



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΟΙ ΟΡΟΙ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ Α-  
ΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ  
ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟ-  
ΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ»**

Σπουδαστής: ΒΛΑΧΟΓΙΩΡΓΗΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ  
Καλαμάτα 2006

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχετικά μικρή εμπειρία που απέκτησα από την πρακτική στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής που βρίσκεται στην Λεωφόρο Αθηνών 374 Χαιδάρη κατά το χρονικό διάστημα από 01-06-07 έως 30-11-07 στην θέση Διοίκηση μονάδων υγείας και πρόνοιας είχε σαν αποτέλεσμα να αποκτήσω κάποιες γνώσεις και να έρθω σε άμεση επαφή με τα ανοικτά και κλειστά ψυχιατρικά πλαίσια.

Επόμενο ήταν λοιπόν να εστιάσω την πτυχιακή μου εργασία στις μονάδες βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Οι ψυχικές ασθένειες ανάλογα με την μορφή με την οποία εκδηλώνονται μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες στην δομή της προσωπικότητας της συμπεριφοράς και την ψυχοκοινωνική διάθεση του ασθενούς.

Οι ψυχικές παθήσεις και διαταραχές επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να έχει ικανοποιητικές σχέσεις με τους συνανθρώπους του, να εργάζεται δημιουργικά και αποτελεσματικά και να φροντίζει τις ανάγκες του.

Ψυχιατρικός εγκλεισμός είναι το αποτέλεσμα των κοινωνικών διεργασιών που αναιρούν από τα άτομα το δικαίωμα των ίσων ευκαιριών στην παροχή της φροντίδας με τον απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα την αξιοπρέπεια και την τιμή του.

Οι κοινωνικές δεξιότητες που περιγράφονται στην εργασία μου επιλέχτηκαν προσεκτικά όχι μόνο γιατί αποτελούν βασικό τομέα μάθησης για τους ψυχιατρικά ασθενείς αλλά και γιατί μέσω αυτών επιτυγχάνεται η επανένταξη του ασθενή στις απαιτήσεις που θέτει η κοινωνία.

Στο πρώτο μέρος περιγράφονται οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής και οι εργασιακές, κοινωνικές, ψυχαγωγικές δραστηριότητες των ατόμων που νοσηλεύονται στις μονάδες βραχείας νοσηλείας.

Στο δεύτερο μέρος περιγράφεται η ψυχιατρικός εγκλεισμός στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και η αυτόνομη διαβίωση ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Στο τρίτο μέρος περιγράφεται η κοινοτική και κοινωνική ψυχιατρική.

## **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

### **I. ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

## 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός των μονάδων βραχείας νοσηλείας είναι η συναισθηματική κινητοποίηση του ασθενή, η παροχή κινήτρων (επαγγελματική εργασία), η αποφυγή αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας του ασθενή και τέλος η επανένταξή του στην κοινωνία.

Στα ψυχιατρικά πλαίσια βραχείας νοσηλείας συναντάμε διάφορες ειδικότητες όπως κοινωνικοί λειτουργούς , επισκέπτριες υγείας , ψυχιάτρους , ψυχολόγους , εργοθεραπευτές , νοσηλευτικό προσωπικό που έχουν σαν στόχο την καλύτερη παροχή υπηρεσιών στους ψυχιατρικά ασθενείς.

Αφού γίνει η αξιολόγηση του ασθενή τίθενται οι στόχοι, ορίζεται το πρόγραμμα αποκατάστασης και χρησιμοποιούνται δραστηριότητες ανάλογα βέβαια με την ιδιαιτερότητα της πάθησης με σκοπό τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης του ασθενή. Τέτοιες δραστηριότητες μπορεί να λάβουν εργασιακό , ψυχαγωγικό ή κοινωνικό χαρακτήρα , ή να είναι δραστηριότητες καθημερινής ζωής.

Στα τμήματα βραχείας νοσηλείας οι ασθενείς εκπαιδεύονται στην απόκτηση διαφόρων δεξιοτήτων , και πολλές φορές παίρνουν επαγγελματικούς προσανατολισμού και γίνεται έτσι προσπάθεια να μην αποκοπούν από την σύνθεση του κοινωνικού συνόλου.

Πριν εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να καλύπτει κάποιες βασικές ανάγκες του ασθενή όπως : α) Την ανάγκη για αυτοσυντήρηση β) Την ανάγκη για κοινωνική συνεισφορά γ) Την ανάγκη για μύηση στην κοινωνία δ) Γνωσιακές ανάγκες ε) Σωματικές ανάγκες η) Συναισθηματικές ανάγκες .

## 2.ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η θεραπεία των ψυχιατρικών αρρώστων αποτελεί ένα μεγάλο κοινωνικό και ψυχιατρικό πρόβλημα.

Κάθε χρόνο αυξάνεται ο αριθμός των ψυχιατρικών ασθενών που παραπέμπονται στα ψυχιατρικά πλαίσια βραχείας νοσηλείας.

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής είναι μονάδα βραχείας νοσηλείας που παρέχει θεραπευτική φροντίδα στους ασθενείς για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Τέτοια τμήματα δέχονται ψυχωτικούς και νευρωτικούς αρρώστους.

Η βραχεία νοσηλεία αποτελεί μια πιο συμφέρουσα οικονομική λύση για το κράτος, επιπλέον δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να έρχεται σε καθημερινή επικοινωνία με την κοινότητα.

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής τα τελευταία χρόνια έχει μετατραπεί από κλειστό τμήμα μακράς νοσηλείας σε ανοιχτό τμήμα βραχείας νοσηλείας με την ανάπτυξη στεγαστικών δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα όπως ξενώνες, οικοτροφεία, κέντρα ημέρας, προστατευμένα διαμερίσματα.

Στα θετικά σημεία των ψυχιατρικών πλαισίων βραχείας νοσηλείας αναφέρεται η περισσότερη ελευθερία που μπορεί να νιώθει ο ασθενής ξεφεύγοντας από την έννοια ότι αισθάνεται φυλακισμένος σε ένα ίδρυμα για πάντα.

Επιπλέον τέτοια πλαίσια παρέχουν καλύτερες συνθήκες ζωής και περισσότερες ανέσεις στην Ελλάδα.

Στα μειονεκτήματα αναφέρεται το γεγονός ότι ο ασθενής δεν τηρεί πάντα το κανονικό ωράριο παρουσίας του στην ψυχιατρική μονάδα με αποτέλεσμα να μην ακολουθεί κανονικά το πρόγραμμα αποκατάστασης και να μην επιτυγχάνεται η επιθυμητή βελτίωση του ατόμου. (Mosey A. Psychosocial Components of Occupational Therapy, .Raven Press, New York 1986).

### 3. ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Οι εργασιακές δραστηριότητες δίνουν την ευκαιρία στον ασθενή να αποκτήσει γνώσεις και εμπειρίες πάνω σε δραστηριότητες που θα του δώσουν την ευκαιρία να εργαστεί επαγγελματικά.

Κάτι τέτοιο σημαίνει έξοδο του ασθενή προς την κοινότητα και συνεργασία με μέλη της.

Πολλοί ασθενείς που νοσηλεύονται σε μονάδα βραχείας νοσηλείας ψυχιατρικού νοσοκομείου δεν έχουν οικονομική απασχόληση λόγω έλλειψης εργασιακών δεξιοτήτων και έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα της ανεργίας.

Πριν οργανωθεί ένα πρόγραμμα αποκατάστασης οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τα εξής:

- 1) Την ηλικία του ψυχικά ασθενή διότι αν είναι νέος έχει πολύ περισσότερες ελπίδες εργασθεί από ότι αν ήταν γέρος.
- 2) Τις εργασιακές δεξιότητες που έχει ο ασθενής και οι οποίες μπορούν να αξιοποιηθούν σε άλλους εργασιακούς τομείς.

Το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι ρεαλιστικό σε αντίθετη περίπτωση μπορεί να επιφέρει ψυχολογική ζημιά στον ασθενή όταν ο τελευταίος καταλάβει ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στην δραστηριότητα που του ανατέθηκε.

Ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στις εργασιακές δεξιότητες έχει στόχο την καλύτερη συγκέντρωση του ασθενή και την ικανότητα να συνάπτει διαπροσωπικές σχέσεις στοιχεία που δρουν λειτουργικά στα πλαίσια της δουλειάς.

Όταν οι ψυχιατρικοί ασθενείς αποκτήσουν βασικές δεξιότητες μπορούν να τοποθετηθούν σε προστατευμένες εργασιακές με στόχο την παραπέρα εκπαίδευσή τους.

Η απασχόλησή τους μπορεί να αφορά γραφική εργασία, δραστηριότητες κουζίνας, οργάνωση καταστημάτων μέσα στις νοσοκομειακές μονάδες και πώληση προϊόντων που έχουν παράγει οι ίδιοι οι ασθενείς.

Η τοποθέτησή τους στους κατάλληλους χώρους εργασίας θα γίνει με βάση τις προηγούμενες εργασιακές δεξιότητες του ασθενή.

Στη μονάδα βραχείας νοσηλείας ψυχιατρικού νοσοκομείου η λειτουργία των εργα-

σιακών μονάδων καθορίζεται από τρία χαρακτηριστικά στοιχεία:

α) Χρόνος : Σε ψυχιατρικά πλαίσια βραχείας νοσηλείας ασθενείς παραμένουν για ένα σύντομο χρονικό διάστημα επομένως η πρόοδος στα όποια στάδια εκτέλεσης των δραστηριοτήτων ,πρέπει να επιτευχθεί γρήγορα και με στόχο την πλήρη ωφέλεια.

β) Ευκολίες : Μερικές διευκολύνσεις είναι δυνατόν να μην είναι διαθέσιμες , για παράδειγμα αν το νοσοκομείο δεν διαθέτει γραφική μονάδα τότε οι γραφικές δραστηριότητες θα οργανωθούν μη επαγγελματικό επίπεδο.

Από την στιγμή που η ομάδα αποκατάστασης πεισθεί ότι ο ασθενής είναι κατάλληλος για συγκεκριμένη εργασία τότε θα πρέπει να συζητηθούν μαζί του οι νέες συνθήκες.

Ο ασθενής πληροφορείται για την νέα πραγματικότητα και γίνεται προσπάθεια να προετοιμαστεί ψυχολογικά για τις νέες εργασιακές συνθήκες που θα ακολουθήσουν.

Η ομάδα αποκατάστασης σε αυτό το σημείο παίζει σημαντικό ρόλο , θα πρέπει να κρατάει ενήμερο τον ασθενή για τις θετικές δεξιότητες που έχει και οι οποίες θα τον βοηθήσουν να αυξηθεί η χαμηλή αυτοεκτίμησή του.

Οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν δεξιότητες που έμαθαν στη διάρκεια της παραμονής τους στην ψυχιατρική μονάδα βραχείας νοσηλείας ή άλλες που αποκτήθηκαν κατά την διάρκεια παλαιότερης απασχόλησης , έτσι ώστε ο ασθενής στην κοινότητα να μπορεί να στήσει μια δουλειά όπως να εκτυπώνει να φτιάχνει απλά ξύλινα αντικείμενα , δερμάτινες κατασκευές , πήλινα έργα , και γενικά προϊόντα που να διατεθούν στην ελεύθερη αγορά.

Ο ασθενής στην νέα του εργασιακή απασχόληση θα πρέπει να μη νιώθει στιγμιαίος , συζητά με τον θεραπευτή με σκοπό την μέγιστη απάλειψη της έννοιας του στίγματος από τον ψυχολογικό κόσμο του τελευταίου.

(Wilson M.Occupational Therapy in Long term Psychiatry.Churchill Livingstone LONDON,1987).

#### 4. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ

Οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής και η πρακτική τους αποτελούν βασικούς τομείς από τους οποίους τελικά καθορίζεται αν ο ασθενής αποτελεί ένα κοινωνικά επαρκές ον.

Η εκτέλεση δραστηριοτήτων αυτουπηρέτησης όπως (προσωπική υγιεινή , δραστηριότητες τουαλέτας κ.λ.π) επιτυγχάνεται η ικανοποίηση και το αίσθημα της υπευθυνότητας.

Πριν εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα αποκατάστασης θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενή, η παρούσα διάγνωση, το κοινωνικό υπόβαθρο.

Η δραστηριότητα καθορίζεται βάσει των προτιμήσεων του ψυχικά ασθενή.

Η διεξαγωγή δεξιοτήτων καθημερινής ζωής γίνεται σε ατομική ή ομαδική βάση, ανάλογα βέβαια με την ιδιαιτερότητα που εμφανίζει το κάθε πρόβλημα.

Η σημασία τοποθέτησης των ασθενών σε ομαδική βάση για την εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής αναφέρεται στο γεγονός ότι αυτές οι ομάδες ενισχύουν την μάθηση των κοινωνικών δεξιοτήτων και δίνουν την ευκαιρία στους ασθενείς να διαδραματίσουν σημαντικούς κοινωνικούς ρόλους π.χ στην οικογένεια να έχει τον ρόλο του πατέρα ή της μητέρας.

Οι ομάδες με ψυχικά ασθενείς δίνουν ένα αίσθημα ικανοποίησης τους ίδιους και ενισχύουν την ενισχύουν την σημαντικά την προσωπική τους θέληση για κοινωνικό έργο και κοινωνική επαφή με τους άλλους

Όλες οι συζητήσεις που γίνονται μέσα στην ομάδα διεξάγονται σε χαλαρή ατμόσφαιρα με αποτέλεσμα να γίνεται μια πιο βαθειά ανάλυση των προσωπικών προβλημάτων.

Οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής σε μονάδα βραχείας νοσηλείας χρειάζεται αρκετό διάστημα και σωστή εφαρμογή να τις εκτελεί ο ασθενής χωρίς δυσκολία.

Οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής περιλαμβάνουν:

A)Προσωπική υγιεινή: παρατηρείται αν η καθαριότητα επιτυγχάνεται πλήρως.

B) Μαγείρεμα: υποδεικνύεται νέες μεθόδους και τεχνικές στο φτιάξιμό των φαγητών.

Γ)Καθορισμός προϋπολογισμού: καθορίζονται τα διάφορα έξοδα και έσοδα.

Δ)Φροντίδα παιδιού: αναφέρεται στις ανάγκες του παιδιού.



## 5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ – ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Οι κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα δραστηριοτήτων στη μονάδα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Οι δραστηριότητες αυτές συμβάλλουν στην εκπλήρωση πολλών ειδικών αναγκών και δίνουν το αίσθημα της ικανοποίησης στους ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα.

Σε ασθενείς σε άσχημη φυσική κατάσταση ένας αγώνας βόλει μπορεί να τους διασκεδάσει και να τους γυμνάσει σωματικά.

Νέοι κοινωνικοί κανόνες μπορούν να μαθευτούν μέσα από ομαδικά παιχνίδια όπως να μάθουν να περιμένουν στην σειρά, να αποδέχονται την ήττα τους, χωρίς αντιδράσεις να ακολουθούν τους κανόνες του παιχνιδιού. Επίσης μπορούν να αναληφθούν νέοι κοινωνικοί ρόλοι όπως να αναλάβει ένας ασθενής την υπευθυνότητα όλης της ομάδας.

Τα αθλητικά ομαδικά παιχνίδια μπορεί να είναι το ποδόσφαιρο, η καλαθοσφαίριση, το πινκ – πονκ. Τα ατομικά αθλητικά παιχνίδια μπορεί να είναι το μπιλιάρδο, το κολύμπι, μπόουλινγκ.

Οι γνωσιακές ανάγκες μπορούν να καλυφθούν μέσα από τις κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν διαταραχές στη μνήμη, στην προσοχή και στην συγκέντρωση.

Τα επιτραπέζια παιχνίδια καλύπτουν σε ένα βαθμό τις παραπάνω ανάγκες. Τέτοια επιτραπέζια παιχνίδια μπορεί να είναι το ντόμινο, το σκάκι, το σκραμπλ, το φίδι, ο γκρινιάρης, ποδόσφαιρο σε τσόχα, μονόπολη, χαρτιά, ηλεκτρονικά παιχνίδια.

Πέρα όμως από τις δραστηριότητες που γίνονται στο χώρο των ψυχιατρικών πλαισίων βραχείας νοσηλείας, γίνονται και κάποιες άλλες εξωτερικές που στόχο έχουν να μην χάσει ο ασθενής την επαφή του με τον κοινωνικό περίγυρο και την κοινότητα.

Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να είναι μια επίσκεψη στο τοπικό κολυμβητήριο ή σε κάποιο άλλο αθλητικό κέντρο, σε μουσείο, εκθέσεις ζωγραφικής, καφετιέρα κινηματογράφος. Κατά την μεταφορά του παίρνει κάποια μαθήματα κυκλοφοριακής αγωγής ο ασθενής.

Η ενασχόληση με δραστηριότητες ψυχαγωγικές και κοινωνικές δεν γίνεται απλά για να χαθούν κάποιες ώρες αλλά όλες μαζί έχουν να επιτελέσουν ένα συγκεκριμένο

σκοπό ο οποίος είναι:

Η απομάκρυνση του άγχους και των συμπτωμάτων από τον ψυχιατρικά ασθενή, η διατήρηση της επαφής του με τον κοινωνικό περίγυρο, η απόκτηση δεξιοτήτων, η συμφιλίωση του ασθενή σε όσο το δυνατόν μέγιστο βαθμό με την ψυχιατρική πάθηση του, η βελτίωση της φυσική και ψυχικής κατάστασης του ασθενή. Ακόμα στόχο αποτελεί η εμπόδιση περαιτέρω πτώσης του ηθικού του ασθενή, η ενίσχυση του αυτοσεβασμού και της αυτοεκτίμησης, η τοποθέτηση νέων στόχων και ελπίδων για τη ζωή. Ακόμη η αποφυγή εκδήλωσης νέων δυσάρεστων συναισθημάτων, η δυνατότητα να συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις, η βελτίωση των γνωσιακών δεξιοτήτων (μνήμη , προσοχή), στην υιοθέτηση αποδεκτής κοινωνικής συμπεριφοράς μέσα από τις δραστηριότητες μάθησης κοινωνικών κανόνων, και τέλος ενίσχυση της έννοιας της ομάδας μέσα από κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Μέσα από την ιστορία φαίνεται η προσπάθεια του ανθρώπου να αποκτήσει κοινωνικές δεξιότητες και να βελτιώσει τις κοινωνικές του σχέσεις. Οι άνθρωποι χρειάζονται ανθρώπους κοινωνία συγκροτείται βάσει των κοινωνικών σχέσεων που υπάρχουν μεταξύ τους. Άμα θεωρήσουμε ότι η κοινωνία αποτελεί ένα μεγάλο πυρήνα μέσα σε αυτόν υπάρχουν μεγάλες διαφορές και ομοιότητες μεταξύ των ανθρώπων.

Κάθε άτομο απολαμβάνει την μεγαλύτερη ικανοποίηση στη ζωή μέσα από τις θετικές εμπειρίες που έχει αποκτήσει σε συνδυασμό με την επικοινωνία που έχει με τους συνανθρώπους του. Αντίθετα όταν η επικοινωνία είναι ψυχρή ή ελλιπής τότε υπάρχουν κίνδυνοι για την σωματική και ψυχική υγεία. Η επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων αποτελεί βασικό στοιχείο των κοινωνικών δεξιοτήτων όπου ο καθένας από εμάς αναπτύσσει κάθε μέρα. Οι κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν την χρήση της λεκτικής και μη λεκτικής προφορικής επικοινωνίας.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε την έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων σε κάποιες παθολογικές καταστάσεις όπως: α) άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, τα άτομα αυτά στερούνται κοινωνικής επαφής με το κοινωνικό σύνολο. β) άτομα που διακατέχονται από άγχος: Είναι ανήσυχα άτομα αποφεύγουν την επικοινωνία με τους άλλους ανθρώπους γιατί νιώθουν ότι μεταδίδουν τον πανικό τους γεγονός που επιδρά αρνητικά στο άγχος τους. γ) άτομα που διακατέχονται από φοβίες. Ο φόβος τους εκδηλώνεται σε πάρτη, συνεντεύξεις, αλλά και σε ραντεβού με το αντίθετο φύλο. ε) άτομα με διαταραχές συμπεριφοράς. Οι έφηβοι και τα παιδιά έχουν περισσότερο επιθετική συμπεριφορά που τείνει να γίνει μη κοινωνική. Η παραπάνω κατάσταση συνοδεύεται

από φτωχές κοινωνικές δεξιότητες. ζ) άτομα με σχιζοφρένεια , αυτοί οι άνθρωποι εμφανίζουν επιπεδώσει συναισθήματος και στοιχεία κοινωνικής απόσυρσης. Οι διαταραχές εμφανίζονται και στη μη λεκτική επικοινωνία και συγκεκριμένα στην οπτική επαφή, στη στάση του σώματος, στην έκφραση προσώπου.

Υπάρχουν και κάποιες ειδικές κοινωνικές δεξιότητες που πρέπει να αναφερθούν.

1.Εκπαίδευση ομάδας δύο ατόμων αναφέρεται στην συμπεριφορά που πρέπει να υπάρχει από τον ψυχιατρικό ασθενή, αλλά και την κάλυψη των αναγκών (ανάγκη για επικοινωνία, για ανταλλαγή απόψεων) που απορρέουν από μια τέτοια φιλία.

Τέτοιες φιλίες είναι συνήθως περιστασιακές και όταν χαλάσουν δεν προκαλούν έντονα το συναίσθημα της απώλειας. Στην περίπτωση του ζευγαριού οι δεσμοί είναι πιο έντονοι και προκαλούν πιο δυνατά συναισθήματα. Δεν πρέπει να εξωτερικεύει τα συναισθήματά του ο ψυχικά ασθενής έτσι ώστε να μπορεί να χειριστεί εύστοχα όλες τις καταστάσεις που μπορούν να προκύψουν μέσα από μια ερωτική σχέση.

2.Εκμάθηση οικογενειακών δεξιοτήτων αναφέρεται στο χειρισμό αντιμετώπισης ειδικών καταστάσεων όπως συμπεριφορά και ενέργειες σε αρρώστιες, συμβουλές για την σωστή αγωγή των παιδιών, εξασφάλιση οικονομικών πόρων για την επιβίωση της οικογένειας, συμμετοχή σε κοινωνικές πολιτιστικών εκδηλώσεις, διατήρηση ενός ήρεμου και υγιούς οικογενειακού κλίματος.

3.Εκμάθηση δεξιοτήτων ομάδας. Η ομάδα αποτελεί την μικρότερη μορφή κοινωνίας ο ασθενής μέσα σε αυτή μοιράζεται σκέψεις, συναισθήματα, αξίες και κοινά ενδιαφέροντα παραμερίζει τις προσωπικές του ανάγκες για την βελτίωση της ομάδας και την εκπλήρωση του στόχου που έχει τεθεί από την ομάδα.

Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες του ψυχικά ασθενή έχει σαν στόχο την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς κοινωνικά αποδεκτής, και την απόκτηση δεξιοτήτων για κοινωνική συνεργασία.(MOSEY Psychosocial components of occupational Therapy, Raven Press,New York,1986).

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **II. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ – ΑΥΤΟΝΟΜΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ**

## 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντιμετώπιση των αναπήρων από την κοινωνία, μέχρι πρόσφατα χαρακτηριζόταν από ανάμικτα συναισθήματα οίκτου και προκατάληψης. Οπωσδήποτε, οι βαριά ανάπηροι θεωρούντο πολίτες δεύτερης κατηγορίας στερημένοι από κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα, κλεισμένοι σε ιδρύματα.

Μέχρι την δεκαετία του 60, οι πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις και οι σωματικά και ψυχικά βαριά ανάπηροι παρέμεναν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, σε πολλές περιπτώσεις χωρίς καμιά προσπάθεια νοσηλείας, θεραπείας και αποκατάστασης. Εξάιρεση στο γενικό αυτό κανόνα απετέλεσαν κάποια ιδρύματα στη Γαλλία και την Ολλανδία, τα οποία, από το 18ο αιώνα ακόμη, είχαν προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης. Σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένων και αυτών του ανεπτυγμένου κόσμου, οι ψυχικά ιδίως ασθενείς δεν είχαν ούτε καν φροντίδα αρμόζουσα στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια

Ακολούθησαν μια σειρά από δίκες σε Ανώτατα Αμερικανικά δικαστήρια, με τις αποφάσεις των οποίων αναγνωρίστηκε ότι οι ανάπηροι όχι μόνο έχουν δικαίωμα να ζουν κάτω από συνθήκες που τους εξασφαλίζουν αξιοπρεπή φροντίδα αλλά και δικαιούνται θεραπείας και κοινωνικής αποκατάστασης, στο βαθμό που η κατάσταση τους το επιτρέπει. Με τις αποφάσεις αυτές αναγνωρίστηκε επίσης ότι οι ανάπηροι πρέπει να θεραπεύονται στο ελάχιστο δυνατό περιοριστικό για την κατάσταση τους περιβάλλον.

Στις μέρες μας ο όρος «άτομα με ειδικές ανάγκες περιλαμβάνει να άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των βλαβών των αισθήσεων, ή σε διανοητικές ή ψυχικές βλάβες οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας ή λειτουργίας, η οποία θεωρείται κανονική για ένα άνθρωπο». Όπως έχει παρατηρηθεί όμως αναπηρία υπάρχει όταν ένα άτομο βάσει ενός μειονεκτήματος ή μιας μειωμένης απόδοσης δεν είναι επαρκώς ενταγμένο στο πολυσύνθετο πεδίο του κοινωνικού συστήματος. Επομένως οι αξίες των εκάστοτε κοινωνιών ορίζουν ποιος και κατά ποιόν είναι ανάπηρος και

ποιος όχι." Αυτό σημαίνει ότι στις μέρες μας η δυνατότητα εργασιακής απόδοσης και η αισθητική είναι απαραίτητη προϋπόθεση κατηγοριοποίησης. Θέλουμε επομένως σαν κοινωνία να απαλείψουμε τις προκαταλήψεις απέναντι στους ανάπηρους ανθρώπους; Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνική βοήθεια δεν πρέπει να περιορίζεται στην διατροφή και στην κηδεμόνευση αλλά να ενεργοποιεί το ίδιο το άτομο με ειδικές αγκυές προς την αυτοεξυπηρέτηση και την ουσιαστική του ένταξη στην κοινωνία.  
(ΠΕΤΡΟΣ.Α.ΣΤΑΘΟΠΟΛΟΣ,ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΕΛΛΗΝ»  
Γ.ΠΑΡΙΚΟΣ Σ.Ι.Α. Ε.Ε,ΑΘΗΝΑ,1999)

## 2. Ο ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ

Είναι βέβαια γνωστό πως η εισαγωγή και η διαμονή στα άσυλα οδηγεί σε πολλές περιπτώσεις στη ολοκληρωτική αποδιοργάνωση του ατόμου συμπαρασύροντας ακόμα και λειτουργίες που αφήνουν αλώβητες αυτή καθ' αυτή η ψυχική διαταραχή, ενώ παράλληλα ελαχιστοποιούνται οι όποιες δυνατότητες αποθεραπείας, αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης.

Από τα πλοία των τρελών του 15<sup>ου</sup> αιώνα περάσαμε στα πρώτα ιδρύματα εγκάθειρξης του 17<sup>ου</sup> αιώνα όπου ένα πλήθος φτωχών, ανέργων, και καταδικασμένων βρέθηκαν μαντρωμένοι και αποκλεισμένοι από τον υπόλοιπο κόσμο. Τα ιδρύματα αυτά πήραν συχνά την μορφή Γενικού Νοσοκομείου που η λειτουργία τους όμως ελάχιστη σχέση είχε με φροντίδα θεραπείας. Επικρατούσε η κοινωνική συνοχή που εξασφάλιζε η κοινότητα της εργασίας και απέρριπταν κάθε μορφή κοινωνικής αχρηστίας η οποία και εξορίστηκε στα ιδρύματα αυτά σαν μίσημα.

Ο ιδρυματισμός επέρχεται ως αποτέλεσμα των κοινωνικών διεργασιών που αναιρούν από τα άτομα τους φυσιολογικούς τους ρόλους, τα πολιτικά δικαιώματα, την επιλογή του τρόπου ζωής και τελικά την κοινωνική τους ταυτότητα.

Τα ίδια τα άσυλα εμπεριέχουν τα αίτια του ιδρυματισμού. Έχουν συγκεκριμένα κοινά χαρακτηριστικά που δεν μοιάζουν με τα χαρακτηριστικά του σπιτιού διότι η θεραπευτική ομάδα προσωπικό και ασθενείς αποδέχονται μια άρρητη συμφωνία: την απώλεια των δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς.

Στην Ελλάδα, το πρώτο Ψυχιατρείο ιδρύθηκε το 1854 στην Κέρκυρα. Ακολούθησαν το "Δρομοκαϊτειο Φρενοκομείο" το 1877, το Αιγινήτειο το 1875 και το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αττικής (Δαφνί) το 1927 στην Αθήνα. Παράλληλα, ιδρύθηκαν ψυχιατρεία και σε άλλες πόλεις (Θεσσαλονίκη, Τρίπολη, Λέρος). Το 1958 ιδρύθηκε το πρώτο

Δημόσιο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο στη Πεντέλη το οποίο σήμερα είναι γνωστό ως Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής στην Ραφήνα Αττικής. Εκτός από τα Κρατικά Ψυχιατρεία, δημιουργήθηκαν και πολλές ιδιωτικές κλινικές (συνήθως γνωστές ως Νευρολογικές κλινικές) για την εισαγωγή ψυχικά ασθενών.(Π.Α ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ,ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ.ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΕΛΛΗΝ» Γ.ΠΑΡΙΚΟΣ Σ.Ι.Α Ε.Ε 1999)

Θα γίνει αναφορά στην υλοποίηση ενός προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε ένα κλειστό τμήμα χρόνιων ασθενών του ΨΝΑ, με την προοπτική της μετάβασης του συνόλου των ασθενών σε εξωνοσοκομειακές δομές. Η εφαρμογή της Β΄φάσης 2006-2015 του προγράμματος ψυχαργώς του οποίου η χρηματοδότηση εντάσσεται στο Γ΄ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ πλαίσιο στήριξης αποσκοπεί να ολοκληρώσει το προγραμματισμό της αποασυλοποίησης και την ανάπτυξη των δομών ψυχική υγείας στην κοινότητα

Τα ζητήματα που αντιμετωπίζει κανείς κριτικά ξεκινώντας την παρέμβαση, είναι ποικίλα.

- Υπάρχει έλλειψη προσωπικών αντικειμένων και προσωπικού ρουχισμού, αλλά και απουσία ιδιωτικού χώρου, παράγοντες που ευνοούν την αποπροσωπιοποίηση του ασθενή. Τα αταίριαστα, από άποψη μεγέθους, ρούχα και παπούτσια είναι δεδομένα. Ντουλάπες έχουν μόνο 5-6 άτομα, ενώ συνήθως διαφυλάξει κανείς τα λιγοστά προσωπικά του αντικείμενα κάνοντας τα ένα μικρό μπόγο που φέρει μέσα από την μπλούζα του. Οι κλοπές είναι κάτι δεδομένο και καθημερινό.

- Υπάρχει μαζική διαχείριση των αναγκών των νοσηλευόμενων, που ευνοεί την αποξένωση των ασθενών από τις ίδιες τις ανάγκες τους, την παλινδρόμηση και αναπηροποίησή τους (π.χ. τα μαζικά μπάνια).

- Το προσωπικό έχει συναισθηματική κόπωση και δεν είναι ευχαριστημένο από την εργασία του. Θεωρεί ότι είναι ο «τελευταίος τροχός της αμάξης», ότι αυτό βγάζει όλη τη δουλειά και αντιμετωπίζει τις δυσκολίες, χωρίς βοήθεια από τη διοίκηση και τους γιατρούς. Η καθημερινή αντιμετώπιση μιας απογοητευτικής πραγματικότητας, η έλλειψη οποιασδήποτε στήριξης και η απουσία νοήματος στην εργασία του (με την έννοια του περιεχομένου αλλά και του στόχου) έχουν σαν αποτέλεσμα τη μεγάλη επαγγελματική εξουθένωση. Συχνά δε ως αίτιο της δυσάρεστης αυτής πραγματικότητας εκλαμβάνονται οι ίδιοι οι νοσηλευόμενοι.

- Οι σχέσεις των νοσηλευόμενων με το προσωπικό είναι καταπιεστικές και σίγουρα αντιθεραπευτικές. Από αυτές, οι νοσηλευόμενοι δεν εισπράττουν καμία αίσθηση ευταξίας και αναγνώρισης και, καθώς γίνονται αντιληπτοί ως «κατεστραμμένοι» με

την έννοια της έλλειψης οποιοδήποτε δυνατότητας βελτίωσης, βιώνουν και οι ίδιοι ότι είναι ανίκανοι να ασκήσουν άλλο κοινωνικό ρόλο από αυτό του «αρρώστου» (του «καλού αρρώστου» ή του «κακού αρρώστου», ανάλογα με το αν είναι υπάκουοι και δε δημιουργούν προβλήματα). Η αναπηρία τους, λόγω των προβλημάτων που προκαλεί, αντιμετωπίζεται συχνά με έχθρα και περιφρόνηση, δέχονται περιπαικτικά σχόλια και γίνονται αντικείμενο κοροϊδίας. Τους μιλά κανείς στον ενικό, χρησιμοποιώντας το επίθετο ή κάποιο «παρατσούκλι».

- Οι παραδοσιακές δραστηριότητες ψυχαγωγίας, όπως οι εκδρομές και οι περίπατοι, έχουν το χαρακτήρα της συνοδείας από τη μεριά του προσωπικού, και όχι της από κοινού ψυχαγωγίας. Χαρακτηριστικό της απουσίας προσωπικών σχέσεων είναι ότι ασθενείς και προσωπικό κάθονται συνήθως σε χωριστά τραπέζια.

- Μέσα από αυτή τη σχέση εξουσίας, οι νοσηλευόμενοι συχνά εξαναγκάζονται σε καταναγκαστική εργασία (όπως τα πλυντήρια ή η καθαριότητα), όπου καλύπτουν στην ουσία τα «κενά» στη λειτουργία του τμήματος, κενά που οφείλονται στην ίδια την οργάνωση του νοσοκομείου (π.χ. έλλειψη επαρκούς αριθμού προσωπικού). Πρέπει να σημειώσουμε ότι, ενώ από τη μία εξαναγκάζονται σε κάποιες εργασίες, ζητήματα που αφορούν την ατομική τους υγιεινή ή το στρώσιμο του κρεβατιού τους εναποτίθενται πλήρως στην λειτουργία του τμήματος και αντιμετωπίζονται με τρόπο μαζικό. Η αντίφαση εδώ είναι ορατή: από τη μία υπάρχει μια εργασία που δεν προσφέρει όμως τη δυνατότητα δόμησης ενός κοινωνικού ρόλου ή την αίσθηση ότι κάποιος είναι χρήσιμος και γι' αυτό πληρώνεται να κάνει κάτι. Η από την άλλη, πράγματα που θα μπορούσαν να κάνουν (ή να μάθουν να κάνουν) μόνοι τους οι νοσηλευόμενοι γίνονται μαζικά, αποξενώνοντας τους από τις ανάγκες τους και ευνοώντας την παλινδρόμηση και αναπηροποίησή τους.

Γενικά, υπάρχει η τάση να καταφεύγει κανείς σε προσωρινές (υποτίθεται) λύσεις για την κάλυψη των ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό ή σε υλικοτεχνική υποδομή, λύσεις όμως που καταλήγουν να είναι μόνιμες (για παράδειγμα, το να ξυρίζονται πολλοί ασθενείς με το ίδιο ξυραφάκι γιατί δεν υπάρχουν άλλα, ή να κουβαλούν οι ίδιοι οι ασθενείς τους μπόγους με τα ρούχα στα πλυντήρια γιατί δεν υπάρχει άλλος τρόπος, ή ακόμη ασθενείς να μην εξέρχονται του τμήματος για χρόνια γιατί δεν υπάρχει αρκετό προσωπικό να τους συνοδεύσει κ.α.). Υπάρχει δηλαδή η τάση να δίνεται στα διάφορα προβλήματα που έχουν να κάνουν με την οργάνωση του νοσοκομείου, μια λύση που μοιάζει να είναι αναπόφευκτη και προσωρινή (και που έχει αρνητική επίπτωση στους νοσηλευόμενους), αντί τα προβλήματα αυτά που προκύ-



ππου να αναδεικνύουν την ανεπάρκεια του συστήματος και να επιφέρουν τελικά την αναδιοργάνωση του.

- Η πόρτα παραμένει κλειστή και για να βγει κανείς πρέπει να έχει την άδεια του προσωπικού.

- Η καθημερινότητα των ασθενών μέσα στο τμήμα είναι κενή, λες και ο χρόνος παραμένει στατικός, σα να επαναλαμβάνεται η ίδια μέρα ξανά και ξανά. Οι περισσότεροι νοσηλευόμενοι περιφέρονται μέσα στο τμήμα ή μένουν ξαπλωμένοι στα κρεβάτια τους για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας. Μόνη απόλαυση είναι ο καφές και το τσιγάρο. Δεν υπάρχει κανένα άλλο ενδιαφέρον για να γεμίσει το χρόνο τους.

- Οι ρόλοι του προσωπικού είναι σαφώς διαχωρισμένοι και η ιεραρχία στις σχέσεις φανερή. Υπάρχει δυσκολία στην πρόσληψη του ρόλου του νοσηλευτή ως θεραπευτή (κάτι βέβαια που δεν είναι άσχετο και με το πώς ορίζουν το ρόλο τους και οι άλλες ειδικότητες.)

Όλες οι παραπάνω καθιερωμένες πρακτικές είναι σε γενικές γραμμές αυτές που οργανώνουν την πραγματικότητα του ασθενή στο ψυχιατρικό τμήμα και είναι αυτές στις οποίες καλούμαστε να παρέμβουμε δυναμικά και πολυεπίπεδα, για να πραγματοποιήσουμε τους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

.(ΚΑΒΒΑΔΑ ΕΥΡΥΔΙΚΗ, ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ ΣΟΥΖΑΝΑ Αυτόνομη διαβίωση ψυχ.τερ. Ν56, 1996).

### 3.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Κατά τον Μεσαίωνα οι λεπροί αποκλείονται από την υπόλοιπη κοινότητα έγκλειστοι μέσα σε ειδικά ιδρύματα. Το 17<sup>ο</sup> και 18<sup>ο</sup> αιώνα τα γενικά νοσοκομεία δεν αποτελούσαν ιατρικά ιδρύματα αλλά τμήμα ενός συστήματος διοικητικής επιτήρησης για την αποκατάσταση της κοινωνικής ευταξίας. Μέσα σε αυτά στοιβάζονται άνεργοι, φτωχοί, εγκληματίες, οι διεφθαρμένοι, οι έκλυτοι πατέρες, οι άσωτοι υιοί, οι βλάσφημοι, οι ακόλαστοι, οι παράφρονες, οι φρενοβλαβείς. Φαινομενικά σκοπός των ιδρυμάτων αυτών ήταν να περιορίσουν την αναρχία και την ανεργία. Τον εγκλεισμό υποβαστάζει μια ηθική αντίληψη η οποία αντιτίθεται κυρίως την απειθαρχία, στην ηθική αναμόρφωση. Μέσα σε αυτούς τους χώρους καταναγκαστικών έργων, δίπλα στους υπόλοιπους έγκλειστους οι τρελοί θα ξεχωρίσουν όντας ανίκανοι να εργαστούν, θα πρέπει να υπαχθούν σε ειδικό καθεστώς. Σε αυτό το πλαίσιο οι τρελοί προσβάλλουν την δημόσια ευπρέπεια, θεωρούνται ως μέλη άλλου είδους, ανθρώπινα όντα χωρίς λογική πλάσματα με αχαλίνωτο ζώδη χαρακτήρα η παιδαγωγική που θα εφαρμοστεί πάνω τους με πειθαρχικά μέτρα θα επιδιώξει να δαμάσει την ελεύθερη ζώδη πλευρά της τρέλας.

Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα τα ιδρύματα εγκλεισμού αρχίζουν να προκαλούν ανησυχία και φόβο.

Η φυλακισμένη μη λογική στα πρώην λεπροκομεία θα συνδεθεί με ιδέες μόλυνσης και αρρώστιας. Στο όριο μεταξύ ηθικής και ιατρικής οι πυρετοί, οι αρρώστιες, και ο μολυσμένος αέρας των οίκων εγκλεισμού, ο φόβος της διαφθοράς η αντίληψη που ήθελε τους κατοίκους εκτεθειμένους στους αναθυμιάσεις, στη σήψη και τη μόλυνση θα σηματοδοτήσει την σύνδεση των εννοιών της μη λογικής και της αρρώστιας.

Την ιατρικοποίηση της τρέλας δεν θα πρέπει να την εκλάβουμε, υποστηρίζει ως μια ένδειξη προόδου στην κατανόηση των συμπτωμάτων αντιπροσωπεύει μάλλον μια παράξενη οπισθοδρόμηση παρά μια βελτίωση της γνώσης. Δεν έχουμε να κάνουμε εδώ με ένα κίνημα αναμόρφωσης αλλά με μια προσπάθεια εξαγνισμού των ιδρυμάτων για να αποτραπεί ο κίνδυνος μόλυνσης των πόλεων.

Επομένως είναι υπόθεση του συστήματος αλλά ταυτόχρονα είναι και αποτέλεσμα του ίδιου του υποκειμένου με ειδικές ανάγκες. Θα πρέπει να ξεπεράσει τις δυσκολίες και να επιδοθεί στην προσπάθεια απογκετοποίησής του, αποδεχόμενος τις ευκαιρίες που του παρέχει το πλαίσιο των σημερινών κοινωνικών δυνατοτήτων, όσες αν είναι (M.Foucault.Η ιστορία της τρέλας,Ηδιδανός,Αθήνα,2004).

αυτές,. Και όχι μόνο. Χωρίς αγώνες δεν διεκδικούνται μέταλλα, όχι μόνο αυτά των παραολυμπιακών που έκαναν υπερήφανους όλους τους Έλληνες αλλά και στην καθημερινή ζωή.

Ένα άλλο παράδειγμα κοινωνικού αποκλεισμού είναι οι τοξικομανείς. Και εδώ καταδίνεται μια παράλληλη ευθύνη για την θεραπεία του προβλήματος. Από την σκοπιά της Πολιτείας απαιτούνται τολμηρά βήματα στο νομικό πλαίσιο με προοπτική την πλήρη αντιμετώπιση των ασθενών και όχι των εγκληματιών. Αλλά και από την πλευρά του ασθενούς προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή «τόσο στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία (ατομική και ομαδική), όσο και στις θεραπευτικές δραστηριότητες ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα και κοινωνικού προσανατολισμού, που πραγματοποιούνται συλλογικά από το θεραπευτικό πλαίσιο».

Η διάγνωση της ψυχικής ταραχής μπαίνει όχι για να θεραπεύσει αλλά για να ελέγξει τη συμπεριφορά του εξαρτημένου. Και αυτός ο έλεγχος ασκείται με την ισχύουσα μέθοδο της **καταστολής** (φυλακή - τιμωρία) είτε με την προτεινόμενη μέθοδο της **αποκατάστασης** της παράνομης ουσίας από μια νόμιμη (μεθαδόνη).

Με την καταστολή το σύστημα επιδιώκει την εξόντωση του τοξικομανή ως πρόσωπο. Είναι χαρακτηριστικό ότι με το ισχύον νομικό πλαίσιο δεν γίνεται καμία διάκριση ανάμεσα στον τοξικομανή και τον έμπορο ναρκωτικών. Οι ποινές φυλάκισης για τον τοξικομανή, που γίνεται "βαποράκι" για να εξασφαλίσει τη δόση του, είναι ολοκληρώσει θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, ενώ ο έμπορος μπορεί πολύ εύκολα ανάλογα με τις προσβάσεις του στον κρατικό μηχανισμό να διαφύγει.

Με την υποκατάσταση το σύστημα επιδιώκει την "ομαλοποίηση" της συμπεριφοράς του, μέσα από τη νομιμοποίηση της περιθωριοποίησής του. Συντηρεί την εξάρτηση του ως τρόπο ζωής, βάζοντας απλά στη θέση της παράνομης μια νόμιμη ουσία πράγμα βέβαια που λίγες φορές εφαρμόζεται, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων συνδυάζει νόμιμες και παράνομες ουσίες.

Μέσα σε ένα έντονα φορτισμένο από το μύθο της ουσίας κλίμα, ο κυρίαρχος κοινωνικός λόγος για τον τοξικομανή, στον οποίο επενδύουν τα Μ.Μ.Ε., τροφοδοτεί φόβους, προκαταλήψεις και κάθε είδους υπερβολή, κινούμενος ανάμεσα στη ναρκοφοβία και τη ναρκολαγνεία. Η δραματοποίηση του προβλήματος του προσδίδει διαστάσεις μεγαλύτερες από αυτές που πραγματικά έχει. Με τη συμβολή δημοσιογράφων, νομικών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων και κάθε είδους "ειδικών" αναπαράγονται διαρκεί στα πλαίσια της κυρίαρχης ιδεολογίας, στην υπηρεσία της εξουσίας, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τον τοξικομανή ως "επικίνδυνο άτομο", που δεν έχει

θέση στην "υγιή" κοινωνία.

Η ψυχιατρικοποίηση του προβλήματος έρχεται να τις ενισχύσει, διαμορφώνοντας τους όρους για το διπλό αποκλεισμό των εξαρτημένων.

