα με ψυχικές διαταραχές που έχουν μακρά παραμονή για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας είτε ως κινήτρου επανένταξης για άτομα που διαμένουν στην κοινότητα.

#### Άρθρο 15

##### Μετακίνηση του προσωπικού των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μετά από εισήγηση της Τ.Ε.Ψ.Υ., το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται στον Τομέα Ψυχικής Υγείας μπορεί να απασχολείται εκ περιτροπής σε οποιαδήποτε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα, με πλήρη ή μερική απασχόληση εντός του κανονικού ωραρίου εργασίας του ή και για την πραγματοποίηση εφημεριών κατ' εξαίρεση των διατάξεων του Υπαλληλικού Κώδικα και των διατάξεων του άρθρου 75 του ν. 2071/1992 ( ΦΕΚ 123/τ.Α'/15.7.1992 ) και του άρθρου 25 του ν. 2519/1997 για την εξιμπηρέτηση των ανωτέρω των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

2. Με όμοια απόφαση το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας κάθε τομέα μπορεί να απασχολείται κατά τα οριζόμενα στην παρ 1 του παρόντος άρθρου στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας όμοιου ή μη Τομέα Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 εδάφιο γ, δ' του παρόντος νόμου. Η απασχόλησή του αυτή δεν μπορεί να υπερβαίνει συνολικά τους τρεις (3) μήνες κατ' έτος.

#### Άρθρο 16

##### Ακούσια νοσηλεία

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις Τομεσκές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

#### Άρθρο 17

##### Μεταθετικές διατάξεις

1. Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ανέπτυξαν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και άλλες ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/1984, οι οποίες εξακολουθούν να λειτουργούν με κρατική επιχορήγηση, υποχρεούνται εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευσή του νόμου να δηλώσουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας αν θα συνεχίσουν τουλάχιστον επί διετία ή όχι την παροχή των ανωτέρω υπηρεσιών στον Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Εφόσον δηλώσουν ότι επιθυμούν τη συνέχιση, υποχρεούνται κατά τις προϋποθέσεις των παραγράφων 4 και 6 του άρθρου 11 να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος νόμου και να λάβουν την άδεια λειτουργίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, οι μονάδες μεταφέρονται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων σε περίπτωση μη υποβολής της δήλωσης, δήλωσης περί μη συνέχισης λειτουργίας ή μη προσαρμογής στις διατάξεις του παρόντος νόμου κατά τα ανωτέρω. Η διάταξη αυτή δεν αφορά το προσωπικό.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του Κοινωνικού Ιδρυματος του ν.δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α/2.6.1970) με την επωνυμία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής εντάσσονται στις λειτουργίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας της περιότητάς τους.

Σε Τομείς Ψυχικής Υγείας στους οποίους λειτουργούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου δύναται, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, να καταργούνται οι αντίστοιχες μονάδες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το προσωπικό των Μονάδων που καταργούνται και που υπηρετεί με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου τοποθετείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε νοσοκομείο ή Μονάδες Ψυχικής Υγείας αυτών στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) μετά από αίτησή του και ύστερα από κρίση του υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει το νόμιμο προσόντα καταλαμβάνει κενές οργανικές θέσεις με την ίδια σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Σε περίπτωση έλλειψης κενών οργανικών θέσεων καταλαμβάνει προσωποπαγείς θέσεις οι οποίες καταρ-

γούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των υπολλήλων από την υπηρεσία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι διαδικασίες και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παραγράφου αυτής, καθώς και η αποκλειστική προθεσμία για την υποβολή της σχετικής αίτησης.

3. Οι προβλεπόμενες υπουργικές και κοινές υπουργικές αποφάσεις μπορούν να τροποποιούνται μετά την πρώτη έκδοσή τους με όμοιες αποφάσεις.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΑΛΛΕΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

##### Άρθρο 18

1. Οι διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 26 του ν. 2519/1997 έχουν εφαρμογή και για τους γιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ. που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία πέντε (5) ετών σε θέσεις επιμελητών Γ'.

2. Στην παράγραφο 3 του άρθρου 26 του ν. 2166/1993 (ΦΕΚ 137 Α') προστίθεται δεύτερο εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

«Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και σε περίπτωση κωλύματός του το, από το Διοικητικό Συμβούλιο, οριζόμενο μέλος του, των ανωνύμων εταιρειών στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης, έχει το δικαίωμα να μετέχει με δικαίωμα ψήφου και ανεξάρτητα από το εάν έχει ή όχι την ιδιότητα του φαρμακοποιού, στις τακτικές και έκτακτες γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακοποθηκάρηων ως ισότιμο μέλος αυτού και δικαιούται να εκλέγει και να εκλέγεται ως τακτικό και αναπληρωματικό μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου και του Πειθαρχικού Συμβουλίου τούτου, υπό τους λοιπούς όρους και προσωπικές θέσεις, που ορίζουν οι διατάξεις των παρ. 2, 3 και 4 του άρθρου 11, του π.δ. 613/1977 (ΦΕΚ 199 Α'). Τα ανωτέρω ισχύουν και για τον οριζόμενο κατά νόμο ως εκπρόσωπο των εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης.

##### Άρθρο 19

Η παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 1729/1987 (ΦΕΚ 144 Α'), η οποία αντικαταστάθηκε με το άρθρο 12 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 19 Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

2. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης και των ανταγωνιστικών ουσιών που αδραντοποιούν τους υποδοχείς των οποίων, απαγορεύεται.

Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από:

α. Ειδικές προς τούτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

β. Τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Οποιας χορηγεί ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ή ανταγωνιστικές ουσίες κατά παράβαση αυτής της διάταξης τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2161/1993. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται γενικοί όροι, προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες εφαρμογής προγραμμάτων υποκατάστασης και χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών.

##### Άρθρο 20

1. Το προσωπικό της παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Ε.Ο.Π. και του Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ", που επλέγεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας να ενταχθεί στο νέο φορέα "Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας" και μετά από δήλωσή του εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου, κατατάσσεται σε βαθμό και μισθολογικά κλιμάκια ανάλογα με το χρόνο υπηρεσίας που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται, με τα τυπικά προσόντα του κλάδου στον οποίο κατατάσσεται. Ο χρόνος που τυχόν πλεονάζει στο βαθμό κατάταξης του υπαλλήλου θεωρείται ότι έχει διανυθεί στο βαθμό αυτόν, για την προαγωγή στον επόμενο βαθμό και την επιλογή του ως Πρoϊσταμένου οργανικής μονάδας. Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας, που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται ο υπάλληλος, θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία για θέματα υπηρεσιακής του κατάστασης.

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου έχει εφαρμογή και στους υπαλλήλους με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου της παρ. 5 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') των καταργούμενων νομικών προσώπων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π. και Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ" που μετά τη συγχώνευσή τους στο νέο φορέα "Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας" μετατάσσονται σε εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Ν.Π.Δ.Δ. ή σε υπηρεσίες της Περιφέρειας, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού και εντάσσονται, μετά από δήλωσή τους, σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου. Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α'), καθώς και η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου, έχουν εφαρμογή και στο προσωπικό των εξοχών του Π.Ι.Κ.Π.Α., των βρεφικών - παιδικών σταθμών, βρεφονηπιοκομείων και νηπιαγωγείων του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ" και αντίστοιχων προγραμμάτων βρεφονηπιακής φροντίδας, που λειτουργούν στο πλαίσιο άλλων δραστηριοτήτων του Ε.Ο.Π., των ταπητουργείων, κλιματισίων, εργαστηρίων και γενικά των υπηρεσιών οκοτεχνίας του Ε.Ο.Π., των Ιατροκοινωνικών Κέντρων και της Παιδικής Πολυκλινικής του Π.Ι.Κ.Π.Α. ως και του προσωπικού των Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.), Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.), του Κοινωνικού Κέντρου Οικογένειας και Νεότητας (Κ.Κ.Ο.Ν.) και των κατασκηνώσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που μεταφέρεται και μετατάσσεται στις υπηρεσίες πρόνοιας των οικείων οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού, στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ., σε Δημοτικά Νομικά Πρόσωπα των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού και σε Ν.Π.Δ.Δ. εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

##### Άρθρο 21

Το νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου που συστάθηκαν α) με το από 7 Φεβρουαρίου 1925 προεδρικό διάταγμα (ΦΕΚ 33 Α'/1925) "Νοσοκομείο Φυματιώντων νομού Ηρακλείου", περιοχής Μονής Ιερουσαλήμ Μαλεβιζίου, β) με το π.δ. 608/1985 (ΦΕΚ 221 Α'/1985) "Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Ηρακλείου Κρήτης", καταργούνται ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα και συγχωνεύονται σε ένα Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία "Κέντρο Πρόστασης και Αποκατάστασης Παιδιών - Ενηλίκων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Ηρακλείου Κρήτης", το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας

και Πρόνοιας με έδρα το Λουτράκι Μαλεβιζίου Ηρακλείου.

Η κινητή και ακίνητη περιουσία των συγγενευόμενων Ν.Π.Δ.Δ. μεταφέρεται στο νέο Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο υποκαθίσταται αυτοδικαίως σε όλα τα δικαιώματα και υποχρεώσεις τους.

Το Κέντρο διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο διορίζεται με ισάριθμα αναπληρωματικά μέλη, για τρία χρόνια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από:

α. έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

β. έναν αιρετό εκπρόσωπο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της έδρας του Κέντρου,

γ. έναν εκπρόσωπο της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Κρήτης,

δ. τέσσερα πρόσωπα με επιστημονικό κύρος ή εξειδίκευση η εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών, καθορίζεται ο σκοπός, ο τρόπος οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας αυτού.

#### Άρθρο 22

Η παρ. 3 του άρθρου 18 του ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125 Α') αντικαθίσταται ως ακολούθως:

“3. Άτομο με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, που επιδοτούνται με προνοιακό ή άλλο επίδομα, διατηρούν το επίδομά τους αυτό και όταν υποβάλλονται σε φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, σπασμοληοθεραπεία, λογοθεραπεία, ημερήσια φύλαξη και ψυχολογική στήριξη”.

#### Άρθρο 23

Στο άρθρο 7 του ν. 2646/1998 προστίθεται παράγραφος 9, ως ακολούθως:

“9. Οι προϋπολογισμοί των καταργούμενων φορέων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. “ΜΗΤΕΡΑ”, αποτελούν προϋπολογισμό του Ε.Ο.Κ.Φ. από το οικονομικό έτος 1999 και μέχρι την υλοποίησή των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

Για την πληρωμή των πάσης φύσεως δαπανών των εγγεγραμμένων πιστώσεων στους προϋπολογισμούς των καταργούμενων φορέων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. “ΜΗΤΕΡΑ”, επιχορηγείται ο Ε.Ο.Κ.Φ.. Η εκκαθάριση των δαπανών γίνεται σύμφωνα με τις επί μέρους διατάξεις που διέπουν τους ως άνω φορείς.

Πληρωμές που έχουν γίνει στους επί μέρους φορείς μέχρι της δημοσίευσης του παρόντος νόμου θεωρούνται νόμιμες.”

#### Άρθρο 24

1. Η παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

“1. Άδεια ίδρυσης φαρμακείου χορηγείται μετά γνώμη του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη: α) Για δήμο ή κοινότητα της χώρας στον οποίο δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') και β) για συγκεκριμένο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα δήμου ή κοινότητας που συνεννόη με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.”

Οι διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') εφαρμόζονται ανάλογα και στις περιπτώσεις των καταργηθέντων δήμων και κοινοτήτων, όπου δε σε

αυτές αναφέρεται ο όρος δήμος ή κοινότητα, νοείται το οικείο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα στο οποίο αντιστοιχεί ο καταργηθείς με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') Ο.Τ.Α.. Όπου στις διατάξεις των άρθρων 3 και 6 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') αναφέρεται ο όρος “δήμο ή κοινότητα” αυτός συμπληρώνεται ως εξής: “δήμο ή κοινότητα ή δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα, των δήμων και κοινοτήτων που συστάθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α').”

Η παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 5607/1932 (ΦΕΚ 300 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

“1. Η μεταφορά φαρμακείων επιτρέπεται μόνο:

α) εντός των ορίων των δήμων και κοινοτήτων στους οποίους δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') και β) εντός των ορίων των εδαφικών περιφερειών των δημοτικών ή κοινοτικών διαμερισμάτων των δήμων και κοινοτήτων που συνεννόησαν με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.”

Οι διατάξεις της παρούσας παραγράφου ισχύουν από 1.1.1999.

2. Η προκήρυξη για την πρόσληψη ιατρικοί και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, παρασκευαστών, ραδιολογίας - ακτινολογίας και χειριστών - εμφανιστών σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και το Ε.Κ.Α.Β. γίνεται μέσα στο ίδιο έτος κατά το οποίο η θέση κενώθηκε, για οποιονδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, με απόφαση του Δ.Σ. του Ν.Π.Δ.Δ. μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας χωρίς να απαιτείται Πρόξη Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.) Η πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού γίνεται με βάση το ν. 1397/1993, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Η πρόσληψη του λοιπού προσωπικού διενεργείται σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του ν. 2190/1994, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα. Η επιλογή και κατάρτιση του πινάκα επιλογής και κατάταξης των υποψηφίων γίνεται από τριμελή επιτροπή που συγκροτεί ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας, στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο και αποτελείται από δύο τακτικούς υπαλλήλους της Διεύθυνσης Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης της Περιφέρειας και έναν τακτικό υπάλληλο του νοσοκομείου.

Η σχετική προκήρυξη δημοσιεύεται ολοκληρωμένη στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Τεύχος Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.) και περιλήψή της σε δύο (2) τουλάχιστον ημερήσιες εφημερίδες Αθηνών. Η προκήρυξη αποστέλλεται πριν τη δημοσίευσή της στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο οφείλει να την ελέγξει από άποψη νομιμότητας εντός δέκα (10) ημερών. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία των δέκα (10) ημερών τεκμαίρεται η σύμφωνη γνώμη του Α.Σ.Ε.Π. Οι σχετικοί πίνακες κατάταξης των υποψηφίων αποστέλλονται στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο ασκεί έλεγχο αυτεπαγγέλτως ή κατ'ένοταση υποψηφίων. Μετά τον έλεγχο η επιτροπή του οικείου φορέα κατ'αρτίει τους οριστικούς πίνακες κατάταξης, καθώς και τους πίνακες διοριστέων, τους οποίους αποστέλλει για δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Τεύχος προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.). Η πρόσληψη του προσωπικού γίνεται αμέσως μετά την κατάρτιση των πινάκων κατάταξης των υποψηφίων και πριν το αυτεπάγγελτο ή κατ'ένοταση έλεγχο του Α.Σ.Ε.Π.. Μετά τη δημοσίευση των οριστικών πινάκων διοριστέων οι τυχόν ήδη προσληφθέντες που δεν περιλαμβάνονται σε αυτούς απολυονται. Οι απολυόμενοι λαμβάνουν αποδοχές που προβλέπονται για την απασχόλησή τους έως την ημέρα της απόλυσης, χωρίς οποιονδήποτε αποζημίωση από την αιτία αυτή



3 Το πρώτο εδάφιο της παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α/21.8.1997) "Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις" αντικαθίσταται ως εξής:

"Για την κατάληψη θέσης γιατρού δημόσιας υγείας απαιτείται, 31ε βαθμό Β' ηλικία μέχρι 40 ετών και κατοχή πτυχίου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού πτυχίου ή πενταετής τουλάχιστον αποδεδειγμένη εμπειρία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος, στο βαθμό Α', που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 45 ετών και πενταετής κατοχή του πτυχίου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού πτυχίου ή επταετής προμπειρία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος και στο βοήθιο Διευθυντή, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 50 ετών και οκταετής κατοχή του πτυχίου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού πτυχίου ή δεκαετής τουλάχιστον προμπειρία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος."

4. Στις ειδικές Επιτροπές της παραγράφου 12 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α') που εκδίδουν ενστάσεις για ιατρικές θέσεις στις οποίες διακηρύσσονται να διορισθούν γιατροί περισσότερων της μιας ειδικοτήτων ως μέλη των Επιτροπών και εισηγητές, μετέχουν γιατροί όλων αυτών των ειδικοτήτων που προτείνονται αντιστοίχως από τους φορείς των περιπτώσεων β', γ', δ. Ο Πανελληνιος Ιατρικός Συλλογος με την πρότασή του ορίζει το μέλος της επιτροπής που προεδρεύει.

5. Πιστοποιητικό εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία μπορεί επίσης να λάβουν με τις προϋποθέσεις, τα δικαιολογητικά και τη διαδικασία του άρθρου 4 του π.δ. 386/1995 "Καθορισμός της εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία και της εξειδίκευσης στη Μικροβιολογία" (ΦΕΚ 216 Α/25.10.1995), ιατροί εφόσον μετά την κτήση του πτυχίου της ειδικότητας Παθολογίας ή Παιδιατρικής: έχουν μετεκπαιδευθεί στο εξωτερικό για δύο (2) τουλάχιστον χρόνια στο αντικείμενο των λοιμώξεων σε Κέντρα Λοιμώξεων (Κρατικών ή Πανεπιστημιακών Κλινικών) τα οποία, κατά την κρίση της Επιτροπής της παρ. 1 III του άρθρου 3 του προαναφερόμενου 386/1995 προεδρικού διατάγματος, είναι κατάλληλα για εξειδίκευση γιατρών στη Λοιμωξιολογία.

Η υποβολή της σχετικής αίτησης γίνεται μέσα σε τρία (3) χρόνια από την περάτωση της εξειδίκευσης τους.

Σε κάθε περίπτωση η παραπάνω Επιτροπή προκειμένου να διαμορφώσει γνώμη για τη χορήγηση ή μη πιστοποιητικού Λοιμωξιολογίας μπορεί και να καλέσει τον αιτούντα σε προφορική συνέντευξη.

6. Ιατροί που κατέχουν με τη δημοσίευση του παρόντος θέσεις Δ.Ε.Π. σε Τμήματα Πανεπιστημίων τα οποία είναι αναγνωρισμένα να παρέχουν άσκηση στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μπορούν να αναγνωρισούν το χρόνο της προμπειρίας τους ως χρόνο άσκησης στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ..

Η απόκτηση της ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

7. Στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όταν κρίνει επί θεμάτων που αφορούν σε υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ως αρετά μέλη κατά το εδάφιο (β) της παραγράφου 2 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α') συμμετέχουν εκπρόσωποι των εργαζομένων των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με βαθμό τουλάχιστον Α', που προτείνονται από την ΠΟΕΔΗΝ. Μέχρι τον ορισμό εκπροσώπων από την

ΠΟΕΔΗΝ, το υπάρχον Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εξακολουθεί να κρίνει επί θεμάτων που αφορούν στους υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Η ισχύς της παραγράφου αυτής αρχίζει από την ημερομηνία ισχύος του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α').

8. Το πρώτο εδάφιο της τελευταίας παραγράφου του άρθρου 40 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"Χρέη Διευθυντή Φαρμακείου εκτελούν, μέχρι την προκήρυξη και πλήρωση των θέσεων κλάδου Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., οι ήδη υπηρετούντες προϊστάμενοι τμημάτων."

9. Οι έχοντες προσληφθεί και όσοι θα προσληφθούν σε θέσεις του κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., μετά την ισχύ του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α'/21.8.97) κατατάσσονται σε ανισοτιμωμένες προσωρινές θέσεις κλάδου Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του αναφερόμενου νόμου, μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος που προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α'/21.8.1997).

10. Η παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α'/20.10.1998) μετά τις λέξεις "περιφερειακών ιατρικών", συμπληρώνεται ως εξής:

"Η διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 54 του ν. 1759/1988, όπως τροποποιήθηκε από τη διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 εφαρμόζεται για τα κέντρα υγείας νησιών στα οποία δεν λειτουργούν νοσοκομεία."

#### Άρθρο 25

1. Στο πρώτο εδάφιο της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α') μετά τη λέξη "Νοσοκομείων" προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας, Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

2. Στην περίπτωση α' της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α'), μετά τη λέξη "Εργαστηρίων", προστίθεται η φράση "των κλάδων ΓΕ Φυσικοθεραπειών και ΔΕ Βοηθών Φαρμακείων".

3. Στο άρθρο 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α'), προστίθεται παρ. 13 που έχει ως εξής:

"13. Επίδομα τροφής του προσωπικού (πλην Ιατρικού) των Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

4. Στην περίπτωση γ' της παρ. 1 του άρθρου 10 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α') μετά τη λέξη "Νοσοκομείων", προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας".

5. Για τις εφημερίες που έχουν πραγματοποιήσει οι γιατροί σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2606/1998 και της 2032993/342/0022/20.5.98 ερμηνευτικής εγκυκλίου, μέσα στην αναλογία του 1/3, 1/5, της Α' Ζώνης και 1/2 της Β' και Γ' Ζώνης επί του συνόλου αντίστοιχα, από 1.1.1998 μέχρι την έκδοση των κανονιστικών αποφάσεων για κάθε Νοσοκομείο, θα καταβληθούν τα αναλογούντα σε αυτούς ποσά που θα καθοριστούν με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Ποσά τα οποία μετά την εκκαθάριση των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών μέχρι 31.12.1998 πρέπει να επιστραφούν από γιατρούς δεν είναι απαιτητά, εφόσον δεν έχουν εισπραχθεί καθ' υπέρβαση ορίων που προβλέπονται από το άρθρο 7 παρ. 8 του ν. 2606/1998 και του άρθρου 104 του Συντάγματος.

6. Διατηρείται από της ισχύος του ν. 2470/1997 το επίδομα ετοιμότητας της παρ. 2, εδ. α' του άρθρου 3 του ν. 828/1978, που διατηρήθηκε με το άρθρο 12 παρ. 1 του ν. 1643/1986, και επίσης με το άρθρο 20 παρ. 1 του ν. 1963/1991 και καταβάλλεται σε όλους τους αγροτικούς γιατρούς (υπόχρεους με παράταση, με θη-

τεια, μόνιμους), που υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία, Κέντρα Υγείας και στους αγροτικούς γιατρούς που υπηρετούν με οποιονδήποτε τρόπο σε Νοσοκομεία, λόγω ειδικών συνθηκών άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Επίσης διατηρούνται οι πρόσθετες αποδοχές των εδαφίων α' και γ' της παρ. 2 της Α3α/οικ. 15230/89 (ΦΕΚ 732 Β'/2.10.1989) κοινής υπουργικής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως κυρώθηκε με το ν. 1881/1990 (ΦΕΚ 42 Α'/23.3.1990) και διατηρήθηκε με το άρθρο 20 παρ. 2 του ν. 1983/1991 και καταβάλλονται στους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου για όσο χρονικό διάστημα αυτοί υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία που έχουν χαρακτηριστεί ως άγωνα με τις Α3α/οικ.15230/89 (ΦΕΚ 732 /τ. Β'/2.10.89), Α/ οικ.62876 /19.12.91/ΦΕΚ 771 τ.Β'/31.12.92 και ΔΥ1α/33202/2.9.93/ ΦΕΚ 703/τ.Β'/10.9.93 κοινές υπουργικές αποφάσεις των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Το ανωτέρω δεν ισχύουν: α) για τους οπλίτες γιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968 που διατίθενται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και β) για τους γιατρούς του κλάδου Ε.Σ.Υ..

7. Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου προσωπικού, που έχει προσληφθεί στο Ψ.Ν.Α. για το πρόγραμμα Απεξάρτησης από το Ναρκωτικά σύμφωνα: α) με την αριθμ. 334/11.9.1995 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 413/2.11.1995 Π.Υ.Σ., β) με την αριθμ. 124/20.5.1997 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 200/28.7.1997 Π.Υ.Σ. και έληξαν, παρατεινόντας έως τη δημοσίευση του παρόντος νόμου κατά παρέκκλιση των διατάξεων που καθορίζουν την ανώτατη διάρκεια της σύμβασης και η σχέση μετατρέπεται αυτοδικαίως σε σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου.

Το προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε θέσεις ειδικότητας αντίστοιχης των τυπικών προσόντων ή ειδικότητας που καθορίζεται με την πράξη κατάταξης σε θέσεις που συνιστώνται αυτοδικαίως με την ίδια πράξη. Οι συνιστώμενες θέσεις είναι προσωποπαγείς και καταργούνται με την ένταξη του προσωπικού αυτού σε θέσεις που θα συσταθούν με τον οργανισμό του Ψ.Ν.Α..

8. Γιατροί ή οδοντίατροι που έχουν ενταχθεί σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 11 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 και υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου σε θέσεις του κλάδου γιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, επανεπιδόσονται, ανεξαρτήτως από την ηλικία τους, μετά από κρίση από το Συμβούλιο της παραγράφου 4 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, στον κλάδο που υπηρετούν και σε βαθμό αναλογώς με τα χρόνια αιτιολογικής προϋπηρεσίας τους, όπως αυτά αναφέρονται στην παράγραφο 11 του άρθρου 6 του ανωτέρω νόμου.

Ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά την απόκτηση των τυπικών προσόντων της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεπιδωθούν στο βαθμό Β' και ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά τη συμπλήρωση της δεκαετίας, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεπιδωθούν στο βαθμό Α, θεωρείται ως πλεονάζων χρόνος παραμονής στο βαθμό που θα επανεπιδωθούν και προσμετράται στο χρόνο που απαιτείται για την προαγωγή τους στον επόμενο βαθμό.

## Άρθρο 26

1. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 5 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α'), όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 2 του ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146 Α'), αντικαθίστανται ως ακολούθως:

1. Ο Ε.Ο.Φ. διοικείται από θμελής Διοικητικό Συμβούλιο που αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και επτά (7) μέλη. Ως μέλη του Δ.Σ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας φαρμακοποιοί, γιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι, χημικοί, οικονομολόγοι και ειδικοί στην πληροφορική, με ειδικές γνώσεις και εμπειρία στο αντικείμενο του Ε.Ο.Φ., ένας Διευθυντής Ελεγκτικού Συνεδρίου και ένας πρόεδρος Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

2. Ως πρόεδρος και αντιπρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπα που έχουν γνώση οργάνωσης και διοίκησης. Ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος έχουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση.

Με την απόφαση διορισμού του προέδρου και αντιπρόεδρου του Ε.Ο.Φ. καθορίζονται και οι αμοιβές τους.

2. Η παρ. 3 του άρθρου 2 του ν. 1965/1991, που προστέθηκε με το άρθρο 36 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 119 Α'), καταργείται.

3. Η θητεία των μελών του υφιστάμενου κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. λήγει από το διορισμό του νέου Δ.Σ., με βάση την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου.

## Άρθρο 27

1. Για τη νοσηλεία στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του Οίκου Ναύτου εφαρμόζονται οι εκάστοτε υπουργικές αποφάσεις που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση των διατάξεων του άρθρου 39 του ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α').

2. Η νομοθεσία του Οίκου Ναύτου εξακολουθεί να ισχύει για όλα τα θέματα που δεν ρυθμίζονται με τις διατάξεις της παρ. 1 του παρόντος άρθρου.

## Άρθρο 28

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΤΕΡΚΙΟΝ ΑΝΑ ΔΙΟΘΕΣΗ  
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ  
ΒΑΣ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΓΙΑΝ. ΠΑΠΑΓΩΝΙΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΕΥΑΓ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΓΕΡΑΣ. ΑΡΣΕΝΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΑΣ  
ΓΕΩΡΓ. ΑΝΘΩΜΕΡΙΤΗΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
ΜΙΛΤ. ΠΑΠΑΔΑΝΝΟΥ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΛΑΜΠΡ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ  
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ  
ΣΤΑΥΡ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999  
Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 661

23 Μαΐου 2000

### ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ.Α3α/οικ.876 (1)  
Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99.

#### ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

##### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Εχόντες υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α'/17.5.99) "Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις".

2. Τις διατάξεις του Π.Δ. 138/92 (ΦΕΚ 68/Α'/22.4.92) "Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει σήμερα.

3. Τις διατάξεις των οργανισμών των ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Γενικών Νοσοκομείων.

4. Την αρ.1039386/441/Α006/21.4.2000 κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών Γεώργιο Δρύ" (Φ.Ε.Κ.571/Β'/21.4.2000).

5. Την υπ'αριθμ. Δ1α/οικ.11443/7.6.99 απόφασή μας με την οποία συγκροτήθηκε ομάδα εργασίας για τον καθορισμό των προϋποθέσεων και του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των αρχών και της στελέχωσης των Ξενώνων, οικοτροφείων και προστατευμένων διαμερισμάτων.

6. Τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 1 του Ν.2469/97 (Φ.Ε.Κ. 38/Α'/97) και το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται πρόσθετη δαπάνη.

#### ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Καθορίζουμε τις αρχές, τις προϋποθέσεις, τη στελέχωση, τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2719/99 για άτομα με ψυχικές διαταραχές και νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ως κατωτέρω, αποφασίζουμε:

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

##### ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

###### Άρθρο 1

###### Αρχές

Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προ-

γράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 διέπονται και εφαρμόζουν τις ακόλουθες αρχές:

α. Τις αρχές που ορίζονται στην παρ. 2, του άρθρου 1 του Ν. 2716/99.

β. Την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όπως αυτά αναφέρονται στο άρθρο 2 παρ. 3 του Ν. 2716/99 καθώς και κάθε άλλο συνταγματικού τους δικαιώματος ως πολιτών.

γ. Τις αρχές και τους στόχους της Συναινετικής Διακήρυξης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως αυτή δημοσιεύθηκε στην WHO/MNH/MND/96.2 έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

###### Άρθρο 2

##### Προϋποθέσεις

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων, είναι οι ακόλουθες:

Α. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που συνιστώνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων που υλοποιούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του ιδίου άρθρου.

α) Σύσταση της μονάδας

β) Σύσταση των θέσεων προσωπικού

γ) Εξασφάλιση της κτιριακής υποδομής και του απαραίτητου εξοπλισμού

δ) Ορισμός του επιστημονικού υπευθύνου

ε) Διορισμός του προσωπικού ή εξασφάλιση της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας από το προσωπικό που ήδη υπηρετεί στον φορέα, για τον οποίο συστήνεται ο Ξενώνας ή το οικοτροφείο, ή εγκρίνεται το πρόγραμμα προστατευμένων διαμερισμάτων.

στ) Λειτουργική διασύνδεση της μονάδας ή των προστατευμένων διαμερισμάτων με άλλες υπηρεσίες του Τομέα.

Β. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων, που ιδρύονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 11 του νόμου 2716/1999, οι προϋποθέσεις και τα δικαιολογητικά για την άδεια λειτουργίας τους ορίζονται ειδικότερα στην από τη διάταξη της παρ. 4 του ιδίου άρθρου προβλεπόμενη υπουργική απόφαση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

## ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

## ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

## Άρθρο 3

## Ξενώνες

1. Ο Ξενώνας ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη ύστερα από αίτησή τους και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Ειδικότερα στους Ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειας τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για την ζωή στην κοινότητα.

Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον.

Η δυναμικότητα του Ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

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

- Βραχείας διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.

- Μέσης διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού έως μέσου βαθμού υποστήριξης.

- Μακράς διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

Αλλαγή της ανωτέρω διαβάθμισης μπορεί να γίνει με τεκμηριωμένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και έγκριση από την Δ/ση Ψυχικής Υγείας.

3. Οι Ξενώνες ανάλογα με το χώρο εγκατάστασής τους χωρίζονται σε ενδονοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς.

Οι ενδονοσοκομειακοί Ξενώνες βρίσκονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είναι βραχείας και μέσης διάρκειας παραμονής, έχουν υψηλό έως μέσο βαθμό υποστήριξης και σε αυτούς γίνεται η προετοιμασία για τη μετάβαση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα Ψυχιατρικών ή Γενικών Νοσοκομείων στους εξωνοσοκομειακούς Ξενώνες. Οι εξωνοσοκομειακοί Ξενώνες βρίσκονται στην κοινότητα, είναι βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής και έχουν υψηλό ή μέσο ή χαμηλό βαθμό υποστήριξης.

4. Η υποστήριξη των Ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού στον Ξενώνα ως εξής:

Υψηλός βαθμός υποστήριξης: εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού

Μέσος βαθμός υποστήριξης: κατώτερη του εικοσιτετράωρου παρουσία του προσωπικού και

Χαμηλός βαθμός υποστήριξης: η κατά περίπτωση περιοδική παρουσία του προσωπικού για την παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων.

## Άρθρο 4

## Οικοτροφεία

1. Το Οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκα-

τάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί το Οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25. Δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό.

Ειδικότερα άτομα που διαμένουν στο Οικοτροφείο είναι:

- α) άτομα που χρειάζονται ψυχογηγριατρική φροντίδα,
- β) άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές,
- γ) άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας.

2. Διαφοροποιήσεις των Οικοτροφείων, ανάλογα με την ηλικία, δύνανται να γίνουν στην περίπτωση που αναπτυχθούν πολλά Οικοτροφεία σε έναν Τομέα Ψυχικής Υγείας, μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα που ανήκουν και γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και με απόφαση του Υπουργού Υγείας-Πρόνοιας. Οι διαφοροποιήσεις των οικοτροφείων ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά είναι:

- α. Οικοτροφείο νέων από 19 - 30 ετών
- β. Οικοτροφείο ενηλίκων από 31 - 55 ετών και
- γ. Οικοτροφείο από 56 ετών και άνω

## Άρθρο 5

## Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

1. Το προστατευμένο διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα δεν υπερβαίνει τα έξι.

2. Η Ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση.

## Άρθρο 6

## Ξενώνες και Οικοτροφεία Παιδιών ή Εφήβων

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία Παιδιών ή Εφήβων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές προσφέρουν θεραπευτικό περιβάλλον μακριά από την οικογένεια, όταν αυτό επιβάλλεται από τις συνθήκες θεραπείας τους και εφόσον δεν υπάρχει δυνατότητα, κατά την περίοδο εκείνη, τα άτομα αυτά να ενταχθούν σε Φιλοξενούσες Οικογένειες της παρ. 5 του άρθρου 9 του Ν.2716/99, όπως αυτό βεβαιώνεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο στην αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας η οποία λαμβάνει και την τελική απόφαση.

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία φιλοξενούν τα παιδιά και τους εφήβους για βραχύ ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που προσδιορίζεται εκάστοτε από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σε συνεργασία με την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και μέχρις ότου ενηλικιωθούν. Μετά την ενηλικίωση η συνέχεια της φροντίδας παρέχεται σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας μετά από απόφαση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας.

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία φιλοξενούν ενδεικτικά:

\*Παιδιά προσχολικής ηλικίας με προβλήματα σωματικής κακοποίησης ή συναισθηματικής παραμέλησης. Ο αριθμός των παιδιών δεν υπερβαίνει τα 8-10.

\*Παιδιά λανθάνουσας ή προεφηβικής ηλικίας που προέρχονται από διαταραγμένες οικογένειες, οι οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών. Ο αριθμός των παιδιών δεν υπερβαίνει τα 15.

\*Έφηβοι με παραπτωματική συμπεριφορά, με ψυχικές διαταραχές ή χωρίς σοβαρή ψυχική διαταραχή αλλά με σοβαρά διαταραγμένους γονείς. Ο αριθμός των εφήβων δεν υπερβαίνει τους 10-12.

Δεν επιτρέπεται η λειτουργία Ξενώνων ή Οικοτροφείων στους οποίους φιλοξενούνται παιδιά και έφηβοι μαζί.

#### Άρθρο 7

##### Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

1. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, με την οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Οι εργαζόμενοι στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση οφείλουν να δραστηριοποιούνται στην επίτευξη των κατωτέρω βασικών στόχων της:

α. Βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης.

β. Διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και ελαχιστοποίηση των ανικανότητων και μειονεξιών τους.

γ. Διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα.

δ. Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων.

ε. Διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

2. Κύριο εργαλείο για την εφαρμογή της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι οι στεγαστικές δομές στην κοινότητα όπως αναφέρονται στο άρθρο 9 του Ν.2716/99.

#### Άρθρο 8

##### Παρεχόμενες Υπηρεσίες

1. Οι υπηρεσίες που παρέχονται κατά περίπτωση στην διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των φιλοξενούμενων ατόμων που διαμένουν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και σε Προστατευμένα Διαμερίσματα και τις οποίες οφείλει να εξασφαλίζει ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, είναι:

1. φαρμακευτική αγωγή
2. εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες
3. ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειές τους
4. επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση εφόσον η ηλικία τους το επιτρέπει
5. συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης
6. συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
7. προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό
8. συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογες ερευνητικές δραστηριότητες
9. ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας.
10. προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές.

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα καταρτίζουν εξαμηνιαίο πρόγραμμα για κάθε μία από τις ανωτέρω παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς επί-

σης και Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για κάθε φιλοξενούμενο άτομο στο οποίο αποτυπώνονται τα ανωτέρω, και καταγράφονται λεπτομερώς και συστηματικά με την ενεργό συμμετοχή του ενδιαφερομένου στον ατομικό του φάκελο. Το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ανασθωρείται τουλάχιστον κάθε εξάμηνο.

Ανά εβδομάδα καταχωρείται στο φάκελο του κάθε ατόμου κάθε είδους δραστηριότητά του μέσα και έξω από το χώρο κατοικίας είτε αυτή προβλέπεται στο Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα είτε όχι.

Τα προγράμματα αυτά κατατίθενται στο Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας και στο Δ/ντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας και το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος οι οποίοι έχουν και την αρμοδιότητα ελέγχου από κοινού της πλήρους και ακριβούς εφαρμογής τους.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

##### ΤΡΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

#### Άρθρο 9

##### Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα

1. Το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων που ανήκουν σε αυτήν αποτελεί την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα ορίζεται με απόφαση του διοικούστος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο (στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης παιδιών και εφήβων), ψυχολόγο, κοινωνικό/ή λειτουργό, νοσηλεύτη/τρια, επισκέπτη/τρια υγείας, εργοθεραπευτή/τρια, διοικητικό/ή υπάλληλο. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα δύναται να πλαισιώνεται και με άλλες ειδικότητες κατά περίπτωση ή ανάλογα με το επιτελούμενο έργο, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου.

2. Έργο της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπως αναφέρονται στη Συναινετική Διακήρυξη μέσω των μεθόδων που περιγράφονται στην παρούσα απόφαση. Βασική αρχή λειτουργίας της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι η αμοιβαία, ισότιμη συνεργασία με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη σύνθεση του πολύπλευρου έργου της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

3. Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο υπάγεται η μονάδα και μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου ορίζεται εξωτερικός επόπτης με εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας για την επίσημη εποπτεία του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας.

4. Η σύνθεση της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας δεν μεταβάλλεται παρά μόνο με αιτιολογημένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου ή με αίτημα του ενδιαφερόμενου μέλους ή αποχώρησή του από το φορέα. Η σταθερότητα της σύνθεσης της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στις ειδικότητες και στα άτομα που έχουν οριστεί αποτελεί ευθύνη της Διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος. Αναπαιλόγητη

αλλαγή αποτελεί παράβαση των διατάξεων της παρούσας απόφασης από τη Διοίκηση.

#### Άρθρο 10

##### Επιστημονικός Υπεύθυνος

1. Με απόφαση του διοικούστος οργάνου του φορέα, στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερισματος, ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζεται με κριτήρια τη γνώση και εμπειρία του και την αποδοχή των αρχών που διατυπώνονται στο Κεφάλαιο Α' της παρούσας, αποδεικνυόμενος κυρίως από την ενεργό συμμετοχή του σε αντιστοιχες δράσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος προέρχεται από τις ειδικότητες που συνθέτουν και στελεχώνουν την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα.

2. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού και υλοποίησης του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, όπως αυτό περιγράφεται ανωτέρω, την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερισματος γενικότερα και τη διασύνδεσή της με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερισματος.

Το αυτό πρόσωπο μπορεί να ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε περισσότερες από μία Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του ίδιου φορέα.

#### Άρθρο 11

##### Προσωπικό

1. Οι θέσεις του προσωπικού των Ξενώνων και των Οικοτροφείων συνιστώνται με Προεδρικό Διάταγμα σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 9 του Ν.2716/99. Το προσωπικό των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων προέρχεται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκουν τα προγράμματα αυτά.

Ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης) και η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο κάθε μέλους του προσωπικού στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερισματος καθορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σύμφωνα με τις ανάγκες που συσχετίζονται με το βαθμό υποστήριξης και λειτουργικότητας των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά.

Ο αριθμός των εργαζομένων στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων προσδιορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο ανάλογα με τη χρονική φάση της λειτουργίας τους, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 11 του Ν.2716/99 ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης) κάθε μέλους του προσωπικού τους η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο και ο αριθμός των εργαζομένων σ' αυτές εγκρίνεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Με ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου διασφαλίζεται ότι οι ρόλοι των εργαζομένων εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητά τους συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους καθώς και στο χρόνο απασχόλησης (μερική ή πλήρης) στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερισματος.

3. Το μέλος της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας που αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίσει την φροντίδα για τον ασθενή, όπως έχει σχεδιασθεί κατά την κατάρτιση του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος σύμφωνα με το άρθρο 8 της παρούσας, καλείται "πρόσωπο-αναφοράς" για τον ασθενή αυτό.

Οι εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερισματος οφείλουν να υπηρετούν το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" για τους διαβιούντες στις ανωτέρω Μονάδες και Προγράμματα. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζει από το σύνολο των εργαζομένων κάθε έναν, ανεξαρτήτως ειδικότητας, για τους οποίους συγκεκριμένους ασθενείς αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" γι αυτούς.

4. Κανένας εργαζόμενος δεν μπορεί να αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" για περισσότερους από έξι (6) ενοίκους των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερισματος.

5. Σύνοψη προσωπικού:

α) Στον Ξενώνα:

Ο αριθμός και η σύνοψη του προσωπικού ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ενοίκων και το βαθμό υποστήριξης του Ξενώνα καθώς και του αριθμού των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων που υλοποιεί.

Οι ειδικότητες των εργαζομένων που καλύπτουν την εικοσιτετράωρη λειτουργία του Ξενώνα είναι ενδεικτικά οι εξής:

Ψυχίατρος  
Ψυχολόγος  
Οικονόμος  
Νοσηλεύτης/τρια  
Κοινωνικός Λειτουργός  
Εργοθεραπευτής/τρια  
Διοικητικός  
Βοηθητικό προσωπικό  
Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον Ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτόν.

β) Στο οικοτροφείο:

Το προσωπικό ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ατόμων που διαμένουν σ' αυτό. Οι ειδικότητες που καλύπτουν την 24ωρη λειτουργία του Οικοτροφείου είναι ενδεικτικά οι εξής:

Ψυχίατρος  
Ψυχολόγος  
Οικονόμος  
Νοσηλεύτης/τρια  
Κοινωνικός Λειτουργός  
Εργοθεραπευτής/τρια  
Διοικητικός  
Βοηθητικό προσωπικό  
Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον Ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτό.

γ) Στα προστατευμένα διαμερίσματα:

Η λειτουργία της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας της αντίστοιχης Μονάδας Ψυχικής Υγείας, στην φροντίδα της οποίας ανατίθενται τα άτομα που εγκαθίστανται στο Προστατευμένο Διαμερίσμα, έχει την ευθύνη την καλή λειτουργία του προγράμματος προστατευμένων διαμερισμάτων. Αυτή η ομάδα στελεχώνεται ενδεικτικά από:

Ψυχίατρο  
Ψυχολόγο  
Κοινωνικό Λειτουργό  
Εργοθεραπευτή  
Επισκέπτη υγείας  
Διοικητικό Υπάλληλο  
Άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Ο αριθμός του προσωπικού που στηρίζει την υλοποίηση των προγραμμάτων προστατευμένων διαμερισμάτων καθορίζεται από τη διοίκηση του φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας μετά από εισήγηση του αντίστοιχου επιστημονικού υπευθύνου της στην οποία ανατίθεται το πρόγραμμα προστατευμένου διαμερίσματος με βάση τον αριθμό των προστατευμένων διαμερισμάτων που έχουν ανατεθεί στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας και το βαθμό αυτονομίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που διαμένουν σε αυτά.

Ο αριθμός των μελών της Θεραπευτικής Ομάδας είναι από πέντε (5) μέχρι δέκα (10) και παρέχουν πλήρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε, κατ' ανώτατο όριο πενήντα (50) άτομα με ψυχικές διαταραχές που διαβιούν σε προστατευμένα διαμερίσματα και παρέχουν τις υπηρεσίες τους σ' αυτά σύμφωνα με το πρόγραμμα που συντάσσει ο επιστημονικός υπεύθυνος της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία έχει ανατεθεί το πρόγραμμα του προστατευμένου διαμερίσματος.

δ) Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Παιδιών ή Εφήβων:

Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Παιδιών ή Εφήβων το προσωπικό που καλύπτει την 24ωρη λειτουργία τους απαρτίζεται ενδεικτικά από τις εξής ειδικότητες:

Παιδοψυχίατρος ή Ψυχίατρος με εμπειρία ή και εξειδίκευση στη θεραπεία εφήβων με ψυχικές διαταραχές.

Ψυχολόγος  
Οικονόμος  
Νοσηλεύτης/τρια  
Κοινωνικός Λειτουργός  
Εργοθεραπευτής/τρια  
Διοικητικός  
Βοηθητικό προσωπικό  
Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτά.

Η αναλογία του προσωπικού προς τους φιλοξενούμενους οφείλει να είναι τουλάχιστον 3:1 (εργαζόμενοι / φιλοξενούμενοι) και η παρουσία του σε κάθε Μονάδα είναι απαραίτητη σε εικοσιπεντάωρη βάση.

Στους ξενώνες παιδιών ή εφήβων ανάλογα με το πρόγραμμα και τις κατά περίπτωση ειδικές ανάγκες των παιδιών και των εφήβων εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας πρόσθετη εξειδικευμένη κατά περίπτωση στελέχωση, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων που ανήκει ο ξενώνας και αντίστοιχη πρόταση από την αρμόδια Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ή την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας όπου δεν υφίσταται Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων. Ενδεικτικά:

\*Στις Μονάδες που φιλοξενούν παιδιά προσχολικής ηλικίας στο προσωπικό περιλαμβάνονται νηπιαγωγοί και βοηθητικό προσωπικό πλέον του προσωπικού που έχει περιγραφεί ανωτέρω.

\*Στις Μονάδες που φιλοξενούν παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας στο προσωπικό περιλαμβάνονται απαραίτητα ειδικοί παιδαγωγοί.

