

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ  
ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

κ. ΜΑΓΡΙΠΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΚΟΥΛΟΥΜΕΝΤΑ ΑΝΤΩΝΙΑ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	4
<b>1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>	
1.1 Ιστορική ανασκόπηση.....	6
1.2 Η Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα από τις αρχές του 1900 έως σήμερα.....	11
1.3 Κριτήρια της Ψυχικής Υγείας.....	13
1.4 Η προσέγγιση της Ψυχικής Υγείας από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας.....	18
<b>2. ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	
2.1 Γενικότητες.....	22
2.2 Η ανάπτυξη των Κέντρων Ψυχικής Υγείας.....	22
2.3 Η δομή των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα.....	26
<b>3. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ</b>	
3.1 Ιστορική αναδρομή.....	27
3.2 Λειτουργία-Σκοποί του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής.....	27
3.3 Οργάνωση και παροχή υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής.....	29
3.3.1 Μονάδα οικογενειακής θεραπείας.....	31
3.3.2 Τμήμα αλκοολικών.....	32
3.3.3 Μονάδα απεξάρτησης τοξικομανών 18 άνω.....	34
3.3.4 Πρόγραμμα για εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους .....	37
3.3.5 Τμήμα παιδιών- εφήβων.....	38
3.4 Διοίκηση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής.....	41
<b>4. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ</b>	
4.1 Γενικότητες.....	43
4.2 Ο ψυχίατρος.....	44
4.3 Ο ψυχολόγος.....	46
4.4 Ο κοινωνικός λειτουργός .....	47
4.5 Ο επισκέπτης υγείας.....	49
4.6 Ο λογοπεδικός.....	49
4.7 Ο εργοθεραπευτής.....	50
4.8 Ο νοσηλεύτης.....	52
<b>5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ</b>	
5.1 Η διακλαδική ομάδα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής.....	53
5.2 Αποφάσεις που λαμβάνονται για την θεραπεία ενός ψυχικά άρρωστου και το θεραπευτικό σχέδιο.....	56
5.3 Αντιμετώπιση στα προβλήματα που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της Θεραπείας.....	59
5.4 Τα ψυχοφάρμακα.....	62
<b>6. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ</b>	
6.1 Δραστηριότητες κοινωνικής επανένταξης.....	65
6.1.1 Μουσική ομάδα.....	66
6.1.2 Ομάδα βιβλίου- θεάτρου- δημιουργίας και πολιτισμού.....	67
6.1.3 Λοιπές δραστηριότητες.....	68

6.2 Κέντρο κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης 18 άνω.....	69
6.3 Τμήμα οικογενειακής συμβουλευτικής και θεραπείας.....	70
<b>7. ΠΟΡΤΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ</b>	
7.1 Δυσκολίες επανένταξης.....	72
7.2 Εξωνοσοκομειακές δομές.....	72
<b>Συμπεράσματα.....</b>	<b>74</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>76</b>

«Όταν κατανοήσεις, συμφιλιωθείς και αποδεχθείς την ψυχική ασθένεια, είναι σαν να έχεις κερδίσει τη μισή μάχη. Η άλλη μισή είναι να μάθεις πώς να την αντιμετωπίζεις...»

Vincent Van Gogh, 1889

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2001 είχε αφιερώσει την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, στην Ψυχική Υγεία. Ήθελε με αυτόν τον τρόπο να επηρεάσει την κοινή γνώμη και να προβληματίσει τους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο για το πως μπορούν να βελτιωθούν οι συνθήκες στην παροχή ψυχιατρικής φροντίδας και βοήθειας σε όσους ανθρώπους τη χρειάζονται.

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

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

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

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναλύσει την οργάνωση, τη διοίκηση και τη λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής, μιας αποκεντρωμένης μονάδας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Ευχαριστίες πρέπει να δοθούν στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Μαγριπλή Δημήτριο, για την καθοδήγησή του, την συμβολή του και την πολύτιμη βοήθειά του στην παρούσα εργασία. Επίσης, το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής για την διάθεση πληροφοριών και ερευνών.

# 1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

## 1.1. Ιστορική ανασκόπηση

Προσηλωμένος καθώς είναι ο άνθρωπος στο παρόν θεωρεί ότι τα προβλήματα του εμφανίζονται πάντα με την ίδια μορφή, κάτι που δεν ισχύει συνήθως. Για να γίνει κατανοητή η σημερινή επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών και οι τάσεις στη φροντίδα και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι αναγκαίο να αναφερθεί κανείς στην ιστορία του θέματος. Δεν πρόκειται απλά για την ικανοποίηση μιας ακαδημαϊκής περιέργειας αλλά για μια πιο ουσιαστική συνειδητοποίηση του τρόπου με τον οποίο, ακόμη και εμείς, στην δική μας εποχή, τοποθετούμαστε απέναντι στο θέμα της ψυχικής υγείας. Η σύντομη ιστορική αναδρομή μας χωρίζεται σε 6 περιόδους.