Το κοινωνικό σώμα, τροφοδοτημένο με τέτοιες αντιλήψεις, αρνείται την ισότιμη επανένταξη τους στην παραγωγική διαδικασία, την αποκατάσταση τους ως κοινωνικά υποκείμενα με πλήρη δικαιώματα, την επανεγγραφή τους στην κοινωνική πραγματικότητα μέσα από τη σύναψη κοινοτικών δεσμών.

Συστηματικά καλλιεργείται η άποψη ότι αυτό το άτομο είναι δυνάμει επικίνδυνο, αργά ή γρήγορο θα ξαναγυρίσει στα ναρκωτικά, δεν μπορεί να ιοί εμπιστευθεί. Έτσι πλέκεται το δίκτυο του κοινωνικού ρατσισμού.

Το σύστημα επιλέγει την πολιτική των επιδομάτων της Κοινωνικής Πρόνοιας, αντιμετωπίζοντας τον ως άτομο με ειδικές ανάγκες, ακριβώς για να τον κρατά στο περιθώριο.

(ΜΑΤΣΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ. Κοινωνικός αποκλεισμός των τοξικομανών, ψυχ.τετρ. Νο56 1996)

#### 4. Η ΑΥΤΟΝΟΜΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Οι ψυχικές ασθένειες, ανάλογα με τη μορφή με την οποία εκδηλώνονται, μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες στην δομή της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς και την ψυχοκοινωνική διάθεση του ασθενούς. Οι πιο σοβαρές ψυχικές ασθένειες, ιδιαίτερα εάν δεν υπάρχει η ανάλογη θεραπευτική αγωγή, οδηγούν τον πάσχοντα σε χρόνια αναπηρία.

Οι ψυχικές παθήσεις και διαταραχές επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να έχει ικανοποιητικές σχέσεις με τους συνανθρώπους του, να εργάζεται δημιουργικά και αποτελεσματικά και να φροντίζει για τις ανάγκες του.

Τα αίτια για τις ψυχικές ασθένειες ταξινομούνται βασικά σε δυο κατηγορίες: βιολογικά - κληρονομικά αίτια, δηλαδή ενδογενείς παράγοντες, και κοινωνικά - οικογενειακά αίτια, δηλαδή εξωγενείς παράγοντες. Στην πραγματικότητα, ο διαχωρισμός αυτός γίνεται για αναλυτικούς λόγους, καθώς το περιβάλλον και η κληρονομικοί παράγοντες βρίσκονται σε άμεση και διαρκή αλληλεπίδραση.

Η ταξινόμηση των ψυχικών ασθενειών σε διαγνωστικές κατηγορίες είναι μία αρκετά δύσκολη υπόθεση, εφόσον "ο διαχωρισμός μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής ψυχικής κατάστασης και συμπεριφοράς δεν είναι τόσο εύκολος".

Σοβαρότερες απ' όλες τις ψυχικές διαταραχές θεωρούνται οι ψυχώσεις. Ο όρος "ψυχώσεις" χρησιμοποιείται για ορισμένες σοβαρές ψυχικές διαταραχές οργανικής, συναισθηματικής ή λειτουργικής προέλευσης, με κύριο χαρακτηριστικό τη σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της πραγματικότητας. Τα ψυχωτικά άτομα έχουν λίγη έως καθόλου συνείδηση των συμπτωμάτων τους, και είναι σε τέτοιο βαθμό διαταραγμένα, ώστε αδυνατούν να ανταποκριθούν στις συνήθεις απαιτήσεις της ζωής. Οι κυριότερες ψυχωτικές διαταραχές περιλαμβάνουν τη μανιοκατάθλιψη, την παράνοια και τη σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται ως διαταραχή της σκέψης με τη μορφή ψευδαισθήσεων, και εκδηλώνεται με παράξενη συμπεριφορά και κοινωνική απόσυρση. Η μανιοκατάθλιψη είναι μία διαταραχή της συναισθηματικής σφαίρας του ανθρώπου.

Οι οργανικές ψυχικές διαταραχές, οι σχιζοφρενικές διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας θεωρούνται ως οι πλέον σοβαρές διαταραχές, οι οποίες έχουν ιδιαίτερες επιπτώσεις (σε περιόδους έξαρσης) στην συμπεριφορά του ασθενούς. Σε περιόδους κρίσης, ψυχικά ασθενείς μπορούν να φθάσουν σε ακραία και επικίνδυνη

συμπεριφορά προς τον εαυτό τους (αυτοκτονία) και τους άλλους (ανθρωποκτονία - σεξουαλική βία). Αυτή η συμπεριφορά αφορά μία πολύ μικρή μειοψηφία ασθενών, έχει όμως επηρεάσει αρνητικά την κοινή γνώμη, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια έντονη προκατάληψη απέναντι σε κάθε είδος ψυχικής αρρώστιας.

Δεν είναι μάλιστα τυχαίο ότι οι ψυχικά ασθενείς ήταν, μέχρι πρόσφατα, κλεισμένοι σε άσυλα, για να μην κινδυνεύει η κοινωνία από την "επικίνδυνη" συμπεριφορά τους. Σε παλαιότερες εποχές θεωρούνταν δαιμονισμένοι και ζούσαν απομονωμένοι, μακριά από τον υπόλοιπο κόσμο.

Μόλις το 1775, ο Φίλιππος Πινέλ στη Γαλλία τόλμησε να απελευθερώσει τους ανθρώπους αυτούς από τις αλυσίδες με τις οποίες ήταν δεμένοι, και να τους θεωρήσει ως ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία, φροντίδα και θεραπεία. Στις Η.Π.Α, μετά από προσπάθειες πολλών ετών, κατόρθωσε η Dorothea Dix να πείσει την αμερικανική κυβέρνηση να χρηματοδοτήσει την ανέγερση νοσοκομείων για ψυχικά ασθενείς. Έτσι, το 1824 άνοιξε τις πύλες του το πρώτο Κρατικό Νοσοκομείο Ψυχικών Παθήσεων. Η αρχή είχε γίνει πλέον για τη δημιουργία νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Η πολιτική της εισαγωγής των ψυχικά ασθενών, με όλες τις θετικές αλλά κυρίως τις αρνητικές της συνέπειες, ήταν πραγματικότητα.

(Π.Α ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Κοινωνική πρόνοια.Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Γ.ΠΑΡΙΚΟΣ 1999).

Η Αυτόνομη Διαβίωση χαρακτηρίζεται ως πρωταρχική ανάγκη και ως σημαντικός παράγοντας ένταξης για τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και τις οικογένειές τους, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί την εναλλακτική λύση στο πρόβλημα της ιδρυματοποίησης. Όμως οι δομές που υπάρχουν σήμερα στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών και στο εκπαιδευτικό επίπεδο είναι ανεπτυγμένες προς την κατεύθυνση της αποκατάστασης. .

Στις Η.Π.Α., το κίνημα της Α.Δ. συμπαρατάσσεται με άλλα κοινωνικά κινήματα όπως αυτό του ελέγχου των προϊόντων και υπηρεσιών από μέρους των καταναλωτών (consumerism), της αυτοβοήθειας (selfhelp), της αποϊατροποίησης (demedicalization) και της αποϊδρυματοποίησης , (dinstitutionalization). Στο πλαίσιο των ατομικών δικαιωμάτων ως ένα κυρίαρχο αξίωμα στην αμερικάνικη κοινωνία, η Α.Δ. χαρακτηρίζεται ως πολιτικό κίνημα ή κίνημα ατομικών δικαιωμάτων διότι συμπεριλαμβάνει ανάπηρα άτομα που ως τότε στερούνταν παραδοσιακά το δικαίωμα της Α.Δ. και της συμμετοχής στην επιλογή του τρόπου ζωής τους.

Το κίνημα της Α.Δ. στις Η.Π.Α. θέτει νέες προτάσεις που επηρεάζουν την πορεία του. Αυτές συνίσταται: (α) στη διερεύνηση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής για τα ανάπηρα άτομα, (β) στην αλλαγή του τρόπου σκέψης του ευρύτερου περιβάλλοντος

των Α.μ.Ε. Α., των ερευνητών και των άλλων ειδικών που ασχολούνται με την αναπηρία, (γ) στη δημιουργία νέων μοντέλων παροχής υπηρεσιών και την κίνηση προς νέες κατευθύνσεις και (δ) στην υπογράμμιση της διαφοράς μεταξύ της αποκατάστασης και της Α.Δ. Οι χρήστες των υπηρεσιών είναι τώρα συμμετοχοί στη διαμόρφωση τους γιατί είναι οι ίδιοι κριτές των αναγκών τους. Από χρήστες / ασθενείς γίνονται καταναλωτές των υπηρεσιών. Η σημασία της παρέμβασης των επαγγελματιών οριοθετείται και ο ειδικός δεν θεωρείται πλέον η αυθεντία που δικαιούται να έχει τον πλήρη έλεγχο της παρέμβασης, Τέλος, τίθεται το ζήτημα της σημασίας της αλλαγής του περιβάλλοντος και όχι μόνο του ατόμου στη διαδικασία της "κανονικοποίησης" (normalization) της ζωής των Α.μ.Ε.Α.

Η Α.Δ. περιλαμβάνει δεξιότητες που αφορούν σε όλο το φάσμα της καθημερινής ζωής: την φροντίδα του εαυτού, την προσωπική υγιεινή, την φροντίδα ενός σπιτιού, την προετοιμασία τροφής, τη μετακίνηση στην κοινότητα, την αγορά καταναλωτικών αγαθών, τη χρησιμοποίηση των δημοσίων υπηρεσιών γενικότερα του τριτογενούς τομέα (τράπεζες, εστιατόρια, χώρων αναψυχής κ.λ.π.), τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου, τη συμπεριφορά σε δημόσιους χώρους και γενικότερα όλες τις μορφές κοινωνικής και επικοινωνιακής συμπεριφοράς.

Το σύνολο αυτών των δεξιοτήτων αποκτώνται από τα άτομα χωρίς ειδικές ανάγκες συνήθως εύκολα στην καθημερινή τους ζωή, απλώς μέσα από την εμπειρία. Τα Α.μ.Ε.Α. όμως χρειάζεται λόγω της αναπηρίας τους να καταβάλλουν μεγαλύτερες προσπάθειες για την εκμάθηση αυτών των δεξιοτήτων με τη μορφή της συστηματικής εκπαίδευσης σε φυσικό περιβάλλον.

Αναλυτικότερα η διδασκαλία και η εκμάθηση των δεξιοτήτων χωρίζονται σε τομείς που αφορούν:

1. Στην αυτοεξυπηρέτηση. Κατάλληλο ντύσιμο (εσώρουχα, επιλογή κατάλληλων ρούχων και παπουτσιών, κούμπωμα), το γδύσιμο (να βγουν όλα τα ρούχα, τακτοποίηση, τοποθέτηση των λερωμένων για πλύσιμο), και γενική επιμέλεια της εξωτερικής εμφάνισης. Σημαντική είναι επίσης η αυτοεξυπηρέτηση στη τουαλέτα καθώς και δεξιότητες που αφορούν στην ατομική καθαριότητα και υγιεινή (πλύσιμο, βούρτσισμα δοντιών κ.λ.π.).

2. Στις γενικές δουλειές στο σπίτι. Η εκμάθηση δεξιοτήτων που αφορούν στις γενικές δουλειές σε ένα σπίτι, δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις του νοικοκυριού του. Συνεπώς, η γενική καθαριότητα, το πλύσιμο πιάτων και ρούχων, το άπλωμα και σιδέρωμα ρούχων, το μαγείρεμα, η α-

γορά τροφής και άλλων καταναλωτικών αγαθών, αποτελούν μέρος της εκπαίδευσης για την Α.Δ.

3. *Στην φροντίδα και τη διαχείριση του σπιτιού.* Αυτή περιλαμβάνει τον προγραμματισμό των αγορών, των γευμάτων, των απαραίτητων επισκευών και το χειρισμό των οικονομικών του σπιτιού (προγραμματισμός εσόδων - εξόδων).

4. *Στην αποφυγή ατυχημάτων.* Μέσα στο σπίτι υπάρχει ο κίνδυνος ατυχήματος κυρίως από εσφαλμένη χρήση των οικιακών συσκευών ή από δηλητηριάσεις. Είναι αναγκαία άρα η εκπαίδευση στη χρήση με ασφαλή τρόπο των οικιακών συσκευών και ιδιαίτερα της ηλ. κουζίνας και του σίδερου, η εκπαίδευση στη χρήση συσκευασμάτων που είναι δηλητηριώδη (π.χ. απορρυπαντικά) και φαρμάκων, καθώς και η γνώση κλήσης τηλεφωνικών αριθμών σε έκτακτες περιπτώσεις (199,166,100).

5. *Στη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου.* Αυτές οι δεξιότητες αφορούν στον προγραμματισμό του ελεύθερου χρόνου και στην ατομική και ομαδική ψυχαγωγία (ψυχαγωγία στο σπίτι και στη κοινότητα, αποδεκτή συμπεριφορά, συμμετοχή σε συλλογική διασκέδαση).

Γίνεται φανερό ότι τα προγράμματα Α.Δ. προσπαθούν να καλύψουν μεγάλο φάσμα των δραστηριοτήτων της ζωής ενός ατόμου. Ωστόσο, κάθε χρήστης ακολουθεί το δικό του ατομικό πρόγραμμα που διαμορφώνεται σύμφωνα με τις ανάγκες του και μετά από αξιολόγηση των προτεραιοτήτων του.

Η σημασία της Α.Δ. για τη ζωή των Α.μ. Ε.Α. είναι ιδιαίτερη διότι προωθεί την απόρριψη του μοντέλου αρρώστου - Α.μ.Ε.Α., προβάλλοντας συγχρόνως τη θέση ότι τα Α.μ.Ε.Α. μπορούν να ενεργούν για λογαριασμό τους, αναλαμβάνοντας τα ατομικά, οικογενειακά και επαγγελματικά τους δικαιώματα και υποχρεώσεις. Βέβαια αυτό είναι μια διαδικασία που απαιτεί χρόνο και ενέχει την πιθανότητα της αποτυχίας. Αλλά ακριβώς το δικαίωμα αυτής της πιθανότητας αποτυχίας και η αξιοπρέπεια της αντιμετώπισης των κινδύνων της καθημερινής ζωής είναι η ουσία του κινήματος της

Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, η σημασία της Α.Δ. εμφανίζεται αυξημένη λόγω της έλλειψης:

(α) *ενδιάμεσων δομών διαβίωσης μεταξύ της οικογένειας και των ιδρυμάτων.* Οι ενδιάμεσες αυτές δομές είναι μικρές κοινότητες ή διαμερίσματα ή ακόμα και ο θεσμός των θετών ή ανάδοχων οικογενειών όπου μπορούν να διαμείνουν τα Α.μ.Ε.Α. σε περίπτωση που δεν υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον ή σε περίπτωση που επιθυμούν να φύγουν από αυτό και (β) *διδασκαλίας δεξιοτήτων, Α.Δ. στο σχολείο.* Η ειδική σχολική αγωγή συχνά περιορίζεται στην εκμάθηση γνωστικών δεξιοτήτων, πα-



ραμελώντας δεξιότητες της Α.Δ. και στερώντας παράλληλα την απόκτηση δεξιοτήτων καθημερινής ζωής από τη συστηματική διδασκαλία και επανάληψη που υπάρχει στο σχολικό πλαίσιο. Προς το παρόν τα προγράμματα προετοιμασίας για την Α.Δ. καλούνται να καλύψουν αυτό το κενό.

Στην Ελλάδα τα προγράμματα της Α.Δ. είναι ελάχιστα και εντοπίζονται κυρίως στη περιοχή της αποασυλοποίησης ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Εδώ και δέκα χρόνια περίπου συζητείται εντονότερα το θέμα της ένταξης των Α.μ.Ε. Α. και έχει δοθεί η δυνατότητα ένταξης τους στη κοινωνία κυρίως μέσα από την εφαρμογή Κοινοτικών προγραμμάτων.

Ένα τέτοιο Κοινοτικό πρόγραμμα είναι και το Horizon, που αφορά στην κοινή δράση των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τους νέους με Ειδικές Ανάγκες και στοχεύει κυρίως στην επαγγελματική αποκατάσταση και στη συνολική κοινωνική τους ένταξη.

Στη Θεσσαλονίκη, ο δήμος Συκεών από το 1992 αξιοποίησε την κοινοτική πρωτοβουλία Horizon και παρέχει υπηρεσίες σε δημότες του νέους/ες με Ε.Α., στο χώρο: (1) της επαγγελματικής αποκατάστασης με ένα πλυντήριο - σιδερωτήριο, ένα εργαστήριο μικροκατασκευών και ένα κατάστημα πώλησης μικροκατασκευών, (2) της διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου, με ένα Κέντρο Δραστηριοτήτων, όπου περνούν τα άτομα τον ελεύθερο χρόνο τους οργανώνοντας εκδηλώσεις, διασκεδάζοντας, συμμετέχοντας σε εξόδους κ.λ.π. και (3) της Α.Δ., με ένα διαμέρισμα που σκοπό έχει την εκμάθηση των απαραίτητων δεξιοτήτων για να ζει κάποιος μόνος του. Οι κύριοι στόχοι της δραστηριότητας της Α.Δ. ήταν:

(α) Η εκμάθηση των δεξιοτήτων της Α.Δ. μέσα από συστηματική εκπαίδευση.

(β) Η προώθηση μέσω της Α.Δ. ενός πρότυπου μιας πιο "κανονικής" ζωής που μαζί με την επαγγελματική ένταξη, οδηγεί σε μια συνολική κοινωνική ένταξη τον/ην νέο/α με Ε.Α.

(γ) η προώθηση της κοινωνικής ένταξης, με βάση την πεποίθηση ότι τα Α.μ.Ε.Α. μετά από κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν να εισέλθουν δυναμικά στους κοινωνικούς χώρους και να διεκδικήσουν με τα αποτελέσματα της πρακτικής τους τη θέση τους στο κοινωνικό σύνολο.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε ειδικότερα στη περιγραφή της δραστηριότητας με στόχο την Α.Δ., στην ανάλυση της διδασκαλίας που ακολουθήθηκε, στη συνολική εκτίμηση της δραστηριότητας και τις προοπτικές συνέχισης του προγράμματος.

Το διαμέρισμα όπου εφαρμόστηκε το πρόγραμμα βρίσκεται σ' έναν από τους κεντρικούς δρόμους του Δήμου Συκεών, σε μια μικρή πολυκατοικία με άλλα 4 διαμερίσματα. Μετά την πρώτη συζήτηση για το περιεχόμενο του προγράμματος με τον ιδιοκτήτη του διαμερίσματος δεν αντιμετωπίσαμε προβλήματα για την εγκατάσταση μας εκεί. Πιθανότατα αυτό συνέβη διότι πρόκειται για μια μικρή πολυκατοικία όπου οι ένοικοι είναι συγγενείς και υπήρχε η σύμφωνη γνώμη όλων για την εγκατάσταση μας. Οι επαφές μας με τη κοινότητα αφορούσαν κυρίως στις αγορές από τα διάφορα καταστήματα της γειτονιάς, όπου συναντήσαμε από μέτρια έως πολύ θετική αντιμετώπιση.

Το διαμέρισμα όπου εφαρμόστηκε το πρόγραμμα, ήταν 120 τ.μ. Οι χώροι του αποτελούνται από 1 κουζίνα, 2 μπάνια, 1 καθιστικό, 1 γραφείο και 2 κρεβατοκάμαρες. Ο εξοπλισμός του αποτελείται από τον κλασσικό εξοπλισμό ενός μέσου νοικοκυριού.

Οι δεξιότητες που διδάχθηκαν συνολικά στο πρόγραμμα της Α.Δ. αφορούν:

(α) Στην αυτοεξυπηρέτηση. Οι δεξιότητες της αυτοεξυπηρέτησης εκτελούνται από το σύνολο σχεδόν (85%), των συμμετεχόντων ατόμων στο πρόγραμμα.

(β) Στην προετοιμασία και το μαγείρεμα της τροφής. Ξεκινήσαμε από την αρχή και ο/η καθένας/ προχώρησε σύμφωνα με τις δυνατότητες του.

(γ) Στις γενικές δουλειές για τη διατήρηση της καθαριότητας στο σπίτι (σκούπισμα, ξεσκόνισμα, τακτοποίηση, πλύσιμο ρουχισμού και σιδέρωμα κ.λ.π.). Το πολιτιστικό μοντέλο της Ελλάδας θεωρεί ως τώρα την γυναίκα κυρίως υπεύθυνη γι' αυτές τις εργασίες στο σπίτι, έτσι οι νέες γνώριζαν ως ένα σημείο αυτές τις δεξιότητες. Επίσης, γνώριζαν σε αρκετό βαθμό τις συγκεκριμένες δεξιότητες ορισμένοι νέοι που εργαζόταν και οι δυο γονείς τους.

(δ) Στην προετοιμασία καταλόγου αγορών σε τρόφιμα και είδη α' ανάγκης. Με αυτή τη δεξιότητα ασχολήθηκαν κυρίως οι νέοι/ες που γνώριζαν γραφή για την κατάρτιση του καταλόγου. Όσοι/ες δεν γνώριζαν γραφή αγόραζαν προφορικά 1-3 είδη.

(ε) Στην αποφυγή ατυχημάτων και διδασκαλία της έννοιας της ασφαλείας. Η διδασκαλία σε αυτές τις δεξιότητες, αφορούσε κυρίως το προσεκτικό χειρισμό των μαχαιριών, της ηλεκτρικής κουζίνας, του φούρνου και του σίδερου, καθώς επίσης και τη χρήση των απορρυπαντικών και των φαρμάκων. Για τα απορρυπαντικά και τα φάρμακα, παρατηρήσαμε ότι υπήρχε σχετική εκπαίδευση από τους γονείς, ενώ για τα μαχαίρια και τις ηλεκτρικές συσκευές, έγινε η διδασκαλία του χειρισμού τους.

(ΚΑΒΒΑΔΑ ΕΥΡΥΔΙΚΗ, ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ ΣΟΥΖΑΝΑ. Η αυτόνομη διαβίωση

ψυχ.τετρ.Νο56 1996).

## 5. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αποκατάσταση είναι μία δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών , κοινωνικών , εκπαιδευτικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το άτομο να φθάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία. Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό η αποκατάσταση είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του πελάτη , καθώς στοχεύει στο να του παράσχει κάθε δυνατή βοήθεια ώστε να φθάσει στο ανώτερο δυνατό ατομικό επίπεδο επάρκειας και ανεξαρτησίας στον ψυχολογικό , σωματικό , κοινωνικό , και οικονομικό τομέα.