\*Στις Μονάδες που φιλοξενούν εφήβους στο προσωπικό περιλαμβάνονται ειδικοί παιδαγωγοί και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

6. Η ένταξη σε πρόγραμμα προστατευμένου διαμερίσματος ενός ασθενούς γίνεται με αίτηση του ίδιου ατόμου και με πρόταση του θεράποντα ψυχιάτρου ή άλλου επαγγελματία ψυχικής υγείας ή οποιασδήποτε κοινωνικής ή πανεπιστημιακής ψυχιατρικής υπηρεσίας που είχε την ευθύνη παρακολούθησης αυτού του ατόμου πριν την παραπομπή του προς τη Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα που υλοποιεί το Πρόγραμμα του Προστατευμένου Διαμερίσματος. Μαζί με την πρόταση κατατίθεται ιστορικό του ασθενούς στο οποίο καταχωρούνται τα στοιχεία που αφορούν στη λειτουργικότητα του ατόμου, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, το κοινωνικό του δίκτυο (συχνότητα και ένταση σχέσεων με οικογένεια, φίλους) το εργασιακό του ιστορικό και όποια άλλα στοιχεία κρίνει απαραίτητα η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα.

7. Οι ξενώνες και τα οικοτροφεία των παιδιών και των εφήβων διασυνδέονται λειτουργικά με τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων στον οποίο υπάγονται. Επίσης μετέχουν στο πρόγραμμα εφημεριών του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων μετά από εισήγηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ή της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας όπου δεν έχει συσταθεί ή δεν έχει λειτουργήσει η αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων.

Η προετοιμασία του ενόικου που βαίνει προς ενηλικίωση και θα χρειασθεί να παραμείνει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε προστατευμένη στεγαστική δομή, για τη μεταφορά του στην αντίστοιχη μονάδα ενηλίκων του Τομέα Ψυχικής Υγείας που ανήκει, είναι ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που τον φιλοξενεί και της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που θα τον υποδεχθεί.

Άρθρο 12

#### Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας

Καταρτίζεται Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας από τη διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, σε διάστημα έξι (6) μηνών από την έναρξη λειτουργίας τους, όπου θα περιγράφονται αναλυτικά τα αναφερόμενα στα προηγούμενα κεφάλαια, υποβάλλεται στη Δ/νση Ψυχικής Υγείας και εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 13

#### Τρόπος παραπομπής

Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων παραπέμπονται άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές από τις Μονάδες

Ψυχικής Υγείας του άρθρου 4 του Ν. 2716/99 κατά τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 9 του ίδιου νόμου.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

#### ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

#### Άρθρο 14

##### Διοικητικό-οικονομική διαχείριση

Η διοικητικό-οικονομική διαχείριση κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερισματος είναι αυτοτελής και αυτόνομη.

Η οικονομική διαχείριση κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερισματος, καταγράφεται, εγκρίνεται, παρακολουθείται και ελέγχεται χωριστά στο πλαίσιο του δικού της προϋπολογισμού που ενσωματώνεται στον προϋπολογισμό του φορέα στον οποίο ανήκει και απεικονίζεται ως παράρτημά του.

Η αυτοτελής διαχείριση αφορά τις ατομικές δαπάνες των χρηστών που ενδεικτικά είναι: η ένδυση, η διατροφή, οι ατομικές αγορές και τα ατομικά έξοδα, στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης.

#### Άρθρο 15

##### Η διαχείριση στους Ξενώνας

1. Η προμήθεια τροφίμων και ποτών, ενδυμάτων, ειδών υπόδησης, ειδών καθαριότητας και υγιεινής, διενεργείται από τον ασθενή που συνοδεύεται από τον εκπαιδευτή του, μέλος της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας, για το χρονικό διάστημα που ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμά ότι ο ασθενής δεν είναι έτοιμος να διενεργεί τις προμήθειές του μόνος του. Ο εκπαιδευτής ενημερώνει για την οικονομική αυτή δραστηριότητα κάθε φορά τον διαχειριστή του Ξενώνα. Μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης και όποτε ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμήσει ότι ο ασθενής είναι ικανός να διενεργεί τις προμήθειες των ανωτέρω ειδών μόνος του, εκδίδει σχετική πράξη την οποία κοινοποιεί στον διαχειριστή.

Όταν οι προμήθειες των ανωτέρω ειδών γίνονται για την κάλυψη των αναγκών του συνόλου των ασθενών, η προμήθεια διενεργείται από τριμελή επιτροπή. Η επιτροπή αποτελείται από δύο ασθενείς και έναν εκπαιδευτή.

Στα καθήκοντα κάθε εκπαιδευτού μέλους της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και του επιστημονικού υπευθύνου είναι η άσκηση του ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών του Ξενώνα στην έρευνα της αγοράς και στην ανάδειξη των ιδιαίτερων προτιμήσεων του ασθενή, έτσι ώστε να αποκτήσει την δεξιότητα να αναζητά την άριστη σχέση τιμής-οφέλους στο πλαίσιο του προϋπολογισμού για κάθε αγαθό ή υπηρεσία που προτίθεται να καταναλώσει.

2. Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και ειδικότερα σε αυτές που ανήκουν σε φορείς που διέπονται από τις διατάξεις του Ν. 2362/95 "Περί Δημόσιου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του κράτους και άλλες διατάξεις" ή χρηματοδοτούνται τουλάχιστον κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό, η διοικητικό-οικονομική τους διαχείριση σε ότι αφορά τις λειτουργικές δαπάνες διενεργείται στα πλαίσια ενός ενγκεκριμένου κλειστού προϋπολογισμού. Η διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας ορίζει υπόλογο από το προσωπικό του, εκτός εκείνου που υπηρετεί στον Ξενώνα, και διαχειριστή από το σύνολο του προσωπικού που απασχολείται στον Ξενώνα με πλήρη απασχόληση σε αυτόν και ασκεί τα καθήκοντά του επί εξάμηνο. Ο δια-

χειριστής μεριμνά για την εύρυθμη λειτουργία του Ξενώνα σε ότι αφορά τα υλικά, τις προμήθειες και την οικονομική οργάνωση των δραστηριοτήτων, όπως ενδεικτικά οι εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του Ξενώνα, η αντικατάσταση του φθαρέντος εξοπλισμού, οι πληρωμές των παγίων (Ενοίκιο, Ο.Τ.Ε, Δ.Ε.Η, νερό κ.λπ.), η καταβολή των επιδομάτων, όπου αυτά χορηγούνται, και αποδίδει λογαριασμό στον υπόλογο που έχει ορίσει ο φορέας στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας.

Ο επιστημονικός υπεύθυνος του Ξενώνα ορίζει εκ περιτροπής έναν ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών του Ξενώνα ως βοηθό του διαχειριστή με δίμηνη θητεία έτσι ώστε κάθε ασθενής να εκπαιδευτεί στην οικονομική διαχείριση του Ξενώνα.

Στον Ξενώνα ο διαχειριστής τηρεί βιβλίο δαπανών και ενεργειών στο οποίο καταγράφονται οι δραστηριότητες από οικονομικής άποψης και περιγράφονται οι ανάγκες που ικανοποιήθηκαν.

Η οικονομική διαχείριση στον Ξενώνα γίνεται με πάγια προκαταβολή που εκδίδει η οικονομική υπηρεσία του φορέα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας το ύψος της οποίας καλύπτει πλήρως το 1/12 του προϋπολογισμού του Ξενώνα.

Όλες οι άλλες δαπάνες του Ξενώνα που αφορούν την μισθοδοσία του προσωπικού, την συντήρηση του κτιρίου-εφόσον διενεργείται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας- και τις έκτακτες και απρόβλεπτες ανάγκες διενεργούνται από τον φορέα που ανήκει ο Ξενώνας.

#### Άρθρο 16

##### Η διαχείριση στο Οικοτροφείο

Η διοικητικό-οικονομική διαχείριση των οικοτροφείων ακολουθεί τις διατάξεις της παρούσας απόφασης που αφορούν την διαχείριση των Ξενώνων. Ειδικότερα, εφόσον οι ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών του οικοτροφείου κατά την εκτίμηση του επιστημονικού υπευθύνου δεν μπορούν να πραγματοποιούν τις ατομικές οικονομικές τους δραστηριότητες μόνοι τους, τότε οι αντίστοιχες πράξεις γίνονται με την εποπτεία του εκπαιδευτή τους, ο οποίος αποδίδει λογαριασμό στον διαχειριστή του οικοτροφείου και αυτός στον υπόλογο.

Σε περίπτωση που η πλειοψηφία των ασθενών-ενοίκων του οικοτροφείου δεν είναι σε κατάσταση να πραγματοποιήσουν αυτόνομα τις οικονομικές τους δραστηριότητες, για προμήθειες που αφορούν τις ανάγκες του συνόλου των ενοίκων του οικοτροφείου αυτές διενεργούνται από τριμελή επιτροπή στην οποία το ένα μέλος είναι ασθενής-ένοικος του οικοτροφείου εξ αυτών που ο επιστημονικός υπεύθυνος έχει βεβαιώσει ότι δύνανται να ασκούν οικονομικές δραστηριότητες αυτοτελώς.

#### Άρθρο 17

##### Η διαχείριση στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

Η διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας που αναπτύσσει προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων ορίζει υπόλογο από το προσωπικό του, εκτός εκείνου που εργάζεται στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερισματος, και διαχειριστή από το σύνολο του προσωπικού που απασχολείται στο Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

Ο προϋπολογισμός που αφορά το προστατευμένο διαμέρισμα συντίθεται από δύο μέρη. Το ένα μέρος αφορά τις "υποστηρικτικές" δαπάνες που πραγματοποιεί απευθείας ο φορέας στον οποίο ανήκει το διαμέρισμα και περιλαμβάνει



το μέρος της μισθοδοσίας των εργαζομένων του φορέα αυτού, που απασχολούνται με οποιονδήποτε τρόπο και για οποιονδήποτε χρονικό διάστημα στο προστατευμένο διαμερίσμα καθώς και τις δαπάνες για την προμήθεια φαρμάκων των ασθενών-ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος που είναι ανασφάλιστοι.

Το άλλο μέρος αφορά τις δαπάνες "λειτουργίας", των παγίων (Ενοίκιο, ΟΤΕ, ΔΕΗ, νερό κ.λ.π.) και τις δαπάνες ψυχαγωγίας. Για τη διαμόρφωση του μέρους αυτού του προϋπολογισμού συνυπολογίζεται και το 80% των εισοδημάτων που έχει κάθε ένοικος από οποιαδήποτε ίδια πηγή εισοδήματος. Η συνεισφορά αυτή δεν μπορεί να ξεπερνά τις 120.000 δρχ. μηνιαίως. Το σύνολο του προϋπολογισμού του μέρους των "λειτουργικών" δαπανών του προστατευμένου διαμερίσματος αναλογίζεται σε κάθε δωδεκαμημιά του ισόποσα σε κάθε ένοικο του προστατευμένου διαμερίσματος, ο οποίος συμμετέχει ισομερώς στην κάλυψη των δαπανών και την πραγματοποίηση των οικονομικών δραστηριοτήτων του προστατευμένου διαμερίσματος.

Ένας εκ των ασθενών-ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος εκ περιτροπής και για διάστημα τεσσάρων (4) μηνών ορίζεται βοηθός του διαχειριστή και ασκεί καθήκοντα οικονομού του διαμερίσματος και επιβλέπει την εφαρμογή των από κοινού με το σύνολο των ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος αποφάσεων για τις οικονομικές δραστηριότητες του προστατευμένου διαμερίσματος.

Ο διαχειριστής από κοινού με το βοηθό του αποδίδουν λογαριασμό στον υπάλογο.

#### Άρθρο 18

##### Γενικές κατευθύνσεις

1. Οι προμήθειες των αναλώσιμων ειδών στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων γίνονται σε ημερήσια βάση. Σε περίπτωση μαζικής προμήθειας αυτή δεν πρέπει να υπερβαίνει την κάλυψη των αναγκών των ενοίκων της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των επτά (7) ημερών.

2. Το σύνολο των απασχολούμενων και των χρηστών-ενοίκων κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων είναι υπεύθυνοι-υπάλογοι για την κινητή και ακίνητη περιουσία της μονάδας ή του προγράμματος και είναι ισομερώς υπάλογοι για αυτήν στο φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Τον μήνα Ιανουάριο κάθε έτους γίνεται απογραφή της περιουσίας της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης η οποία κατατίθεται στον φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στον οποίο ανήκει το σύνολο της περιουσίας αυτής. Κάθε αντικείμενο που δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί επειδή τέθηκε εκτός λειτουργίας ή αποφασίστηκε η αντικατάστασή του παραδίδεται στον φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης προς αχρήστευσή του.

4. Κατά τα λοιπά για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που ανήκουν σε Ν.Π.Δ.Δ ή σε Ν.Π.Ι.Δ που επιχορηγούνται τουλάχιστον κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό ισχύουν οι διατάξεις που διέπουν την διαχείριση του φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ενώ για τις λοιπές Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ισχύουν οι αντίστοιχες διατάξεις που διέπουν την λειτουργία του φορέα στον οποίο ανήκουν. Σε όλες τις περιπτώσεις η εφαρμογή των διατάξεων αυτών

οφείλει να εξυπηρετεί την εκπαίδευση των ασθενών-ενοίκων στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και να διασφαλίζει τη λειτουργία της Μονάδας στο πρότυπο της λειτουργίας οικογενειακού περιβάλλοντος.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

##### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

#### Άρθρο 19

##### Λειτουργία

1. Οι αποκαταστασιακοί στόχοι λειτουργίας των Ξενώνων, των οικοτροφείων και των προστατευμένων διαμερισμάτων υλοποιούνται με:

α. Τη συνεχή και σταθερή εφαρμογή προγραμμάτων που ωθούν το άτομο στην απόκτηση του μέγιστου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητάς του.

β. Την ανάπτυξη προγραμμάτων που παρέχουν δυνατότητες για εκπαίδευση στα άτομα αυτά.

γ. Προγράμματα και δραστηριότητες που προωθούν και βοηθούν το άτομο να αποκτήσει δυνατότητες κριτικής και αξιολόγησης των δράσεων και των υπηρεσιών που του παρέχονται.

δ. Δράσεις που βοηθούν το άτομο στη διεκδίκηση και άσκηση των νομικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του.

ε. Προγράμματα δράσεων ανάπτυξης συνεργασίας με εθελοντές και συλλόγους.

στ. Προγράμματα ενθάρρυνσης της συμμετοχής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα κοινά.

ζ. Προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου, την ενημέρωση για τις εξωδουματικές μορφές φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους.

2. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα οφείλουν να συντονίζουν τις δραστηριότητες και τις λειτουργίες που δύναται να αναπτυχθούν στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων ώστε αυτές να προσαρμόζονται στις ανάγκες των ατόμων που φιλοξενεί και να εγκαθιδρύουν άμεσες σχέσεις μεταξύ των ατόμων στα οποία απευθύνεται και της κοινωνίας.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

##### ΥΠΟΔΟΜΗ

#### Άρθρο 20

##### Περιγραφή του χώρου

α) Ξενώνες-Οικοτροφεία

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία πρέπει να διαθέτουν:

1. Μπάνιο με W.C. και νιπτήρα ανά πέντε (5) άτομα διαστάσεων τουλάχιστον 4 τμ. το καθένα.

2. Ευρύχωρη κουζίνα 10-12 τμ. τουλάχιστον ανά 10 άτομα, ώστε να μπορούν οι ένοικοι να εκπαιδεύονται στη μαγειρική.

3. Υποδωμάτια των δύο (2) ατόμων. Κατ' εξαίρεση, μετά από εισήγηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και έγκριση της Δ/σης Ψυχικής Υγείας μπορεί τα υποδωμάτια να είναι των τριών (3) ατόμων, όπου το επιτρέπει ο χώρος.

4. Κοινόχρηστους χώρους α) καθιστικό, το οποίο μπορεί να εξυπηρετεί τουλάχιστον τα 2/3 των ενοίκων ταυτοχρόνως, β) Τραπεζαρία, για σίτιση τουλάχιστον του 1/3 των

ενοίκων ταυτοχρόνως, γ) αίθουσας πολλαπλών χρήσεων, όπου αυτό είναι δυνατόν.

5. Γραφείο των επαγγελματιών, το οποίο χρησιμοποιείται για τις ειδικές ανάγκες στις ημέρες εφημερίας για όσες στεγαστικές δομές ενταχθούν στο πρόγραμμα εφημερίας όπως αυτό προσδιορίζεται από την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο υπάγονται.

Με μεταγενέστερη απόφασή μας θα καθορισθούν τα πρότυπα κατασκευής των ανωτέρω στεγαστικών δομών.

β) Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

Κάθε κατοικία που εντάσσεται στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος πρέπει να διαθέτει:

1. Μπάνιο με W.C. και νιπτήρα ανά πέντε (5) άτομα διαστάσεων τουλάχιστον 4 τμ. το καθένα.
2. Ευρύχωρη κουζίνα 9 τμ. τουλάχιστον.
3. Υπνοδωμάτιο των δύο (2) ατόμων, το μέγιστο
4. Ευρύχωρο καθιστικό ώστε να εξυπηρετείται το σύνολο των ενοίκων ταυτοχρόνως.

#### Άρθρο 21

##### Υλικοτεχνική Υποδομή

1. Ο Ξενώνας, το οικοτροφείο και το προστατευμένο διαμέρισμα πρέπει να έχουν την κατωτέρω υλικοτεχνική υποδομή:

α) θέρμανση σε όλα τα δωμάτια και ψύξη τουλάχιστον στα υπνοδωμάτια.

β) κρεβάτι με στρώμα και δύο μαξιλάρια για κάθε άτομο, ατομικά κομοδίνα και ερμάρια και ντουλάπες ανά δύο άτομα.

γ) σεντόνια, υποσέντονα και μαξιλαροθήκες σε επαρκή αριθμό και κλινοσκεπάσματα τουλάχιστον τέσσερα ανά άτομο (δύο χειμερινά και δύο καλοκαιρινά)

δ) ο.τιδήποτε άλλο απαιτεί η λειτουργία ενός μέσου νοικοκυριού όπως ενδεικτικά: κουρτίνες, καναπέδες, καρέκλες, πολυθρόνες, μοκέτες, καθρέπτες.

ε) είδη διακόσμησης όπως ενδεικτικά: αντίγραφα έργων τέχνης ή δικές τους δημιουργίες που μπορούν να αναρτηθούν μετά από σύμφωνη γνώμη της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και των ενοίκων, σταχτοδοχεία, βάζα.

στ) τουλάχιστον τα αναγκαία σε ποσότητες και είδη σκεύη κουζίνας και μαγειρικής, τραπεζομάντιλα κ.λ.π.

ζ) ηλεκτρικές συσκευές νοικοκυριού όπως ενδεικτικά πλυντήριο ρούχων και πιάτων, ψυγείο, κουζίνα, απορροφητήρας, όλα με προδιαγραφές μακρόχρονης αντοχής λόγω του αριθμού των ενοίκων που τα χρησιμοποιούν.

η) ηλεκτρονικός- υποστηρικτικός-εκπαιδευτικός εξοπλισμός όπως ενδεικτικά τηλεόραση, στερεοφωνικό συγκρότημα, video, fax, τηλέφωνο, φωτογραφική μηχανή.

θ) είδη μπάνιου και ειδικά εξαρτήματα όπου χρειάζονται, όπως ενδεικτικά για άτομα με κινητικές αναπηρίες και για γηριατρικά περιστατικά

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ

##### ΕΙΔΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

#### Άρθρο 22

##### Γενικές Διατάξεις

1. Σε χρονικό διάστημα 4 έως 6 μηνών από την έναρξη λει-

τουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων τα άτομα που διαμένουν και λαμβάνουν χρηματικά ποσά σε εφαρμογή των προβλεπομένων στα άρθρα 13 και 14 του Ν.2716/99 συμμετέχουν, για εκπαιδευτικούς λόγους και ως καταναλωτές των υπηρεσιών που τους παρέχονται, στις δαπάνες που αφορούν στο ενοίκιο, διατροφή, κοινόχρηστους λογαριασμούς για μεν το ποσό που προέρχεται από τη διάταξη του άρθρου 14 σε αναλογία που συνολικά δεν μπορεί να υπερβαίνει το ήμισυ του λαμβανομένου χρηματικού ποσού και με ολόκληρο το ποσό που προέρχεται από τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν.2716/99.

2. Μέχρι τη σύσταση και λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, η Δ/ση Ψυχικής Υγείας εκδίδει απόφαση προσωρινής έγκρισης σκοπιμότητας και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν.2716/99 και των αντίστοιχων του άρθρου 11 του ίδιου νόμου από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

3. Εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, εκτός της ψυχιατρικής παρακολούθησης η οποία παρέχεται με ευθύνη του φορέα στον οποίο υπάγονται οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων καθώς και άλλες υπηρεσίες όπως φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία κ.α. αναζητούνται κατά προτεραιότητα από δημόσιους φορείς στην περιοχή λειτουργίας τους ή πλησίον αυτών. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων μεριμνά για τη διασύνδεση μ' αυτές τις υπηρεσίες. Στην περίπτωση αντιμετώπισης δυσκολιών στην εξεύρεση αυτών των υπηρεσιών, απευθύνεται εγγράφως στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας η οποία αναλαμβάνει την διεκπεραίωση του θέματος μέσω της Δίσης Ψυχικής Υγείας. Στην περίπτωση αδυναμίας κάλυψης των αναγκών για τις προαναφερόμενες υπηρεσίες αυτές αναζητούνται σε ιδιωτικό τομέα ή εξετάζεται η περίπτωση πρόσληψης με μερική απασχόληση, του ανάλογου ειδικού επαγγελματία. Η προτίμηση της πρώτης ή της δεύτερης εναλλακτικής λύσης βασίζεται σε συνδυασμό χρηματοοικονομικών και θεραπευτικών κριτηρίων, στην αντίστοιχη απόφαση της Διοίκησης του φορέα, στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

#### Άρθρο 23

##### Τελική Ρύθμιση

Με την έκδοση της παρούσας απόφασης κάθε προγενέστερη σχετική απόφαση καταργείται.

Η ισχύς της παρούσας αρχίζει από τη δημοσίευσή του Ν. 2716/17.5.99.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην εφημερίδα της κυβερνήσεως.

Αθήνα, 16 Μαΐου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΦΥΠ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΡΥΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΑΛΕΞ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ



άρθρο 14

# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ  
7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1983

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ  
143

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397

Εθνικό σύστημα υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Κυρούμεν και εκδίδομεν τον κατωτέρω υπό της Βουλής  
ψηφισθέντα νόμον:

Άρθρο 1.

Γενικές αρχές.

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.
2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Άρθρο 2.

Υγειονομικές περιφέρειες.

1. Η Χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.
2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του κεντρικού συμβουλίου υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ορίζονται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όριά και η έδρα τους.

Άρθρο 3.

Περιφερειακά συμβούλια υγείας.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).
2. Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους και γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ.
3. Τα ΠΕ.Σ.Υ. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της προηγούμενης παραγράφου γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα.
4. Οι πρόεδροι των ΠΕ.Σ.Υ. ή οι νόμιμοι εκπληρωτές τους μετέχουν στην ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ., έχουν όμως δικαίωμα ψήφου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.
5. Τα νομαρχιακά περιφερειακά συμβούλια υγείας των ΠΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 4.