- **Από το 200 μ.Χ. στο 1300: Μαγεία και Εξορκισμό**

Θα εξετάσουμε αρχικά μια εκτεταμένη χρονική περίοδο στο χώρο του Ευρωπαϊκού πολιτισμού, από τη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία έως την Ιταλική αναγέννηση, κατά τη διάρκεια της οποίας παραβάλλονται, συνυπάρχουν ή εναλλάσσονται τέσσερις διαφορετικοί τύποι εξήγησης για την τρέλα.

<sup>1</sup>Η ημερομηνία 200 μ.Χ. δεν είναι τυχαία. Πράγματι από το τέλος του 2<sup>ου</sup> αιώνα εδραιώνεται στο λατινικό κόσμο η ιατρική σχολή του Γληνού που ξαναγυρνά στις μελέτες του Ιπποκράτη αναζητώντας νέες βάσεις και εξηγεί την ψυχική διαταραχή ως μια «ανισορροπία των βιολογικών υγρών» του εγκεφάλου. Βρισκόμαστε λοιπόν μπροστά σε μια απόπειρα οργανικής ερμηνείας της ψυχικής διαταραχής.

Στην οργανική ερμηνεία αντιπαρατίθεται η μαγική, η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με την κουλτούρα των προλήψεων και συνδέει τη νοητική διαταραχή με αντικείμενα, ζώα ή αστρικούς συνδυασμούς.

---

1. Νίκος Γκιωνάκης-Στέλιος Στυλιανίδης (συντονισμός, επιμέλεια): «ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ» εκδόσεις Jannsen Cilag ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2001 (σελ. 34-35)

Ακόμη και σήμερα εξακολουθεί να επιβιώνει στη γλώσσα, αλλά και στις πεποιθήσεις των ανθρώπων, η ιδέα ότι μερικές διαταραχές συνδέονται με τις φάσεις της Σελήνης.<sup>2</sup> Ο όρος «λοξός» χρησιμοποιείται ακόμη, όταν θέλουμε να αναφερθούμε σε κάποιον που φανερώνει σημάδια έλλειψης ισορροπίας.

Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη η θεραπεία συνίσταται σε διάφορες πρακτικές μεθόδους και σε συνήθη «ξόρκια», όπως η χρήση φίλτρων, φυλαχτών και άλλων συνταγών που υποτίθεται ότι προστατεύουν από τις αρνητικές επιδράσεις.

Η θρησκευτική αντίληψη, αν και έχει πολλές ομοιότητες με την μαγική, παρουσιάζεται διαφορετική. Σύμφωνα μ' αυτή, το άτομο που εκδηλώνει ψυχικές διαταραχές είναι ένας δαιμονισμένος, ένας άνθρωπος που έχει κυριευτεί από τα κακά πνεύματα. Αυτό το γεγονός αφορά ολόκληρη τη θρησκευτική κοινότητα, η οποία παρεμβαίνει με αντιφατικές μεταξύ τους ενέργειες. Απ' την μια η αλληλεγγύη, η προσευχή, η διενέργεια τελετών εξορκισμού, απ' την άλλη η καταδίωξη και το μαρτύριο της πυράς. Ο ρόλος του μάντη ή του προφήτη σπάνια αποδίδεται στον τρελό, όπως συνέβαινε στην ελληνική ή κάποιες ανατολικές κουλτούρες.

Τέλος δεν θα μπορούσαν να λείψουν, αν και συναντώνται σπάνια και σε πολιτιστικά στρώματα πολύ εξεζητημένα, οι ψυχολογικές ερμηνείες. Μ' αυτόν τον όρο πρέπει να εννοήσουμε όχι τις σύγχρονες ερμηνείες του όρου, αλλά την αναφορά στις «ασθένειες της ψυχής» ως αποτέλεσμα μεγάλων υπαρξιακών και συναισθηματικών κρίσεων. Στη θρησκευτική κουλτούρα του Μεσαίωνα η εξιλέωση, ο μοναχισμός, η «υποδειγματική ζωή», ο εξαγνισμός και η διήγησή τους σε (αυτό)βιογραφίες αγίων, αποτελούν εκφράσεις ενός τρόπου ερμηνείας, πλούσιου και εξεζητημένου, της δυναμικής των ψυχικών καταστάσεων.