Οι διαφορές που μπορεί να εντοπίζονται στα διάφορα προγράμματα θεραπείας και αποκατάστασης πρέπει να θεωρούνται λογικές και αναμενόμενες καθώς οι συνθήκες το δυναμικό και οι ανάγκες των πελατών διαφέρουν από πρόγραμμα σε πρόγραμμα , και αναγκαστικά επηρεάζουν τις διαδικασίες αυτές.

Παρόλα αυτά όλα τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης λειτουργούν σύμφωνα με ορισμένες κοινές βασικές αρχές ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής:

- κατά την αποκαταστασιακή διαδικασία θεωρείται σημαντική η ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του πελάτη και οποιουδήποτε άλλου μέλους ενός υποστηρικτικού σε αυτόν δικτύου (π.χ οικογένεια).

- στόχοι της παρέμβασης πρέπει να είναι ρεαλιστικοί και σύμφωνα με το περιβάλλον στο οποίο ζει κάθε πελάτης.

- η παρέμβαση πρέπει να χωρίζεται σε μικρά βήματα τα οποία να είναι κλιμακούμενης δυσκολίας ως προς την κατάκτησή τους.

- η παρέμβαση έχει σαν κύριο στόχο την ανάπτυξη των ικανοτήτων κάθε πελάτη για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτείται καταρχήν η ανάπτυξη των απαιτούμενων δεξιοτήτων του , οι οποίες είναι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη των ζητούμενων δεξιοτήτων.

- η παρέμβαση πρέπει να προωθεί ιδιαίτερα την τροποποίηση της συμπεριφοράς του πελάτη μέσα στα πλαίσια της ρεαλιστικής πραγματικότητας δεν δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε ενδοψυχικές συγκρούσεις και διεργασίες.

- η παρέμβαση πρέπει να στοχεύει στην κατάκτηση του ανώτερου δυνατού επιπέδου ανεξαρτησίας κάθε πελάτη.

Οι φάσεις της αποκατάστασης αφορούν:

- 1.στις διαδικασίες προετοιμασίας για την επανένταξη (πραγματοποιούνται κυρίως στα πλαίσια ενδονοσοκομειακής περίθαλψης),

2.στις διαδικασίες ένταξης στην κοινότητα (πραγματοποιούνται κυρίως στα πλαίσια μερικής νοσηλείας και στα κέντρα ημέρας , και αποτελούν την κύρια φάση της αποκατάστασης)

3.στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση (πραγματοποιούνται κυρίως στις κοινωνικές λέσχες , στις εναλλακτικές στεγαστικές δομές , στα κέντρα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης και στους χώρους ελεύθερης και προστατευμένης εργασίας αποτελούν την κύρια φάση της αποκατάστασης)και

4.στις διαδικασίες συνεχιζόμενης υποστήριξης του πελάτη .

Στην Ελλάδα η αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει αλλάξει ριζικά μορφή και ακολουθεί τα διεθνή πρότυπα , κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

Δεσπόζουσα επιρροή στην ελληνική ψυχιατρική φιλοσοφία και πρακτική άσκηση ο κανονισμός της ΕΟΚ βάσει του οποίου αναπτύχθηκαν τα περισσότερα προγράμματα αποκατάστασης ιδιαίτερα στις παραδοσιακές δομές.

(ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ.Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση Ελληνικά Γράμματα,Αθήνα 1994).

Σήμερα λειτουργούν σε πλήρη ανάπτυξη και με εξαιρετικά αποτελέσματα πολλά προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών , αν παραμένει ακόμη έντονα η ανάγκη για περισσότερες ακόμα σύγχρονες υπηρεσίες οι οποίες θα μπορούν να καλύψουν κυρίως σε κοινοτικό επίπεδο , όλες τις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Πολλές φορές μιλώντας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση περιορίζεται κανείς σε μια αναφορά στη βαθμιαία συρρίκνωση των ψυχιατρείων και τη δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών. Μια τέτοια οπτική δε βλέπει ως στόχο το μετασχηματισμό του συστήματος της ψυχιατρικής φροντίδας στο σύνολο του και αντιμετωπίζει το ζήτημα με ένα τρόπο διαχειριστικό και όχι με την έννοια του δομικού μετασχηματισμού του και της ανάπτυξης της κουλτούρας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Ο κίνδυνος μιας τέτοιας αντιμετώπισης αφορά τόσο το είδος και τη φιλοσοφία συνολικότερα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο και τη δυνατότητα αναπαραγωγής στις εξωνοσοκομειακές δομές των ασυλιακών χαρακτηριστικών της ζωής μέσα σε ένα ψυχιατρικό τμήμα. Σε αυτή την περίπτωση δε μιλάμε για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ουσιαστική επανένταξη στον κοινωνικό ιστό, αλλά για μια ποσοτική διαχείριση του προβλήματος των χρόνιων ασθενών με τη μεταστέγασή τους σε μικρά ιδρύματα με πιο αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης από αυτές του ψυχιατρικού τμήματος.

Αν δούμε όμως την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση σαν ένα τρόπο σχέσης του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης με τον ψυχικά πάσχοντα, σαν έναν τρόπο παροχής φροντίδας, που βασίζεται σε μια συγκεκριμένη φιλοσοφία, σε μια συγκεκριμένη οπτική για τον άνθρωπο που πάσχει και τις ανάγκες του, τότε δεν μπορούμε παρά να μιλήσουμε για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση που ξεκινά μέσα από το ψυχιατρείο, επιφέροντας δηλαδή ένα μετασχηματισμό των σχέσεων μέσα σε αυτό.

Και σίγουρα η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δεν αφορά μόνο τους χρόνιους ασθενείς. Ως συγκεκριμένη φιλοσοφία και πρακτική, αφορά το σύνολο των ψυχικά πασχόντων (από τους νέους και λειτουργικούς μέχρι τους χρόνιους και παλινδρομημένους) και οφείλει να ξεκινά (ως θεραπευτικός σχεδιασμός) από την πρώτη επαφή του πάσχοντα με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, από την πρώτη στιγμή αντιμετώπισης της κρίσης.

Ο στόχος που τίθεται είναι η κατάκτηση της μέγιστης δυνατής αυτονομίας στη ζωή του ψυχικά ασθενή στην κοινότητα. Προϋποθέτει δε την ισοτιμία στη σχέση, το σεβασμό των δικαιωμάτων του και τη σφαιρική κάλυψη των αναγκών του. Ο άνθρωπος που πάσχει αντιμετωπίζεται σφαιρικά, μέσα από την ιστορία του και όχι ως ένα σύνολο συμπτωμάτων που είναι προς εξαφάνιση. Η παραδοσιακή άποψη που εμμένει στη μονοδιάστατη αντιμετώπιση του συμπτώματος είναι αυτή που αγνοεί τη σφαιρικότητα του ανθρώπου και των αναγκών του και οδηγεί στη μαζική διαχείριση τους.

Ξεκινώντας λοιπόν την υλοποίηση ενός Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης από ένα κλειστό τμήμα του ψυχιατρείου, ο στόχος αφορά τόσο τους ίδιους τους νοσηλευόμενους όσο και το πλαίσιο θεραπείας τους, που -για να γίνει θεραπευτικό- χρειάζεται πολυεπίπεδη παρέμβαση και δομικές αλλαγές. Προϋπόθεση είναι να δούμε κριτικά την πραγματικότητα του ψυχιατρείου όπως τη βιώνει ο ασθενής και να αναρωτηθούμε για μια σειρά ζητημάτων και πρακτικών που την οργανώνουν και που αναδεικνύουν τελικά τη σχέση του ψυχικά ασθενή με το σύστημα της ψυχιατρικής φροντίδας. (Και βέβαια δε μιλάμε μόνο για την αντιμετώπιση που επιφυλάσσει το ψυχιατρείο στο χρόνιο ασθενή, αλλά για ένα πλέγμα σχέσεων που αφορά εξίσου το «νέο ασθενή», που πολύ σύντομα εξάλλου και με την έλλειψη ενός δικτύου παροχής υπηρεσιών στην κοινότητα, θα γίνει κατά πάσα πιθανότητα χρόνιος και ιδρυματοποιημένος, δεδομένου ότι ιδρυματισμός υπάρχει και μέσα στην κοινότητα.)

Με αυτή τη βάση, η θεραπευτική ομάδα εργάστηκε στο τμήμα στην προοπτική του μετασχηματισμού του πλαισίου και των σχέσεων στις οποίες μετείχαν οι νοσηλευόμε-

νοι. Η θεραπευτική ομάδα ήρθε αντιμέτωπη με τα στοιχεία της ασυλιακής λειτουργίας.

Έτσι, από τις πρώτες κινήσεις που έγιναν ήταν:

- η προμήθεια ντουλαπών και κομοδίνων, ώστε να μπορεί κάθε νοσηλευόμενος να διαφυλάσσει τα προσωπικά του αντικείμενα. Παράλληλα προμηθευθήκαμε ένα πλυντήριο ρούχων για να μπορεί κανείς να έχει τα δικά του ρούχα (που αλλιώς, με τη διαδικασία των πλυντηρίων του νοσοκομείου, χάνονταν). Μπήκαν καθρέπτες στα μπάνια για να μπορεί κανείς να ξυρίζεται μόνος ή με λίγη βοήθεια. Συγκεντρώθηκαν ρούχα και παπούτσια στο νούμερο τους και επιδιώχθηκε να έχουν μια αξιοπρεπή εμφάνιση, ιδιαίτερα στις εξόδους στην κοινότητα.

- Πολύ σύντομα τέθηκε το θέμα του να παραμένει η πόρτα του τμήματος ανοιχτή. Παρά τα προβλήματα που δημιουργούσε αυτό λόγω κάποιων συγκεκριμένων ασθενών, έγινε δυνατό να παραμένει ανοιχτή τουλάχιστον κατά την πρωινή βάρδια.

- Σταδιακά και μέσα από δραστηριότητες εκπαίδευσης του προσωπικού, καθιερώθηκε η έννοια του «προσώπου αναφοράς», που είχε πλέον την ευθύνη για την εξατομικευμένη και σφαιρική κάλυψη των αναγκών κάθε νοσηλευόμενου. Καταργήθηκε η πρακτική των μαζικών μπάνιων και πέρασε η ατομική υγιεινή στη φροντίδα των προσώπων αναφοράς. Η ατομική υγιεινή πήρε το χαρακτήρα μιας εκπαιδευτικής δραστηριότητας με στόχο την αυτονόμηση κάθε νοσηλευόμενου σε αυτό τον τομέα.

- Οργανώθηκαν ψυχαγωγικές δραστηριότητες και έξοδοι στην κοινότητα, σε μικρές ομάδες όπου ήταν δυνατή η διαμόρφωση προσωπικών σχέσεων. Δόθηκε έμφαση στην εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες μέσα στο φυσικό περιβάλλον της κοινότητας.

- Συζητήθηκε ανοιχτά και αμφισβητήθηκε η πρακτική της καθήλωσης μέχρι και την πλήρη κατάργηση της.

- Μεγάλη σημασία δόθηκε στην εκπαίδευση του προσωπικού μέσα από τις συναντήσεις της ομάδας, με στόχο τη δόμηση της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας και την υπέρβαση των παραδοσιακών ρόλων και των παραδοσιακών διαχωρισμών των ειδικοτήτων.

(ΚΑΒΒΑΔΑ ΕΥΡΙΔΙΚΗ, ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ ΣΟΥΖΑΝΑ Η αυτόνομη διαβίωση ψυχ.τετ.Ν56 1996).

## 6.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ

Το νοσοκομείο ημέρας αποτελεί τη σύγχρονη ανοιχτή νοσοκομειακή δομή, η οποία έχει τη δυνατότητα κάλυψης όλων των ασθενών που οι ανάγκες τους δεν απαιτούν μεν κλειστή περίθαλψη είναι όμως αρκετά μεγάλες ώστε να απαιτούν εξειδικευμένη αντιμετώπιση. Η λειτουργία τους εντάσσεται σε έναν ευρύτερο αποκαταστασιακό φορέα, λειτουργούν καθημερινά κατά τις εργάσιμες ώρες, η διάρκεια των προγραμμάτων τους είναι ολιγόμηνη (3-4 μήνες), και παρέχονται όλες οι μορφές θεραπείας από τους αντίστοιχους ειδικούς της θεραπευτικής ομάδας.

Οι ασθενείς των νοσοκομείων ημέρας είναι άτομα και των δύο φύλων, εμφανίζουν διάφορους τύπους ψυχικών διαταραχών και έχουν τη δυνατότητα να μένουν στο σπίτι τους τις ώρες που δεν βρίσκονται στο νοσοκομείο. Συνήθως δεν γίνονται δεκτά άτομα με οργανικά ψυχοσύνδρομα ή με υψηλό βαθμό διεγερσιμότητας. Σημαντική θεωρείται επίσης η κινητοποίηση του ασθενή για αναγνώριση του προβλήματος του και για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του μέσα από τα προγράμματα του νοσοκομείου ημέρας.

Το περιβάλλον του νοσοκομείου ημέρας πρέπει να χαρακτηρίζεται από τα στοιχεία της καλής αισθητικής, της ασφάλειας, του σωστού προσανατολισμού και του σύγχρονου εξοπλισμού. Τα στοιχεία αυτά σε συνδυασμό με τη δημιουργία θεραπευτικής ατμόσφαιρας και την εφαρμογή των αρχών της θεραπευτικής κοινότητας αναπτύσσουν κατά πολύ την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και κατατάσσουν το νοσοκομείο ημέρας στα πιο σύγχρονά αποκαταστασιακά σχήματα παροχής υπηρεσιών.( Γ.ΧΑΛΚΟΥΣΗ ,ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Α.Το νοσοκομείο ημέρας ως απαραίτητο στοιχείο του συστήματος παροχής ψυχ.υπηρεσιών.Ψυχιατρική 3,(1992),137-144)

## 7.ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

Κέντρα προεπαγγελματικής κατάρτισης είναι οι χώροι στους οποίους τα άτομα με ψυχικές διαταραχές καλούνται να αναπτύξουν τις απαραίτητες δεξιότητες ώστε να καταστούν ικανά να προσαρμοστούν με επιτυχία σε εργασιακές συνθήκες.(Wilson m.1987,Occupational Therapy in Long term Psychiatry Churshill Livingstone).

Τα κέντρα αυτά αποτελούν τμήμα ενός ευρύτερου αποκαταστασιακού φορέα (Κ.Κ.ΨΥ. κέντρο κοινοτικής ψυχικής υγείας) , συνεργάζονται στενά με δομές προηγούμενων φάσεων της αποκατάστασης (νοσοκομεία ημέρας , κέντρα ημέρας) , αλλά και με δομές επόμενων φάσεων (κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, προστατευμένα εργαστήρια).

Τα βασικά κριτήρια επιλογής των ατόμων που θα παρακολουθήσουν το πρόγραμμα ενός κέντρου επαγγελματικής προεργασίας είναι:

- A) η ηλικία του τα κέντρα αυτά δέχονται άτομα τα οποία βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία, από 18 ετών έως 40 περίπου ετών.
- B) η ύφεση της ψυχοπαθολογίας
- Γ) η συναίνεση του ατόμου για συμμετοχή στο πρόγραμμα και η ύπαρξη ενός ελάχιστου κινήτρου για συμμετοχή.
- Δ) ένα ελάχιστο επίπεδο λειτουργικότητας σε βασικούς τομείς της ζωής.

Το χρονικό διάστημα της εκπαίδευσης είναι συνήθως από 3-6 μήνες.

Η ομάδα αποκατάστασης αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό , νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή, ειδικό σύμβουλό, ειδικούς τεχνίτες. Η ομάδα αποκατάστασης επίσης συνεργάζεται με επαγγελματίες χώρων προστατευμένης ή μη εργασίας, εργοδότες, φορείς σχετικούς με εργασιακά θέματα (Ο.Α.Ε.Δ.) κ.λ.π.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και ο ρόλος του εργοθεραπευτή είναι μεγάλης σημασίας για την λειτουργία αυτών των κέντρων ο μεν πρώτος αναλαμβάνει τη διερεύνηση και παρεμβαίνει σε καθοριστικά για την εν γένει πορεία του πελάτη θέματα (συνθήκες διαβίωσης, οικογενειακό υποστηρικτικό ή μη περιβάλλον, εργασιακό ιστορικό ) , ο δε δεύτερος αναλαμβάνει τη διερεύνηση και εκπαίδευση δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την επιτυχημένη επαγγελματική αποκατάσταση (τήρηση ωραρίου, τήρηση οδηγιών, ανάληψη ευθυνών, σωστή χρήση υλικών, διαπροσωπικές σχέσεις κ.λ.π.)

Ένα από τα βασικά θέματα που καλύπτονται σε ένα κέντρο επαγγελματικής προεργασίας είναι ο επαγγελματικός προσανατολισμός των πελατών η διαδικασία αυτή μπορεί να ξεκινήσει και σε προηγούμενη αποκαταστασιακή δομή, ο εντοπισμός των



πιθανών επαγγελματικών δυναμικών περιοχών του πελάτη, η ενημέρωσή τους και η άσκηση τους γίνεται στο Κ.Ε.Π. Βασικός υπεύθυνος για τον επαγγελματικό προσανατολισμό του μέλους του Κ.Ε.Π. είναι ο ειδικός επαγγελματικός σύμβουλος, συνεργαζόμενος με τον κοινωνικό λειτουργό και τον εργοθεραπευτή αλλά και με όλη την ομάδα. Η εκπαίδευση των πελατών γίνεται με τη συμμετοχή τους σε διάφορα τύπου εργασιακά αντικείμενα στα ανάλογα εργαστήρια:

Α)εργαστήρια χειρωνακτικής εργασίας π.χ καλλιέργεια φυτών

Β)εργαστήρια με απαιτήσεις λεπτών χειρισμών π.χ κατασκευή κοσμημάτων.

Ανάλογα με την πρόοδο του πελάτη οι απαιτήσεις γίνονται μεγαλύτερες έτσι ώστε να διευκρινιστεί το ακριβές δυναμικό εκπαίδευση των πελατών πρέπει να είναι καλά οργανωμένη, να έχει συνέχεια και να περιλαμβάνει επαναλήψεις και άσκηση σε ρεαλιστικές συνθήκες εργασίας. Για τον λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμη :

Α)η τήρηση ατομικού ημερολογίου από το μέλος (σημειώνονται οι έγκαιρες και αργοπορημένες προσελεύσεις του στο τμήμα, οι άσκοπες διακοπές κατά την ώρα εργασίας, η παραγωγικότητα, η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής....)

Β)η άσκηση σε πραγματικά εργασιακά περιβάλλοντα κατά προτίμηση αμοιβή, ( π.χ μία φορά την εβδομάδα, για δύο ή τρεις ώρες, συμμετοχή στη παραγωγή ενός κηροπλαστίου ή στο καθαρισμό ενός γραφείου από την ειδική ομάδα ή στη διαμόρφωση ενός κήπου με στόχο την ανάπτυξη επαγγελματικής ωριμότητας, την απόκτηση επαγγελματικής ταυτότητας και την αύξηση της αντοχής στην εργασία.

Για την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των μελών των Κ.Ε.Π. δυνητικά λειτουργούν και επικουρικές ομάδες εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες, αυτοφροντίδας, ψυχαγωγίας κ.λ.π, έτσι ώστε να καλυφθούν υπάρχοντα ελλείμματα και αδυναμίες. Οι ομάδες αυτές λειτουργούν παράλληλα με το βασικό πρόγραμμα και στοχεύουν στη παροχή ευκαιριών για ενδυνάμωση, αυτονομία και καλύτερη ποιότητα ζωής. (Egan,M.A Step to independence.Occupational Therapy Week,New ventures, 1992,Vol.6,41,16-17).

## 8.ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Τα κέντρα επαγγελματικής εκπαίδευσης είναι χώροι στους οποίους τα άτομα που ολοκλήρωσαν με επιτυχία τα προγράμματα των προηγούμενων αποκαταστασιακών δομών θα εκπαιδευτούν σε ένα συγκεκριμένο επαγγελματικό αντικείμενο.

Οι ειδικοί εκπαιδευτές τεχνίτες εκπαιδεύουν τους ασθενείς στα διάφορα επαγγελματικά αντικείμενα σύμφωνα κυρίως με τις κατευθύνσεις του αρμόδιου εργοθεραπευτή και της υπόλοιπης ομάδας. Στα πλαίσια αυτά δεν συνηθίζεται η λειτουργία επικουρικών ομάδων για βελτίωση σε ελλείμματα δεξιοτήτων άλλου επιπέδου. Αν όμως υφίστανται τέτοιες ανάγκες των πελατών τότε είτε οργανώνονται τέτοιες ομάδες εκπαίδευσης στο κέντρο είτε τα άτομα ενθαρρύνονται και διευκολύνονται να παρακολουθούν αντίστοιχες ομάδες άλλων αποκαταστασιακών δομών π.χ. κέντρου ημέρας.

Ο ρόλος της ομάδας είναι κυρίως αξιολογικός και συντονιστικός. Ο πελάτης μετά το αρχικό χρονικό διάστημα της αξιολόγησης και της ενημέρωσης του για το πρόγραμμα, προωθείται σε ένα συγκεκριμένο εργαστήριο π.χ. μεταξοτυπίας, εκπαίδευσης υπαλλήλων γραφείου, σφραγιδοποίας, τροφοδοσίας κ.λ.π. θεωρείται κριτικής σημασίας τα εργαστήρια να εκπαιδεύουν τα άτομα σε σύγχρονα επαγγέλματα τα οποία δεν έχουν υψηλά ποσοστά ανεργίας στην ελεύθερη αγορά εργασίας.

Τα μέλη των Κ.Ε.Κ ακολουθούν απαιτητικό πρόγραμμα και εκπαιδεύονται πλήρως στο συγκεκριμένο εργασιακό αντικείμενο, τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και πρακτικό σημειώνεται επίσης ότι τα μέλη αμείβονται συμβολικά για το έργο που ασκούν με ένα χρηματικό ποσόν.

Όταν τα μέλη βρίσκονται στο τελικό στάδια εκπαίδευσης προωθείται ιδιαίτερα η ανεξάρτητη δράση τους, η εύρεση εργασίας και η άσκηση του ρόλου του εργαζομένου πολίτη. (Thompson B. Occupational Therapy and Mental Health, Cuhrchil Lininstone, LONDON, 1990).