Συγκρότηση — λειτουργία — όργανα — εκπροσώπηση  
ΠΕ.Σ.Υ.

1. Τα ΠΕ.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη:
  - α) Δύο εκπροσώπους των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.
  - β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική εισοσπονδία, μετά από προτάσεις των οδοντιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.
  - γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από τον πανελλήνιο φαρμακευτικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας.
  - δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο του ανώτατου τμήματος.
  - ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων που ανήκουν σ' αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., από υποψηφίους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση.
  - στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική ένωση δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), μετά από προτάσεις των τοπικών ενώσεων, δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.
  - ζ) Έναν εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την Γ.Σ.Ε.Ε. μετά από προτάσεις των εργατικών κέντρων της περιφέρειας.
  - η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργανώσεων των αγροτών της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την οικεία ανώτατη συνδικαλιστική επαγγελματική οργάνωση αγροτών, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.
  - θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχείων και μέσων εκπαίδευσης, που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρεια, ο οποίος εκλέγεται μεταξύ εκπροσώπων, που ορίζονται από τη ΔΟΙΕ, την ΟΔΜΕ και την ΟΛΠΕ, μετά από πρό-

1) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Δ.Δ., που ενοχοποιείται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

2) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή Ν.Π.Δ.Δ. που ενοχοποιείται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3) Δύο πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, κη εραστήριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

4) Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αν κάποιας φορέας δεν ορίζει εκπρόσωπο τον εκπρόσωπό του, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος ορίζεται με την ίδια διαδικασία ο αναπληρωτής του.

5) Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

6) Στα Π.Ε.Σ.Υ. μετέχουν χωρίς ψήφο οι πρόεδροι των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας.

7) Η θητεία των μελών του Π.Ε.Σ.Υ. είναι βετής. Στην πρώτη εφαρμογή του νόμου η θητεία των μελών των Π.Ε.Σ.Υ. λήγει με τη λήξη της θητείας των μελών του Κ.Ε.Σ.Υ.

8) Εντρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μελών Π.Ε.Σ.Υ. για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού.

9) Μέχρι να οριστεί ο αντικαταστάτης το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του. Η ολομέλεια του Π.Ε.Σ.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία. Ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των γιατρών - μελών του Π.Ε.Σ.Υ.

10) Το Π.Ε.Σ.Υ. εκπροσωπείται από τον πρόεδρο και σε περίπτωση καλλιμάσας από τον αντιπρόεδρο.

11) Όργανα του Π.Ε.Σ.Υ. είναι η ολομέλεια και η εκτελεστική επιτροπή.

12) Η ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του Π.Ε.Σ.Υ. για όλα τα θέματα της αρμοδιότητάς της και οι αποφάσεις του λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των μελών που βρίσκονται στη συνεδρίαση. Για τη συγκρότηση απαρτίας απαιτείται η παρουσία των τριών πέμπτων (3/5) τουλάχιστον των μελών του Π.Ε.Σ.Υ. Μέλος του Π.Ε.Σ.Υ. που απουσιάζει αδικαιολογητά σε περισσότερες από δύο συνελεύσεις συνεδριάσεις αντικαθίσταται.

13) Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και ένα (1) μέλος του, που εκλέγεται από την ολομέλεια στην πρώτη της συνεδρίαση με μυστική ψηφοφορία. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα θέματα για συζήτηση, συντάσσοντας ειδική εισήγηση για κάθε θέμα. Η εισήγηση των θεμάτων για συζήτηση στην ολομέλεια γίνεται με πρωτοβουλία της ή ύστερα από ανάθεση της ολομέλειας ή ύστερα από παραπομπή του Κ.Ε.Σ.Υ. Η εκτελεστική επιτροπή έχει την ευθύνη για την προώθηση και υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας. Η εκτελεστική επιτροπή μπορεί να προτείνει τη σύσταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας, για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου στα πλαίσια των σκοπών του Π.Ε.Σ.Υ. Η συγκρότηση των προτεινόμενων επιτροπών και ομάδων εργασίας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της εκτελεστικής επιτροπής του Π.Ε.Σ.Υ. Με την απόφαση συγκροτήσεως κάθε επιτροπής ή ομάδας εργασίας, καθορίζονται το έργο, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις των μελών της, η καταβολή ή μη αποζημίωσης στα μέλη κατά συνεδρίαση ή εορτάς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

14) Η εκτελεστική επιτροπή του Π.Ε.Σ.Υ.

1326/1983 (ΦΕΚ 19), τους καταβάλλεται μηνιαία που το ύψος της καθορίζεται με κοινή απόφαση των γών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

15) Για τα λοιπά μέλη του Π.Ε.Σ.Υ. και τα μέλη των τριών και ομάδων εργασίας της προηγούμενης παραγράφου, η αποζημίωση κατά συνεδρίαση ή ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών Υγείας και Πρόνοιας με την επιφύλαξη των παραπάνω τάξεων του Ν. 1256/1982. Η αποζημίωση αυτή κατατάσσεται στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο, εφόσον δεν ορίζεται να παίρνουν τη μηνιαία αμοιβή της παραγράφου 11. Στη νομαρχία της έδρας κάθε Π.Ε.Σ.Υ. λειτουργεί γραμματεία αυτού. Η γραμματεία στελεγχώνεται με υπαλλήλους της νομαρχίας και υπαλλήλους Ν.Π.Δ.Δ. που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Οι υπάλληλοι που τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν συναρμόδιου Υπουργού. Η γραμματεία συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα στοιχεία που απαιτούνται για το έργο του συμβουλίου και διεξάγει εργασία σχετική με το έργο αυτό.

16) Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και να προσδιέτονται στον οργάνο του θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου Π.Ε.Σ.Υ. Οι θέσεις αυτές αποτελούν ιδιαίτερο κλάδο ο αριθμός τους δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από (5) για κάθε Π.Ε.Σ.Υ. Με το π. δ/γμα σύστασης οργάνου προσόντα για την κατάληψη των θέσεων αυτών αμοιβή των προσλαμβανόμενων. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 993/1979 (ΦΕΚ 281). Οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές υπηρετούν δρες των Π.Ε.Σ.Υ.

17) Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας γράφονται κάθε χρόνο σε ιδιαίτερο φορέα και αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτούργειας του Κ.Ε.Σ.Υ. και των Π.Ε.Σ.Υ.

18) Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικοί τρόπος λειτουργίας των Π.Ε.Σ.Υ., οι υποχρεώσεις καθήκοντα των μελών τους και των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής τους, ο τρόπος λειτουργίας και λειτουργίας της γραμματείας των Π.Ε.Σ.Υ. κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 5.

Μονάδες περίθαλψης.

1. Η περίθαλψη με δαπάνες του δημοσίου και των κοινοτικών οργανισμών και ταμείων διακρίνεται σε ειδική (πρωτοβάθμια) που παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά των νοσοκομείων και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια) που παρέχεται από τα νοσοκομεία.

2. Νοσηλεία με δαπάνες του δημοσίου ή των κοινοτικών οργανισμών και ταμείων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι. επιχορηγούνται από το δημόσιο, ολικά ή μερικώς, σε κλινικές, επιτρέπεται ύστερα από ειδική σύμβαση του δημοσίου ή οργανισμού ή ταμείου και της αλληλεγγύης με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 6.

Νοσοκομεία.

1. Νοσοκομεία κλινικά κέντρα Ν.Π.Δ.Δ. Η...

Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, όταν πρόκειται για μετατροπή νοσοκομείου από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Η οργάνωση, η λειτουργία και η διοίκηση των νοσοκομείων διέπεται από τις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953, όπως συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε μετέπειτα και από τις διατάξεις του νόμου 2592/1953, όπως τροποποιήθηκε με οποιαδήποτε άλλη νομική πράξη. Η ιδιωτική κλινική απαγορεύεται. Εν πάση περιπτώσει η λειτουργία κλινικών η αναφορά κλινική είναι υποχρεωτική.

Οι δημόσιες μονάδες, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευσή του αυτού ως υπηρεσίες Ν.Π.Δ.Δ. και των ανωνύμων εταιρειών ή Ν.Π.Ι.Δ., εφόσον επιχορηγούνται με οποιοδήποτε τρόπο από το δημόσιο ή οι δαπάνες λειτουργίας φέρνουν τον προϋπολογισμό Ν.Π.Δ.Δ. μετατρέπονται ενά χρόνο από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού σε Ν.Π.Δ.Δ. και υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 και υπάγονται με νοσηλευτικό ιδρύματα που υπάγονται στις διατάξεις αυτού του ν.δ. Σε περίπτωση που μέσα ενά χρόνο αυτόν δε μετατραπούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή δε συγχωνευθούν με Ν.Π.Δ.Δ. γίνονται Ν.Π.Ι.Δ. και διαλύεται η εταιρεία τους.

Οι νοσοκομεία δεν επιχορηγούνται, συνολικά ή μερικά, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής, μετατρέπονται στην εποπτεία σε αυτοτελή και αυτοδιοικούμενα Ν.Π.Ι.Δ.

Με πρόταση της διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκουν επιτρέπεται να μετατραπούν σε Ν.Π.Δ.Δ. και να υπαχθούν στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953. Η μετατροπή των μονάδων γίνεται σε νομικά πρόσωπα ή η συγχώνευση γίνεται με π.δ/γμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού. Το προσωπικό, πλην του προσωπικού που υπηρετεί στις μονάδες αυτές που μετατρέπονται σε Ν.Π.Δ.Δ. κατά τη δημοσίευσή των π.δ/των μετατρέπεται, εφόσον υπάρχει, ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρετούντος συμβουλίου, εφόσον συμφωνούν με τα νόμιμα προσόντα ηλικίας μέχρι 55 ετών, σε ανώτερες θέσεις, που καλύπτονται με τον οργανισμό του νοσοκομείου. Η ένταξη γίνεται ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό που δε συγχωνεύεται τα νόμιμα προσόντα ή δεν υποβάλλει αίτηση ένταξης εξακολουθεί να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που μετατρέπεται προσωρινές θέσεις, που καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιαδήποτε τρόπο. Μέχρι να εκδοθεί ο νέος οργανισμός και να γίνει η ένταξη στις θέσεις που προβλέπονται από την αίτηση, το προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από τις διατάξεις που ισχύουν κατά το χρόνο δημοσίευσής του π.δ/τος μετατροπής.

Από τη ρύθμιση της προηγούμενης παραγράφου εξαιρούνται τα νοσοκομεία των Α.Ε.Ι και των ενόπλων δυνάμεων.

Τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. και επιχορηγούνται από το κράτος υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 ή διακόπτεται η επιχορήγησή τους. Η υπαγωγή γίνεται με π.δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μέσα σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού. Για τα προσωπικά των νοσοκομείων κατά την υπαγωγή εφαρμόζεται η διάταξη της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού. Η υπαγωγή δεν είναι υποχρεωτική για τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί με διαθήκη ή δωρεά, που περιλαμβάνει ρητή αντίθετη διάταξη, η οποία δεν επιχορηγούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Τα νοσοκομεία των άρθρων 2 και 4 του άρθρου αυτού είναι υποχρεωτικά να μετατραπούν ενά χρόνο από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού.

Τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί ως Ν.Π.Δ.Δ. και λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. και επιχορηγούνται από το κράτος υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 ή διακόπτεται η επιχορήγησή τους. Η υπαγωγή γίνεται με π.δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μέσα σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού. Για τα προσωπικά των νοσοκομείων κατά την υπαγωγή εφαρμόζεται η διάταξη της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού. Η υπαγωγή δεν είναι υποχρεωτική για τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί με διαθήκη ή δωρεά, που περιλαμβάνει ρητή αντίθετη διάταξη, η οποία δεν επιχορηγούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Τα νοσοκομεία των άρθρων 2 και 4 του άρθρου αυτού είναι υποχρεωτικά να μετατραπούν ενά χρόνο από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού.

Τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί ως Ν.Π.Δ.Δ. και λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. και επιχορηγούνται από το κράτος υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 ή διακόπτεται η επιχορήγησή τους. Η υπαγωγή γίνεται με π.δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μέσα σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού. Για τα προσωπικά των νοσοκομείων κατά την υπαγωγή εφαρμόζεται η διάταξη της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού. Η υπαγωγή δεν είναι υποχρεωτική για τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί με διαθήκη ή δωρεά, που περιλαμβάνει ρητή αντίθετη διάταξη, η οποία δεν επιχορηγούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Τα νοσοκομεία των άρθρων 2 και 4 του άρθρου αυτού είναι υποχρεωτικά να μετατραπούν ενά χρόνο από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού.

5. Τα νοσοκομεία, που έχουν ιδρυθεί ως Ν.Π.Δ.Δ. και δεν υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953, μπορεί να υπάγονται στο νομικό καθεστώς του ν.δ/τος αυτού με π.δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού.

6. Τα δημοτικά νοσοκομεία από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953.

7. Μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού η ίδρυση, η επέκταση σε δύναμη κρεβατιών και η μετατροπή ιδιωτικών κλινικών κατά αντικείμενο ή νομική μορφή της επιχείρησης απαγορεύονται. Επίσης μετά παρέλευση τριμήνου από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού απαγορεύεται η μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών ως επιχειρήσεων, καθώς και η μεταβίβαση μεριδίων συμμετοχής, εταιρικών μεριδίων και ονομαστικών μετοχών ιδιωτικών κλινικών που λειτουργούν με εταιρική μορφή. Οι κύριοι ανωνύμων μετοχών υποχρεούνται να μετατρέψουν τις μετοχές σε ονομαστικές σε προθεσμία 3 μηνών από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., η προθεσμία μπορεί να παραταθεί για 3 ακόμα μήνες. Οι μετοχές που δε θα μετατραπούν εμπρόθεσμα σε ονομαστικές θεωρούνται αυτοδικαίως άκυρες, εκτός αν λόγω ανώτερης βίας εμπόδιση τον κύριο των μετοχών ή το νόμιμο αντιπρόσωπο του από τη πραγματοποίησή της μετατροπής. Στην περίπτωση αυτή, όπως και στην περίπτωση όπου ο κύριος των μετοχών είναι κάτοικος εξωτερικού, η πτώ πάνω προθεσμία παρατείνεται για ένα μήνα. Μετά την πάροδο της προθεσμίας εκδίδονται μετοχές στο όνομα του δημοσίου. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εμπορίου και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία μετατροπής των μετοχών, όπως και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

8. Ο έλεγχος για την τήρηση από τις ιδιωτικές κλινικές τα ιδιωτικά ιατρεία και τα εργαστήρια των κείμενων νομοθετικών διατάξεων ασκείται από το ΚΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 7.

Εποπτεία νοσοκομείων.

1. Όλα τα νοσοκομεία, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίο ανήκουν. Η εποπτεία ασκείται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους. Τα νοσοκομεία, που υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 και τα Ν.Π.Ι.Δ. που επιχορηγούνται από το κράτος, υπόκεινται και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων.

2. Για την άσκηση της εποπτείας, σε κάθε νοσοκομείο Ν.Π.Ι.Δ. συνιστάται πενταμελές εποπτικό συμβούλιο που αποτελείται από:

- α) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης, που ορίζεται για τα περιφερειακά νοσοκομεία από την ΚΕΔΑΚ και για τα νομαρχιακά από την ΤΕΔΑΚΕ.
- β) Έναν εκπρόσωπο των γιατρών και άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου του άρθρου 11 του νόμου αυτού, που εκλέγεται από αυτούς και έναν εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγεται από αυτούς.
- γ) Έναν (1) ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Δ.Δ., που υπάγεται στην εποπτεία του οποίου ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
- δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του ΚΕ.Σ.Υ. της περιφέρειας που έχει την έδρα του το νοσοκομείο, ο οποίος ορίζεται απόφαση της ολομέλειάς του. Ο εκπρόσωπος του ΚΕ.Σ.Υ. δεν μπορεί να είναι από τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο.

3. Η θητεία των μελών είναι τριετής και η συμπλήρωση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία ορίζονται και οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος του. Τα μέλη που χάνουν την ιδιότητα με την οποία διορίστηκαν αντικαθίστανται. Αντικατάσταση μέλους γίνεται για το υπόλοιπο της θητείας και η αντικατάστασή ορίζεται με την ίδια διαδικασία. Οι συνεδριάσεις του εποπτικού συμβουλίου γίνονται σε χώρο του νοσοκομείου, που υποχρεούται να παραχωρεί το διοικητικό του συμβούλιο. Με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου ορίζεται διοικητικός του υπάλληλος που ασκεί καθήκοντα γραμματέα του εποπτικού συμβουλίου. Στα μέλη του εποπτικού συμβουλίου καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ, που ορίζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

4. Τα εποπτικά συμβούλια ασκούν την εποπτεία στο νοσοκομείο, που έχουν διοριστεί σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου αυτού και ειδικότερα:

α) Παρακολουθούν την εκτέλεση και εφαρμογή των νόμων, αποφάσεων και εγκυκλίων της διοίκησης, που αφορούν στη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και γενικά την άσκηση του έργου του νοσοκομείου.

β) Γνωμοδοτούν για τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, για κάθε αναμόρφωσή του, για τον απολογισμό και τον ισολογισμό του.

γ) Γνωμοδοτούν πάνω στις προτάσεις της διοίκησης του νοσοκομείου, που αναφέρονται σε μεταβολή του οργανισμού του.

δ) Προτείνουν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή στο οικείο Π.Ε.Σ.Υ. τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας του νοσοκομείου και ζητούν τη διενέργεια διοικητικού ελέγχου από αρμόδια όργανα για συγκεκριμένες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του νοσοκομείου.

ε) Ελέγχουν την εκτέλεση των δαπανών του νοσοκομείου και ιδιαίτερα αυτών που βαρύνουν τις κρατικές επιχορηγήσεις.

στ) Εγκρίνουν τη σκοπιμότητα προμήθειας εξοπλισμού και εκτέλεσης έργων, που η δαπάνη τους υπερβαίνει το ποσό των πεντακοσίων χιλιάδων (500.000) δραχ. Σε περίπτωση μη έγκρισης το διοικητικό συμβούλιο έχει δικαίωμα προσφυγής στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας που αποφασίζει. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί ν' αυξάνεται το ύψος του όριου αυτού.

5. Ο πρόεδρος του εποπτικού συμβουλίου καλείται υποχρεωτικά και συμμετέχει χωρίς ψήφο, στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Οι αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου κοινοποιούνται υποχρεωτικά στο εποπτικό συμβούλιο. Τα πρακτικά συνεδριάσεων του διοικητικού συμβουλίου είναι στη διάθεση του εποπτικού συμβουλίου.

6. Παράλειψη της διοίκησης των νοσοκομείων για την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου αυτού συνιστά παράβαση και διώκεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 458 του Π.Κ., εκτός αν ο νόμος προβλέπει βαρύτερη ποινή.

7. Με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας και άσκησης του έργου των εποπτικών συμβουλίων, οι υποχρεώσεις, τα καθήκοντα και η διαδικασία εκλογής των μελών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 8.

##### Διάκριση νοσοκομείων.

1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και

κεντρικά νοσοκομεία και σε νοσοκομεία κοινής προώγησης της ιατρικής υπηρεσίας.

3. Η κατανομή των νοσοκομείων κατά κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται με τη βοήθεια των νοσοκομείων, που παρέχουν ιατρική υπηρεσία, σύμφωνα με την προμήθεια της ιατρικής υπηρεσίας.

3. Η κατανομή των νοσοκομείων κατά κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται με τη βοήθεια τους.

4. Τα ειδικά νοσοκομεία υπάγονται στην εποπτεία του Π.Ε.Σ.Υ. της υγειονομικής περιφέρειας που λειτουργού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξηρτηθούν στις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών.

5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διακρίνονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία του κεντρικού Π.Ε.Σ.Υ., όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερ από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.

#### Άρθρο 9.

##### Διοίκηση νοσοκομείων.

1. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, που αποτελούνται από πέντε (5) μέλη για όσα έχουν έως τριάντα (30) κρεβάτια και από επτά (7) μέλη για τα υπερίσσια.

2. Τα πενταμελή συμβούλια αποτελούνται από:

α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζεται από την Τ.Ε.Α.Κ.Ε. του νομού που εβρεύει το νοσοκομείο και

γ) Δύο (2) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

3. Τα επταμελή συμβούλια αποτελούνται από:

α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

β) Δύο (2) εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζονται για τα περιφερειακά και τα ειδικά νοσοκομεία από την Τ.Ε.Α.Κ.Ε. και για τα νομαρχιακά από την Τ.Ε.Α.Κ.Ε. και

γ) Τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

4. Κατεξάριση, το διοικητικό συμβούλιο του Δημοτικού Νοσοκομείου Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ», που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 6 του νόμου αυτού, αποτελείται από επτά (7) μέλη:

α) το Δήμαρχο Αθηναίων ή δημοτικό σύμβουλο, που ορίζεται απ' αυτόν ως Πρόεδρος,

β) έναν (1) εκπρόσωπο του Δήμου Αθηναίων, που ορίζεται από το Δημοτικό Συμβούλιο,

γ) έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο Νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς,

δ) τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκροτήσης του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζεται και αντιπρόεδρος αυτού, ο οποίος προσφέρει στο Νοσοκομείο

Για κάθε μέλος ορίζεται αναπληρωτής. Η θητεία των μελών είναι βιητής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Με ίδια απόφαση ορίζονται οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος διοικητικού συμβουλίου. Γιατροί, που ασκούν την ιατρική ελεύθερο επάγγελμα, δε μπορούν να διορισθούν πρόεδροι αντιπρόεδροι του Διοικητικού Συμβουλίου. Επιτρέπεται θέρως η αντικατάσταση μέλους του διοικητικού συμβουλίου για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του αντικαταστάτη και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο καταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων, που έχουν παθεί με πράξη εν ζωή ή διάταξη τελευταίας βούλησης, προτιμώνται από τα πρόσωπα που ρητά ορίζονται στην ίδια πράξη. Εάν ο αριθμός των μελών αυτών είναι μικρότερος από τον αριθμό των μελών, που ορίζεται στην παράγραφο 2 του άρθρου αυτού, το διοικητικό συμβούλιο συγκλείεται από τα πρόσωπα που ορίζει η ιδρυτική πράξη και τα πρόσωπα της παραγράφου 2, μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των μελών, που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Σε κάθε περίπτωση, στα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων αυτών μετέχει: ένας εκπρόσωπος των γιατρών και λοιπών επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και ένας εκπρόσωπος των λοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγονται αντίστοιχα από αυτούς.

7. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου προτίθεται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων τους, που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους, εκπροσωπεί το νοσοκομείο και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου.

3. Ο πρόεδρος των πενταμελών και οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος των εκταμελών διοικητικών συμβουλίων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο με πλήρη απασχόληση. Σ' αυτούς καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή που ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Στα λοιπά μέλη του διοικητικού συμβουλίου καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση που ορίζεται με όμοια απόφαση. Οι διατάξεις της παραγράφου της ισχύουν με την επισύλαξη των διατάξεων του 1256/1982 (ΦΕΚ 65).