#### • 1400 και 1500: Το μαρτύριο των τρελών

Αυτή είναι η εποχή κατά την οποία ανθίζει στη δυτική Ευρώπη η Ιταλική Αναγέννηση: η αναζήτηση της αρμονίας συνυπάρχει με την έλξη για το υπερφυσικό. Ανάμεσα σε διάφορες ερμηνείες υπερισχύει η θρησκευτική, που βλέπει την τρέλα σε μια δαιμονική κυριαρχία, ένα σημάδι αμαρτίας και κατάρας. Για να περάσει κανείς στην κάθαρση απαιτείται η καταφυγή σε πρακτικές μαρτυριών και βασανιστηρίων,

---

2. Νίκος Γκιωνάκης-Στέλιος Στυλιανίδης (συντονισμός, επιμέλεια): «ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ» εκδόσεις Jannsen Cilag ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2001 (σελ. 34-35)



Η ιδέα της τρέλας αρχίζει να συνδέεται με εκείνη της επικινδυνότητας.<sup>3</sup> Έτσι ενισχύεται η έλλειψη ανοχής απέναντι στο άτομο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Ξεκινώντας από τα τέλη του 1400, εκατοντάδες χιλιάδες των «μάγων» και «μαγισσών», ανάμεσα τους και πολλοί ψυχικά ασθενείς κήκαν ζωντανοί στις δημόσιες πλατείες. Το τελευταίο μαρτύριο για «μαγεία» λαμβάνει χώρα στην Πολωνία το 1793.

Στον ελλαδικό χώρο απ' την άλλη η συμπεριφορά των «κανονικών» απέναντι στους «τρελούς» δεν ήταν η ίδια.<sup>4</sup> Ακολουθώντας μια παράδοση που ξεκινούσε από την κλασική Ελλάδα (όπου σε πολλές περιπτώσεις ο «τρελός» θεωρείτο «ιερό πρόσωπο»), οι ψυχικά πάσχοντες απομονώνονταν μεν (κυρίως σε μονές) αλλά ποτέ δεν κατέληξαν στην πυρά.

- **1600 και 1700: Ο εγκλεισμός**

Σταδιακά βλέπουμε ότι η μοίρα του τρελού συνδέεται με αυτή του φτωχού και εγκληματία. Η παρουσία του αποτελεί απειλή για την δημόσια ασφάλεια. Οι αρμόδιες αρχές για την επιβολή της δημόσιας τάξης διαθέτουν αυτή την περίοδο όχι μόνο φυλακές αλλά και θεραπευτήρια (άσυλα) που είναι λίγο έως πολύ υποχρεωτικά (ιδρύματα εγκλεισμού και απομόνωσης). Αν και μερικές φορές ονομάζονται Νοσοκομεία, αυτοί οι χώροι δεν έχουν τίποτα κοινό με τα σύγχρονα νοσοκομεία.

Ο τρόπος που η ιατρική κατανοούσε την τρέλα εκείνη την εποχή δεν ενθάρρυνε ούτε την συμπόνια, ούτε την ενοχή, αλλά θεωρούσε ότι ο ασθενής ευθυνόταν για την κατάστασή του λόγω των ανεξέλεγκτων παθών του και επομένως άξιζε να τιμωρείται.

---

3. Νίκος Γκιωνάκης-Στέλιος Στυλιανίδης (συντονισμός, επιμέλεια): «ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ» εκδόσεις Janssen Cilag ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2001 (σελ. 36)

4. Γιώργος Πασαντωνόπουλος (συντονισμός, επιμέλεια): «ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με τίτλο: Mental Health Policy and Service Guidance Package- The Mental Health Context 2003 (σελ. 20-21)

- **1800: Η γέννηση του ψυχιατρείου**

Κατά την διάρκεια των αρχών του 18<sup>ου</sup> αιώνα υπερίσχυε η άποψη ότι τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα ήταν υπάνθρωποι χωρίς ελπίδα ίασης και αυτό ήταν το άλλοθι για να δικαιολογούνται οι κακές συνθήκες ζωής τους, καθώς και η χρήση σωματικής βίας εκεί όπου τους περιοριζόταν. Το φρενοκομείο, ίδρυμα που δημιουργήθηκε από τον Philippe Pinel στη Γαλλία κατά τη διάρκεια της Επανάστασης, γίνεται τόπος θεραπείας για τους ψυχικά ασθενείς.

- **Το πρώτο μισό του 1900: Ψυχανάλυση και ηλεκτροσόκ**

Αυτή τη χρονική περίοδο από πλευράς νέων θεσμών μπορούμε να πούμε ότι δεν συμβαίνει τίποτα το σημαντικό. Στην ουσία ο θεσμός του ιδρύματος τελειοποιείται και με αυτό τον τρόπο, εκτός από τους ασθενείς, εγκλωβίζεται και απομονώνεται όλο και πιο επίμονα και ο ίδιος ο θεσμός. Ειδικεύεται στην κοινωνική λειτουργία του ατόμου που περνά στην κατάσταση της τρέλας, αλλά εγκαταλείπει κάθε πρόγραμμα που θα μπορούσε να φέρει αποτελέσματα σε επίπεδο θεραπείας και αποκατάστασης.

<sup>5</sup>Αν και ο θεσμός του ψυχιατρείου παραμένει κυρίαρχος, με την αρχή του αιώνα ξεκινά η πιο γενικευμένη ιστορική επανάσταση στο χώρο των ψυχολογικών γνώσεων. Βέβαια το πρώτο όνομα που μνημονεύουμε είναι του Freud. Όμως δεν πρόκειται για αλλαγή που έχει προκληθεί από ένα μόνο άνθρωπο ούτε μόνο από τη γέννηση ης ψυχανάλυσης.