## 9. ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η σύγχρονη ανταγωνιστική κοινωνία το συνεχές αυξανόμενο ρεύμα ανεργίας και η ιδιαιτερότητα της φύσης της ψυχικής διαταραχής συχνά δημιουργούν εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες για την επιτυχή και πλήρη επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Για να δοθεί η ευκαιρία της επαγγελματικής αποκατάστασης και σε άτομα με μειωμένη επαγγελματική λειτουργικότητα έχουν οργανωθεί ειδικές μονάδες προστατευμένης εργασίας είτε με τη μορφή προστατευμένου εργαστηρίου, είτε με την μορφή της επιχορηγούμενης παραγωγικής εργασίας στο σπίτι του πελάτη. Ο εργαζόμενος ενημερώνεται για τα θέματα εργασίας, διευκολύνεται σε προβλήματα που προκύπτουν και συνεργάζεται στενά με την υπεύθυνη ομάδα η οποία αποτελείται από τον κοινωνικό λειτουργό, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο, νοσηλεύτη, επαγγελματικό σύμβουλο, τεχνίτες, άτομα σχετικά με την διαχείριση και τη διαφήμιση κ.λ.π. Τα μέλη των μονάδων προστατευμένης εργασίας είναι:

Α) άτομα που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία, έχουν ήδη εκπαιδευτεί σε συγκεκριμένο επαγγελματικό αντικείμενο, διαβιώνουν αυτόνομα ή ημιαυτόνομα (προστατευμένη κατοικία) στην κοινότητα, αλλά για τα οποία δεν κατέστη εφικτή η τοποθέτησή τους στην ελεύθερη αγορά εργασίας.

Β) άτομα τα οποία παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής λειτουργικότητας (λόγω χρονιότητας, συνοδών σωματικών διαταραχών) και τα οποία δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για την αναζήτηση εργασίας στην ελεύθερη αγορά.

Οι εργασιακές συνθήκες στις μονάδες προστατευμένης εργασίας προσομοιάζουν κατά πολύ με τις συνθήκες ενός συμβατικού εργασιακού χώρου (ωράριο, συμπεριφορά εργαζομένων, ποιότητα παραγομένου τελικού προϊόντος κ.λ.π) και η αμοιβή των εργαζομένων είναι ανάλογη με την παραγωγικότητά τους.

Σημαντική είναι η οργάνωση της απορρόφησης από την αγορά των παραγόμενων προϊόντων ή των προσφερόμενων υπηρεσιών η συνεργασία με κρατικούς φορείς, τοπική αυτοδιοίκηση και ευαισθητοποιημένες ομάδες καταναλωτών διευκολύνει κατά πολύ την απορρόφηση αυτή. Παραδείγματα συνήθων αντικειμένων στις προστατευμένης εργασίας είναι: εργαστήρια αγγειοπλαστικής, βιβλιοδεσίας, συντήρησης κήπων, συνεργεία καθαριότητας, πλυντήρια αυτοκινήτων κ.λ.π. (Willson M. Occupational Therapy in Long term Psychiatry Edinburgh Churchill Livingstone, LONDON, 1987).

## 10,ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΕΣ – ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

Οι συνεργατικές επιχειρήσεις αποτελούν μια μορφή ημιαυτόνομης ή και αυτόνομης παραγωγικής εργασίας. Με την λειτουργία τους καλύπτουν τις ανάγκες επαγγελματικής αποκατάστασης και συμμετοχής στην παραγωγική διαδικασία μιας μεγάλης ομάδας ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Συνήθως συνεργάζονται ελάχιστα με την ομάδα αποκατάστασης (με εξαίρεση τα πρωταρχικά στάδια οργάνωσης και λειτουργίας των επιχειρήσεων), ενώ διατηρούν συνεχή και στενή επαφή με διάφορους επιχειρησιακούς εργασιακούς φορείς:

:εργοδότες, εμπορικά καταστήματα, διαφημιστές, προμηθευτές πρώτων υλών κ.λ.π

Τα μέλη των συνεργατικών αναπτύσσουν μεγάλη υπευθυνότητα ως προς την επιχείρηση και φροντίζουν τόσο για την εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών εργασίας για τους εργαζομένους , όσο και για την υψηλή ποιότητα προϊόντων, την εξασφάλιση συνεχούς λειτουργίας της επιχείρησης και την αύξηση της παραγωγικότητας.

Η ομάδα που συνεργάζεται σε μια συνεργατική επιχείρηση εκτιμά τις ανάγκες των εργαζομένων, προτείνει ανάλογες προσαρμογές (αλλαγές στο φωτισμό και στη θέση σώματος κατά την ώρα εργασίας, περιορισμό των θορύβων κ.λ.π.) ασκεί συμβουλευτική και δρα προληπτικά για αποφυγή υποτροπών . Επίσης συνεργάζεται με τα μέλη για να αναπτυχθούν διαπροσωπικές σχέσεις, η συνοχή της εργασιακής ομάδας, και να προωθηθεί η κοινωνικοποίηση.

Τα αντικείμενα εργασίας των συνεργατικών συνεταιριστικών επιχειρήσεων είναι ποικίλα όπως: καλλιέργειας φυτών, αγγειοπλαστικής, σφραγιδοποιείας, τροφοδοσίας εδεσμάτων κ.λ.π.(Egan M. Occupational Therapy Week,New Ventures,Vol.6, 41,1992,16-17).

## 11.ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η τοποθέτηση του πελάτη στην ελεύθερη αγορά εργασίας αποτελεί και τον πλέον ζητούμενο τελικό στόχο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Λαμβάνοντας υπόψη τα υψηλά επίπεδα ανεργίας, την επικριτική στάση της κοινωνίας απέναντι στην ψυχική ασθένεια και την υψηλή ανταγωνιστικότητα που επικρατεί στους χώρους των εργαζομένων, γίνεται φανερό πόσο καλά οργανωμένη πρέπει να είναι αυτή η τελική αποκαταστασιακή κίνηση για να στεφτεί με επιτυχία και να υπερκεράσει τις αντίξοες συνθήκες.

Τα μέλη της ομάδας της αποκατάστασης τα οποία είναι κυρίως υπεύθυνα για την τοποθέτηση του πελάτη στην ελεύθερη αγορά εργασίας, κάνουν έρευνα των θέσεων εργασίας, σε επιλογή των κατάλληλων πελατών για τις αντίστοιχες θέσεις, σε ευαισθητοποίηση των εργοδοτών και των μελλοντικών συναδέλφων σε συνεχή υποστήριξη και διευκόλυνση του πελάτη. ( Δ. Κανδύλης Γ. Καπρίνης , Προγράμματα Κοινωνικής προσαρμογής.Τετρ.ψυχ.46,1994,9-16).

## 12.ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΛΕΣΧΕΣ

Οι κοινωνικές λέσχες είναι οι χώροι στους οποίους κατά εξοχήν παρέχονται προγράμματα για ανάπτυξη ενδιαφερόντων , άσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων ανάπτυξη επικοινωνιακών δικτύων και ψυχαγωγία.

Συνήθως λειτουργούν καθημερινά κατά τις απογευματινές ώρες , τα σαββατοκύριακα όμως και τις αργίες λειτουργούν και περισσότερες ώρες.

Στις κοινωνικές λέσχες συμμετέχουν άτομα που ακολουθούν κάποιο πρωινό πρόγραμμα αποκατάστασης (π.χ σε κέντρο ημέρας), αλλά και άτομα τα οποία αν και διαβιώνουν αυτόνομα δεν έχουν αναπτύξει ακόμη ευρύ κοινωνικό δίκτυο και συνεχίζουν να έχουν ανάγκες σχετικές με την οργάνωση του ελεύθερου χρόνου τους.

Η θεραπευτική ομάδα συντονίζει την λειτουργία μιας κοινωνικής λέσχης είναι υπεύθυνη για την αξιολόγηση των πελατών (κυρίως στους τομείς των ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων, της ψυχαγωγίας και της οργάνωσης του ελεύθερου χρόνου ), για την ενθάρρυνσή τους να συμμετέχουν σε μια κατάλληλη ομάδα για τη λειτουργία συγκεκριμένων ομάδων (π.χ θεατρικής έκφρασης, δημιουργικών κατασκευών, συζήτησης, κινητής έκφρασης...)και για την συνεχή προώθηση της ένταξης των μελών στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (ενθάρρυνση παρακολούθησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων της τοπικής κοινότητας, συμμετοχή σε συλλόγους...).Σημαντικές θεωρούνται οι συχνές επισκέψεις σε χώρους της τοπικής αλλά και της ευρύτερης κοινότητας (θέατρα, αναψυκτήρια, κινηματογραφικές λέσχες, μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους) για πραγματική άσκηση των κοινωνικών δεξιοτήτων και κοινωνική ενσωμάτωση.

Καθώς η εξάσκηση στις κοινωνικές δεξιότητες και η κοινωνική ενσωμάτωση θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα ζωής των πελατών και την ενδυνάμωση της υγιούς τους υπόστασης , οι κοινωνικές λέσχες προσφέρουν πολύτιμη βοήθεια στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. (Μαδιανός Μ. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994).

### 13.ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Οι κινητές αυτές ψυχιατρικές μονάδες αποτελούν μικρά και ευέλικτα σχήματα τα οποία επιτελούν ένα μοναδικό πραγματικά ρόλο την αντιμετώπιση και συστηματική παρακολούθηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές τα οποία ζουν σε μη αστικές περιοχές στον εκάστοτε χώρο διαμονής του.

Συνήθως μία κινητή μονάδα καλύπτει μία μεγάλη γεωγραφική περιφέρεια τόσο στους τομείς της πρόληψης όσο και στους τομείς της διάγνωσης της θεραπείας , της κοινωνικής και της επαγγελματικής αποκατάστασης.

Η μονάδα στελεχώνεται από όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και οι υπηρεσίες της είναι ανάλογες όλων των ειδικών.

Στα πλαίσια της πρόληψης η ομάδα συνεργάζεται στενά με τοπικούς φορείς και αρχές (κοινοτάρχη, γιατρό...) για τη διοργάνωση διαλέξεων στο ευρύ κοινό με θέματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία.

Ως προς τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παρακολούθηση των περιστατικών αυτές οι υπηρεσίες ακολουθούν κατά πολύ τα γνωστά πρότυπα η βασική διαφοροποίηση αφορά κυρίως στο ότι η αντιμετώπιση των ατόμων γίνεται κοντά ή και μέσα στο χώρο της κατοικίας τους, γεγονός που διευκολύνει τόσο την έγκαιρή και αποσιγματοποιημένη αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής όσο και την αποφυγή της απομάκρυνσης των ασθενών από την κοινωνία τους. Ο γενικός πληθυσμός ευασητοποιείται ενημερώνεται και αναλαμβάνει πιο εύκολα ενεργητικό υποστηρικτικό ρόλο απέναντι στην ψυχική διαταραχή ενός γνωστού μέλους του π.χ εξασφάλιση εργασίας αγροτικού τύπου στις καλλιέργειες ενός γείτονα , βοήθεια στη διαχείριση του χώρου διαβίωσης ενός ασθενή κ.λ.π .

Σημαντική επίσης προσφορά είναι η αντιμετώπιση των παιδιών με ψυχολογικά προβλήματα έτσι ώστε να μην υποστούν τις συνέπειες της απομάκρυνσης από το στενό και ευρύ κοινωνικό τους περιβάλλον προκειμένου να εξασφαλίσουν την εξειδικευμένη

Φροντίδα.(Σακελλαρόπουλος Π .Κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης Υπαίθρου στη φωκίδα.Τετρ.ψυχ.5,47,1985).

#### **14.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ,**

Η αποιδρυματοίηση και η ανάπτυξη κοινοτικών προγραμμάτων αναβάθμισε κατά πολύ το ρόλο της εμπλοκής της οικογένειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στη διαδικασία της αποκατάστασης και ώθησε τους ειδικούς να προεκτείνουν τα προγράμματα και στο χώρο διαβίωσης των πελατών. Κύριοι στόχοι αυτών των προγραμμάτων είναι η υποστήριξη και εκπαίδευση της οικογένειας για θέματα που αφορούν στην ψυχική διαταραχή και στη φροντίδα των μελών της , η ενεργοποίηση και η ενδυνάμωση του οικογενειακού ρόλου του πελάτη.

Ο εργοθεραπευτής καταρχήν θα πρέπει να εκτιμήσει το χώρο που ζει το άτομο (είτε μόνος του είτε με την οικογένεια του) , η συνεχής παρακολούθηση της εφαρμογής των μαθημένων γνώσεων ως προς τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής την ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων και την εργασιακή δραστηριοποίηση θα αποτελέσει την ασπίδα για την αποφυγή νέων προσβολών και νοσηρών καταστάσεων.(Versluys H.Family influences.Hopkins,Willard,spackman Occupational Therapy.Philadelphia,1993, B.Lippincott co).



## **ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ**

### **III. Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

## 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ίδρυση ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά περιφερειακά νοσοκομεία είναι μια από τις πιο καινοτομείς και αποτελεσματικές προτάσεις που υλοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης ενώ συγχρόνως καλύπτουν και τις ανάγκες σωματικής υγείας , χωρίς να στιγματίζουν το άτομο και να το απομονώσουν από τον κοινοτικό του χώρο.

Κάθε τομέας πρέπει να διαθέτει ένα ολοκληρωμένο τμήμα γενικού νοσοκομείου (40 κλινών), ένα σύνολο κοινοτικών δομών , π.χ Κ.Ψ.Υ, Ψ.Τ.Γ.Ν , ξενώνες , οικοτροφεία ,προστατευμένα διαμερίσματα κ.λπ και ένα σύστημα εργασιακής αποκατάστασης (επαγγελματικά εργαστήρια ,συνεταιρισμούς ή ΚΟΙΣΠΕ) όπως επίσης και τη λειτουργία μιας κινητής μονάδας. Αυτό το σύνολο των δομών (ψυχιατρική κλινική του ψυχιατρείου και όλες οι υπόλοιπες κοινοτικές δομές) θα έχει την ευθύνη για όποιο ψυχιατρικό αίτημα στον τομέα τους σε τμήμα ψυχιατρικό γενικού νοσοκομείου.

Ο στόχος είναι η έξοδος όλων των χρόνιων ασθενών μέσα από το ψυχιατρείο στην κοινότητα σε στεγαστικές δομές η συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρείων , η μείωση του κόστους δηλαδή περιορισμός των κλινών. Ο συνολικός προϋπολογισμός του ψυχιατρείου της περιοχής διαμορφώνεται στους αντίστοιχους τομείς αναλογικά και ο προϋπολογισμός θα έχει συνάρτηση με την ποιότητα λειτουργίας και με την προσπάθεια αποδέμησης της ψυχιατρικής κλινικής του ψυχιατρείου και τη λειτουργία ολοκληρωμένου ψυχιατρικού τμήματος στο γενικό νοσοκομείο.

Είναι μια ψυχιατρική στον αντίποδα της ιδρυματικής ψυχιατρικής θα είναι πιο κοινωνική και πιο ανθρώπινή.

(Αγγελόπουλος Ν.Ψυχιατρική κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο .Συγκρότηση και λειτουργία.Τετρ.ψυχ.48,1994,8-26).

## 2.ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών νοσοκομείων μπορούν να διαθέτουν εξωτερικό ιατρείο , τμήμα βραχείας νοσηλείας , κέντρο ημέρας , κέντρο επαγγελματικής εκπαίδευσης , μονάδες προστατευμένης εργασίας , ελεύθερη αγορά εργασίας , κινητές μονάδες ψυχιατρικής παρακολούθησης ,μετανοσοκομειακή παρακολούθηση,συνεταιριστικές επιχειρήσεις κ.λ.π. και συνεργάζονται τόσο με τις άλλες κλινικές του νοσοκομείου (παθολογική, χειρουργική ) όσο και με τα κέντρα ψυχικής υγείας και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι ασθενείς που εισάγονται στα ψυχιατρικά τμήματα αυτά ανήκουν σε ποικίλες ψυχιατρικές διαγνωστικές κατηγορίες, τις υπηρεσίες της δομής αυτής δέχονται και ασθενείς άλλων κλινικών (ψυχολογική υποστήριξη ή μείωση υπερβολικού άγχους ασθενών πριν την εγχείρηση ή μετά από έμφραγμα κ.λ.π.).Η διάρκεια παραμονής των ασθενών είναι λίγες εβδομάδες, χωρίς βέβαια να είναι αυτό απόλυτο.

Η διεπιστημονική ομάδα που στελεχώνει αυτά τα τμήματα αποτελείται από τον ψυχίατρο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον νοσηλευτή, τον ψυχολόγο, τον εργοθεραπευτή , και συνεργάζεται στενά με τους επαγγελματίες των άλλων κλινικών του νοσοκομείου για κάλυψη οποιαδήποτε ανάγκης.

Καθώς το χρονικό διάστημα παραμονής των ασθενών είναι μικρό ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι ανάλογος του ρόλου του τμήμα οξέων περιστατικών και στο τμήμα βραχείας νοσηλείας. Αρχικά θα αξιολογηθεί ο ασθενής και θα εντοπιστεί η βασική προβληματική περιοχή στην οποία θα βασιστεί το πρόγραμμα αποκατάστασης. Συνήθη προγράμματα που χρησιμοποιούνται είναι μείωσης άγχους , ατομικής φροντίδας και περιποίησης , διατήρησης ατομικής ταυτότητας , έκφρασης και βελτίωσης ικανότητας αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων κ.λ.π. Ολοκληρώνοντας την αναφορά στους ψυχιατρικούς τομείς πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα συνεργασίας με την οικογένεια του ασθενή , έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η υποστήριξη της και να ενδυναμωθούν οι σχέσεις της με τον ασθενή , η συμβουλευτική , το καθημερινό επισκεπτήριο και η ενθάρρυνση για συχνές επαφές απομακρύνουν τον κίνδυνο ρήξης των οικογενειακών δεσμών και διευκολύνουν την αποκατάσταση.

( Ν.Αγγελόπουλος. Ψυχιατρική κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο,τετρ.ψυχ.48,1994,8-26).

Μιλάμε για μια νέα ψυχιατρική και ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα ψυχικής υγείας και

θέτουμε τρεις συγκεκριμένες προτάσεις:

α. Το θέμα των **μεταγωγών** των ασθενών Απαξιώνει και προσβάλλει τον άρρωστο

ο και όχι μόνο. Απαξιώνει και την ψυχιατρική αλλά και τον πολιτισμό. Ο ασθενής αμέσως και χωρίς να καθίσει στο τμήμα μεταγωγών για 2-3 φορές ως κρατούμενος, χωρίς φάρμακα, χωρίς φαγητό και με την ανάλογη αστυνομική μεταχείριση, πρέπει με την μέριμνα του ταμείου του να μεταφέρεται αμέσως σε κλινική για νοσηλεία. Οι εικόνες στο τμήμα μεταγωγών αποτελούν φρίκη.

2. Το καθεστώς των **καθηλώσεων**. Καθήλωση θα γίνεται μόνο με την εντολή γιατρού, και αφού διαπιστωθεί μία όντως διεργετική κατάσταση. Αν ο ασθενής χρειαστεί να μείνει καθηλωμένος, πέραν των 2-3 ωρών τούτο να γίνεται με την εντολή του γιατρού της κλινικής. Φαινόμενο σε παραβιάσεις δικαιωμάτων, φαινόμενα ρητά)-να εξετάζονται όχι με το σημερινό σύστημα των ΕΔΕ αλλά κεντρικά.

Όλες οι περιπτώσεις βίας κ.λπ. να παραπέμπονται σε επίπεδο θεσμοθετημένων οργάνων του υπουργείου και αυτό να αποτελεί καθήκον των Δ/ντων των ψυχιατρείων.

3. Η λειτουργία των **τμημάτων χρόνιων ασθενών**. Σε όλα τα τμήματα χρόνιων με ευθύνη των Δ/ντων των κλινικών να απασχολείται ένα ποσοστό από το συνολικό προσωπικό της κλινικής. Όλοι γνωρίζουν την εγκατάλειψη των τμημάτων χρόνιων.

Στα τμήματα χρόνιων πρέπει να λειτουργούν προγράμματα αποκατάστασης και πρέπει να απασχολείται προσωπικό από τα επαγγέλματα ψυχικής υγείας και όχι μόνο πρακτικοί νοσηλευτές. Τα τμήματα χρόνιων πρέπει να είναι κλειστά. Μόνον έτσι μπορούν να λειτουργήσουν προγράμματα επανένταξης. Να μην ανήκει στη δικαιοδοσία των γιατρών της κλινικής η εντολή ούτως ώστε ένας ασθενής να οδηγηθεί σε τμήμα χρόνιων αλλά στην δικαιοδοσία επιτροπών σε επίπεδο ψυχιατρείου η οποία θα συνεδριάζει 2-3 φορές το χρόνο. Για να οδηγηθεί ένας ασθενής σε τμήμα χρόνιων πρέπει αποδεδειγμένα να έχουν εξαντληθεί όλες οι άλλες πιθανότητες πράγμα που σπανίως συμβαίνει.

Το θέμα των μεταγωγών, το θέμα των καθηλώσεων και η εικόνα στα τμήματα χρόνιων είναι νόμιμα θέματα άμεσης προτεραιότητας είναι σημεία που παραβλάπτονται στοιχειώδη ανθρώπινα δικαιώματα και δεν αποκτούν ποινική υπόσταση επειδή η διαστρέβλωση της ψυχιατρικής τα δικαιολογεί και είναι θέματα που η Δ/ση ψυχικής υγείας πρέπει να λύσει με ανάλογες ρυθμίσεις.(

Στη μελέτη μας εξετάσαμε τον ρόλο του Κ.Ψ.Υ. ως σημαντικό παράγοντα βελτίωσης στο προφίλ των ψυχωτικών ασθενών.

Συμμετέχουν στο καθημερινό πρόγραμμα του Κ.Ψ.Υ. 164 άτομα. Ερευνήσαμε την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αυτών των ατόμων κατά τη διάρκεια παρακολούθησης τους στο Κ.Ψ.Υ. και πριν απ' αυτό, σε σχέση με το φύλο και τις ψυχικές διαταραχές όπως και την ανάγκη αυτών για νοσηλεία κατά τη διάρκεια παρακολούθησης τους στο Κ.Ψ.Υ. σε σχέση με προηγούμενες νοσηλείες σε ψυχιατρικές μονάδες.

Οι δραστηριότητες στο Κ.Ψ.Υ. είναι: α) Ηλεκτρολογία β) Ραπτική, γ) Κηπουρική, δ) Υφαντουργική, ε) Ξυλουργική.

Στην ανάλυση διαπιστώθηκε ότι δεν αναφέρεται αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των ατόμων αυτών κατά τη διάρκεια παρακολούθησης τους στο Κ.Ψ.Υ. καθώς δεν αναφέρεται και νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική.

Συμπερασματικά, εμφανίζεται η σημαντικότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχει το Κ.Ψ.Υ.. Η παροχή μικτού τύπου προγράμματος στήριξης όπου αυτό προσφέρεται είναι η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση. Καθώς είναι η διασφάλιση χημικής ασπίδας και η δυνατότητα επέμβασης στη δυναμική της οικογένειας.

ΤΟ Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί βάσει και βασίζεται στις αρχές των Κοινοτικών Κέντρων ψυχικής Υγείας (Community Mental Health Centers) των Η.Π.Α.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πειραιά (Κ.Ψ.Υ.Π.) είναι κοινοτικό κέντρο για την εξυπηρέτηση κυρίως των κατοίκων του Δήμου Πειραιά.