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του προέδρου, αντιπροέδρου και των μελών τους, η διαδικασία εκλογής όλων εκλέγονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

10. Η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου κάθε νοσοκομείου σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται μέσα σε έξι (6) μήνες από την ολοκλήρωση της διαδικασίας για την πρώτη πλήρωση των θέσεων γιατρών του Ε.Σ.Υ. Μέχρι γίνει η συγκρότηση, τα διοικητικά συμβούλια εξακολουθούν να λειτουργούν με τη σύνθεση που έχουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

11. Με π.δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, είναι δυνατό να συνιστώνται σε καθένα από τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.Δ. 2592/1953 από μία ή περισσότερη συντονιστή μερίδα θητεία και βαθμύς α' ή β' της κατηγορίας ειδικών θέσεων. Στη θέση αυτή διορίζονται αχιούχοι ανώτατης σχολής με αξιόλογη πείρα σε θεωρητικά καθήκοντα ή ειδική μετεκπαίδευση σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας νοσοκομείων ή διοίκησης επιχειρήσεων. Ο διορισμός γίνεται, μετά από προκήρυξη των θέσεων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σύμφωνα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

τα διοικητικού προϊστάμενου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και κατευθύνει το έργο τους, εκπαιδεύει καθηκόντα εκπαιδευτικού εισηγητή στο διοικητικό συμβούλιο και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του. Με την απόφαση της παραγράφου 9 του άρθρου αυτού, καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος και οι λεπτομέρειες άσκησης των καθηκόντων του.

Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί με απόφαση του να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στο συντονιστή. Στα παραπάνω νοσηλευτικά ιδρύματα, στα οποία διαρίθεται συντονιστής, ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού τους συμβουλίου δεν προσφέρουν υπηρεσίες με πλήρη απασχόληση και δικαιούνται να λαμβάνουν μόνο την αποζημίωση που προβλέπεται στην παράγραφο 8 του άρθρου αυτού.

#### Άρθρο 10.

##### Οργάνωση νοσοκομείων.

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των οργανισμών γίνεται μέσα στα πλαίσια που ορίζει ο νόμος αυτός με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν άλλου συναρμόδιου Υπουργού, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του, εφόσον έχει συγκροτηθεί το Π.Ε.Σ.Υ.

2. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) ιατρική, β) νοσηλευτική και γ) διοικητική. Στην ιατρική υπηρεσία υπάγονται εκτός από τους γιατρούς του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι επιστήμονες, που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, καθώς και οι φαρμακοποιοί του νοσοκομείου.

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομισματική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κρεβατιών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας και οι ειδικότερες αρμοδιότητες τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους με επισύλαξη των διατάξεων του άρθρου 25 του νόμου αυτού, για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού.

4. Με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, ανάλογα με τη δύναμη σε κρεβάτια και την κατηγορία, σύμφωνα με την έννοια των διατάξεων του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

Ειδικότερα μπορεί να θεσπίζονται ειδικά συντελεστές καθορισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο, με σκοπό την εξασφάλιση της βέλτιστης μεταξί τους αναλογίας που απαιτείται για την πλήρη και ισόρροπη λειτουργία όλων των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου.

Σε περίπτωση έκδοσης του π. δ/τος αυτού η αναμόρφωση, τροποποίηση ή συμπλήρωση οργανισμού νοσοκομείων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

5. Τα ειδικότερα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προϊστάμενου των νοσοκομείων, ο τρόπος άσκησης του έργου του και κάθε σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με ενιαίο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, που εκδίδεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ. Με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας ορίζεται και

## Άρθρο 11.

## Διάρθρωση ιατρικής υπηρεσίας.

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τομείς που ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων. Οι τομείς είναι:

- α) Παιδιατρικός
- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχιατρικός και
- ε) Κοινωνικής Ιατρικής.

Οι οδοντίατροι υπάγονται στο χειρουργικό τμήμα.

Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου μπορεί, εφόσον υπάρχουν περισσότερα από ένα οδοντιατρικά τμήματα, να ορίζεται και αυτοτελής οδοντιατρικός τομέας.

2. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κρεβατιών που εξυπηρετούν αδιακρίτως όλα τα τμήματά του. Η δύναμη κάθε τομέα δεν υπερβαίνει τα τριακόσια (300) κρεβάτια.

3. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας ή άλλος επιστήμονας της ιατρικής υπηρεσίας που υπηρετεί στο τμήμα, με βαθμό διευθυντή. Όταν δεν υπάρχει διευθυντής, επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι επιμελητής Α.

4. Οι γιατροί του τομέα και οι λοιποί επιστήμονες εκτός από τους ειδικευμένους γιατρούς εκλέγουν κάθε πρία χρόνο το διευθυντή του τομέα από τους διευθυντές των τμημάτων του. Ο διευθυντής του τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των τμημάτων, την εφαρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, στα πλαίσια των αποφάσεων του Κ.Ε.Σ.Υ. και του Π.Ε.Σ.Υ. παρακολουθεί και βεβαιώνει την εκπαίδευση και μετακπαίδευση των γιατρών, εισηγείται στην επιστημονική επιτροπή τη χορήγηση των σχετικών πιστοποιητικών και έχει τη διοικητική ευθύνη του τομέα.

5. Στα τμήματα λειτουργεί αντίστοιχο τακτικό εξωτερικό ιατρείο για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε εξωτερικούς αρρώστους. Τα εξωτερικά ιατρεία είναι πλήρως συρραφισμένες μονάδες που λειτουργούν στα πλαίσια του αντίστοιχου τομέα και έχουν ίδια νοσηλευτική και γραμματειακή εξυπηρέτηση, όπως ειδικότερα καθορίζεται με σωρευτικό νουαντισμό λειτουργίας της παραγράφου 5 του προηγούμενου άρθρου.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών πρόληψης και περίθαλψης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

## Άρθρο 12.

## Επιστημονική επιτροπή.

1. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, που αποτελείται από πέντε (5) μέλη. Τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής είναι γιατροί ή άλλοι επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και εκλέγονται από τους γιατρούς, ειδικευμένους και ειδικευόμενους, που υπηρετούν στο νοσοκομείο, τα κέντρα υγείας και τα ιατρεία τους, που υπάγονται σ' αυτό, καθώς και από τους λοιπούς επιστήμονες, που είναι καταγεγραμμένοι στην ιατρική υπηρεσία. Η επιστημονική επιτροπή αποτελείται από: δύο (2) διευθυντές, έναν (1) επιμελητή Α', έναν (1) επιμελητή Β' και έναν (1) ειδικευόμενο. Στα νοσοκομεία που λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, το ένα μέλος της επιστημονικής επιτροπής είναι πανεπιστημιακός γιατρός, που εκλέγεται από το διδακτικό επιστημονικό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομείο, χωρίς να απουλείται η ανάδειξη και άλλων μελών από τους πανεπιστημιακούς.

Τα μέλη που χάσουν την ιδιότητα με την οποία διορίστηκαν αντικαθίστανται με την ίδια διαδικασία που ορίστηκαν.

2. Η επιστημονική επιτροπή ευφραίνει γνώμη για θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου που έχει σχέση με τριτοβάθμια υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό σε λογικό υλικό του νοσοκομείου, συντονίζει και ελέγχει τη παίδευση των γιατρών για τη λήψη ειδικότητας και για τα πιστοποιητικά άσκησης και απόδοσής τους. Για καλύτερη εφαρμογή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, εκτίμηση και αξιολόγηση της απόδοσής τους, η επιστημονική επιτροπή των νοσοκομείων νοσοκομείων συνεργάζεται με πανεπιστημιακές κλινικές του περιφερειακού νοσοκομείου υγειονομικής περιφέρειας, στο πλαίσιο της διασύνδεσης νοσοκομείων σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

3. Στις συνεδριάσεις της επιστημονικής επιτροπής λύνονται και συμμετέχουν, χωρίς ψήφο, οι διακινδυνεύοντες των μέλων της ιατρικής υπηρεσίας.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα η οργάνωση και λειτουργία της επιστημονικής επιτροπής, οι χρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών της, τα καθήκοντα των επιστημονικών υπευθύνων των τμημάτων, ο τρόπος λογιών και ανάκλησης των διευθυντών των τομέων και άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Με απόφαση του Π.Ε.Σ.Υ., οι πρόεδροι των επιστημονικών επιτροπών των νοσοκομείων της περιφέρειας συγκαλούνται τουλάχιστο μια φορά το χρόνο σε τακτική συνέλευση για τον καλύτερο συντονισμό της ιατρικής λειτουργίας των νοσοκομείων της περιφέρειας.

## Άρθρο 13.

## Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες.

1. Στα νοσοκομεία μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που στελεχώνονται αποκλειστικά με πανεπιστημιακό ιατρικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Η διάταξη δεν αναφέρεται στους ειδικευόμενους και μετακπαιδευόμενους. Οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες εντάσσονται στην αντίστοιχη τομέα του νοσοκομείου αποτελούν τμήμα του. Η δύναμη κάθε πανεπιστημιακής κλινικής δεν υπερβαίνει τα σαράντα πέντε (45) κρεβάτια. Η διάταξη ισχύει και για τις πανεπιστημιακές κλινικές λειτουργούν σήμερα στα νοσοκομεία. Η εγκατάσταση γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από γνώμη του ιατρικού τμήματος και πρόταση του Κ.Ε.Σ.Υ. Με δικαστικές αποφάσεις μεταφέρονται πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που λειτουργούν σήμερα στα νοσοκομεία.

2. Τα πανεπιστημιακά τμήματα στα πλαίσια του τμήματος που υπάγονται λειτουργούν και διοικούνται σύμφωνα με διατάξεις των άρθρων 11 και 12 του νόμου αυτού. Το πιστημιακό προσωπικό, σε ό,τι αφορά την υπηρεσία του νοσοκομείου, θεωρείται ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με το και υπόκειται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και αρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του νοσοκομείου, πως και το λοιπό προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας.

3. Μέσα σε δώδεκα μήνες από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, οι συμβάσεις που ισχύουν για την εγκατάσταση πιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων νοσοκομείων λήγουν χωρίς αποζημίωση.

Διατάξεις νόμου ή π.δ./τα για την εγκατάσταση πιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων νοσοκομείων.



## Άρθρο 14.

## Κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία.

1. Με καινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται σε κάθε νομό κέντρα υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά ιατρεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Στην ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα κάθε κέντρου υγείας ή η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή ευθύνης περιφερειακών ιατρείων του και συνιστώνται οι θέσεις προσωπικού του, που προσθέτονται στις θέσεις που προπονται στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται κέντρο υγείας.

Η έδρα κάθε κέντρου υγείας ορίζεται με κριτήριο την άρρητη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας διακρίνονται σε ιατρεία με αριθμημένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ώρης ετοιμότητας.

Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού ιατρείου 24ώρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωρικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση κέντρο υγείας.

2. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο εώςεις, για το σκοπό αυτόν, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα και υποχρεώσεις του προσωπικού τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

## Άρθρο 15.

## Σκοπός των κέντρων υγείας.

Σκοπός των κέντρων υγείας είναι:

- α) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όλους προσωπικά διαμένοντες σ' αυτή.
- β) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από νοσοκομείο.
- γ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- δ) Η διακομιδή αρρώστων με σπυροφόρα αυτοκίνητο ή με οδήγησε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.
- ε) Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- ς) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και κοινωνική διαφώτιση του πληθυσμού.
- ζ) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- η) Η ιατρική της εργασίας.
- θ) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- ι) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- ια) Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- ιβ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- ιγ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, εν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

## Άρθρο 16.

## Κατάργηση μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

1. Τα κέντρα υγείας, τα πολιιατρεία, τα ιατρεία και οποιαδήποτε άλλη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή, από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία και οποιαδήποτε άλλο φορέα κοινωνικής χαρακτήρα, εκτός από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα αγροτικά ιατρεία, καταργούνται.

2. Οι θέσεις του προσωπικού των μονάδων της προηγούμενης παραγράφου καταργούνται. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, πλην του ιατρικού, κατατάσσεται σε κενές θέσεις του φορέα που υπάγεται η μονάδα ή εντάσσεται σε κενές θέσεις των κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου, εφόσον έχει τα νόμιμα προσόντα. Όσοι δεν συμφωνούν τα νόμιμα προσόντα για να ενταχθούν σε κενές θέσεις, κατατάσσονται σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις των φορέων ή κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας και εξελίσσονται με το καθεστώς των θέσεων που κατείχαν. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται όταν κενωθούν με οποιαδήποτε τρόπο. Η προϋπηρεσία των κατατασσόμενων υπαλλήλων προμετρείται στη νέα τους θέση, για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους.

3. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού με γνώμη του οικείου νομαρχιακού συμβουλίου, καθορίζεται ο χρόνος έναρξης ισχύος των διατάξεων των παρ. 1 και 2 του άρθρου αυτού και ο τρόπος ένταξης του προσωπικού πλην του ιατρικού, που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, ορίζονται τα αρμόδια υπηρεσιακά συμβούλια για τα θέματα αυτά και ρυθμίζεται κάθε λεπτομέρεια που προκύπτει από την κατάργηση των μονάδων της παρ. 1 του άρθρου αυτού. Η έναρξη ισχύος μπορεί να ορίζεται και κατά περιφέρεια, νομό ή πόλη.

4. Οι ασφαλιστικοί φορείς και τα ταμεία αποδίδουν σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας τις δαπάνες περίθαλψης και νοσηλείας των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Τα αντίστοιχα ποσά φέρονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ενιαίο φορέα και διαβιβάζονται για τη λειτουργία των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων. Με Προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τον καθορισμό και απόδοση των δαπανών της παραγράφου αυτής. Με όριο π. 2/3 τουλάχιστον, μέχρι να εκδοθεί το προεδρικό διάταγμα που προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου αυτού, μπορεί να ορίζεται η απόδοση των δαπανών μόνο για τη νοσηλεία στα νοσοκομεία.

5. Έως ότου εφαρμοσθούν οι διατάξεις του άρθρου αυτού εξακολουθούν να εφαρμόζονται οι αντίστοιχες διατάξεις, που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και να λειτουργεί παράλληλα κατά τη μεταβατική περίοδο το υφιστάμενο σύστημα και οι υπηρεσίες παροχής περίθαλψης από φορείς κοινωνικής ασφάλισης, όπου δεν έχουν εφαρμοσθεί ακόμη οι διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού.

6. Με την ολοκλήρωση εφαρμογής σε όλη τη Χώρα των διατάξεων των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού, τα έσοδα του κλάδου υγείας των ασφαλιστικών φορέων και ταμείων μεταφέρονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όπως ειδικότερα θα καθορισθεί με Προεδρικά Διατάγματα που εκδίδονται με τη σύμφωνη γνώμη των αρμόδιων ανώτερων των ασφαλιστικών οργανισμών και

## Άρθρο 17.

Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας κέντρων υγείας αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας αστικών περιοχών υπηρετούν:

α) Γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων.

β) Οικογενειακοί γιατροί, που ανήκουν στον παθολογικό τομέα των νοσοκομείων.

Θέσεις οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνουν, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, παιδίατροι ή γιατροί γενικής ιατρικής για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών και γιατροί γενικής ιατρικής ή παθολόγοι για τις υπόλοιπες ηλικίες. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται η δυνατότητα πρόσληψης οικογενειακών γιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα απαιτούμενα για αυτό προσόντα.

2. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με βαθμό διευθυντή που εκλέγεται από τους γιατρούς του κέντρου υγείας.

Οι γιατροί της περίπτωσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο κέντρο υγείας και τον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, στα όρια του τακτικού ωραρίου εργασίας και του προγράμματος εφημερίας του νοσοκομείου και του κέντρου υγείας.

3. Τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου περιθάλπουν τους πολίτες ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού ή απευθείας σε τακτή ώρα ύστερα από προσυνεννόηση.

4. Οι οικογενειακοί γιατροί δέχονται τους αρρώστους στο κέντρο υγείας ή τα περιφερειακά ιατρεία και σε ειδικές περιπτώσεις τους επισκέπτονται και τους περιθάλπουν στο σπίτι τους. Στα περιφερειακά ιατρεία του κέντρου υγείας προσφέρει υπηρεσία ομάδα οικογενειακών γιατρών. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού, μεταξύ των γιατρών των κέντρων υγείας της πόλης όπου κατοικούν. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο το Σεπτέμβριο. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα στη διάρκεια του χρόνου να ζητήσουν την αλλαγή του οικογενειακού τους γιατρού, μετά από αιτιολογημένη αίτησή τους στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, που αποφασίζει τελικά. Οι οικογενειακοί γιατροί, όταν απαιτείται, παραπέμπουν τους αρρώστους για ειδικές εξετάσεις στους γιατρούς της περίπτωσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού ή τα εργαστήρια του κέντρου υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου ή για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Κάθε οικογενειακός γιατρός έχει την ιατρική φροντίδα 1.800 ατόμων. Επιτρέπεται να αναλάβει τη φροντίδα μέχρι 2.500 ατόμων.

Οι οικογενειακοί παιδίατροι έχουν τη φροντίδα 1.200 παιδιών. Επιτρέπεται να αναλάβουν τη φροντίδα μέχρι 2.000 παιδιών.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται για τον οικογενειακό γιατρό και παιδίατρο επίδομα, ανά 100 άτομα άνω των 1.800 ή 1.200 αντίστοιχα. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί να αναθέτει στον οικογενειακό γιατρό ή παιδίατρο που έχει στη φροντίδα των πολιτών κάτω από 1.800 ή 1.200 αντίστοιχα και την παροχή συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών στο κέντρο υγείας.

Μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των 1.800 ή 1.200 ο γιατρός δεν μπορεί να αφηθεί να αναλάβει την ιατρική

στον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Ο υπεύθυνος δεν έχει δεκτή την αναφορά, παραπέμπει τον ενδιαφέροντα στην οικογενειακό γιατρό του κέντρου.

Με τις ίδιες προϋποθέσεις και την ίδια διαδικασία ένας μπορεί να ζητήσει τη διακοπή παροχής ιατρικής της από αυτόν σε συγκεκριμένο πολίτη. Ο καθημερινός εργασίας των οικογενειακών γιατρών κατανέμεται σε υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία του και σε επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων, σύμφωνα με πρόγραμμα εργασίας καταρτίζεται από το κέντρο υγείας, στα πλαίσια του τριμηνιαίου κανονισμού λειτουργίας του.

5. Το ωράριο λειτουργίας των κέντρων υγείας αστικών περιοχών ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, εντός ή κατά περιοχή. Η απόφαση αυτή μετά από πρόταση του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον συγκροτηθεί. Για τις ώρες και τις ημέρες, που δεν λείπει το κέντρο υγείας, ορίζονται από το γιατρό του κέντρου υγείας, που έχει την ευθύνη για το συντονισμό της μονικής λειτουργίας του, οικογενειακοί γιατροί που ρεύουν.

## Άρθρο 18.

Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών και περιφερειακά τους ιατρεία προσφέρουν υπηρεσίες για αντίστοιχων τομέων του νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας, ως εξής:

α) Οι γιατροί που κατέχουν θέσεις γενικής ιατρικής στην έδρα του κέντρου υγείας ή περιφερειακά ιατρείου του που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητας.

β) Οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων σε εξωτερικά ιατρεία ή στα σπίτια των αρρώστων, όπως ορίζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας. Μετά από απόφαση του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον συγκροτηθεί. Για τις ώρες και τις ημέρες, που δεν λείπει το κέντρο υγείας, ορίζονται από το γιατρό του κέντρου υγείας, που έχει την ευθύνη για το συντονισμό της μονικής λειτουργίας του, οικογενειακοί γιατροί που ρεύουν.

Οι γενικοί γιατροί πέρα από τη φροντίδα τους ο κέντρου υγείας ή τα περιφερειακά ιατρεία αναλαμβάνουν και τη φροντίδα των αρρώστων ανάλογα με την κατάσταση. Σε ειδικές περιπτώσεις επισκέπτονται στα σπίτια των αρρώστων, όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός γιατρός, και οι γιατροί των κλινικών ειδικοτήτων της περίπτωσης α).

2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε τακτό έργο πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και εφημερία τις λοιπές ημέρες και ώρες. Τα περιφερειακά ιατρεία κέντρων υγείας λειτουργούν σε τακτό ωράριο, πλάι από τον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας περιφερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας λειτουργούν ολόκληρο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημερία τους για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες.

3. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών μονάδα νοσηλείας για παραμονή αρρώστων, που έρχεται από άλλα νοσοκομεία ιατρική παρακολούθηση.

4. Σε έκτακτες ανάγκες, κάθε γιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, εκτός από το γιατρό εφημερίας.

5. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με βαθμό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτό και εκλέγεται από τους γιατρούς του κέντρου υγείας.

## Άρθρο 19.

Διασύνδεση κέντρου υγείας με το νοσοκομείο.

2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους σε ιατρικό προσωπικό των περιπτώσεων β' και γ' της παραγράφου 1 του προηγούμενου άρθρου προγραμματίζεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζεται ιδιαίτερα ο χρόνος υπηρεσίας στο κέντρο υγείας των γιατρών της παραπάνω περίπτωσης β'.

3. Ειδικότερα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ορίζονται ο τρόπος εφαρμογής των διατάξεων του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 20.

Συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων.

1. Οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που έχουν συσταθεί έως τη δημοσίευση του νόμου αυτού, συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία τους, που συνιστώνται κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού. Με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας ορίζονται και οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία που συγχωνεύονται σ' αυτό με την έναρξη λειτουργίας τους.

2. Από την έναρξη ισχύος της απόφασης σύστασης κάθε κέντρου υγείας, όλες οι θέσεις των υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, που συγχωνεύονται στο κέντρο υγείας, καταργούνται. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που κατά την ημερομηνία αυτή υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, κατατάσσεται σε αντίστοιχες θέσεις του κέντρου υγείας και η προϋπηρεσία του στο δημόσιο ή σε Ν.Π.Δ.Δ. υπολογίζεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις κατά το χρόνο της κατάταξης. Όσοι πλεονάζουν κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης του κέντρου υγείας και καταλαμβάνουν θέση που μένει κενή στο μέλλον. Όσο χρόνο υπηρετούν στις προσωρινές θέσεις εξελίσσονται σύμφωνα με το καθεστώς, που ίσχυε πριν από την κατάταξη. Υπάλληλοι, που δεν συγκεντρώνουν τα νόμιμα προσόντα για την κατάληψη αντίστοιχης θέσης στο κέντρο υγείας, κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης και εξελίσσονται με το καθεστώς που ίσχυε πριν από την κατάταξη. Η κατάταξη και κατάληψη θέσης γίνονται μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο.

#### Άρθρο 21.

Ψυχιατρική περίθαλψη.

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:

α) Τα κέντρα ψυχικής υγείας, β) τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας. Τα κέντρα ψυχικής υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.

3. Σκοπός του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην καινότητα και η διαφύλαξη, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ιατροκαθηγητικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής

4. Στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχεται βραχεία νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας τους. Αν δεν λειτουργεί ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο στην περιφέρεια, εφαρμόζεται η διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 8 του νόμου αυτού. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα ψυχικών παθήσεων, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μετονομάζονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο τρόπος αναδιοργάνωσής τους, με στόχο την αποτελεσματική των ασθενών.

5. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 105) ειδική επιτροπή για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων στο ΚΕ.Σ.Υ. για κάθε θέμα, που αφορά στον προγραμματισμό, τη οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

6. Σε κάθε κέντρο ψυχικής υγείας, με την κοινή απόφαση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ή άλλη όμοια, συνιστώνται και προσθέτονται σε ιδιαίτερους κλάδους στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, θέσεις ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού.

Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερα φάρσα και κωδικό αριθμό.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας και καθορίζεται ο τρόπος διασύνδεσής τους με τα νοσοκομεία, σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 22.

Οικογενειακός προγραμματισμός.

1. Οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 1 του Ν. 1036/1980 (ΦΕΚ 66) αντικαθίστανται με τις ακόλουθες:

«2. Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται: απευθεία κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργατοκρατικός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Α. 2592/1953 και τα κέντρα υγείας που υπάγονται σ' αυτά.

2. Το άρθρο 5 του Ν. 1036/1980 καταργείται.

#### Άρθρο 23.

Βιοιατρική έρευνα.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται κατά τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή βιοιατρικής έρευνας.

2. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής τη προηγούμενης παραγράφου: α) γνωμοδοτεί για τη σύσταση και δημιουργία ερευνητικών κέντρων και μονάδων, που συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. β) Καταρτίζει ενιαίο πλαίσιο υποβολής, κρίσης, έγκρισης και ελέγχου της σκοπιμότητας και πορείας των ερευνητικών προγραμμάτων και γνωμοδοτεί για την κατανομή των ειδικών πιστώσεων του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στα προγράμματα αυτά. γ) Συνεργάζεται με τις αρμόδιες υπηρεσίες και όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για τ

επίπεδου μετεκπαίδευσης των γιατρών και των άλλων επιστημόνων στο χώρο της υγείας, καθώς και με αντίστοιχα όργανα των Υπουργείων Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Έρευνας και Τεχνολογίας και των αρμόδιων Υπουργών για την προαγωγή της έρευνας. Η επιτροπή της παραγράφου 1 συνεργάζεται με την επιτροπή εκπαίδευσης - μετεκπαίδευσης του ΚΙΕ.Σ.Υ.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΙΕ.Σ.Υ., μπορεί να συγχωνεύονται: συνολικά ή μερικά ερευνητικές μονάδες και εργαστήρια, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, σε νοσηλευτικά ιδρύματα και υπηρεσίες, που υπάρχουν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και επιχορηγούνται από αυτό. Τα ερευνητικά προγράμματα, που επιχορηγούνται κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, επανακρίνονται, κατά τη διαδικασία που ορίζεται, από το ΚΙΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας, σύμφωνα με την περίπτωση β' της προηγούμενης παραγράφου και ο εξοπλισμός και οι υπηρεσίες τους μπορεί να μεταφέρονται σε άλλα ερευνητικά κέντρα και μονάδες.

4. Ερευνητικά κέντρα ή υσπιτούδα για θέματα υγείας, που λειτουργούν με μορφή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, εφόσον επιχορηγούνται από το δημόσιο, δεν μπορούν να αναλαμβάνουν ερευνητικά προγράμματα χωρίς την έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΙΕ.Σ.Υ.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΙΕ.Σ.Υ., καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικασία πρόσληψης προσωπικού για την πραγματοποίηση των ερευνητικών προγραμμάτων και τη στελέχωση ερευνητικών κέντρων, η εργασιακή του σχέση, το ύψος των αποδομών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 24.

Γιατροί του εθνικού συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ.).

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων οποιασδήποτε νομικής μορφής και των κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού κέντρων υγείας, εκτός από τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., συνιστώνται ως θέσεις γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

2. Οι γιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και απασχολούνται στην ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική ή καλλιτεχνική δραστηριότητα και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση. Επίσης απαγορεύεται να είναι οι ίδιοι ή συγγενείς τους μέχρι δεύτερου βαθμού ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρίες με αντίστοιχα αντικείμενα. Στο ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνονται και οι οδοντογιατροί.

#### Άρθρο 25.

Κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

2. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, κατά νοσοκομεία και κέντρα υγείας, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του αντίστοιχου νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ.

Κατεξίρεση σε προθεσμία πέντε (5) μηνών από την

Οι θέσεις κλάδου νοσοκομείων και των των περιφερειακών ιατρείων, που υπάρχουν τούτα: στον οργανισμό του και οι δαπάνε γιατρών που διορίζονται σ' αυτές βαρύνουν προϋπολογισμού του.

3. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Β' και δ) βοηθών οδοντογιατρών. Οι θέσεις επιμελητών Α' και Β' συνιστώνται κατά

4. Σε όλα τα νοσοκομεία της παρ. 1 νόμου αυτού και σε όσα λειτουργούν ως ή Ν.Π.Ι.Δ., πλην των πανεπιστημιακών νοσηλευν, υπηρετούν αποκλειστικά γιατροί Ε.Σ.Υ. που προσλαμβάνονται σύμφωνα με νόμου αυτού και ειδικεύονται. Πρόσληψη υπηρεσιών από γιατρούς με οποιαδήποτε ρεύεται.

#### Άρθρο 26.

Προϋόντα.

1. Για την πρόσληψη σε θέση του κλάδου απαιτούνται τα παρακάτω τυπικά προσό

- α) Ελληνική ιδιαιγένεια
  - β) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
  - γ) Τίτλος αντίστοιχης με τη θέση
  - δ) Ηλικία σύμφωνα με τις διατάξεις
- Το όριο ηλικίας ισχύει για τον πρώην ποτε θέσης του κλάδου.

2. Ειδικότερα:

- α) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή του τίτλου ειδικότητας και ηλικίας
- β) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή άσκησης ειδικότητας για 4 τουλάχιστον χρονί 50 ετών και
- γ) για την κατάληψη θέσης διευθυντή της ειδικότητας για 7 τουλάχιστον χρονί 55 ετών.

Για την κατάληψη θέσεων από όλο

- α) Για θέση βοηθού άδεια άσκησης ηλικία μέχρι 35 ετών.
- β) Για θέση επιμελητή Β' η άσκηση για 5 χρόνια και ηλικία μέχρι 40 ετών
- γ) Για θέση επιμελητή Α' η άσκηση για 9 χρόνια και ηλικία μέχρι 45 ετών
- δ) Για θέση διευθυντή η άσκηση για 12 χρόνια και ηλικία μέχρι 50 ετών

3. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου δεν ισχύουν τα όρια ηλικίας τούτου, αλλά αρκεί για όλες τις θέσεις έχουν υπερβεί τα εξήντα τρία (63) γιατρών κέντρων υγείας το όριο ηλικίας έως πέντε (5) χρόνια από την έκδοση του κέντρου υγείας.

Έλληνες γιατροί, που κατά τη του εργάζονται σε νοσοκομεία ή επιλογαπής, μέσα σ' ένα χρόνο από τη του μπορούν να προσλαμβάνονται σ' ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον της θέσης δεν υπερβαίνουν τούτα.

4. Σε θέσεις επιμελητή Β' για του για την κατάληψή τους απαι

όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Μετά τη συμπλήρωση της εξαμηνιαίας μετεκπαίδευσης οι γιατροί αυτοί λαμβάνουν τον τίτλο της ειδικότητας γενικής ιατρικής. Ο τίτλος απονέμεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με βάση το πιστοποιητικό άσκησης και απόδοσης που χορηγείται από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου όπου μετεκπαιδεύτηκε ο γιατρός, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του νόμου αυτού. Γιατροί, που λαμβάνουν την ειδικότητα σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές και έχουν υπηρετήσει ως μόνιμοι ή με θητεία σε θέσεις υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, λογίζονται σε κάθε περίπτωση ότι ασκούν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής κατά το μισό χρόνο της υπηρεσίας τους αυτής, μετά τα πέντε χρόνια.

5. Ο χρόνος άσκησης της ιατρικής ειδικότητας σε νοσοκομεία και επίσημα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής από γιατρούς που απόκτησαν ειδικότητα εκεί αναγνωρίζεται αφού ο γιατρός πάρει τον τίτλο της ειδικότητας σύμφωνα με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζονται τα νοσοκομεία και τα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής, των οποίων αναγνωρίζεται ο τίτλος ειδικότητας. Γιατροί που εργάσθηκαν ως ειδικοί σε νοσοκομεία και επιστημονικά κέντρα χωρών που δεν χορηγούν τίτλο ειδικότητας, εφόσον αποκτήσουν τον τίτλο κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αναγνωρίζεται ότι άσκησαν την ειδικότητα στην αλλοδαπή για όσο χρόνο προκύπτει αν από τον συνολικό αριθμό των ετών που εργάσθηκαν αφαιρεθεί ο χρόνος που απαιτείται για την απόκτηση της ειδικότητας αυτής στην Ελλάδα. Τα νοσοκομεία αυτά και τα επιστημονικά κέντρα καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Σε γιατρούς, που σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 546/1970 (ΦΕΚ 110) έχουν προϋποθέσεις απόκτησης τίτλου ειδικότητας και αποκτούν τον τίτλο, αναγνωρίζεται ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας από τότε που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις κτήσης τίτλου σύμφωνα με το ν. δ/γμα αυτό.

6. Γιατροί, που κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ειδικεύονται διορισμένοι με τη διαδικασία των διατάξεων που ισχύουν, κρίνονται αφού πάρουν τον τίτλο της ειδικότητας, για την κατάληψη θέσης γιατρού Ε.Σ.Υ. ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον δεν είναι πάνω από εξήντα τριών (63) ετών.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν γιατροί υποψήφιοι μετά δύο άγονες συνεχείς προκηρύξεις για κατάληψη θέσης, μπορεί να γίνεται μείωση του απαιτούμενου χρόνου άσκησης της ειδικότητας. Η δεύτερη από τις συνεχείς προκηρύξεις πρέπει να γίνει μέσα σε έξη (6) μήνες από την πρώτη.

### Άρθρο 27.

#### Διαδικασία πλήρωσης θέσης.

1. Η πλήρωση των θέσεων του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. γίνεται ύστερα από προκήρυξη τους, με επιφύλαξη των διατάξεων της παραγράφου 12 του άρθρου αυτού. Η προκήρυξη γίνεται κατά νοσοκομείο, μετά από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του, η οποία εγκρίνεται από το αντίστοιχο Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον το συμβούλιο αυτό έχει συγκροτηθεί.

2. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, οι θέσεις των νοσοκομείων προκηρύσσονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Στην περίπτωση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, κάθε γιατρός μπορεί να υποβάλει αίτηση και να κριθεί για τρεις (3) μόνο θέσεις του ίδιου ή και άλλων νοσοκομείων.

4. Οι υποψήφιοι γιατροί κρίνονται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του άρθρου 6 του Ν. 1278/1982.

Για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων λαμβάνονται υπόψη:

α) Η ιατρική προϋπηρεσία (σε νοσοκομεία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, ελεύθερο επάγγελμα).

β) Το επιστημονικό έργο και η επιστημονική δραστηριότητα.

γ) Η εκπαιδευτική δραστηριότητα (ως εκπαιδευτής ή παιδευομένου).

δ) Η αξιοσημείωτη κοινωνική προσφορά και δράση.

ε) Οι εκθέσεις των επιτροπών αξιολόγησης του νοσοκομείου της παραγράφου 11 του άρθρου αυτού.

Οι επιστημονικές εργασίες των γιατρών συνιστούν κριτήριο υπεροχής κατά την αξιολόγηση και επιλογή για την κατάληψη θέσης, μόνο εάν έχουν δημοσιευθεί σε αναγνωρισμένα ειδικά επιστημονικά περιοδικά που εκδίδονται από επίσημα επιστημονικούς φορείς στην Ελλάδα ή σε ξένη χώρα. Τα περιοδικά αυτά προσδιορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κ.Σ.Υ.

Για τον πρώτο διορισμό στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. εφαρμόζονται τα κριτήρια α, β, γ και δ. Τα συμβούλια επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους, με τη σειρά αξιολόγησής τους, για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα προσόντα πρώτα κατά σειρά: α) εκείνος που υπηρετεί στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. β) εκείνος που στο πρόσωπό του συντρέχει περίπτωση συνυπέρθεσης συζύγου και γ) εκείνος που θ μένει στο νομό που βρίσκεται το νοσοκομείο ή τουλάχιστον χρόνια συνεχώς. Η γ' περίπτωση δεν ισχύει για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε κάθε θέση διορίζεται ο πρώτος ο σειρά αξιολόγησής, ή ο επόμενος, εφόσον ο προηγούμενος δεν απαθεί το διορισμό του. Δε διορίζεται ο γιατρός: α) δεν είναι γραμμένος στα μητρώα αρένων ή για γυναίκες στα γενικά μητρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή δεν έχει νόμιμα απαλλαγή, γ) είναι ανυπότακτος ή καταδικασμένος για λιποταξία, έχει στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα, για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση, ε) έχει καταδικασθεί για κακούργημα, έγκλημα κατά των ηθών, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, π) σουργαφία, ψευδορκία, ψευδή κατατήρηση, συκοφαντική δημόσια, δωροδοκία, δόλια χρεωκοπία ή για εγκλήματα τ ανάγοντα στην προστασία του δημοκρατικού πολιτεύματος και στ) δεν είναι υγιής.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από προτάσεις των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της χώρας και γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να καταστάσουν και να αξιολογούνται ιεραρχικά τα στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για διορισμό γιατρών, όπως: επιστημονικοί τίτλοι, οι επιστημονικές εργασίες και δημοσιεύσεις σε ξένα και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά, μετεκπαίδευση στην Ελλάδα και το εξωτερικό, ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας, ο χρόνος προϋπηρεσίας σε νοσοκομεία και άλλες μονάδες περίθαλψης, ο χρόνος υπηρεσίας στην ύπαιθρο, ο βαθμός του πτυχίου και κάθε άλλο στοιχείο που μπορεί να συμπεριληφθεί στην έννοια των κριτηρίων που αρίζονται στην παράγραφο 4 του άρθρου αυτού.

6. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι παύσεις και βλάβες της υπηρεσίας, που εμποδίζουν το διορισμό γιατρών, καθώς και οι αρμόδιες επιτροπές για την πιστοποίηση της υγείας και αρτιμείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., αρίζονται τα δικαιώματα που πρέπει να προκηρύξει ο γιατρός για το διορισμό του.

7. Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα προσόντα κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής δικαιολογητικών.



να έχουν συμπληρωθεί σε κάθε περίπτωση πέντε (5) χρόνια άσκησης του επαγγέλματος.

4. Ο αριθμός των υπεράριθμων γιατρών της παραγράφου 2<sup>ο</sup> του άρθρου αυτού δεν μπορεί να υπερβαίνει το 5% τοις εκατό (5%) των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κατά ειδικότητα.

### Άρθρο 29.

#### Χρόνος εργασίας.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. εργάζονται πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα σε συνεγές πρωινό οκτάωρο ημερησίως. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζεται το καθημερινό πρωινό ωράριο εργασίας ενιαία για όλα τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, ή ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε περιοχής. Τα Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχουν συγκροτηθεί, μπορούν, ύστερα από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και γνώμη της ολομέλειας των γιατρών του νοσοκομείου και κέντρων υγείας που υπάγονται σ' αυτό, να εγκρίνουν, για τα νοσοκομεία της περιφέρειάς τους, την τροποποίηση του καθημερινού ωρarium ή τον ορισμό διακεκομμένου ωρarium.

2. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. όλων των βαθμών, πέρα από το τακτικό ωράριο εργασίας, υποχρεούνται και σε ενεργό εφημερία μέσα στο νοσοκομείο ή το κέντρο υγείας και σε εφημερία ετοιμότητας. Οι γιατροί εφημερίας ετοιμότητας καλούνται στο νοσοκομείο από το γιατρό ενεργού εφημερίας σε έκτακτες περιπτώσεις. Στους γιατρούς ενεργού εφημερίας καταβάλλεται αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον καθαρισμό της υπερωριακής αποζημίωσης. Οι γιατροί εφημερίας ετοιμότητας παίρνουν αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, μόνο για το χρόνο που καλούνται και προσφέρουν υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας, με εξίχνηση την εφημερία ετοιμότητας των οικογενειακών γιατρών και των γενικών γιατρών περιφερειακών ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας, για την οποία καθορίζεται τάγια αποζημίωση με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής των διατάξεων της παραγράφου αυτής.

3. Οι γιατροί όλων των βαθμών και ειδικοτήτων υποχρεούνται σε υπερωριακή απασχόληση στα εξωτερικά ιατρεία για την αντιμετώπιση αναγκών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (τακτικών εξωτερικών αρρώστων), εφόσον στο κεντρικό ωράριο λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων δεν καλύπτονται οι ανάγκες αυτές ή ειδικές περιπτώσεις αρρώστων επιβάλλουν την εξέταση και παρακολούθησή τους σε χρόνο διαφερόμενο από εκείνον της κανονικής λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων.

Η ανάγκη για την παραπάνω υπερωριακή απασχόληση των γιατρών κρίνεται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ύστερα από γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του άρθρου 12 του νόμου αυτού που με απόφασή του ορίζει τις ώρες, το χρόνο και τις ημέρες υπερωριακής απασχόλησης κάθε γιατρού.

### Άρθρο 30.

#### Μισθολόγιο.

1. Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καθορίζεται ειδικό μισθολόγιο ανάλογα με το βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας τους σ' αυτόν ως εξής :

Βαθμός	Χρόνια υπηρεσίας		
	0 — 3	3 — 6	6 — 9
Βοηθός	35.000	40.000	45.000
Επιμελητής Β'	60.000	65.000	70.000
Επιμελητής Α'	75.000	80.000	85.000
Διευθυντής	95.000	110.000	130.000

2. Στους νικητές Ε.Σ.Υ. χορηγούνται οι ακόλουθες με-

α) στους βοηθούς 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης, δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα έκτακτων αναγκών.

β) στους επιμελητές Β' 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης και 15.000 δραχμές αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα κάλυψης αναγκών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο.

γ) για τους επιμελητές Α' 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης και 20.000 δραχμές αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και την ετοιμότητα κάλυψης των αναγκών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο και

δ) για τους διευθυντές 12.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης και 25.000 δραχμές αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος, την ετοιμότητα για την κάλυψη των αναγκών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο.

Οι αποζημιώσεις της παραγράφου αυτής μπορούν να ανασυρρομίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Οι διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 1256/1982 (Φ.Ε.Κ. 65) δεν εφαρμόζονται στις περιπτώσεις των παραγράφων 14 του άρθρου 27 του νόμου αυτού και 8 του άρθρου αυτού.

4. Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καταργούνται όλα τα επίδομα εκτός των οικογενειακών. Επίσης καταργείται η διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 5 του Ν.Δ. 3623/1956, (Φ.Ε.Κ. 277). Στους γενικούς γιατρούς των κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών και τους οικογενειακούς των κέντρων υγείας αστικών περιοχών καταβάλλονται οριστικά έξοδα για τις μετακινήσεις τους για περίθαλψη ασθενών στο σπίτι, εκτός της έδρας του κέντρου υγείας ή του περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τους δημόσιους υπαλλήλους.

5. Για τις αμοιβές των γιατρών εφαρμόζεται η αυτόματη τιμαριθμική ανασυρρομολογία.

6. Για κάθε πέντε (5) χρόνια άσκησης της ιατρικής ειδικότητας και για μέχρι πέντε (5) πενταετίες, χορηγείται σε όσους διορίζονται στις θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ. κατά τη πρώτη πλήρωσή τους μετά την εφαρμογή του νόμου αυτού προσαύξηση πέντε τοις εκατό (5%) που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμάκιο μισθού κάθε βαθμού.

7. Στους βοηθούς και επιμελητές Β' και Α', που συμπληρώνουν εννέα (9) χρόνια υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό και δε εξελίσσονται στον αμέσως επόμενο, χορηγείται επίδομα πολυετούς παραμονής στον ίδιο βαθμό 2% για κάθε συμπληρωμένη τριετία μετά τα εννέα χρόνια και έως επτά (7) τριετίες που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμάκιο κάθε βαθμού (0—3).

8. Στους μόνιμους γιατρούς των κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών και των περιφερειακών ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας που έχουν την έδρα τους σε προβληματικές περιοχές, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 10 του άρθρου 27 του νόμου αυτού, χορηγείται προσαύξηση επί το εσπικού τους μισθού, ως εξής:

α) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Α' και Β' γορίας:

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου υπηρεσίας, δεκαπέντε τοις εκατό (15%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) αναδρομικά για όλο το δεύτερο χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου, σαράντα τοις εκατό (40%) αναδρομικά για όλο τον τρίτο χρόνο και

Για κάθε ένα συμπληρωμένο χρόνο μετά τα τρία χρόνια πενήντα τοις εκατό (50%) αναδρομικά.

β) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Β' και γορίας:

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου οκτώ τοις εκατό

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου δέκα πέντε τοις εκατό (15%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου είκοσι τοις εκατό (20%) αναδρομικά για όλο τον τρίτο χρόνο και

Για κάθε ένα συμπληρωμένο χρόνο, μετά τα τρία χρόνια, είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) αναδρομικά.

#### Άρθρο 31.

##### Εκπαίδευση γιατρών.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης γιατρών. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής αυτής:

α) Εισηγείται τον κεντρικό, διχλωρισμό, συγχώνευση ή κατάργηση των ιατρικών και οδοντιατρικών ειδικοτήτων.

β) Εκτιμά τις ανάγκες και γνωμοδοτεί για τον αριθμό των γιατρών που απαιτούνται κατά ειδικότητα.

γ) Καταρτίζει το προγράμματα για την εκπαίδευση των ειδικευόμενων γιατρών και καθορίζει τα κριτήρια για τον ορισμό των μονάδων, που παρέχουν εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας, το χρόνο εκπαίδευσης κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο και τον αριθμό των εκπαιδευόμενων σ' αυτό γιατρών.

δ) Καταρτίζει ενιαίο πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γιατρών, των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας, του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού λοιπών επαγγελματιών υγείας. Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού συντονίζεται, κατά υγειονομική περιφέρεια, από την περιφερειακή επιτροπή εκπαίδευσης, που συνιστάται σε κάθε Π.Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 9 του άρθρου 4 του νόμου αυτού και υλοποιείται από την επιστημονική επιτροπή κάθε νοσοκομείου.

ε) Εγκρίνει προτάσεις για τη λειτουργία υποχρεωτικών και προαιρετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ιεραρχεί, εποπτεύει, συντονίζει και αξιολογεί την εκτέλεση και απόδοσή τους.

2. Με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., είζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος και η διαδικασία για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας. Για όσους έχουν συμπληρώσει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας έως την έκδοση του παραπάνω προεδρικού διατάγματος, εφαρμόζονται οι διατάξεις που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

#### Άρθρο 32.

##### Άδειες.

1. Στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. χορηγείται κάθε χρόνο για 22 εργάσιμων ημερών. Από το χρόνο αυτόν αφαιρείται ο χρόνος αδικαιολόγητης απουσίας από την εργασία. Ίσον το ζήτησαν οι γιατροί με αίτησή τους, τα 2/3 του μιστού της κανονικής άδειας πρέπει να χορηγούνται για χρονική περίοδο από 1η Ιουνίου έως τέλος Σεπτεμβρίου, εκτός αν έκτακτες ανάγκες επιβάλλουν την παρουσία στη θέση τους. Η άδεια χορηγείται από το διοικητικό ούλιο του νοσοκομείου, μετά από γνώμη του διευθυντή τομέα, στον οποίο ανήκουν οι γιατροί. Οι γιατροί με ειδικότητα ακτινολόγων διατηρούν το δικαίωμα πρόσθετης άδειας σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στους γιατρούς Υ. μπορεί να χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για συγκεκριμένο εκπαιδευτικό σκοπό, μέχρι ένα (1) χρόνο με απόδοκα μέχρι δύο (2) χρόνια χωρίς αποδοχές, σε κάθε βαθμιαία μετεκπαίδευση ή παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών σεμιναρίων και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων στην ύλη ή το εξωτερικό. Η μετεκπαιδευτική άδεια χορηγείται απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας για το εξωτερικό απαιτείται η αποδεδειγμένη άρτια γνώση από το γιατρό της γλώσσας της ξένης χώρας όπου μεταβαίνει.