Πρόκειται για μια μεγάλη ριζική ανανέωση που συντελείται στο περιθώριο του ακαδημαϊκού και ψυχιατρικού κατεστημένου και αναστατώνει τη γενική ψυχολογία και την ψυχιατρική.

Κάτω από το πρίσμα αυτών των καινούριων κατευθύνσεων, που αξιοποιούν τα αποτελέσματα της ανθρωπολογίας και της ταυτότητας του ατόμου, της σχέσης ανάμεσα στο άτομο και στον κοινωνικό του περίγυρο και τέλος των ορίων μεταξύ υγείας και ψυχο-νοητικής νόσου.

---

5. Νίκος Γκιωνάκης-Στέλιος Στυλιανίδης (συντονισμός, επιμέλεια): «ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ» εκδόσεις Janssen Cilag ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2001 (σελ. 36-37)

- **Το δεύτερο μισό του 1900: Η νέα ψυχιατρική**

Στα μέσα της δεκαετίας του 50 εμφανίζονται τα ψυχοφάρμακα. <sup>6</sup>Ήταν ουσίες που ανεξάρτητα από τα θεραπευτικά τους αποτελέσματα καταφέρνουν να μετριάσουν τα πιο σοβαρά συμπτώματα, καθώς επίσης και να καταστήσουν πιο ελεγχόμενες τις στιγμές της κρίσης. Γρήγορα γίνεται αντιληπτή η διπλή σκοπιμότητα που μπορεί να εξυπηρετεί η χρήση των ψυχοφαρμάκων: απ' τη μία αποτελούν ένα επιπλέον όργανο ελέγχου των ασθενών και απ' την άλλη βοηθώντας στις πιο δύσκολες καταστάσεις τους ανθρώπους που νοσούν, διευκολύνουν τον πειραματισμό εναλλακτικών λύσεων απέναντι στις λειτουργίες του παραδοσιακού ψυχιατρείου.

<sup>7</sup>Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το κίνημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων διευρύνθηκε και εστίασε την προσοχή στις σοβαρές καταπατήσεις των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η έρευνα έδειξε ότι τα ψυχιατρικά άσυλα είχαν πενιχρά αποτελέσματα από θεραπευτική άποψη και ότι μερικές φορές επιδεινώναν την ψυχική αναπηρία. Προοδευτικά γινόταν συνείδηση διεθνώς, ότι σε πολλά άσυλα υπήρχαν κακές συνθήκες διαβίωσης καθώς και ανεπαρκής θεραπευτική αντιμετώπιση και φροντίδα και ότι οι κυβερνήσεις όφειλαν να προστατεύουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η ανυποληψία στην οποία περιέπεσαν τα ψυχιατρικά άσυλα οδήγησε στην μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα κρατικά ψυχιατρεία, στη σμίκρυνση και στο κλείσιμο μερικών και στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο. Αυτή η εναλλακτική αντιμετώπιση έγινε γνωστή ως αποιδρωματισμός.

---

6. Νίκος Γκιωνάκης-Στέλιος Στυλιανίδης (συντονισμός, επιμέλεια): «ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ» εκδόσεις Janssen Cilag ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2001 (σελ. 38)

7. Γιώργος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» έκδοση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με τίτλο: Mental Health Policy and Service Guidance Package- The Mental Health Context. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ευάγγελος Ζαχαριάς, κοινωνικός λειτουργός. Αθήνα 2004 (σελ. 20-21)

## 1.2 Η Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα από τις αρχές του 1900 έως σήμερα

Την ιστορία της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα από τις αρχές του εικοστού αιώνα έως σήμερα μπορούμε να διακρίνουμε 3 φάσεις.

- **Η ιστορική φάση**

Η ιστορική φάση της ελληνικής ψυχικής υγείας ξεκινάει από τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα και τελειώνει στα μέσα της δεκαετίας του 1950. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη της ιδρυματικής ψυχιατρικής με αποτέλεσμα την εγκαθίδρυση της επιστημονικής ψυχιατρικής ως κλάδος της Ιατρικής με σκοπό τη μελέτη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών παθήσεων. <sup>8</sup>Ο ψυχικά πάσχων αναγνωρίζεται επίσημα ως ασθενής ενώ το ψυχιατρικό νοσοκομείο καθίσταται ως ο κατ' εξοχήν τόπος άσκησης της ψυχιατρικής. Στην Ελλάδα ιδρύονται τα περισσότερα από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και κέντρα που λειτουργούν έως και σήμερα.