Το Κ.Ψ.Υ.Π. έχει σαν σκοπό την πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών και ψυχολογικών προβλημάτων, καθώς και την ενημέρωση του κοινού, γονέων, δασκάλων και άλλων ομάδων ενδιαφερομένων για τις σύγχρονες αντιλήψεις της ψυχικής υγιεινής. Επίσης με διαλέξεις, σεμινάρια, συζητήσεις και άλλες εκδηλώσεις επιδιώκει να διαδώσει στο κοινό τις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγεία, έτσι ώστε τα ψυχολογικά προβλήματα να προλαμβάνονται όπου αυτό είναι δυνατό, ή να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα. Το πρόγραμμα της Υπηρεσίας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης που λειτουργεί στο Κ.Ψ.Υ. δίνει τη δυνατότητα επαγγελματικής αποκατάστασης στους ψυχωτικούς ασθενείς καθώς και την αρμονική όσο δυνατόν συνεργασία μεταξύ εκπαιδευτών, - εκπαιδευομένων. Το Κ.Ψ.Υ. σταθερά προσανατολισμένο στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση ψυχικών διαταραχών στα πλαίσια της ίδιας κοινότητας

προσπαθεί να δώσει λύσεις, για την σταδιακή εξάλειψη των ασυλλιακών ψυχιατρείων. Στηρίζεται στην ανάπτυξη, από τους εκπαιδευόμενους αίσθημα αυτοεκτίμησης και ανεξαρτησίας και στην απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων, ώστε οι ασθενείς από μόνοι τους να αντιμετωπίσουν στην κοινωνική πραγματικότητα και την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Η επαγγελματική αποκατάσταση από μόνη της δεν βοηθά, τους ψυχωτικούς ασθενείς, χρειάζεται ψυχοθεραπευτική βοήθεια, για να στηρίξει την επανακοινωνικοποίηση και την ενσωμάτωση του ψυχικά πάσχοντος στην κοινότητα.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, η οποία φιλοδοξεί να διευκολύνει το άτομο που έχει έκπτωση στη λειτουργικότητα του λόγω ψυχικής διαταραχής να επιτύχει ένα καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει, αφενός, στη μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου και, αφετέρου, στην ελαχιστοποίηση των δυσμενών περιβαλλοντικών συνθηκών και καταστάσεων, που παρεμβάλλονται ως εμπόδια. Στη διαδικασία αυτή, η εργασία, οριζόμενη ως δραστηριότητα, παραγωγή ή και επάγγελμα, χρησιμοποιείται ως κύριο θεραπευτικό μέσο. Τα *Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης* είναι οι χώροι εκείνοι στους οποίους επιδιώκεται η προετοιμασία του ατόμου για ένταξη ή επανένταξη στην εργασία. Με μακροπρόθεσμο στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση, προσδοκάτε η ανάπτυξη βελτίωση δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης, κοινωνικοποίησης και εργασιακής συμπεριφοράς, αλλά και η καταπολέμηση των συνθηκών που συμβάλλουν στον αποκλεισμό του ατόμου από αυτήν.

(Ν.Δεγλήρης,Δ.Ανέστη,Γ.Μπελά,Κέντρο κοιν.ψυχ.υγείας.τετρ.ψυχ.Νο78 2002).

### **3. Το σωματείο προάσπισης των δικαιωμάτων ατόμων με ψυχική νόσο και προαγωγής της Ψυχικής Υγείας με την επωνυμία «Αλκυονίδες»:**

Οι προσπάθειες για την δημιουργία του σωματείου ξεκίνησαν από επαγγελματίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.ΝΑ) με την παρότρυνση του Διοικητή του Νοσοκομείου και την σταθερή υλικοτεχνική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη του, πριν από ένα περίπου χρόνο. Η επίσημη αναγνώριση του σωματείου έγινε στις 8 Ιούνη 2004 και στις 30 Ιούνη 2004 πραγματοποιήθηκαν οι αρχαιρεσίες για την εκλογή του Διοικητικού Συμβουλίου. Το Ψ.Ν.Α. αποτελεί το μεγαλύτερο Νοσοκομείο της Βαλκανικής χερσονήσου και τα προβλήματα του ήταν πάντα πολύ μεγάλα. Η εκπροσώπηση των ασθενών και η οργάνωσή τους ως προς διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους δεν ήταν καθόλου εύκολη υπόθεση. Υπήρχαν πολύ σημαντικές προσπάθειες των χρηστών και των επαγγελματιών όλα αυτά τα έτη αλλά τόσο η πολυπλοκότητα των προβλημάτων όσο και η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού αλλά και η χρονιότητα των περιστατικών δεν επέτρεψαν να τελεσφορήσει ένα επιχείρημα συλλογικής εκπροσώπησης.

Το Νοσοκομείο, συνεργάζεται με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Maison Blanche της Γαλλίας και τους εκπροσώπους των σωματείων των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας προκειμένου να εκπαιδεύσει τους επαγγελματίες του Ψ.Ν.Α. και τους χρήστες των υπηρεσιών στην διαδικασία δημιουργίας σωματείων συλλογικής εκπροσώπησης και διεκδίκησης των δικαιωμάτων. Πραγματοποιούνται εκπαιδευτικές επισκέψεις και οργανωμένο θεωρητικό πρόγραμμα εκπαίδευσης. Τα μέλη του σωματείου (136) στην πλειοψηφία τους είναι χρήστες ή πρώην χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που βρίσκονται για αποκατάσταση στις ενδονοσοκομειακές ή στις εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα, οικοτροφεία) ή διαβιούν αυτόνομα στην κοινότητα Η Προσωρινή Διοικούσα Επίτροπος.

Στην αρχή τους βρίσκονται οι προσπάθειες δημιουργίας μιας κοινωνικής λέσχης στο κέντρο της Αθήνας, η οποία θα λειτουργεί με δικό της εσωτερικό κανονισμό, που θα ρυθμίζει τον αυτόνομο τρόπο οργάνωσης της λειτουργίας της και δεν θα παρεκκλίνει από τους βασικούς σκοπούς του σωματείου. Έχει προταθεί πλάνο προσφερόμενων δραστηριοτήτων το τελικό περιεχόμενο των οποίων θα καθοριστεί από τις ανάγκες των μελών.

Βασικές αρχές της λειτουργίας του σωματείου είναι:

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για την φύση της ασθένειάς του.

Έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν, με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή και μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει:

- Να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση ή την βαρύτητα της νόσου.

- απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή.

Το γραφείο του σωματείου «Αλκυονίδες» λειτουργεί στο Υποστηρικτικό κτίριο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, στον πρώτο όροφο κάθε Δευτέρα και Πέμπτη από τις 8:00π.μ. ως τις 2:00 μ.μ. Τα τηλέφωνα επικοινωνίας είναι τα: 210-5388365 και 2105325391.

Ενέργειες του σωματείου «Αλκυονίδες» για την επίτευξη των σκοπών του.

1. Λειτουργία γραφείου εντός του Ψ.Ν.Α. για την εξυπηρέτηση των χρηστών και των οικογενειών τους.

2. Συμμετοχή τεσσάρων χρηστών στο Διοικητικό Συμβούλιο του σωματείου.

3. Τακτική συμμετοχή ενός χρήστη, μέλους του Δ.Σ. του σωματείου στο Συμβούλιο Διοίκησης του Ψ.Ν.Α.(Παπαδόπουλος Γ. Προβλήματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τετρ.ψυχ.Νο87 2004).



#### 4. ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΒΥΡΩΝΑ - ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ

Η κοινοτική ψυχική υγιεινή περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η κοινότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών. Οι Βασικές αρχές που διέπουν την οργάνωση και την λειτουργία των κοινοτικών ψυχικών υπηρεσιών είναι:

- Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος.
- Η αρχή της τομεοποίησης δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο που, χωρίς αυτή, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη. Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το Κ.Κ.Ψ.Υ πρέπει να κυμαίνεται από 1 έως 15 λεπτά. Ο τομέας που περιλαμβάνει συνήθως η κάθε κοινότητα είναι από 70.00 έως 150.000 κατοίκους
- Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς από τον ίδιον θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας, η οποία για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο.
- Η αρχή της ανταποκριτικότητας. Η προσέλευση του κοινού στο Κ.Κ.Ψ.Υ είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών, που γίνεται μέσα από την συνεργασία του κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. Όσο αναπτύσσεται το δίκτυο διεισδυτικά στην κοινότητα, τόσο περισσότερο μικραίνει η απόσταση του ψυχικά πάσχοντα μέλους προς αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες του Κ.Κ.Ψ.Υ

Οι στόχοι της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι:

- Η αύξηση του εύρους του αριθμού και της εξειδίκευσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών (υπηρεσίες για παιδιά, υπερηλικές, άλλα ευάλωτα άτομα). Ένα παράδειγμά του έργου των Κ.Κ.Ψ.Υ στις Η.Π.Α είναι η διεκπεραίωση από τα 726 Κ.Κ.Ψ.Υ του 30% των ψυχιατρικών επεισοδίων κατά το 1983.
- Η ύπαρξη υπηρεσιών ισότιμα διαθέσιμων και προσεγγίσεων από κάθε άτομο, ανεξάρτητα από τη γεωγραφική θέση, την οικονομική κατάσταση και φυλή.

- Η ανάλογη των αναγκών της κοινότητας παροχή υπηρεσιών.
- Η μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία. Στις Η.Π.Α κατά το 1995 τα ¾ του 1,7 εκατομμυρίων ψυχιατρικών επεισοδίων αντιμετωπίστηκαν με εισαγωγή σε ψυχιατρείο. Το 1977 το 70% των 6,9 εκατομμυρίων επεισοδίων αντιμετωπίστηκαν στα Κ.Κ.Ψ.Υ και στα εξωτερικά ιατρεία.
- Η μεγιστοποίηση της συμμετοχής των πολιτών στα προγράμματα κοινοτικής ψυχικής υγείας.
- Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Από έρευνες προκύπτει ότι η ενημέρωση, η επιμόρφωση των πολιτών και ιδιαίτερα των δασκάλων των τοπικών αρχών μπορεί να τροποποιήσει την στάση τους επί το θετικό απέναντι σε άτομα που αντιμετωπίζουν μια κρίση.
- Ο συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής μέσα στον τομέα.
- Η αυξημένη αποδοτικότητα των υπηρεσιών από πλευράς κόστους οφέλους. Κατά το 1983 το μέσο κόστος μιας αντιμετώπισης ενός ψυχιατρικού επεισοδίου από το Κ.Κ.Ψ.Υ στις Η.Π.Α ήταν μόνο 645 δολάρια, ενώ από το ψυχιατρείο ήταν 4.955 δολάρια.

Το 2020 η μονοπολική κατάθλιψη θα έρχεται τρίτη με 6,12% και η κατάχρησή οινοπνευματωδών θα έρχεται έκτη με 3,80%. Συνολικά στα μέσα της δεκαετίας του 90 200.000.000 άτομα νοσούν από ψυχικές ασθένειες εκ των οποίων 4.500.000 υποφέρουν από σχιζοφρένεια και σχετικές ψυχώσεις.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι περιπτώσεις σχιζοφρένειας από 16,7 εκατομμύρια το 1995 θα ανέλθουν στα 24,4 εκατομμύρια στο 2010.

Το 1/3 όλων των επισκέψεων σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αφορούν σε συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές.

Η πρακτική της κοινοτικής ψυχιατρικής αντιμετώπισης του ψυχικά αρρώστου μέσα στις συνεχώς μεταβαλλόμενες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες της Δύσης είναι επίτιμο έργο, ιδιαίτερα στην κρίσιμη καμπή της νέας χιλιετίας όπου έχει να αντιμετωπίσει τα ακόλουθα σοβαρά προβλήματα που αυξάνουν την ζήτηση της.

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ιατρικής φροντίδας έχει αυξήσει πάρα πολύ το προσδόκιμο επιβίωσης με αποτέλεσμα το ποσοστό των ατόμων μετά τα 65 χρόνια να καλύπτει το 18-22% του πληθυσμού. Είναι γνωστό ότι ένα σημαντικό μέρος των υπερηλικών ατόμων έχει ανάγκη μια σειρά κοινοτικών ψυχιατρικών αποκαταστασια-

κών παρεμβάσεων για να αντιμετωπιστούν προβλήματα ήπιας οργανικότητας, κοινωνικής απομόνωσης κ.λ.π

Η βελτίωση της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας εξασφαλίζει την επιβίωση νεογέννητων παιδιών με ελλιπές βάρος κ.λ.π με υψηλή επικινδυνότητα για την μελλοντική ανάπτυξη ψυχιατρικής αναπηρίας.

Η συνεχής συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους στο πλαίσιο του αυξανόμενου φαινομένου της παγκοσμιοποίησης με τη συνεχή μείωση των διατεθειμένων οικονομικών πόρων για την κοινωνική πρόνοια και προστασία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, στις οποίες ανήκουν και οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς, οδηγεί στην συρρίκνωση ή το κλείσιμο των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την εγκατάλειψή τους οπότε αυξάνεται ο αριθμός των αστέγων.

Παράλληλα η συνεχής τάση για συρρίκνωση ή κλείσιμο των ασύλων αυξάνει τον αριθμό των χρόνιων αρρώστων στην κοινότητα αλλά και τις ανάγκες τους για παροχή κοινοτικών ψυχιατρικών, καθώς και εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Στα πλαίσια του προγράμματος «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας», που υλοποίησε η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (ΨΚΠΑ) στο χώρο του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ) Βύρωνα-Καισαριανής, αναπτύχθηκαν τρία εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης, με αντικείμενα την κατασκευή επίπλων μπαμπού, την κατασκευή χρηστικών και διακοσμητικών αντικειμένων και την κοπτική-ραπτική. Τα δύο πρώτα στεγάζονται σε χώρους πλησίον του κεντρικού κτιρίου του ΚΚΨΥ, ενώ το εργαστήριο της κοπτικής-ραπτικής φιλοξενείται σε χώρο δίπλα στο κατάστημα «Λωτός». Μέσω της διαδικασίας επιλογής, που ήδη αναφέρθηκε, 36 άτομα, ανά 12, στελέχωσαν τα τρία εργαστήρια. Από αυτά, 21 ήταν άνδρες και 15 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 39 περίπου έτη και μέση διάρκεια νόσου τα 16,5 έτη. Το 44,4% αυτών είχαν προηγούμενη εμπειρία συμμετοχής σε ανάλογα αποκαταστασιακά προγράμματα στο παρελθόν, ενώ, στο σύνολο τους, διαγνωστικά κάλυπταν όλο το φάσμα των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, με επικρατούσα τη σχιζοφρενική διαταραχή.(Μ.ΜΑΔΙΑΝΟΣ ,Κοινωνική ψυχική υγιεινή. Καστανιώτης,Αθήνα,2000).

Σε μια προσπάθεια αποτίμησης της 16μηνος λειτουργίας του προγράμματος (Ιανουάριος 2000 έως και Απρίλιος 2001), το πρώτο σημείο που εστιάζουμε είναι αυτό της συνέπειας στην παρακολούθηση των μελών. Η συνέπεια στην παρακολούθη-

ση ορίστηκε με βάση τον αριθμό των παρουσιών. Από τα στοιχεία προκύπτει ότι 20 μέλη (55,5% του συνόλου των μελών) επέδειξαν υψηλού βαθμού συνέπεια στην παρακολούθηση, 10 μέλη (27,8%) είχαν μέτρια παρακολούθηση, ενώ 6 μέλη (16,7%) είχαν ελάχιστη συμμετοχή ή διέκοψαν το πρόγραμμα. Η επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού παρακολούθησης θεωρούμε ότι οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως:

- Η μακρόχρονη εμπειρία του προσωπικού του ΚΚΨΥ στην οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων επαγγελματικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Η μεταφορά της γνώσης και της εμπειρίας στους νέους συναδέλφους
- Η επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών χειρισμών
- Η εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στον «εκπαιδευτικό-επαγγελματικό» χώρο των εργαστηρίων

Το Πρόγραμμα Ημερήσιας Φροντίδας (ΠΗΦ) είναι ένα από τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ) Βύρωνα-Καισαριανής.

Σκοπός του προγράμματος της «αποκατάστασης», είναι η μακροχρόνια φροντίδα της κάλυψης των χρονίων αναγκών των ασθενών. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, στο πρόγραμμα συμμετείχαν ασθενείς χαμηλής λειτουργικότητας, με δυσμενείς προγνωστικούς δείκτες, μεγάλες θεραπευτικές ανάγκες και αδυναμία ένταξης ή μετάβασης σε άλλη αποκαταστασιακή μονάδα. Το πρόγραμμα σε καθημερινή βάση παρέχει θεραπεία, υποστήριξη και φροντίδα σ' ένα δομημένο πλαίσιο, με μεγάλο εύρος εργοθεραπευτικών και κοινωνικοθεραπευτικών δραστηριοτήτων.

- Θεραπευτικοί, με την έννοια της μείωσης της συμπτωματολογίας, της πρόληψης και της αντιμετώπισης των υποτροπών, της παρέμβασης στην κρίση και της αποφυγής της νοσηλείας.

- Η ανάπτυξη δεξιοτήτων σε ένα ευρύ φάσμα, που καλύπτει από την προσωπική φροντίδα και υγιεινή έως την προεπαγγελματική εκπαίδευση και τον επαγγελματικό προσανατολισμό

- Η συντήρηση των δεξιοτήτων σε ασθενείς με χαμηλή λειτουργικότητα

- Η προετοιμασία για ένταξη σε πρόγραμμα επαγγελματικής εκπαίδευσης ατόμων που έχουν προοπτική και δυνατότητα βελτίωσης της λειτουργικότητας τους

- Η ανάπτυξη, διατήρηση και παγίωση κοινωνικών δεξιοτήτων και η γενικότερη κοινωνικοποίηση και ενσωμάτωση στην κοινωνία

Η ανακούφιση της οικογένειας από το συνεχές βάρος της καθημερινής και ολόημερης φροντίδας του ασθενούς.

Η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από έναν ψυχίατρο-επιστημονικά υπεύθυνο, μία εργοθεραπεύτρια και δύο κοινωνικούς λειτουργούς. Η θεραπευτική ομάδα συναντάτε μία φορά την εβδομάδα. Οι συναντήσεις έχουν κλινικό και εποπτικό χαρακτήρα. Η ομάδα επίσης συμμετέχει και στην εβδομαδιαία συνάντηση της όλης διεπιστημονικής ομάδας του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής. Το ΠΗΦ υποστηρίζεται και από βοηθητικό προσωπικό καθώς και από σπουδαστές Εργοθεραπείας και Νοσηλευτικής, οι οποίοι πραγματοποιούν την κλινική τους άσκηση.

(Παπαδόπουλος Γ. ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης τερ.ψυχ.Ν87 2004).

Η κύρια θεραπευτική παρέμβαση διεξάγεται στις ομάδες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

1. Ομάδα εξόδων στην κοινότητα, με στόχους την κοινωνικοποίηση, την ανάπτυξη και συντήρηση κοινωνικών δεξιοτήτων, αλλά και την ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη.
2. Ομάδες εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων, με στόχους την ανάπτυξη ή τη συντήρηση τόσο των γνωστικών (αντίληψη, προσοχή, συγκέντρωση) όσο και των λειτουργικών δεξιοτήτων των ασθενών (εκτέλεση οδηγιών, αδρή και λεπτή κινητικότητα, συντονισμός κινήσεων).
3. Ομάδα ψυχολογικής στήριξης, που ακολουθεί τις αρχές της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας και έχει ως στόχο τη γενικότερη υποστήριξη των ασθενών στην καθημερινή τους ζωή και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησής τους.
- Ομάδα μαγειρικής, με στόχους τη βελτίωση των δεξιοτήτων αυτοϋπηρέτησης, την άντληση ικανοποίησης από το άμεσο αποτέλεσμα και την ανάπτυξη ικανοτήτων συνεργασίας.
5. Ομάδα γυμναστικής, με στόχο την κινητοποίηση και τη μυϊκή ενδυνάμωση.
6. Ομάδα επικαιρότητας, στην οποία γίνεται ενημέρωση, συζήτηση και ανάλυση θεμάτων από την επικαιρότητα, με στόχο την καλύτερη ένταξη των ασθενών στην κοινωνική ζωή και την καλλιέργεια ενδιαφερόντων.
7. Ομάδα επίλυσης προβλημάτων, στην οποία τα μέλη εκπαιδεύονται στις τεχνικές επίλυσης προβλήματος.

Οι θεματικές των ομάδων ανανεώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες των μελών.

Κεντρικό τμήμα του δικτύου υπηρεσιών που αναπτύχθηκε, στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, είναι οι στεγαστικές δομές. Στόχος είναι η αποσυμφόρηση των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Ως στεγαστικές δομές νοούνται οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα προστατευμένα διαμερίσματα. Οι συνοδευτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες του προγράμματος «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας», που ανέλαβε να υλοποιήσει το ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής, περιλάμβαναν τη δημιουργία δύο προστατευμένων διαμερισμάτων. Τα διαμερίσματα αυτά βρέθηκαν στις περιοχές Βύρωνα-Καισαριανής και Αμπελοκήπων. Οι συγκεκριμένες περιοχές έχουν το προνόμιο να είναι κοντά αφενός μεν στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και στον Ξενώνα του Αιγινήτειου και αφετέρου στο ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής, στο οποίο αναπτύχθηκαν τα εργασιακά αποκαταστασιακά προγράμματα, που οι ένοικοι παρακολούθησαν. Το κάθε διαμέρισμα έχει τη δυνατότητα φιλοξενίας δύο ενοίκων.

(Α.Ζήση, επανένταξη χρονίων πασχόντων, Ψυχ.τετρ. Νο75 69-76)

Οι σκοποί της δημιουργίας αυτών των διαμερισμάτων είναι οι εξής:

- Αποασυλοποίηση ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία Αττικής
- Φιλοξενία ατόμων από την επαρχία
- Στέγαση ατόμων που φιλοξενούνται σε δομές με μικρότερο βαθμό αυτονομίας (ξενώνες)
- Στέγαση ατόμων, που για διάφορους λόγους έχουν ανάγκη προσωρινής απομάκρυνσης από το οικογενειακό περιβάλλον
- Προσωρινή στέγαση ατόμων που παρουσιάζουν υποτροπή της νόσου, ενώ παρακολουθούν το πρόγραμμα προκατάρτισης-κατάρτισης-προώθησης στην αγορά εργασίας.