2. Γιατροί, που παίρνουν εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές υποχρεούνται να υπηρετήσουν στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. μετά τη λήξη της εκπαιδευτικής άδειας διπλάσιο χρόνο. αντίθετη περίπτωση υποχρεούνται να επιστρέψουν στο δικαστικό το σύνολο των αποδοχών που έλαβαν κατά το χρόνο της άδειας. Η είσπραξη γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου για την είσπραξη των δημοσίων εσόδων.

3. Στους γιατρούς των νομαρχιακών νοσοκομείων και των κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών και των περιφερειακών ιατρείων τους 24ωρης εφημερίας χορηγείται, ύστερα από αίτησή τους, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου του άρθρου 12 του νόμου αυτού εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές μέχρι ένα (1) μήνα για κάθε τριετία για παρακολούθηση μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων ή για απασχόληση σε ερευνητική εργασία σε περιφερειακά νοσοκομεία, πέρα από την εκπαιδευτική άδεια της παρ. 1 του άρθρου αυτού και με εξαίρεση από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου αυτού.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη χορήγηση των εκπαιδευτικών αδειών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Στους γιατρούς χορηγούνται αναρρωτικές άδειες και επιπλέον στις γυναίκες άδειες κύησης και λοχείας σύμφωνα με τις διατάξεις του υπαλληλικού κώδικα.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζεται η διαδικασία και οι προϋποθέσεις λήψης άδειας γιατρών για παρακολούθηση επιστημονικών συνεδρίων.

#### Άρθρο 33.

##### Απόσπαση — μετακίνηση.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. μπορεί να αποσπώνται για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών σε οποιοδήποτε νοσοκομείο και κέντρο υγείας. Κάθε γιατρός μπορεί να αποσπάται μέχρι δύο φορές σε κάθε βαθμό και για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των έξι (6) μηνών συνολικά. Από τη διάταξη αυτή εξαιρούνται οι γιατροί — μητέρες με παιδιά κάτω των 6 ετών. Η απόσπαση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με σύμφωνη γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχει συγκροτηθεί, αν πρόκειται για απόσπαση στην ίδια υγειονομική περιφέρεια και του ΚΕ.Σ.Υ., αν πρόκειται για απόσπαση σε άλλη υγειονομική περιφέρεια.

Σε έκτακτες ανάγκες η απόσπαση γίνεται και πριν από τη γνωμοδότηση του Π.Ε.Σ.Υ. και του ΚΕ.Σ.Υ. αντίστοιχα. Στην περίπτωση αυτή η γνώμη τους διατυπώνεται στην πρώτη μετά την απόσπαση συνεδρίαση. Αν η γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ. ή ΚΕ.Σ.Υ. είναι αρνητική, η απόσπαση ανασταλείται.

2. Ο χρονικός περιορισμός της προηγούμενης παραγράφου δεν ισχύει όταν πρόκειται για απόσπαση των υπεράριθμων γιατρών των παραγράφων 12 του άρθρου 27 και 2 του άρθρου 28 του νόμου αυτού.

3. Στους γιατρούς που μετακινούνται εκτός της έδρας τους καταβάλλεται προαύξηση επί του βασικού μισθού τους πενήντα τοις εκατό (50%).

#### Άρθρο 34.

##### Πειθαρχική δικαιοδοσία.

1. Πειθαρχική δικαιοδοσία στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. εκτός από τα πειθαρχικά συμβούλια των ιατρικών συλλόγων ασκούν μόνο:

α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, εφόσον πρόκειται για Ν.Π.Δ.Δ.



Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. που προσφέρουν υπηρεσίες σε νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ. παραπέμπονται για πειθαρχικό έλεγχο στο περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο.

2. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται τριμελές περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο γιατρών Ε.Σ.Υ. που αποτελείται από:

α) Τον πρόεδρο του αντίστοιχου Π.Ε.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο.

β) Έναν (1) από τους προέδρους των πειθαρχικών συμβουλίων των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο και

γ) Έναν (1) πρόεδρο πρωτοδικών που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης, ως πρόεδρο.

Η συγκρότηση των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Καθήκοντα γραμματέα εκτελεί υπάλληλος του Π.Ε.Σ.Υ.

Η θητεία των μελών είναι τριετής. Μέχρι να ορισθούν οι υγειονομικές περιφέρειες και συγκροτηθούν τα Π.Ε.Σ.Υ., η έδρα και η περιφέρεια των πειθαρχικών συμβουλίων ορίζονται με την απόφαση συγκρότησής τους.

Με την ίδια απόφαση ορίζεται αντί του προέδρου του Π.Ε.Σ.Υ. και του αναπληρωτή του γιατρός—μέλος ιατρικού συλλόγου της περιφέρειας του πειθαρχικού συμβουλίου που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από το ΚΕ.Σ.Υ.

3. Συνιστάται με έδρα την Αθήνα πενταμελές κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο γιατρών Ε.Σ.Υ. που αποτελείται από:

α) Τον πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο.

β) Τον πρόεδρο του ανώτατου πειθαρχικού συμβουλίου του πανελληνίου ιατρικού συλλόγου με τον αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εφέτη διοικητικών δικαστηρίων, που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης.

δ) Έναν (1) εφέτη της πολιτικής δικαιοσύνης που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης και

ε) Ένα (1) μέλος του ΚΕ.Σ.Υ. που ορίζεται με τον αναπληρωτή του μετά από απόφαση της ολομέλειάς του. Πρόεδρος του κεντρικού πειθαρχικού συμβουλίου είναι ο αρχαιότερος κατά το διορισμό του εφέτης.

Η θητεία των μελών του συμβουλίου είναι τριετής. Η συγκρότησή του γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Γραμματέας του συμβουλίου ορίζεται με την απόφαση συγκροτήσής του ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Ι.Δ. που υπάγεται στην εποπτεία του.

4. Για τον τρόπο λειτουργίας του κεντρικού και των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων γιατρών Ε.Σ.Υ., τη δικαιοσύνη λήψης αποφάσεων, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των μελών τους και την αντικατάστασή τους, εφαρμόζονται ανάλογα οι σχετικές διατάξεις για τα πειθαρχικά συμβούλια των δημόσιων υπαλλήλων. Στα μέλη των πειθαρχικών συμβουλίων καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, που καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου δικάζει σε πρώτο βαθμό. Τα περιφερειακά πειθαρχικά συμβούλια δικάζουν, σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα που μπορούν να επισύρουν ποινή μέχρι και τη διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) έως πέντε (5) χρόνια και σε δεύτερο βαθμό ύστερα από έφεση κατά αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο δικάζει σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα, που μπορεί να επισύρουν την ποινή της ανάκλησης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και

των αποφάσεων του κεντρικού πειθαρχικού συμβουλίου των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων.

### Άρθρο 35.

Πειθαρχικά αδικήματα και πειθαρχικές ποινές.

1. Πειθαρχικά αδικήματα των γιατρών Ε.Σ.Υ. είναι:

α) Η άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος ή η τογή άλλης θέσης κατά παράβαση των διατάξεων του άρθρου 24 του νόμου αυτού.

β) Η λήψη αμοιβής για οποιασδήποτε μορφής παροχή τριών υπηρεσιών.

γ) Η δωροληψία.

δ) Η αποδοχή οποιασδήποτε χρηματικής περιουσιακής ποσότητας και αν δεν συντετά δωροληψία, από πρόσωπα τα οποία προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες.

ε) Η συνεργασία με γιατρούς, που αγκυών ελεύθερο επαγγελμα, ή με ιδιωτικές κλινικές, καθώς και η παράβαση της διάταξης του άρθρου 24 παράγρ. 2, εδάφιο προτελευταίο της ποινής μοναδική κύρωση αποτελεί η πειθαρχική ευθύνη του γιατρού Ε.Σ.Υ., εφόσον οι αναφερόμενες δραστηριότητες των συνεργαζομένων του προσώπων καλύπτουν ουσιαστικά δυνάμει του απαγορευμένη δραστηριότητα ή συνεργασία.

ς) Η χρησιμοποίηση της θέσης για εξυπηρέτηση των δυνάμει δικών τους ή τρίτων.

ζ) Η παράβαση κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.

η) Η ατελής και μη έγκαιρη εκπλήρωση των καθηκόντων τους.

θ) Η αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων, η άγνοια ή η παρεκκλιστική καθυστέρηση παροχής υπηρεσιών.

ι) Η άριστη μεταχείριση των αρρώστων στην παροχή ιατρικών φροντίδων ή η απρεπής συμπεριφορά προς αυτούς.

ια) Η μη πρόεουσα συμπεριφορά τους προς τους πολίτες τους προϊσταμένους και λοιπούς υπαλλήλους.

ιβ) Η μη έγκαιρη κατάρτιση εκθέσεων, ως και η σύνδεση εκθέσεων ουσιαστικών προσόντων από προϊστάμενο χωρίς την επιβαλλόμενη αμεροληψία και αντικειμενικότητα.

ιγ) Η παράβαση της επιβαλλόμενης εχεμύθειας.

ιδ) Η χρησιμοποίηση πληροφοριών τις οποίες έχουν στην υπηρεσία τους, για να αποκομισούν όφελος οι ίδιοι ή τρίτοι.

ιε) Η φθορά λόγω κακής χρησιμοποίησης, η εγκατάλειψη, η παράνομη χρησιμοποίηση πράγματος, που ανήκει στο Δημόσιο ή σε Ν.Π.Ι.Δ.

ιστ) Η παράβαση καθήκοντος κατά τον ποινικό νόμο.

ιζ) Η παράβαση των διατάξεων του νόμου αυτού και των νόμων που διέπουν το νοσοκομείο.

2. Πειθαρχικές ποινές είναι:

α) Έγγραφο επίπληξη.

β) Πρόστιμο μέχρι των αποδοχών τριών μηνών.

γ) Διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) μέχρι πέντε (5) χρόνια.

δ) Οριστική πάυση και

ε) Αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσηνά μέχρι δύο (2) χρόνια ή οριστικά.

3. Η διακοπή του δικαιώματος για υποβολή υποψηφιότητας, για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα β' έως ιε' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

4. Η ποινή της αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί μόνο για τα αδικήματα με σχέση α', β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

5. Η ποινή της οριστικής πάυσης επιβάλλεται υποχρεωτικά για το αδίκημα με στοιχείο α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού και μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα β'

α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου—Ν.Π.Δ.Δ. έγκριση επίκληση και πρόταση μέχρι των αποδοχών δεκαπέντε (15) ημερών.

β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία α' έως γ' της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

γ) Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία δ' και ε' της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

7. Πειθαρχικές διατάξεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την ιατρική θεοντολογία εξακολουθούν να ισχύουν.

8. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλογικά οι διατάξεις του πειθαρχικού δικαίου των δημόσιων υπαλλήλων.

#### Άρθρο 36.

Λύση υπηρεσιακής σχέσης.

1. Η υπηρεσιακή σχέση των γιατρών Ε.Σ.Υ. λύνεται με το θάνατο, την έκπτωση, την αποδοχή παραίτησης ή την απόλυσή τους.

2. Έκπτωση γίνεται αυτοδίκαια σε περίπτωση αμετάκλητης καταδίκης του γιατρού για κακούργημα ή πλημμέλημα από αυτά που αναφέρονται στο άρθρο 27 του νόμου αυτού ή σε στέρηση των πολιτικών του δικαιωμάτων. Η απόλυση της ελληνικής ιθαγένειας συνεπάγεται έκπτωση του γιατρού, προϋποβλεπόμενα από την αρμόδια αρχή. Η έκπτωση σε κάθε περίπτωση διαπιστώνεται με πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Οι γιατροί έχουν δικαίωμα υποβολής παραίτησης. Η παραίτηση υποβάλλεται γραπτά στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και η λύση της υπηρεσιακής σχέσης επέρχεται με την αποδοχή της παραίτησης. Αν παρέλθει άπρακτο διάστημα δύο μηνών, η παραίτηση θεωρείται ότι έγινε αποδεκτή και λύνεται αυτοδίκαια η υπηρεσιακή σχέση.

4. Οι γιατροί απολύονται μόνο:

α) Με την επιβολή της ποινής της αριστικής πύσης ή της αριστικής αφαίρεσης της άδειας.

β) Για σωματική ή πνευματική ανικανότητα που διαπιστώνεται με τη διαδικασία και τα όργανα της παραγράφου 6 του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

γ) Με τη συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας τους ή σε κάθε περίπτωση με τη συμπλήρωση 35 χρόνων άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

5. Η αποδοχή παραίτησης και η απόλυση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

#### Άρθρο 37.

Κατάργηση θέσεων.

1. Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται όλες οι θέσεις ιατρικού προσωπικού, πλην των ειδικευμένων, οργανικές ή μη, μόνιμες ή με θητεία, με σύμβαση οποιασδήποτε μορφής, των νοσοκομείων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και των νοσοκομείων υπηρεσιών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. Θέση κατά την έννοια της διατάξης αυτής λογίζεται και η προσωρά ιατρικών υπηρεσιών με οποιαδήποτε μορφή συνεργασία στα νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. που επισπεύδονται από το δημόσιο.

2. Οι γιατροί, που υπηρετούν στις θέσεις που καταργούνται, εξακολουθούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο έως τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων των γιατρών Ε.Σ.Υ. και για χρονική περίοδο μέχρι έξη (6) μήνες από τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο χρόνος αυτός μπορεί να παρατείνεται για ένα ακόμη εξάμηνο. Η ημερομηνία αποχώρησης ορίζεται με διαπιστωτική πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

#### Άρθρο 38.

Ειδικευόμενοι.

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορούν να συνιστώνται στα νοσοκομεία θέσεις ειδικευομένων ή να καταργούνται ή μεταφέρονται σε άλλη ειδικότητα του νοσοκομείου ή να μεταφέρονται σε άλλα νοσοκομεία στην ίδια ή σε άλλη ειδικότητα.

2. Τοποθέτηση γιατρού για ειδικευση, πέρα από τις θέσεις που προβλέπονται για κάθε νοσοκομείο, απαγορεύεται. Ξεαιρούνται οι μόνιμοι γιατροί των ενόπλων δυνάμεων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορούν να τοποθετούνται ως υπεριθμιοί άμισθοι. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ο αριθμός των γιατρών αυτών κατά νοσοκομείο. Η τοποθέτηση των ειδικευομένων γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου, σύμφωνα με τη σειρά προτεραιότητας υποβολής των αιτήσεων.

3. Οι διατάξεις του άρθρου 29 του νόμου αυτού ισχύουν και για τους ειδικευομένους.

4. Οι ειδικευόμενοι απαγορεύεται να ασκούν ελεύθερο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφή ή καλλιτεχνική δημιουργία. Επίσης απαγορεύεται να κατέχουν οποιαδήποτε δημόσια ή ιδιωτική θέση.

5. Στους ειδικευομένους καταβάλλεται το σύνολο των αποδοχών της θέσης των βοηθών οδοντογιατρών.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να χαρακτηρίζονται ως άγονες οι ιατρικές ειδικότητες στις οποίες δεν αντιστοιχεί ο απαιτούμενος αριθμός γιατρών σύμφωνα με τις ανάγκες που εκτιμούνται κατά τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού.

Στους γιατρούς που ειδικεύονται σε άγονες ειδικότητες μπορεί με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. να χορηγείται προσαύξηση μέχρι και είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) στο βασικό μισθό τους.

7. Γιατροί που υπηρετούν σε θέσεις επιμελητή Β' ύστερα από αίτησή τους να τοποθετούνται ως υπεριθμιοί, για ειδικευση σε ειδικότητα που εντάσσεται στο προγραμματισμό του ΚΕ.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού, διατηρώντας θέση και τις αποδοχές της. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

8. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να χορηγείται υποτροφία σε αλλοδαπούς γιατρούς για ειδικευση τους στα νοσοκομεία της χώρας. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται ο αριθμός των υποτροφιών κατά ειδικότητα και το ύψος της υποτροφίας. Οι γιατροί αυτοί τοποθετούνται ως υπεραριθμιοί.

#### Άρθρο 39.

Απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. που απολύονται λόγω συνταξιοδότησης απαγορεύεται να ασκούν το επάγγελμα με οποιαδήποτε μορφή.

2. Απαγορεύεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος ο γιατρός που έχουν συμπληρώσει το 70<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους.

3. Απαγορεύεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος ο ανειδίκευτος γιατρός καθώς και στους γιατρούς

## Άρθρο 40.

## Απασχόληση εκτός θέσης.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. επιτρέπεται στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. να απένχουν από τα καθήκοντά τους και να προσφέρουν υπηρεσίες στο δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση ή Ν.Π.Δ.Δ. για χρονική περίοδο μέχρι ένα χρόνο που μπορεί να ανανεώνεται.

2. Με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου μπορεί να επιτρέπεται στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. η μερική αποχή από τα καθήκοντά τους για μερική παροχή παρόμοιων υπηρεσιών ή για εκπλήρωση υποχρεώσεων ως αρετών μελών διείσθησης αναγκαστικώς επιστημονικού φορέα και για ορισμένο αριθμό ημερών κατά εβδομάδα που δεν μπορούν να υπερβούν τις τρεις (3).

3. Υπηρεσία του γιατρού Ε.Σ.Υ. που προβλέπεται από τις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου αυτού θεωρείται πραγματική υπηρεσία για τη μισθολογική κατάταξη και τη συνταξιοδότησή του.

4. Οι γιατροί και οι οδοντογιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν έχουν το κώλυμα ή το αποκλειστικό του άρθρου 36 του Ν. 1065/1980, όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1270/1982.

## Άρθρο 41.

## Μετεκπαίδευση γιατρών.

1. Για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος απαιτείται και η συμπλήρωση κάθε πέντε (5) χρόνια οδόντα (80) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, που το πρόγραμμά τους καθορίζεται από την επιτροπή εκπαίδευσης — μετεκπαίδευσης του άρθρου 31 του νόμου αυτού καθώς και η συμπλήρωση είκοσι (20) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων επιλογής του γιατρού ή οδοντογιατρού.

Κάθε γιατρός και οδοντογιατρός υποχρεούται να προσκομίζει μέσα σε δύο (2) μήνες από τη συμπλήρωση κάθε πενταετίας, επίσημη βεβαίωση για την παρακολούθηση αυτών των μετεκπαιδευτικών μαθημάτων.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ανακαλείται η άδεια άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, από το γιατρό ή οδοντογιατρό που δεν προσκομίζει την παραπάνω βεβαίωση μετεκπαίδευσης.

Η άδεια άσκησης επαγγέλματος επαναχρησιμεύεται όταν υποβληθεί η βεβαίωση.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο χρόνος έναρξης της πρώτης πενταετίας και καθορίζονται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε σχετική λεπτομέρεια, για την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων.

4. Απαγορεύεται η χρησιμοποίηση για επαγγελματική προβολή από γιατρούς και οδοντογιατρούς που αποκινούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα οποιοδήποτε ακαδημαϊκού τίτλου ή τίτλου θέσης που κατείχε ο γιατρός κατά την υπηρεσία του στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.

Η παράβαση της διατάξης αυτής συνεπάγεται την προσωρινή ανάκλησή της άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος από δύο μέχρι δώδεκα μήνες και σε περίπτωση υποτροπής μέχρι και την οριστική ανάκληση. Η ανάκληση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

## Άρθρο 42.

## Βράβευση νοσοκομείων και κέντρων υγείας.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ανακηρύσσονται κάθε χρόνο, με βάση το επιστημονικό και νοσηλευτικό τους έργο,

α) Έννεα (9) νοσοκομεία της χώρας και συγκεκριμένα

αα) Δύο (2) της Αθήνας.

ββ) Ένα (1) της Θεσσαλονίκης.

γγ) Ένα (1) του Πειραιά ή της Πάτρας ή του Ικλείου ή των Ιωαννίνων ή της Αλεξανδρούπολης

δδ) Τέσσερα (4) από τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας

εε) Ένα (1) ψυχιατρικό από όλη τη χώρα.

β) Ένδεκα (11) κέντρα υγείας μη αστικών περιφερειών και συγκεκριμένα:

αα) Ένα (1) της Θράκης.

ββ) Δύο (2) της Μακεδονίας.

γγ) Ένα (1) της Ηπείρου.

δδ) Ένα (1) της Θεσσαλίας.

εε) Δύο (2) της Στερεάς Ελλάδας και Εύβοιας.

στστ) Δύο (2) της Πελοποννήσου.

ζζ) Ένα (1) της Κρήτης και

ηη) Ένα (1) των άλλων νησιών.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα τα κριτήρια για την επιλογή και συγκριτική αξιολόγηση των κέντρων υγείας για την ανακήρυξη των κεντρών καθώς και η διαδικασία, ο τρόπος και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

3. Σε όλο το προσωπικό των νοσοκομείων και κέντρων υγείας, που ανακηρύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ως καλύτερα, καταβάλλεται ως ειδική αμοιβή ποσό ίσο με το μισό του βασικού μισθού κάθε λήλου.

## Άρθρο 43.

## Μεταβατικές διατάξεις.

1. Οι μόνιμοι γιατροί ασφαλιστικών οργανισμών και μείων Ν.Π.Δ.Δ. και οι μόνιμοι αγροτικοί γιατροί, που ρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, των οποίων θέσεις καταργούνται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2 και 3 του άρθρου 16, 2 του άρθρου 20 και 3 του άρθρου 37 του νόμου αυτού, εντάσσονται σε οργανώσεις των κέντρων υγείας της περιφέρειας του ιατρικού λόγου που υπηρετούσαν κατά την κατάργηση της θέσης που κατείχαν.

2. Η ένταξη γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνωστοποίηση των θέσεων, υπαίτητων των ενδιαφερομένων και κρίση από τα συμβούλια επιλογής και κρίσης γιατρών του άρθρου 6 του Ν. 1270/1982 σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 27 του αυτού.

3. Η απαγόρευση άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος, προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου 39 του νόμου αυτού, ισχύει από την έκδοση των π. δ/των που προβλέπονται στην παράγραφο 3 του άρθρου 16 του νόμου αυτού. Η άσκηση για τους πανεπιστημιακούς γιατρούς ισχύει από έκδοση του π. δ/τος που προβλέπεται από το Ν. 1268/1982.

4. Η απαγόρευση της παραγράφου 2 του άρθρου 39 του νόμου αυτού ισχύει από την 1.1.1989.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., συγκροτείται επιτροπή εκτίμησης αξιολόγησης του εξοπλισμού εργαστηρίων εργαστηριακών γιατρών και ιατροειών οδοντογιατρών που θα διαρίζονται γιατροί Ε.Σ.Υ.