- **Η παραδοσιακή φάση**

Η παραδοσιακή φάση της ελληνικής ψυχιατρικής καλύπτει το διάστημα από τα μέσα της δεκαετίας του 50 έως το 1983. Σε αυτή την περίοδο το σύστημα της ψυχικής περίθαλψης στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από συγκεντρωτισμό των υπηρεσιών στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα, ανισοκατανομή και έλλειψη του ψυχιατρικού προσωπικού συγκριτικά με το προσωπικό υγείας. Αυτά τα χαρακτηριστικά του συστήματος είχαν ως αποτέλεσμα την ύπαρξη μικρού αριθμού ψυχιατρικών νοσοκομείων με ασυλικά χαρακτηριστικά, την απουσία εναλλακτικών λύσεων στον εγκλεισμό, έλλειψη κοινοτικών υπηρεσιών και μονάδων αποκατάστασης.

Ως προς την εκπαίδευση των επαγγελματιών χαρακτηριστικά αναφέρεται, ως το 1981, η κοινή εκπαίδευση των γιατρών στη νευρολογία και την ψυχιατρική.

---

8. Νίκος Γκιωνάκης-Στέλιος Στυλιανίδης (συντονισμός, επιμέλεια): «ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ» εκδόσεις Janssen Cilag ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2001 (σελ. 39)

Υπήρχε έλλειψη εκπαίδευσης ψυχολόγων και των υπόλοιπων επαγγελματιών σε θέματα ψυχικής υγείας. Η πρώτη πανεπιστημιακή σχολή ψυχολογίας ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1987.

- **Η φάση των μεταρρυθμίσεων**

Από το 1983 έως τις ημέρες μας η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας βρίσκεται σε μια φάση μεταρρύθμισης. <sup>9</sup>Ο νόμος 1397 του 1983 για το ΕΣΥ για πρώτη φορά αναφέρεται στην οργάνωση του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Ο κανονισμός 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης δίνει ώθηση στη δημιουργία ενός αριθμού εξωνοσοκομειακών μονάδων (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου, Ξενώνες, Μονάδες Επαγγελματικής Αποκατάστασης) αλλά και την ευκαιρία να ξεκινήσουν μεταρρυθμιστικές εμπειρίες στο εσωτερικό των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, όπως στο ΨΝ Θεσσαλονίκης, Δαφνί, Δρομοκαίτειο, κτλ.

Ο χάρτης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα άλλαξε δραματικά αφού παρά τις μεγάλες ελλείψεις, έχουν επέλθει μεταβολές τόσο στον αριθμό των υπηρεσιών που έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν όσο και σε άλλους τομείς όπως ο νομοθετικός και ο διοικητικός.

Η ψήφιση των νόμων 2071/1992 και 2716/1999 καθώς και η ίδρυση της Δ/σης Ψυχικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας αποτέλεσαν σημαντική υποστήριξη για την προώθηση της βελτίωσης του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας.

Από το 1999 έχει ξεκινήσει ένα φιλόδοξο πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους. Η εφαρμογή αυτού του προγράμματος θα δώσει τη δυνατότητα μέχρι το 2005 μερικά περιφερειακά ψυχιατρικά νοσοκομεία (Κέρκυρας, Πέτρας Ολύμπου, Τρίπολης) να κλείσουν, ενώ μεγαλύτερα (Αθηνών, Δρομοκαίτειο, Θεσσαλονίκης) να συρρικνωθούν. Η ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων στη μακρόχρονη νοσηλεία μέσω της λειτουργίας κοινοτικών μονάδων επανένταξης και αποκατάστασης θα επιτρέψει να ξεπεράσει η χώρα μας την ανάγκη του ψυχιατρικού νοσοκομείου.

---

9. Νίκος Γκιωνάκης-Στέλιος Στυλιανίδης (συντονισμός, επιμέλεια): «ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ» εκδόσεις Janssen Cilag ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2001 (σελ. 40)

### 1.3 Κριτήρια της Ψυχικής Υγείας

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσιάζουν μια πολυποίκιλη και ετερογενή εικόνα. Μερικές διαταραχές είναι ήπιες και άλλες σοβαρές.<sup>10</sup> Μερικές διαρκούν λίγες εβδομάδες, ενώ άλλες δια βίου. Μερικές δεν διακρίνονται παρά μόνο μετά από λεπτομερή εξέταση, ενώ άλλες είναι εμφανείς ακόμα και σε ένα τυχαίο παρατηρητή. Αυτή η έκθεση εστιάζει σε μερικές κοινές διαταραχές που είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές για τις κοινότητες και γενικά θεωρούνται σοβαρό πρόβλημα. Συμπεριλαμβάνονται:

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

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

Τα άτομα του δείγματος, στην ερώτηση «Όταν ακούτε τη φράση ‘σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχική αρρώστια’, ποιες συγκεκριμένες αρρώστιες σας έρχονται στο μυαλό;» απάντησαν:

---

10. Γιάννης Γούντας (2000): «ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ» εκδόσεις Οδυσσέας, Νέα Υγεία, Αθήνα 2000 (σελ. 30-32)