Οι στόχοι που τίθενται για τους ενοίκους των διαμερισμάτων είναι:

- Αποϊδρυματισμός (εξάλειψη ασυλικών συνηθειών)
- Επανένταξη στο χώρο της κοινότητας-κοινωνικοποίηση
- Ανάπτυξη ικανοτήτων αυτόνομης διαβίωσης
- Εργασιακή αποκατάσταση μέσω του προγράμματος κατάρτισης
- Επανασύνδεση με την οικογένεια, όπου αυτή υπάρχει

-Διαχείριση υποτροπών εκτός νοσοκομείου.

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται το στεγαστικό πρόγραμμα είναι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς με προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας, που χρειάζονται μια δομή που δεν θα τους παρέχει απλώς και μόνο στέγαση. Έτσι, οι δράσεις που λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια του στεγαστικού προγράμματος έχουν ως αντικείμενο την κοινωνική επανένταξη των ενοίκων. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω ομαδικών και ατομικών παρεμβάσεων, που θα στοχεύουν τόσο στην ανακάλυψη ξεχασμένων δεξιοτήτων και στην περαιτέρω ανάπτυξη τους, όσο και στην αποβολή συνηθειών, που η χρονιότητα ή ο ιδρυματισμός έχει προσδώσει στους εν λόγω ασθενείς, οι οποίοι συχνά χρειάζονται υποστήριξη και βοήθεια για βασικές δραστηριότητες ζωής.

Το προσωπικό στηρίχθηκε στην αρχή της εξατομίκευσης, της προσαρμογής δηλαδή των θεραπευτικών παρεμβάσεων στις ατομικές ανάγκες των ενοίκων και στην «εκμετάλλευση» των υγιών εφεδρειών που αυτοί διέθεταν. Εξαρχής τέθηκε το θέμα της διαθεσιμότητας του προσωπικού και της προσαρμογής του ωραρίου απασχόλησης στις εκάστοτε ανάγκες του προγράμματος. Εφαρμόστηκε κυλιόμενο ωράριο επτά ημερών εβδομαδιαίως, προκειμένου, κυρίως στην πρώτη φάση εφαρμογής, να υπάρχει η δυνατότητα 24ωρης εποπτείας με παρουσιαστό χώρο ή με ετοιμότητα.

(Σαραντίδης.Δ, τετρ.ψυχ.No35,1991,53-58).

Οι παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη για την καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση των ενοίκων είναι:

- Η φαρμακευτική αγωγή
- Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση με συμπεριφορικό και υποστηρικτικό μοντέλο
- Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση για την αναγνώριση της νόσου και την ικανότητα πρόληψης της υποτροπής
- Η επίλυση προβλημάτων κοινωνικής ασφάλισης
- Η ανάπτυξη της ικανότητας χρήσης δημοσίων υπηρεσιών
- Η εξοικείωση με τη «γειτονιά» όπου βρίσκεται το διαμέρισμα και η ευαισθητοποίηση των «γειτόνων»
- Η υποστήριξη της οικογένειας, εφόσον υπάρχει
- Η διασύνδεση με το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, τον Ξενώνα του Αιγινήτειου και τα αποκαταστασιακά προγράμματα του ΚΚΨΥ

- Η ομαδική δουλειά μαζί με τους ασθενείς, όπως:

-Ομάδα προγραμματισμού-καταμερισμού υπευθυνοτήτων για τις καθημερινές ανάγκες λειτουργίας του διαμερίσματος

-Ομάδα διατροφής για τον προγραμματισμό, την αγορά και την παρασκευή των γευμάτων

-Ομάδα υγιεινής

-Ομάδα οικονομικού προγραμματισμού

-Ομάδα ενημέρωσης-καθημερινότητας (εφημερίδα, μέσα μαζικής ενημέρωσης).

Η θεραπευτική ομάδα συγκροτείται από τα μέλη:

#### *Ψυχίατρος*

Συντονίζει τη θεραπευτική ομάδα, έχει την ψυχιατρική παρακολούθηση των ενοίκων, διαχειρίζεται τα λειτουργικά έξοδα με διοικητική υποστήριξη (υπόλογος).

#### *Κοινωνικός λειτουργός*

Επιλύει τα κοινωνικής φύσεως προβλήματα των ενοίκων, έχει την επαφή με τις οικογένειες, κάνει τη διασύνδεση με τις νοσηλευτικές μονάδες προέλευσης των ενοίκων.

#### *Εργοθεραπευτής*

Οργανώνει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των ασθενών» και έχει μερική παρουσία και στα δύο διαμερίσματα, διαθέτει ατομικό χρόνο, που επικεντρώνεται στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής των ενοίκων.

#### *Δύο άτομα με νοσηλευτική ειδικότητα*

Είναι τα πρόσωπα αναφοράς των ενοίκων, ένα ανά διαμέρισμα, που σε σταθερή και προκαθορισμένη συχνότητα επισκέπτονται τους ενοίκους και ελέγχουν την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος.

Ο εργοθεραπευτής και το νοσηλευτικό προσωπικό ευρίσκονται εκ περιτροπής σε ετοιμότητα και σε συνεννόηση με τους ενοίκους. Ο ψυχίατρος είναι πάντα στη διάθεση του προσωπικού και αντικαθίσταται από ψυχίατρο του προγράμματος, αν α-



πουσιάζει.(Μ. ΜΑΔΙΑΝΟΣ.Κοινωνική ψυχική υγεία Αθήνα Εκδόσεις Καστανιώτη,ΑΘΗΝΑ,2000).

## 5.ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού πρέπει να γίνεται από θεωρητικής πλευράς σε δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο, γνωστό ως μικροεπίπεδο περιλαμβάνει την εργασία με άτομα, οικογένειες και μικρές ομάδες με στόχο την κοινωνικοποίηση, την θεραπεία, την κοινωνική ένταξη ή επανένταξη του ατόμου και την επαγγελματική του αποκατάσταση. Προκειμένου να ανταποκριθεί επιτυχώς στο θεραπευτικό του έργο ο κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται να έχει εξειδικευμένες γνώσεις στην κλινική κοινωνική εργασία. Το δεύτερο γνωστό ως μακροεπίπεδο, αφορά την παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα, με στόχο την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση, ενεργοποίηση του ευρύτερου πληθυσμού για την πρόληψη ή αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων.

Στο μικροεπίπεδο ο κοινωνικός λειτουργός εφαρμόζει μεθόδους και τεχνικές συμβουλευτικής θεραπείας γενικότερα με το ίδιο το άτομο με ψυχική ασθένεια, την οικογένεια του και το άμεσο κοινωνικό και επαγγελματικό του περιβάλλον(εργοδότης). Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με το ίδιο το άτομο όταν πρόκειται για ενήλικες με επίκτητες αναπηρίες για να αποδεχτεί το γεγονός της αρρώστιας του να δεχτεί τη νέα κατάσταση, να εκφράσει τα συναισθήματα του και στην συνέχεια να κινητοποιηθεί ώστε η όποια αναπηρία να έχει τις λιγότερες δυνατές συνέπειες στην αυτάρκεια και ανεξαρτησία στην προσωπική, οικογενειακή και επαγγελματική ζωή.

Προκειμένου για ανήλικα παιδιά ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με την οικογένεια και ιδιαίτερα με τους γονείς, ώστε να δεχτούν το γεγονός της αναπηρίας των παιδιών τους και να εξετάσει τις πιθανές λύσεις που υπάρχουν προκειμένου να τα βοηθήσουν αποτελεσματικά. Ειδικά σε περιπτώσεις βαριάς μορφής αναπηρίας με περιορισμένες ή ελάχιστες προοπτικές βελτίωσης, οι γονείς χρειάζονται πολύ και μακρόχρονη βοήθεια όχι μόνο να αποδεχτούν την κατάσταση αλλά και να δεχτούν ότι έχουν υποχρέωση να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή, τόσο για τον ευατό τους όσο και για να μπορούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις που έχουν και στα άλλα παιδιά τους. Στην χώρα μας υπολογίζεται ότι 800.000 περίπου άτομα έχουν κάποια μορφή αναπηρίας και από αυτά έχουν σοβαρή αναπηρία. Η σύγχρονη πολιτική της αποιδρυματοποίησης των αναπήρων και της ομαλοποίησης βασίζεται στην αρχή ότι ο ανάπηρος είναι πολίτης και έχει τα ίδια δικαιώματα όπως και αρτιμελής.

Στην Ελλάδα παρά το γεγονός ότι οι στόχοι της πολιτικής για τους ανάπηρους είναι η αποιδρυματοποίηση και η ένταξη τους στο κοινωνικό περιβάλλον, η πραγματι-

κότητα πολύ απέχει από τις διακηρυγμένους στόχους. Στην δεκαετία του 1990 με την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαφαίνεται μια αλλαγή στην νοσοτροπία του κοινού αλλά και την πολιτική των κρατικών υπηρεσιών ως προς την αντιμετώπιση των αναπήρων. Ιδιαίτερη μεία έγινε στην ακολουθούμενη πολιτική της αποσυλοποίησης των ατόμων, με ψυχικές ασθένειες. Όλα τα ψυχιατρεία της χώρας επιδιώκουν την μείωση των ασθενών κλειστής μορφής νοσηλείας μέσα στα γενικά νοσοκομεία και την ίδρυση των εξειδικευμένων μονάδων ανοιχτής φροντίδας και διαμονής των ασθενών στην κοινότητα.

(Π.Α ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Κοινωνική πρόνοια Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Γ.ΠΑΡΙΚΟΣ ΑΘΗΝΑ, 1999).

Όπως είναι εμφανές, χαρακτηριστικό στοιχείο του συστήματος ήταν ο διαχωρισμός μεταξύ της «υγείας» και της «ψυχικής υγείας». Ως εκ τούτου, για να αντιμετωπίσουμε τις δυσάρεστες επιπτώσεις που επέφερε ο διαχωρισμός αυτός, κύρια επιδίωξη μας, στα πλαίσια υλοποίησης της Β' φάσης του προγράμματος, ψυχαργώς, είναι η ανάπτυξη:

- *Ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία*, που θα καλύψουν πλήρως τις ανάγκες του συνόλου των ασθενών σε επίπεδο τομέα. Κάθε ολοκληρωμένο τμήμα θα περιλαμβάνει μονάδα βραχείας νοσηλείας, οξέων περιστατικών, κέντρο παρέμβασης στην κρίση και βοηθητικό υποστηρικτικό ξενώνα.

- *Ολοκληρωμένων παιδοψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία* (για παιδιά και εφήβους), που θα περιλαμβάνουν, ομοίως, μονάδα βραχείας νοσηλείας, τμήμα οξέων περιστατικών και βοηθητικό υποστηρικτικό ξενώνα.

- *Ψυχιατρικών υπηρεσιών στα κέντρα υγείας*. Απαιτείται η ενίσχυση των παρεμβάσεων των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα κέντρα υγείας. Αυτό δεν σημαίνει ότι τα κέντρα ψυχικής υγείας θα κλείσουν, αντίθετα θα διευρυνθούν, θα γίνουν πολυδύναμα και θα ενταχθούν στο γενικότερο πλαίσιο του συστήματος υγείας, έτσι ώστε να επιτευχθεί η ενοποίηση της παροχής υπηρεσιών του συστήματος.

Επίσης, άλλου τύπου ψυχιατρικές δομές στην κοινότητα που προβλέπεται να αναπτυχθούν κατά τη φάση αυτή, είναι:

- *Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα* για παιδιά και εφήβους. Ιδιαίτερη βαρύτητα και άμεση προτεραιότητα προβλέπεται να δοθεί στην ανάπτυξη των κέντρων αυτών σε όλη τη χώρα, για να αντιμετωπιστεί το τεράστιο θέμα της διάγνωσης των μαθησιακών δυσκολιών.

- *Κέντρα Ημέρας* για ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

- *Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης*. Τα εργαστήρια κατάρτισης θα πρέπει να επανασχεδιαστούν, να αξιοποιηθεί η ήδη υπάρχουσα υποδομή και να διαμορφωθούν κέντρα κατάρτισης και προώθησης, στα πλαίσια των τομέων στους οποίους θα ενταχθούν, έτσι ώστε να είναι εφικτή η κάλυψη των αναγκών ενός σημαντικού αριθμού καταρτιζομένων. Εκτιμάται ότι είναι λάθος κάθε ξενώνας ή κάθε δομή να διαθέτει εργαστήρια κατάρτισης, δεδομένου ότι είναι ασύμφορο να γίνονται τόσο μεγάλες επενδύσεις με σχετικά περιορισμένης αποδοτικότητας προσπάθειες. Απαιτείται εξειδικευμένη στρατηγική στην εφαρμογή μεθόδων κατάρτισης, στον επαναπροσδιορισμό των θεματικών αντικειμένων κατάρτισης, έτσι ώστε να υπάρχει σύνδεση μεταξύ των γνωστικών αντικειμένων και των απαιτήσεων της αγοράς εργασίας, καθώς και στον προγραμματισμό της παραγωγής, στην περίπτωση της προστατευμένης εργασίας. Ως εκ τούτου, τα προβλεπόμενα γι' αυτόν τον τομέα κονδύλια θα διατεθούν μόνο για την ανάπτυξη κεντρικών πυρήνων που θα συντονίζουν την εκπαίδευση σε επίπεδο ευρύτερου αριθμού μονάδων, αξιοποιώντας βεβαίως τη μέχρι σήμερα αναπτυχθείσα υποδομή.

- *Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας* για δύσβατες περιοχές (κυρίως νησιά και ορεινές περιοχές). Εκτός από τις κλασικές δύσβατες ορεινές περιοχές κάποιων νομών (π.χ. Αιτωλοακαρνανία, ορεινή Ναυπακτία κ.ά.), το μεγαλύτερο πρόβλημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρατηρείται στις Κυκλάδες. Το μεγαλύτερο τμήμα της περιοχής αυτής, εκτός από ένα-δύο νησιά που μπορεί να διαθέτουν πιο οργανωμένους πυρήνες, θα εξυπηρετηθεί από κινητές μονάδες ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, απαιτείται πολύ καλή οργάνωση και ταξινόμηση, έτσι ώστε οι ψυχιατρικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, μέσω των κινητών μονάδων, να αναλάβουν την παροχή υπηρεσιών σε νησιά που εμπίπτουν στην περιφέρεια τους και όπου δεν μπορούν να αναπτυχθούν ολοκληρωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Ενδιαφέρον θα ήταν, επίσης, στα πλαίσια του προγράμματος «Κοινωνία της Πληροφορίας», να ασχοληθούμε με τον τομέα της τηλεψυχιατρικής και να δημιουργηθούν μία-δύο σχολές για την απόκτηση τεχνογνωσίας, σχετικά με το θέμα αυτό.

(ΠλουμπίδηςΔ. επαγγελματικήςεκπαίδευσης, τετρ.ψυχ.Ν79,2002,40-43)

Εκτός από τις δομές που προαναφέραμε και που μπορούν να χαρακτηριστούν ως «καθαρά» ψυχιατρικές υπηρεσίες, προγραμματίζουμε επίσης την ανάπτυξη

ξη τριών περισσότερο εξειδικευμένων μονάδων και την ενσωμάτωση τους στα γενικά Νοσοκομεία. Οι δομές αυτές είναι:

- *Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών.* Υπάρχει μεγάλη ανάγκη να αναπτυχθούν μονάδες οργανωμένες με πολύ εξειδικευμένο προσωπικό, οι οποίες θα εξυπηρετούν το χρήστη κατά την περίοδο της κρίσης, θα προβαίνουν σε παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση σωματικών ασθενειών, που τυχόν έχουν προκύψει, και θα προχωρούν σε βραχεία αποτοξίνωση, κατά το χρονικό διάστημα της υποστήριξης. Επίσης, συμβουλευτικές-υποστηρικτικές υπηρεσίες για την εξυπηρέτηση των αναγκών της ευρύτερης κοινότητας συμπεριλαμβάνονται στο σχεδιασμό μας.

- *Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.* Τα ποσοστά αλκοολικών στη χώρα μας δεν είναι ακόμα πολύ υψηλά. Εντούτοις, οι αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια στον τρόπο κατανάλωσης οινοπνεύματος, που είναι συνακόλουθες του σημερινού τρόπου ζωής και διασκέδασης κυρίως της νεολαίας, φαίνεται να έχουν ως επακόλουθο την αύξηση του ποσοστού των αλκοολικών. Όπως έχει διαπιστωθεί, η ανάπτυξη μονάδων απεξάρτησης για αλκοολικούς στα ψυχιατρεία έχει αποδειχθεί ότι στιγματίζει τους θεραπευμένους. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η ανάπτυξη οργανωμένων μονάδων απεξάρτησης στα γενικά νοσοκομεία, οι οποίες δεν είναι απαραίτητο να είναι πλήρως ενσωματωμένες σ' αυτά. Ένα τμήμα, δηλαδή, των μονάδων αυτών μπορεί να αναπτυχθεί εντός και ένα άλλο τμήμα τους εκτός νοσοκομείου.

- *Ολοκληρωμένες μονάδες για άτομα με -διαταραχές αυτιστικού τύπου.* Ο τομέας της ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση του αυτισμού προσανατολίζεται σε δράσεις που αποβλέπουν στην πρώιμη διάγνωση, τη στήριξη του αυτιστικού παιδιού στο σχολείο, την ανακούφιση της οικογένειας και τη στήριξη των αυτιστικών ατόμων που στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος (σε συνεργασία με τις υπηρεσίες Πρόνοιας). Τα ολοκληρωμένα κέντρα για τον αυτισμό θα περιλαμβάνουν κέντρο ημέρας, ξενώνα, κέντρο παρέμβασης στην κρίση, καθώς και κέντρο εκπαίδευσης και έρευνας. Σχετικά με το θέμα της εκπαίδευσης, απαιτείται σοβαρή και εντατική δουλειά, καθώς και στενή συνεργασία με το σχολείο (ειδικές τάξεις) και τους δασκάλους. Οι ξενώνες δεν θα παρέχουν μόνιμη παραμονή, αλλά φιλοξενία των αυτιστικών ατόμων για περιορισμένα χρονικά διαστήματα, ώστε να ανακουφίζεται η οικογένεια, της οποίας ο ρόλος είναι καθοριστικός για την προαγωγή της ανάπτυξης και εκπαίδευσης των α-

τόμων αυτών.

Προγραμματίζεται, επίσης, να λειτουργήσουν *κέντρα αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer*. Οι διεργασίες για τη λειτουργία των δομών αυτών βρίσκονται ακόμα σε πειραματικό στάδιο, απαιτείται συστηματική εργασία και προετοιμασία, αλλά και καθορισμός των απαραίτητων συνεργασιών για την ανάπτυξη του τομέα αυτού. Τέλος, επιβάλλεται να αναπτυχθούν δραστηριότητες για την αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων με *νοητική υστέρηση*. Μέχρι στιγμής, έχουν καθοριστεί κάποιες διαδικασίες σχετικά με την αντιμετώπιση ατόμων με νοητική υστέρηση που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και παρουσιάζουν δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές. Κατά την παρούσα φάση βρισκόμαστε στο στάδιο της επεξεργασίας του ζητήματος αυτού, επιδιώκοντας την αλλαγή του κλασικού μοντέλου της προνοιακής αντίληψης για τη νοητική υστέρηση.

Για την εφαρμογή του προγράμματος «Ψυχαργώς» - Β' φάση, του οποίου η χρηματοδότηση εντάσσεται στο Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, προβλέπονται τακτικές προσλήψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας όλων των κλάδων και ειδικοτήτων.

Σημαντικό θέμα, επίσης, αποτελεί η κατάρτιση των νέων επαγγελματιών που θα στελεχώσουν τις υπό σύσταση υπηρεσίες. Προγραμματίζεται η εκπαίδευση στο εξωτερικό (εκπαίδευση στην πράξη) τουλάχιστον 7-8 σειρών εκπαιδευτών, που θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα κέντρα παρέμβασης στην κρίση για ψυχικά ασθενείς, για χρήστες ναρκωτικών, καθώς και για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου. Στο επόμενο στάδιο, οι εκπαιδευτές αυτοί, που θα διαθέτουν πιστοποιητικό πλήρους παρακολούθησης και ικανότητας για διδασκαλία, θα εκπαιδεύσουν στην πράξη τους υπόλοιπους εκπαιδευτές, έτσι ώστε να επιτευχθεί ένα στοιχειώδες επίπεδο απόδοσης. Κατ' αυτόν τον τρόπο, θα διαμορφωθεί εκπαιδευτικό κέντρο για την κατάρτιση εκπαιδευτών.

Τελικά, για να λειτουργήσει ευέλικτα και αποτελεσματικά όλο αυτό το σύστημα παροχής υπηρεσιών στην κοινότητα, απαιτούνται πολύ γρήγοροι μηχανισμοί ανατροφοδότησης, πολύ καλή οργάνωση και η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

(Τομαράς Β.Μαδιανός, Προγράμμά επαγγελματικής εκπαίδευσης ασθενών στην κοινότητα, Εγκέφαλος 25, 1988, σελ. 112-118).

## **6. Πως αξιολογείται η λειτουργικότητα της ποιότητας ζωής ψυχιατρικών ασθενών ένα χρόνο μετά τη μετάβαση από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Οι ένοικοι μετέβησαν στο Οικοτροφείο τον Φεβρουάριο του 2004 μετά από αλληπάλληλες εισαγωγές και μακρόχρονη νοσηλεία στο Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αθηνών (Δαφνί). Έκτοτε είναι υπό την συνεχή επίβλεψη εξειδικευμένων επαγγελματιών και ακολουθούν εξατομικευμένα προγράμματα αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης. Η πορεία τους στο Οικοτροφείο καταγράφεται και αξιολογείται συστηματικά με μια ποικιλία επιστημονικών μεθόδων, όπως συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια, αξιολογήσεις όλων των θεραπευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στο Οικοτροφείο αλλά και έξω από αυτό, και βεβαίως καθημερινή παρατήρηση και παρακολούθηση.

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης που θα παρουσιαστούν αφορούν στον 1ο χρόνο λειτουργίας του Οικοτροφείου και εξετάζουν την επίδραση και αποτελεσματικότητα που έχει η διαμονή τους στο Οικοτροφείο και η εφαρμογή των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής επανένταξης και απασυλοποίησης, τόσο σε επίπεδο συμπεριφοράς και "ψυχοπαθολογίας όσο και σε επίπεδο ποιότητας της ζωής τους. Η μεθοδολογία αξιολόγησης έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις στους ενοίκους και με την χορήγηση διεθνώς αναγνωρισμένων και σταθμισμένων στα Ελληνικά δεδομένα, ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από ομάδα του προσωπικού.

Το σύνολο των δεξιοτήτων του λόγου και της ομιλίας παρουσίασε βελτίωση πάνω από 50% σε πτυχές όπως η ποσότητα, πρωτοβουλία και σαφήνεια του προφορικού λόγου. Τα νόημα και η σαφήνεια του λόγου βελτιώθηκε μόνο στο 15% και αυτό αντανακλά πράγματι, την σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής και της νοητικής καθυστέρησης, όπως επίσης και την επίδραση της παραμονής σε ασυλιακό περιβάλλον που στερείται ερεθισμάτων.