6. Συμβάσεις έργου μεταξύ του δημοσίου ή ασφαλιστικών οργανισμών και γιατρών για την εξωνοσοκομειακή διάθεση των ασφαλισμένων τους στα ιδιωτικά τους κέντρα δεν εμπίπτουν στις διατάξεις του Ν. 1256/1982 μέχρι

## Άρθρο 44.

Ο Ν. 1316/1983 για την ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.), της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας και άλλες διατάξεις τροποποιείται κατά τις ακόλουθες διατάξεις ως εξής:

1. Η παράγραφος 5 του άρθρου 5B αντικαθίσταται ως εξής:

«6. Ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. μπορούν να ανατεθούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκεκριμένα καθήκοντα ή έργα σε μέλος ή μέλη του Δ.Σ. του Οργανισμού. Η αποζημίωση των μελών αυτών καθορίζεται, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. με κοινή απόφαση των Υπουργών των Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. είναι δυνατό να συσταθούν γνωμοδοτικές επιτροπές από μέλη του Δ.Σ. Οι επιτροπές αυτές, που μπορούν να συμβουλευούνται εμπειρογνώμονες, επεξεργάζονται ειδικά θέματα και υποβάλλουν την εισήγησή τους στο Δ.Σ. που εγκρίνει ή απορρίπτει τη σχετική εισήγηση. Οι γνωμοδοτικές επιτροπές συγκαλούνται σε συνεδρίαση με πρόκληση του Προέδρου ή του αναπληρωτή του, οι εισηγήσεις τους δε υποβάλλονται κατά το δυνατό στην επόμενη συνεδρίαση του Δ.Σ. Ο Πρόεδρος μπορεί βάσει των εισηγήσεων των γνωμοδοτικών επιτροπών να λαμβάνει έκτακτα μέτρα στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του. Η αποζημίωση των μελών του Δ.Σ. για τη συμμετοχή τους στις γνωμοδοτικές επιτροπές και των εμπειρογνώμωνων καθορίζεται, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ., με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας».

2. Η παράγραφος 1 του άρθρου 6 II αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Προεδρεύει της Ολομέλειας του Διοικητικού Συμβουλίου».

3. Στο άρθρο 6 II προστίθεται η παρ. 13 με το εξής περιεχόμενο:

«13. Ο Πρόεδρος του Ε.Ο.Φ. μπορεί να αναθέτει ορισμένες από τις αρμοδιότητές του σε μέλος ή μέλη του Δ.Σ. καθώς επίσης στους Διευθυντές, τους τμηματάρχες και τους υπαλλήλους του Οργανισμού».

4. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 6 III αντικαθίστανται ως εξής:

«II. Οι αντιπρόεδροι αποκτούν τις αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται ή τους ανατίθενται με απόφαση του Προέδρου ή του Δ.Σ.».

5. Μετά το άρθρο 17 προστίθεται νέο άρθρο 17α με το εξής περιεχόμενο:

## «Άρθρο 17α.

1. Η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία είναι κοινής ωφελείας και κοινωνικοποιημένη Επιχείρηση, υπάγεται δε στις διατάξεις του Ν. 1365/1983 «Κοινωνικοποιήσεις των επιχειρήσεων δημοσίου χαρακτήρα ή κοινής ωφελείας».

2. Με Π. Δ/γμα που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Ε.Ο.Φ. με πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται έως 31.12.1983 το καταστατικό της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας».

6. Τα άρθρα 18, 19 και 21 καταργούνται,

7. Το άρθρο 25 αντικαθίσταται ως εξής:

## «Άρθρο 25.

1. Η Κρατική Φαρμακαποθήκη είναι κοινής ωφελείας

2. Με Π. Δ/γμα που εκδίδεται ύστερα από γνώμη Ε.Ο.Φ. με πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται 31.12.1983 το καταστατικό της Κρατικής Φαρμακαποθήκης».

3. Οι διατάξεις του νόμου αυτού για την Εθνική Φαρμακοβιομηχανία εφαρμόζονται ανάλογα και στην Κρατική Φαρμακαποθήκη».

8. Στο άρθρο 14 προστίθενται πέντε νέες παράγραφοι (6 — 10), ως εξής:

«6. Ο Ε.Ο.Φ. δικαιούται να αγοράζει ακίνητα και συστήνει κάθε είδους εκπράγματα δικαιώματα ή να ενισχύει ακίνητα για την εξυπηρέτηση των αναγκών των νοσηρίων του ή των επιχειρήσεων που ιδρύει και ελέγχει».

7. Για την αγορά ακινήτων από κρατικούς φορείς, προσδιορίζονται στο άρθρο 9 παρ. 1 του Ν. 1232/ και στο άρθρο 1 παρ. 6 του Ν. 1256/1982, εφαρμόζονται στο Ε.Ο.Φ. η διαδικασία που προβλέπει το άρθρο 3 του Π.Δ. 715/1979.

8. Ο Ε.Ο.Φ. απαλλάσσεται στις περιπτώσεις των άρθρων 6 και 7 από κάθε φόρο μεταβίβασης, εισφορά του δημοσίου, νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου ή και απολαύει όλων των προνομίων που προβλέπονται στην αγορά ακινήτων εκ μέρους του δημοσίου».

9. Ο Ε.Ο.Φ., με απόφαση του Προέδρου του που νείται από το Δ.Σ., συμμετέχει σε δημόσιους αναγκαστικούς πλειστηριασμούς, από οποιονδήποτε και αν επισκεπτόμενος να καλύψει τις ανάγκες που αναφέρονται παράγραφο 6. Για τη συμμετοχή στον πλειστηριασμό απαιτείται η κατάθεση εγγύησης στον υπάλληλο ελεγκτή πλειστηριασμού. Το Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. καθορίζει για συγκεκριμένη περίπτωση το ύψος του ποσοστού στη πρώτη της προφοράς, με το οποίο ο Ε.Ο.Φ. μπορεί να δεματίσει».

10. Ο Ε.Ο.Φ. δικαιούται να συνάπτει δάνεια, με ή χωρίς ενέχυρο της περιουσίας του ή με εκχώρηση των εσόδων του, από εγγώρια ή ξένα τραπεζικά πιστωτικά μέσα ή άλλους ειδικούς οργανισμούς».

Οι συμβάσεις αυτές απαλλάσσονται από κάθε υπέρ του δημοσίου και των νομικών προσώπων που εννοούνται με αυτό ή υπέρ τρίτων».

## Άρθρο 45.

1. Τα έργα των κτιρίων των κέντρων υγείας, άσχετο με το ύψος του ολικού προϋπολογισμού και των επί μέρους ποσοστώσεων οικοδομικών εργασιών και ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων, μπορεί να δημοπρατούνται ενιαία με νοπρακτούντων εργολάβων οικοδομικών και ηλεκτρομηχανολογικών έργων, που έχουν πτυχία αναλόγου δυναμικού προς τους επί μέρους προϋπολογισμούς των οικοδομικών ηλεκτρομηχανολογικών εργασιών. Στην περίπτωση αυτή έχουν εφαρμογή οι σχετικές διατάξεις του άρθρου 4 του Ν. 271/1969 «περί εργοληπτικών ηλεκτρομηχανολογικών έργων», που αναφέρονται στην ενιαία ή χωριστή εκτέλεση των έργων και στις προϋποθέσεις συμμετοχής των εργοληπτικών στη δημοπρασία».

2. Οι διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 9 του Ν. 1977 (ΦΕΚ 200) ισχύουν και για έργα επισκευών, συντηρήσεων και επεκτάσεων κτιρίων και εγκαταστάσεων νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ν.Δ. 2592/1953.

Οι σχετικοί ειδικοί κανονισμοί εκδίδονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Δημοσίων Έργων και Υγείας και Πρόνοιας».

## Άρθρο 46.

## Τελικές διατάξεις.

1. Η κοινωνικοποίηση στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας κατά τους όρους του νόμου αυτού. Οι διαδικασίες τι

2. Μέχρι να συγκροτηθούν τα Π.Ε.Σ.Υ. οι αρμοδιότητες τους αποκούνται από το Κ.Ε.Σ.Υ., εφόσον δεν ορίζεται διαφορετικά από τις επιμέρους διατάξεις του νόμου αυτού.

3. Όπου κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού για την έκδοση κ. δ/των ή άλλων πράξεων της Διοίκησης απαιτείται και γνώμη αλήθ ή σύμφωνη φωνή ή συλλογικών οργάνων, εάν η γνώμη δεν υποβληθεί μέσα σε προθεσμία τριών μηνών, εφόσον από τις επιμέρους διατάξεις δεν ορίζεται διαφορετικά, από την σχετική πρόσκληση του αρμόδιου Υπουργού, τα κ. δ/τα και οι άλλες διοικητικές πράξεις εκδίδονται χωρίς αυτή.

4. Κατεξάιρεση των διατάξεων της παραγράφου 7 του άρθρου 6 του νόμου αυτού επιτρέπεται η μεταβίβαση ονομαστικοποιημένων μετοχών και μερσίων ΕΠΕ λόγω κληρονομικής διαδοχής ή εν ζωή σε ήδη μετόχους της ανωνύμου εταιρείας ή της Ε.Π.Ε.

5. Κάθε διαταγή που αντίκειται στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού καταργείται.

Άρθρο 47.

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζουν διαφορετικά οι επιμέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομεν να δημοσιευθή στην Εφημερίδα εφεσθέντως το κείμενο του παρόντος και να εκτελεσθεί ο νόμος του Κράτους.

Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 1983

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ	ΕΣΤΕΡΙΚΩΝ
<b>ΓΕΩΡΓ. ΑΛΕΞ. ΜΑΓΚΑΚΗΣ</b>	<b>ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗ</b>
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ	ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
<b>ΑΠ. ΑΘ. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ</b>	<b>ΓΕΩΡΓ. ΑΛΕΞ. ΜΑΙ</b>
ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
<b>ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΑΛΑΜΑΝΗΣ</b>	<b>ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΟΤΤΙ</b>
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ
<b>ΠΑΡ. ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ</b>	<b>ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΒΕΡΓΙ</b>

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ  
**ΓΕΩΡΓ. ΚΑΤΣΙΦΑΡΑΣ**

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του 1

Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 1983

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ**

γν  
εν  
ου  
θε  
μή  
ερ-  
βή-  
πό-  
βρύ-  
ορδ  
οιό-  
: από  
πρό-  
γικών  
ύ και  
χρνο-  
κνητος  
και  
τη δεν  
> Ν.Δ.  
δημο-  
μοπρα-  
κοινω-  
. 641/  
διαρ-  
ων των  
: απόφρ-  
σι: Π ρ β

νεογειται  
υ άρθρου  
ση στο Ε  
υπολοιπεσ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ – ΜΕΡΟΣ Γ

---

# ΕΠΙΨΥ

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

**Έρευνα για τις Στάσεις και Αντιλήψεις γύρω από την Ψυχική Ασθένεια**

**ΕΡ.1.** Όταν ακούτε τη φράση "σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχική αρρώστια", ποιες συγκεκριμένες αρρώστιες σας έρχονται στο μυαλό;

**ΕΡ.2.** Κατά τη γνώμη σας υπάρχει διαφορά ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη;

Ναι υπάρχει -----

Όχι δεν υπάρχει -----

**ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 3, ΑΛΛΙΩΣ ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 4**

**ΕΡ.3.** Κατά τη γνώμη σας:

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΤΟ ΙΔΙΟ	ΚΑΜΙΑ	ΔΙ

Ποια από τις δύο εμφανίζεται πιο συχνά -----

Ποια από τις δύο νομίζετε ότι είναι πιο σοβαρή -----

Και ποια από τις δύο νομίζετε ότι θεραπεύεται πιο εύκολα

**ΕΡ.4.** Ειδικότερα για τη σχιζοφρένεια, έχετε δει, ακούσει, ή διαβάσει κάτι σχετικό τους τελευταίους έξι μήνες και, εάν ναι που;

ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ -----

ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ -----

ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ -----

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ -----

Σε διαφήμιση σε μέσο μαζικής μεταφοράς (λεωφορείο, τρόλεϊ κ.α.) -----

Σε διαφήμιση σε ειδικά διαμορφωμένο σημείο (στάσεις λεωφορείων, τρόλεϊ κ.α.) -----

**Β** ΑΛΛΟΥ (ΠΟΥ); -----

Δεν έχω ακούσει κάτι -----

**ΕΡ.5.** Τους τελευταίους έξι μήνες είδατε/ ακούσατε στις ειδήσεις ή διαβάσατε στις εφημερίδες κάτι σχετικό ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια; Αν ναι, θα μπορούσατε να μας πείτε πως περιέγραφαν αυτους ανθρώπους;

**(ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ ΜΕΧΡΙ ΤΡΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ)**

Να έχουν βίαιη, επικίνδυνη, ή επιθετική συμπεριφορά στους άλλους ανθρώπους -----

Να διαπράττουν ένα έγκλημα -----

Να είναι άστεγοι -----

Να προκαλούν δημόσια ενόχληση -----

Να έχουν στημένη/ βρώμικη εμφάνιση -----

Να υποφέρουν από διάφορα συμπτώματα, όπως να ακούνε φωνές ή να μιλάνε μόνοι τους -----

Να έχουν αυτοκτονικές τάσεις -----

Να είναι θύματα εγκληματικής ενέργειας -----

Να υποφέρουν από κάποια σοβαρή ασθένεια (η οποία απαιτεί θεραπεία) -----

Να έχουν την ανάγκη μιας καλύτερης θεραπείας ή μιας καλύτερης υποστήριξης -----

Να συμμετέχουν σε μια έρευνα -----

Να παρουσιάζονται με κάποια άλλη θετική εικόνα -----

Να παρουσιάζονται με κάποια άλλη αρνητική περιγραφή -----

Δε διάβασα ή άκουσα κάτι σχετικό -----

**ΕΡ.6.** Εργάζεσθε, ή εργασθήκατε κάποια στιγμή σε κάποια φορέα που παρέχει υπηρεσίες σε ανθρώπους σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ή ψυχικές ασθένειες;

Ναι -----

Όχι -----

**ΕΡ.7.** Έχετε ποτέ εσείς ή κάποιος/α που γνωρίζετε κάνει θεραπεία για κάποιο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή κάποια ψυχική ασθένεια; (ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ)

Εσείς ο ίδιος /ίδια -----

Σύζυγος/ παιδί -----

Άλλο συγγενικό πρόσωπο -----

Φίλος -----

Γνωστός -----

Συνεργάτης/ Συνάδελφος -----

Δε γνωρίζω τέτοιο άτομο -----

Δεν είμαι βέβαιος -----

**ΕΡ.8.** Έχετε ποτέ εσείς ή κάποιος/α που γνωρίζετε κάνει θεραπεία για σχιζοφρένεια; (ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ)







- Ένα άτομο που έχει καρκίνο-----
- Ένα άτομο που έχει Aids-----
- Έναν αλλοδαπό-----
- Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη-----
- Ένα άτομο που ήταν φυλακή για ένα σοβαρό ποινικό αδίκημα-----


ΕΡ.18. **Ας υποθέσουμε τώρα ότι δημιουργείται στη γειτονιά σας ένας μικρός ξενώνας (έξι έως οκτώ άτομα που έχουν την αναγκαία φροντίδα από επαγγελματίες) για άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, θα ήσασταν υπέρ, κατά ή δε θα σας πείραζε;**

- Υπέρ -----
- Κατά -----
- Αδιάφορος/η, δεν θα με πείραζε -----


**ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΤΕ ΚΑΤΑ ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 19, ΑΛΛΙΩΣ ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 21**

ΕΡ.19. **Και για ποιο λόγο θα ήσασταν κατά;**


ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ -----

ΕΡ.20. **Θα κάνατε κάποιες ενέργειες για να απομακρυνθεί αυτός ο ξενώνας, και αν ναι, ποιες;**


Όχι δε θα έκανα-----

ΕΡ.21. **Ποια από τις παρακάτω είναι, κατά τη γνώμη σας, η καλύτερη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια; (ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΜΟΝΟ)**

- Φάρμακα από γιατρό-----
- Ψυχοθεραπεία-----
- Συνδυασμός φαρμάκων-ψυχοθεραπείας-----
- Τίποτα από τα παραπάνω, η σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται-----
- Άλλη (ποια;) -----
- Δεν γνωρίζω -----


ΕΡ.22. **Στα εκατό άτομα, πόσα υπολογίζετε ότι θα υποφέρουν από σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή τους; (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΔΙΠΛΑ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ)**

Δεν γνωρίζω -----

ΕΡ.23. **Στα εκατό άτομα, που πάσχουν από σχιζοφρένεια πόσα νομίζετε ότι θα επανέλθουν στη φυσιολογική τους κατάσταση; (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΔΙΠΛΑ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ)**

Δεν γνωρίζω -----

ΕΡ.24. **Στα εκατό άτομα, που πάσχουν από σχιζοφρένεια πόσα νομίζετε ότι θα μπορούσαν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές; (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΔΙΠΛΑ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ)**

Δεν γνωρίζω -----


ΕΡ.25. **Ποια κατάσταση από τις παρακάτω πιστεύετε ότι προκαλεί τη μεγαλύτερη αναπηρία; (ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ)**

- Το να μην έχει κάποιος χέρια ή πόδια-----
- Το να μην βλέπει ή ακούει κάποιος-----
- Το να είναι κανείς μόνιμα κατάκοπος εξαιτίας κάποιας σοβαρής ασθένειας -----
- Το να έχει διαταραχή στο μυαλό (στη σκέψη) -----
- Δεν γνωρίζω -----


ΕΡ.26. **Κατά τη γνώμη σας ένας συνηθισμένος ψυχικά άρρωστος είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνος από ένα άτομο που δεν πάσχει από κάποια ψυχική αρρώστια;**

- Πολύ λιγότερο επικίνδυνος-----
- Λιγότερο επικίνδυνος-----
- Περίπου το ίδιο επικίνδυνος-----
- Περισσότερο επικίνδυνος-----
- Πολύ περισσότερο επικίνδυνος-----
- Δεν γνωρίζω -----


ΕΡ.27. **Και ειδικότερα, ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνο από ένα άτομο που δεν πάσχει από κάποια ψυχική αρρώστια;**

- Πολύ λιγότερο επικίνδυνο -----
- Λιγότερο επικίνδυνο -----
- Περίπου το ίδιο επικίνδυνο -----
- Περισσότερο επικίνδυνο -----
- Πολύ περισσότερο επικίνδυνο -----
- Δεν γνωρίζω -----


ΕΡ.28. **Στους άρρωστους με σχιζοφρένεια, πιστεύετε ότι η θεραπεία μειώνει το ενδεχόμενο να γίνουν βίαιοι;**

- Κατά πολύ -----
- Κατά ένα μικρό ποσοστό -----
- Καθόλου -----


Δεν γνωρίζω -----

ΕΡ.29. Ποιες από τις παραπάνω προτάσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας πιστεύετε ότι πρέπει να γίνουν;

Να δημιουργηθούν περισσότερα ψυχιατρεία για τους ψυχικά άρρωστους -----

Να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια -----

Να γίνουν περισσότερες έρευνες για τα αίτια και θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας -----

Να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί ξενώνες -----

Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή -----

Να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας -----

Να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών -----

Να δοθούν ευκαιρίες για μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη συμμετοχή των οικογενειών και των φίλων στη θεραπεία -----

Να γίνουν ομάδες αυτοβοήθειας -----

ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΓ	ΔΑ

ΕΡ.30. Πώς θα αισθανόσασταν αν αναπτύσσονταν τα παρακάτω προγράμματα στη γειτονιά σας; Παρακαλώ επιλέξτε ένα νούμερο από την κλίμακα 1 έως 5, όπου το 1 σημαίνει Πολύ αρνητικός/η και το 5 Πολύ θετικός/η.

	ΠΟΛΥ ΑΡΝΗΤΙΚΟΣ			ΠΟΛΥ ΘΕΤΙΚΟΣ		ΔΓ	ΔΑ
	1	2	3	4	5		
Ξενώνας για νοητικά καθυστερημένα άτομα -----							
Ξενώνας για άτομα που μόλις αποφυλακίστηκαν για κάποιο σοβαρό ποινικό αδίκημα -----							
Ξενώνας για άτομα με σωματικές αναπηρίες -----							
Ξενώνας για άτομα με σχιζοφρένεια -----							
Ξενώνας για αλκοολικούς -----							
Ξενώνας για χρήστες ουσιών (ναρκωτικά) -----							
Ξενώνας για ασθενείς με AIDS -----							

ΕΡ.31. Χρησιμοποιώντας την ίδια κλίμακα, θα μπορούσατε να μου πείτε ποια είναι η δική σας άποψη για τα παρακάτω:

	ΠΟΛΥ ΑΡΝΗΤΙΚΗ			ΠΟΛΥ ΘΕΤΙΚΗ		ΔΓ	ΔΑ
	1	2	3	4	5		
Δημιουργία προγράμματος τοποθέτησης ατόμων με σχιζοφρένεια σε θέσεις εργασίας, εκεί όπου εργάζεστε και εσείς -----							
Διάθεση μεγαλύτερων κρατικών κονδυλίων σε υπηρεσίες για άτομα με σχιζοφρένεια -----							
Πρόγραμμα βοήθειας των οικογενειών για να φροντίζουν συγγενείς που έχουν σχιζοφρένεια στο σπίτι -----							

ΕΡ.32. Κατά μέσο όρο πόσες ώρες την εβδομάδα παρακολουθείτε τηλεόραση;

Παρακολουθώ τηλεόραση την εβδομάδα(σε ώρες) -----

6 Δεν γνωρίζω -----

Θα θέλαμε να μας δώσετε κάποια δημογραφικά στοιχεία για καθαρά στατιστικούς λόγους:

Δ.1 Πότε γεννηθήκατε; -----

Δ.2 Σε ποιο νομό διαμένετε μόνιμα; -----

Δ.3 Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

Δ.4 Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Έγγαμος /η -----

Σε διάσταση -----

Χωρισμένος -----

Χήρας -----

Άγαμος -----

Δ.5 Από πόσα μέλη αποτελείται το νοικοκυριό σας; -----

Δ.6 Αν σας ζητούσα να επιλέξετε, σε ποια από τις παρακάτω κοινωνικές τάξεις θα λέγατε ότι ανήκετε;

Αγρότες -----

Εργατική τάξη -----

Μικρομεσαίοι -----

Μεσαία τάξη -----

Μεσαία προς ανώτερη τάξη -----

Ανώτερη τάξη -----

Δ.7 Εσείς..

Μένετε σε ενοικιασμένη κατοικία -----

Μένετε σε ιδιόκτητη κατοικία -----

<b>Δ.8</b>	Φιλοξενήστε ----- <b>Σε ποια θέση της κλίμακας βρίσκεται το συνολικό, μηνιαίο, οικογενειακό εισόδημα του νοικοκυριού σας</b> Καθόλου εισοδήματα ----- Λιγότερο από 150.000 δραχ. ----- 150.001 – 300.000 δραχ. ----- 350.001-500.000 δραχ. ----- 500.001-600.000 δραχ. ----- Πάνω από 600.001 δραχ. -----	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Δ.9</b>	<b>Έχετε τελειώσει</b> Δημοτικό ----- Γυμνάσιο ----- Τεχνική Σχολή ----- Λύκειο ----- Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (IEK κλπ) ----- ΤΕΙ ----- Πανεπιστήμιο ----- Μεταπτυχιακά -----	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Δ.10</b>	<b>Επάγγελμα</b>	<input type="text"/>