Πίνακας: Ψυχικές Ασθένειες Σύμφωνα Με Τις Απόψεις Των Ατόμων Του Δείγματος

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	33.5
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	28.6
ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ	4.8
ΤΡΕΛΑ	4.3
ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑ	4.1
ΤΙΠΟΤΑ	2.5
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	2
ΠΑΡΑΝΟΙΑ	1.9
ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	1.6
ΨΥΧΩΣΗ	1.4
ΔΙΧΑΣΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	1.4
ΝΕΥΡΑΣΘΕΝΕΙΑ	1.2
ΦΟΒΙΕΣ	1.2
ΕΠΙΛΗΨΙΑ	1
ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	1
ΜΑΝΙΕΣ	0.9
ΑΓΧΟΣ	0.8
ΚΑΚΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	0.8
ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΠΑΘΗΤΙΚΗ	0.5
ΕΜΜΟΝΕΣ	0.5
ΑΝΟΙΑ	0.5
ΝΟΣΟΣ Alzheimer	0.5
ΑΝΟΡΕΞΙΑ	0.5
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	0.4
ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΚΛΟΝΙΣΜΟΣ	0.4
ΒΟΥΛΙΜΙΑ	0.3
ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ	0.2
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΤΩΣΗ	0.2
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	0.2
ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΙΣΜΟΣ	0.1
ΑΓΧΩΔΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗ	0.1
ΠΑΝΙΚΟΣ	0.1
ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	0.1
ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΑ	0.1
ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ	0.1
ΥΣΤΕΡΙΑ	0.1
ΥΨΟΦΟΒΙΑ	0.1
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΣΟΚ	0.1
ΑΚΑΤΑΛΟΠΣΤΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	0.1
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0.1
ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ	0.1
ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	0.1
ΝΥΜΦΟΜΑΝΙΑ	0.1

ΠΗΓΗ: Πίνακας αποτελεσμάτων επεξεργασίας των δεδομένων των ατόμων του δείγματος

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), οι ψυχικές ασθένειες, όπως προαναφέραμε είναι οι καταθλιπτικές διαταραχές, οι διαταραχές από χρήση ουσιών, η σχιζοφρένεια, η επιληψία, η νόσος Alzheimer, η νοητική καθυστέρηση και οι διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία.<sup>11</sup> Το 33,5% των ατόμων του δείγματος πιστεύουν πως η ψυχική ασθένεια είναι η σχιζοφρένεια. Ακολουθεί με ποσοστό 28,5% η κατάθλιψη και με 4,8% η μελαγχολία. Οι υπόλοιπες ψυχικές ασθένειες : νόσος Alzheimer, επιληψία, διαταραχές από χρήση ουσιών και νευρασθένεια, καταλαμβάνουν τα χαμηλότερα ποσοστά των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος και κυμαίνονται από 0,5% - 2%. Συνεπώς οι ερωτηθέντες είναι ενημερωμένοι σε ότι αφορά συγκεκριμένες ψυχικές ασθένειες (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη) τουλάχιστον, ως προς την έννοια τους. Διαπιστώνουμε από την στατιστική έρευνα πως το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού έχει μια στοιχειώδη αντίληψη στην έννοια «ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχική αρρώστια».

Η ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.

Η Marie Jahoda έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας (1958) και η θέση της έχει γίνει γενικά αποδεκτή ( Έκθεση της Joint Commission on Mental Illness and Health). Ορίζει τη θετική ψυχική υγεία σαν το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς, σαν μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά:

1. την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του
2. τη δυνατότητα του ατόμου να 'ναι αυτοδύναμο
3. τη δυνατότητα αντίστασης στο στρες (για σύνθεση της πρώτης και δεύτερης ιδιότητας)
4. τη δυνατότητα του ατόμου να 'ναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές

---

11. Γιάννης Γούντας (2000): «ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ» εκδόσεις Οδυσσέας, Νέα Υγεία, Αθήνα 2000 (σελ. 35-38)



5. την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον
6. την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και
7. τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του.

Για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ψυχικής υγείας, πρέπει να εφαρμοστούν βασικά και συμπληρωματικά κριτήρια.

Τα ακόλουθα κριτήρια θεωρούνται βασικά:

- Το στατιστικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς.<sup>12</sup> Μη υγιής θεωρείται εκείνος του οποίου η συμπεριφορά αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά των μελών μιας κοινότητας. Είναι ένα ανεπαρκές κριτήριο, γιατί βασίζεται στην υπόθεση ότι τα ψυχικά άρρωστα άτομα είναι ελάχιστα, γεγονός που αντικειμενικά δεν είναι αληθές, και δεν καθορίζει διαχωριστικά όρια μεταξύ παθολογικής και φυσιολογικής συμπεριφοράς.
- Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου, κλινικά διαπιστωμένης, ορίζει την ψυχική υγεία αρνητικά με την απουσία της νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Το κριτήριο αυτό, κατά τον Στεφανή, είναι ασφαλέστερο, γιατί «συμπυκνώνει τα πλεονεκτήματα όλων των άλλων κριτηρίων και είναι ικανό να συμπεριλαμβάνει την εφαρμογή του στο σύνολο των μεταβλητών που καθορίζουν την ατομική ζωή».
- Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής που δίνει έμφαση στην κοινωνική επίπτωση της συμπεριφοράς αγνοώντας την υποκειμενικότητα των ψυχολογικών αιτιάσεων του ατόμου. Είναι ένα κριτήριο αντιδραστικό, γιατί θεωρεί ως καθολικό ό,τι δεν είναι σύμφωνο με τις επικρατούσες αξίες (values), άρα ό,τι είναι, π.χ., πρωτοποριακό μπορεί να θεωρείται και περιθωριακό. Η προϋπόθεση για την εφαρμογή αυτού του κριτηρίου είναι ότι όλα τα μέλη της κοινωνίας δε διαφοροποιούνται από πλευράς κοινωνικοπολιτιστικών επιρροών που «χρωματίζουν» τη συμπεριφορά του κάθε μέλους.

---

12. Γιάννης Γούντας (2000): «ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ» εκδόσεις Οδυσσέας, Νέα Υγεία, Αθήνα 2000 (σελ. 35-38)

- Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας είναι ένα κριτήριο μικρής αξιοπιστίας, διότι τα άτομα διαφοροποιούνται από την επίγνωση και έκφραση της δυσφορίας.

Σαν συμπληρωματικά κριτήρια, θεωρούνται τα παρακάτω ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου στο συγκεκριμένο κοινωνικό του χώρο και χρόνο:

1. Ικανότητα ενεργητικής προσαρμογής στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον, που του επιτρέπει να ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες (βιολογικές, οικονομικές, ψυχολογικές, κοινωνικές)
2. Επίγνωση της προσωπικής ταυτότητας
3. Επίγνωση του σκοπού της ζωής και των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις
4. Επίγνωση του κοινωνικού και φυλετικού ρόλου
5. Αντοχή στο περιβαλλοντικό στρες

<sup>13</sup>Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της φυσιολογικής συμπεριφοράς του ιδανικού ατόμου είναι τα παρακάτω:

1. αισιοδοξία
2. ανεξαρτησία
3. οργάνωση και συστηματικότητα
4. περιέργεια
5. ταυτότητα ρόλου
6. συναγωνιστικότητα
7. έκφραση και έλεγχος των συγκινήσεων
8. ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων
9. ασφάλεια
10. αυτοεκτίμηση
11. ικανότητα λήψης αποφάσεων

---

13. Μαριλένα Κάβουρα, Μαίρη Γείτονα, Χριστίνα Βανδώρου, Γιάννης Κυριόπουλος (2003): «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ» Janssen - Gilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2003 (σελ. 9-12)

## 1.4 Η προσέγγιση της Ψυχικής Υγείας από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας

Για όλους τους ανθρώπους η ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία είναι παράγοντες ζωτικής σημασίας που συμπλέκονται και αλληλεξαρτώνται στενά. Καθώς η κατανόηση αυτής της σχέσης βαθαίνει, γίνεται προφανές ότι η ψυχική υγεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την εν γένει ευεξία ατόμων, κοινωνιών και χωρών.

Πρόοδοι στην νευροεπιστήμη και στη συμπεριφορική ιατρική έχουν αποδείξει ότι όπως όλες οι σωματικές ασθένειες έτσι και οι ψυχικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Είναι αξιολύπητο βέβαια ότι στα περισσότερα μέρη του κόσμου η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές απέχουν πάρα πολύ από το να αντιμετωπίζονται με την σοβαρότητα όπως η σωματική υγεία.<sup>14</sup> Σήμερα περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από μια τουλάχιστον ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Παρόλα αυτά μόνο μια μικρή μειοψηφία απολαμβάνει θεραπεία. Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και άνοια, εγκαταλείπονται στην τύχη τους με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν μόνοι τους την ασθένειά τους και επιπλέον να γίνονται στόχοι στιγματισμού και διακρίσεων.

Ο αριθμός των πασχόντων είναι πιθανόν να αυξηθεί στο μέλλον και αυτό λόγω των επιδεινούμενων κοινωνικών προβλημάτων και των κοινωνικών αναταραχών. Οι αυξανόμενες επιπτώσεις έχουν τεράστιο κόστος με όρους ανθρώπινης δυστυχίας, ανικανότητας και οικονομικής απώλειας.