Όσον αφορά τις καθημερινές κοινωνικές δεξιότητες και την αυτοφροντίδα, όπως ο τρόπος που τρώει κανείς, ο τρόπος που πλένεται και ντύνεται, το πώς φροντίζει τα προσωπικά του αντικείμενα και τον εαυτό του, αυτές παρουσίασαν βελτίωση σε ποσοστό 80%. Αυτά τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τις βασικές κοινωνικές δραστηριότητες επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό από την επαφή των ενοίκων με τους ανθρώπους της κοινότητας σε αντίθεση με την κοινωνική απομόνωση μέσα στην οποία ζούσαν για πολλά χρόνια. Παράλληλα βλέπουμε και τον καλό βαθ-

μό προσαρμογής και μάθησης των ενοίκων σε απλές δεξιότητες που είχαν παραμελήσει ή ξεχάσει με την πάροδο του χρόνου.

Το σύνολο των στοιχείων που ελέγχει το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρουσίασε μια βελτίωση των ενοίκων, της τάξεως του 80%.

Η άποψη ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς χάνουν σιγά σιγά την αυτόεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό τους μετά από χρόνια παραμονής σε ψυχιατρικά περιβάλλοντα είναι αληθείς. Βασική μέριμνα του προσωπικού του Οικοτροφείου είναι να αντιμετωπίζουν τους ενοίκους με τον σεβασμό και την αξιοπρέπεια που δικαιούται ο καθένας. Μετά από ένα χρόνο στο Οικοτροφείο, οι ένοικοι έχουν προσωπικές επιθυμίες που τις εκφράζουν λέγοντας: « θέλω ! να έχω φίλους», «να παίρνω τα χρήματα μου», «να πηγαίνω βόλτες», «να βλέπω τηλεόραση», «να δουλέψω», «να παντρευτώ».

Στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων βρέθηκε ότι οι φιλίες των ενοίκων ευνοήθηκαν από την διαμονή τους στο Οικοτροφείο, συναναστρέφονται και σχετίζονται με άλλους καθημερινά, μιλάνε και συμμετέχουν σε δραστηριότητες με άλλους ενοίκους και το προσωπικό. Ενθαρρύνονται να μιλούν με άλλους εκτός δομής τηλεφωνικά σε εβδομαδιαία βάση, πάνε στο κέντρο συχνά ενώ τρέφουν θετικά συναισθήματα για το προσωπικό του Οικοτροφείου. Νιώθουν ότι είναι άνθρωποι ικανοί να κάνουν φίλους και ότι τώρα οι φιλίες τους είναι καλύτερες από ότι στο παρελθόν.(Σταματοπούλου Δ.ΙακώβουΝ.Καββαδίας,τετρ.ψυχ.Νο87,2004).



## 7. Η ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Η πολιτική στον τομέα της ψυχικής υγείας απoσκοπεί στην αποιδρυματοποίηση μέσω: 1) της συρρίκνωσης των δημοσίων ψυχιατρείων, 2) της βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας, νοσηλείας και θεραπείας στα δημόσια ψυχιατρεία, 3) της ανάπτυξης κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας, 4) την ανάπτυξη μικρών ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας στα γενικά νοσοκομεία.

Ορισμένες μορφές ψυχικών ασθενειών, όπως οι ψυχώσεις αυτισμός και η σχιζοφρένεια είναι μακροχρόνιας μορφής ο ασθενείς καταλήγει σε βαριές μορφές αναπηρίας. Συνήθως οι ψυχικά ασθενείς αυτής της κατηγορίας είναι ανασφάλιστοι δεν εργάζονται και δεν έχουν κοινωνικούς δεσμούς. Για την κάλυψη των βιοτικών αναγκών τους λαμβάνουν ένα επίδομα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Στην Ελλάδα έχει αρχίσει από το 1980 η μεταρρύθμιση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Γίνονται σοβαρές προσπάθειες για την βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα στα ψυχιατρεία. Παράδειγμα βελτίωσης αποτελεί το νοσοκομείο Λέρου. Οι εγκαταστάσεις εκσυγχρονίστηκαν προσελήφθηκε επιστημονικό προσωπικό (νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) και άρχισε η έξοδος των ασθενών σε ξενώνες και άλλα προγράμματα κοινωνικής αποκατάστασης σε διάφορες πόλεις της χώρας.

Η ίδρυση και λειτουργία εξωνοσοκομειακών μονάδων όπως τα κέντρα ψυχικής υγείας έχει αρχίσει. Τέτοια κέντρα άρχισαν να λειτουργούν σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας (Θεσσαλονίκη, Λαμία, Γιάννενα, Πάτρα, Τρίπολη, Αλεξανδρούπολη, Ηράκλειο Κρήτης). Τα κέντρα αυτά πρέπει να αναπτύξουν πολλές δραστηριότητες ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες της περιοχής για εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική φροντίδα. Δεν πρέπει όμως να αγνοείται ότι όλες οι χώρες χρειάστηκαν πολλά χρόνια, χρήματα και επιμονή για να επιτύχουν την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Βασικό εμπόδιο στην μεταρρύθμιση αυτή, σε αρκετές περιπτώσεις, ήταν η ιατροποίηση της ψυχικής ασθένειας από τους ψυχιάτρους, και η αδυναμία τους να κατανοήσουν τις πολιτικές, οικονομικές και κυρίως τις κοινωνικές παραμέτρους αυτής της μεταρρύθμισης.

Στο πλαίσιο της σύγχρονης αντίληψης ότι ο ψυχικά ασθενής πρέπει να παραμένει όσο το δυνατό κοντά στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, ώστε να διατηρεί του κοινωνικούς και επαγγελματικούς του δεσμούς, προβλέπεται η τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αφενός και αφετέρου, η παροχή ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής, ενδιάμεσης και νοσοκομειακής φροντί-

δας. Βασικός φορέας εφαρμογής προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας κάθε περιοχής.

Ο σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, πρόληψη, θεραπεία και συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου. Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας. Παρά το γεγονός ότι το νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας προβλέπει τη σύσταση διεπιστημονικής ομάδας στην οποία όπως συμβαίνει στις περισσότερες χώρες, εκπροσωπούνται ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, στην Ελλάδα, η ουσιαστική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας δεν έχει γίνει ακόμη πραγματικότητα.

Σε ορισμένα κέντρα δεν υπάρχουν λ.χ ψυχολόγοι, ή κοινωνικοί λειτουργοί. Για καθαρά συντεχνιακούς λόγους, οι διευθυντές των κέντρων είναι, με βάση νομοθετική διάταξη, ψυχίατροι, ασκώντας έτσι μια ιατροκεντρική πολιτική στον τομέα της ψυχικής υγείας, με έντονη χρήση ψυχοφαρμάκων, χωρίς αυτό να είναι πάντα απαραίτητο για την θεραπεία των ασθενών. Είναι άλλωστε γνωστό ότι τα ψυχοφάρμακα, εκτός από τις διάφορες παρενέργειες που έχουν δεν θεραπεύουν τον ασθενή αλλά μειώνουν την ένταση των συμπτωμάτων. Με τα σχόλια αυτά δεν σημαίνει ότι μειώνεται η σημασία της συμβολής των ψυχιάτρων.

(Π.Α ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Η κοινωνική πρόνοια Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Γ. ΠΑΡΙΚΟΣ 1999).

Οι περισσότεροι ασθενείς που εντάσσονται στις νέες δομές είναι συνήθως μεγάλης ηλικίας και έχουν μακροχρόνια νοσηλεία. Λόγω της φύσης της ίδιας της ψυχικής ασθένειας, που συνήθως πλήττει τον πληθυσμό σε νεαρές ηλικίες, οι περισσότεροι από αυτούς δεν διαθέτουν ικανή επαγγελματική εμπειρία, ενώ σε πολλές περιπτώσεις δεν διατηρούν κανενός είδους δεσμούς με συγγενικά πρόσωπα, που θα μπορούσαν να τους υποστηρίξουν σε θέματα εργασίας μετά το τέλος της κατάρτισης.

. Το σοβαρό αυτό θέμα της προώθησης των συμμετεχόντων στην απασχόληση επιτείνεται και από το γεγονός ότι η επιλογή τους έγινε με κριτήρια, κατά βάση, θεραπευτικά και λιγότερο με κριτήρια κοινωνικοεπαγγελματικής ένταξης.

Η υλοποίηση της προώθησης στην απασχόληση, αλλά και της διατήρησης μιας θέσης εργασίας, προϋποθέτει συστηματική διερεύνηση, τόσο όταν πρόκειται για την ελεύθερη αγορά εργασίας όσο και για προστατευμένες δομές απασχόλησης. Μέ-

χρι σήμερα είναι ορατή η σοβαρότατη έλλειψη παρόμοιου συστηματικού προβληματισμού από τα στελέχη των φορέων υλοποίησης. Ήδη οι περισσότεροι φορείς έθεσαν το θέμα αυτό, τονίζοντας ταυτόχρονα ότι υπερβαίνει τις δυνατότητες τους, τις γνώσεις τους και το πλαίσιο λειτουργίας του νοσοκομείου.(Egan,M.1992 .Occupational Therapy wee,noI.16,41,16-17).

Στα πλαίσια του «Ψυχαργώς» δημιουργούνται ήδη 94 εξοπλισμένα εργαστήρια από τους 11 φορείς υλοποίησης, σε διάφορα αντικείμενα κατάρτισης.

Σε ό,τι αφορά τα αντικείμενα κατάρτισης:

- 24 αφορούν στη χειροτεχνία, από τα οποία 8 στην κεραμική
- 8 αφορούν στην καλλιέργεια οπωροκηπευτικών
- 7 αφορούν στην κοπτική-ραπτική
- 6 αφορούν στην υφαντική
- 5 αφορούν στο κέντημα.

Με μικρότερη συχνότητα εμφανίζονται άλλα αντικείμενα κατάρτισης, όπως αρτοζαχαροπλαστική, εργασίες γραφείου, ξυλουργικές μικροκατασκευές, συνεργεία καθαρισμού, κηποτεχνική, ελαιοκαλλιέργειες, κόσμημα, ανακύκλωση, μελισσοκομία, αλλαντοποιία, κτηνοτροφικές δραστηριότητες, κηροπλασείο κ.ά.

*Αξιοσημείωτο είναι ότι εμφανίζεται μόνο ένα αντικείμενο τυπογραφίας, που σε μια περίπτωση Κοινωνικού Συνεταιρισμού Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) θα μπορούσε να επιτύχει προνομιακή εξασφάλιση προώθησης των προϊόντων του σε δημόσιες υπηρεσίες.*

Ανά κατηγορία δραστηριοτήτων, τα εργαστήρια κατανέμονται ως εξής:

- Εργαστήρια ελαφρός βιοτεχνίας: 31
- Εργαστήρια οικοτεχνίας: 30
- Εργαστήρια αγροτικών δραστηριοτήτων: 17
- Εργαστήρια παροχής υπηρεσιών: 16.

Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» θα αποτελέσει και τη μεγάλη «δεξαμενή άντλησης» επαγγελματιών-ψυχικά αρρώστων για την επιχειρούμενη δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων.

Ωστόσο, στα δημιουργημένα 94 εργαστήρια, στις περισσότερες των περιπτώσεων, εξαντλείται στοιχειωδώς μια διαδικασία κατάρτισης σ' ένα γνωστικό αντικείμε-

νο, χωρίς να αναπτύσσεται μια προοπτική συγκρότησης παραγωγικών μονάδων και παραγωγής σύγχρονων και ανταγωνιστικών προϊόντων και υπηρεσιών.

Έτσι, παρά το γεγονός ότι το νέο θεσμικό πλαίσιο δημιουργεί τις απαιτούμενες προϋποθέσεις ανάπτυξης της κοινωνικής επιχειρηματικότητας και επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά αρρώστων, χρειάζεται να αποτυπωθεί με σαφήνεια η επιχειρηματική εμβέλεια και οργάνωση των νέων δομών μέσα από ένα *πλήρες επιχειρηματικό σχέδιο*. Μέσα από αυτό το επιχειρηματικό σχέδιο θα αναδειχθούν και οι ανάγκες εξασφάλισης των χρηματοδοτικών πόρων, των χρηματοδοτικών εργαλείων, αλλά και των τεχνοκρατικών και θεσμικών, διαδικασιών, χωρίς τα οποία δεν είναι δυνατή η ανάπτυξη της συγκεκριμένης επιχειρηματικότητας.

Ένα πρώτο βήμα είναι η πρόβλεψη και τακτοποίηση των άμεσων κανονιστικών και προγραμματικών ρυθμίσεων για τη δημιουργία των κοινωνικών αυτών επιχειρήσεων.

Χρειάζεται να ρυθμιστούν, άμεσα, ζητήματα όπως:

- Συμμετοχή νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου (νοσοκομεία) στις υπό σύσταση επιχειρήσεις και ικανότητα αγοράς από αυτά συνεταιριστικών μερίδων
- Παραχώρηση πάγιων περιουσιακών στοιχείων από τους συμμετέχοντες δημόσιους φορείς στις δημιουργημένες επιχειρήσεις
- Συνεχής χρηματοδότηση των ΚοιΣΠΕ από διάφορα χρηματοδοτικά εργαλεία και από διάφορους φορείς
- Συμμετοχή των στελεχών ψυχικής υγείας-μόνιμων υπαλλήλων του δημόσιου τομέα, ως συνεταιριστών στους ΚοιΣΠΕ και τακτοποίηση των όποιων προβλημάτων δημιουργεί ο δημοσιοϋπαλληλικός κώδικας
- Άνοιγμα του πιστωτικού και τραπεζικού συστήματος στη χρηματοδότηση των κοινωνικών επιχειρήσεων, διευκόλυνση της πρόσβασης αυτών και αντιμετώπιση του σοβαρού ζητήματος εγγυοδοσίας
- Εξίσωση των επιχειρηματικών προγραμμάτων των υπό δημιουργία ΚοιΣΠΕ, με τους όρους χρηματοδότησης επενδυτικών προγραμμάτων στις πλέον απομακρυσμένες και «άγονες» γεωγραφικά, οικονομικά και κοινωνικά περιοχές
- Νομοθετική ρύθμιση για τη λειτουργία των χρηματοπιστωτικών οργανισμών, έτσι ώστε να προβλέπεται και η κάλυψη των επιχειρήσεων της κοινωνικής οικονομίας

- Φορολογική ρύθμιση των κινήτρων που απαιτούνται και που μπορούν να περιλαμβάνουν συστήματα εκπτώσεων στο φορολογητέο εισόδημα της κοινωνικής επένδυσης.

Τέλος, είναι απαραίτητο να συγκροτηθεί άμεσα ένας σύγχρονος και ευέλικτος φορέας χρηματοδοτικής και τεχνικής στήριξης των ΚοιΣΠΕ, απαραίτητος για την αντιμετώπιση προβλημάτων και δυσκαμψιών που παρουσιάζονται στην πορεία σύστασης και λειτουργίας κοινωνικών επιχειρήσεων.

Ο φορέας αυτός μπορεί να είναι:

- Τεχνικός σύμβουλος για τη δημιουργία και τη συγκρότηση των ΚοιΣΠΕ

Ενδιάμεσος φορέας τεχνικής στήριξης σε θέματα οργάνωσης, παραγωγής και διάθεσης προϊόντων και υπηρεσιών

- Ενδιάμεσος φορέας διαχείρισης συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων

- Χρηματοπιστωτικός οργανισμός για τη διαχείριση και την αναδιανομή χρηματοδοτικών πόρων

- Φορέας παροχής υπηρεσιών πρόσβασης στα κέντρα ενημέρωσης και πληροφορίας

- Φορέας παροχής επαγγελματικής κατάρτισης για τα στελέχη των συνεταιρισμών.

(BROWN W.M.C, The objectives and functions of occupational therapy, American occupational therapy association, NEW YORK , 1959).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία φιλοδοξεί να διευκολύνει το άτομο που έχει έκπτωση στη λειτουργικότητα του λόγω ψυχικής διαταραχής να επιτύχει ένα καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει αφενός , στην μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου και αφετέρου , στην ελαχιστοποίηση των δυσμενών περιβαλλοντικών συνθηκών και καταστάσεων που παρεμβάλλονται ως εμπόδια. Στη διαδικασία αυτή , η εργασία οριζόμενη ως δραστηριότητα , παραγωγή ή και επάγγελμα , χρησιμοποιείται ως κύριο θεραπευτικό μέσο. Τα εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης είναι οι χώροι εκείνοι στους οποίους επιδιώκεται η προετοιμασία του ατόμου για ένταξη ή επανένταξη στην εργασία. Με μακροπρόθεσμο στόχο στην επαγγελματική αποκατάσταση , προσδοκάτε η ανάπτυξη βελτίωση δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης , κοινωνικοποίησης και εργασιακής συμπεριφοράς αλλά και η καταπολέμηση των συνθηκών που συμβάλλουν στον αποκλεισμό του ατόμου από αυτήν.

Η ριζική αλλαγή στον τρόπο παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών είναι καρπός μακρόχρονης επιστημονικής και οργανωτικής προετοιμασίας. Από τα μέσα της δεκαετίας του '80 αναγνωρίστηκε και στη χώρα μας αυτό που ίσχυε αρκετά χρόνια πριν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, πως δηλαδή οι περισσότεροι από τους χρόνιους ψυχιατρικούς αρρώστους θα μπορούσαν να ωφεληθούν, αν ζούσαν σε μικρότερους χώρους διαμονής, και όχι σε Άσυλα Ψυχιατρεία, αποκλεισμένοι από την ευρύτερη Κοινότητα.

Οι παράγοντες που συντέλεσαν σ' αυτή την αλλαγή είναι πολυποικίλοι. Ανάμεσα τους περιλαμβάνεται η εφαρμογή καλύτερων μεθόδων θεραπείας και αποκατάστασης, η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών ψυχιατρικής (περίθαλψης, η λειτουργία νοσοκομείων ημέρας, καθώς και η φροντίδα στο σπίτι, σε ξενώνες και σε οικοτροφεία.

Στη σύγχρονη ψυχιατρική, ο ρόλος των Μονάδων Ψυχιατρικής Νοσηλείας δεν καταργείται. Περιορίζεται για τη βραχύχρονη νοσηλεία ατόμων με ειδικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως για παράδειγμα ατόμων με οξεία ψυχιατρική πάθηση, για τα οποία υπάρχει φόβος ότι μπορεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους ή σε άλλους. Μετά την ύφεση των συμπτωμάτων της ψυχικής αρρώστιας, τα άτομα αυτά μπορούν να επανέρχονται πάλι στην οικογένεια τους, ή να εντάσσονται σε κάποια προστατευμένη δομή στέγασης (Προστατευμένο Διαμέρισμα, Ξενώνα, Οικοτροφείο).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελόπουλος Ν. Ψυχιατρική κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο. Συγκρότηση και λειτουργία. Τετρ. ψυχ., 1994, 48, 8-26).
- Δεγλήρης, Ν. Ο Θεσμός των εργαστηρίων επαγγελματικής εκπαίδευσης και η συμβολή τους στην αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη χρόνιων ασθενών , τετρ. ψυχ., 46, 1994, 25-27.
- Διαμαντοπούλου Ν. Δεγλήρη, Κέντρο ψυχ. υγείας, ψυχ. τετρ. Νο78 2002.
- Ζήση Α. Επανένταξη χρόνιων πασχόντων, ψυχ. τετρ. Νο75, 2002, 69-76.
- ΚΑΒΒΑΔΑ ΕΥΡΥΔΙΚΗ , ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ ΣΟΥΖΑΝΑ . Αυτόνομη διαβίωση, Ψυχιατρικά Τετράδια Νο56, 1996, σελ. 53-72
- Κανδύλης , Δ. Καπρίνης , Γ. Προγράμματα Κοινωνικής Προσαρμογής Τετράδια Ψυχιατρικής 46, (1994), 9-16.
- Καρακώστας Α. Στυκλιανίδης Σ. Ενδιάμεσες δομές Θεωρία και πρακτική. Μια κριτική προσέγγιση. Σακελαρόπουλος Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής Καστανιώτη, Αθήνα, (1984)
- Μάτσα Κ. Κοινωνικός αποκλεισμός των τοξικομανών, ψυχ. τετρ. Νο56 1996.
- Μαδιανός Μ. (1989) . Κοινωνία και ψυχική υγεία , Καστανιώτης. Αθήνα, (1989)
- Μαδιανός Μ. Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.
- Μαδιανός Μ. Η Κοινωνική και ψυχική υγιεινή , Καστανιώτη Αθήνα 2000.
- ΜΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ. Ν Προοπτικές επαγγελματικής εκπαίδευσης των ψυχικά ασθενών Τετρ. ψυχιατρ. Ν79 (2002) σελ. 40-43.
- Σακελλαρόπουλος Π. Σχετικά με το Μετασχηματισμό της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής ψυχιατρικής. Καστανιώτη, Αθήνα (1984).
- Σαραντίδης Δ. Χρήση απομόνωσης σε μονάδα βραχείας Νοσηλείας. Τετρ. ψυχ. 35, 1991, 53-58.
- Σταματοπούλου Δ. Ιακώβου Ν. Καββαδίας. Πλαίσιο αποιδρυματοποίησης ενός κλειστού τμήματος χρόνιων ασθενών. Ψυχιατρ. τετρ. Νο87 2004).
- ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Π. Α. Η κοινωνική πρόνοια Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Γ. ΠΑΡΙΚΟΣ Αθήνα, 1999.
- Τομαράς Β. Μαδιανός , Μ. Βουτσινά , Π. Χαριτάκη , Α Στεφανής Κ. Πρόγραμμα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης Χρόνιων Σχιζοφρενών στην κοινότητα , Εγκέφαλος , 25, (1988), σελ. 112-118.

Χαλκούση. Γ. Τριανταφύλλου , Α.Το Νοσοκομείο Ημέρας απαραίτητο στοιχείο του συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ψυχιατρική 3,(1992) .σελ.137-144 .

Egan. M,A Step to independence.Occupational Therapy Week,New Ventures,Vol.6,(41),(1992),16-17.

Brown.The objectives and functions of occupational therapy,American occupational therapy association,New York,1959.

Michel Foucault Η ιστορία της τρέλας. Εκδόσεις Ηδιδανός Αθήνα,2004.

Mosey, A.Psychosocial Components of Occupational Therapy. Raven Press.New York,1986.

Thompson,B. Roles and Settings. In J.Creek (Ed), Occupational Therapy and Mental Health. Churchill Livingstone,LONDON 1990.

Willson, M.Occupational Therapy in Long term Psychiatry,Churchill Livingstone, LONDON,1987.