---

14. Γεώργιος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΝΕΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗ, ΝΕΑ ΕΛΠΙΔΑ» έκδοση World Health Report. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ευάγγελος Ζαχαριάς, κοινωνικός λειτουργός. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αθήνα 2002 (σελ. 3)

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύουν το 12% του παγκόσμιου άχθους των ασθενειών, εντούτοις όμως οι προϋπολογισμοί για την ψυχική υγεία, στην πλειοψηφία των χωρών, αποτελούν λιγότερο από το 1% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η σχέση μεταξύ των επιπτώσεων των ασθενειών και των δαπανών γι' αυτές είναι σαφώς δυσανάλογη.<sup>15</sup> Περισσότερο από το 40% των χωρών δεν έχουν πολιτική για την ψυχική υγεία και πάνω από το 30% δεν έχουν προγράμματα ψυχικής υγείας. Πάνω από το 90% των χωρών δεν έχουν πολιτική που να συμπεριλαμβάνει τα παιδιά και τους εφήβους. Επιπλέον, οι σχεδιασμοί στην υγεία συχνά δεν καλύπτουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές στο ίδιο επίπεδο με τις άλλες ασθένειες, δημιουργώντας σημαντικές οικονομικές δυσκολίες στους ασθενείς και στις οικογένειες τους. Και έτσι η δυστυχία συνεχίζεται και οι δυσκολίες μεγαλώνουν.

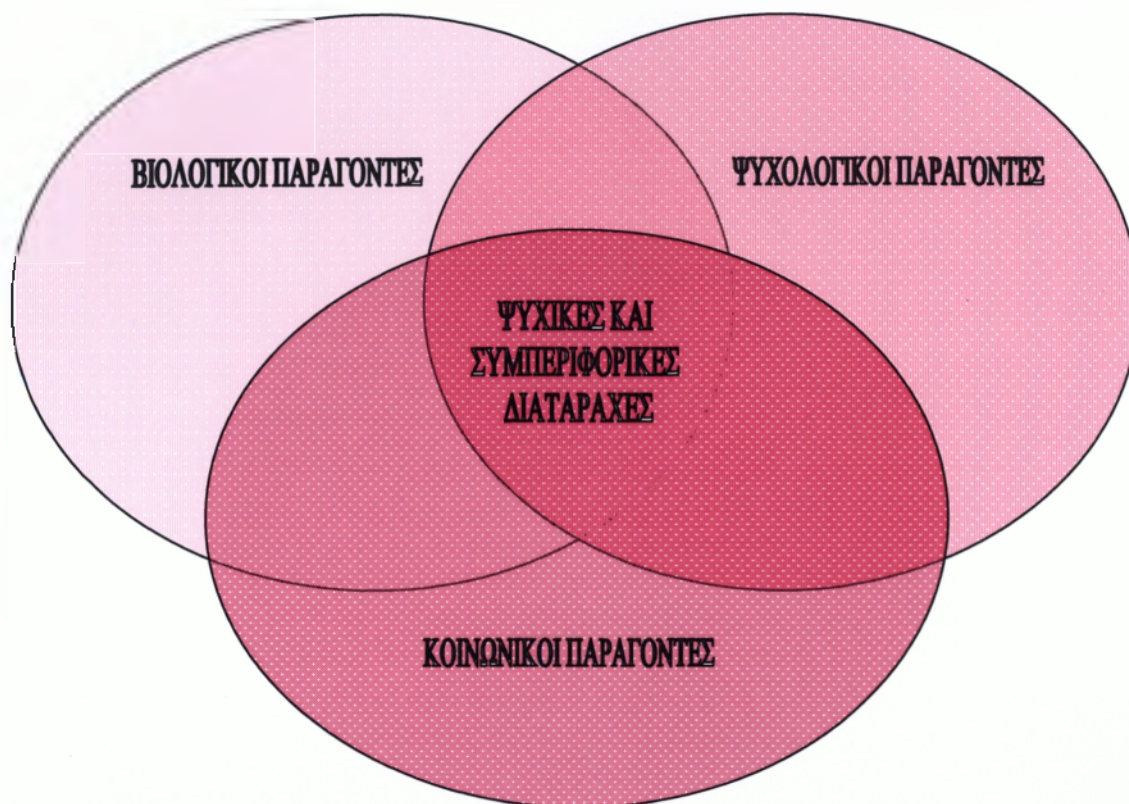
Η κατάσταση βέβαια αυτή θα μπορούσε να ανατραπεί. Ο ΠΟΥ έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του, και αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας στο καταστατικό του ΠΟΥ ως " όχι απλώς η απουσία ασθένειας και αναπηρίας" , αλλά μάλλον, " μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας". Τα τελευταία χρόνια ο ορισμός αυτός έχει διευκρινισθεί πληρέστερα από τις τεράστιες προόδους στις βιολογικές και συμπεριφορικές επιστήμες. Αυτές με τη σειρά τους έχουν διευρύνει την κατανόηση μας για τις ψυχικές λειτουργίες και την βαθιά σχέση μεταξύ ψυχικής , σωματικής και κοινωνικής υγείας.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι οι περισσότερες ασθένειες, ψυχικές και σωματικές, επηρεάζονται από ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών, και κοινωνικών παραγόντων (δες σχήμα 1.1). Γνωρίζουμε ότι οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές ερίζονται στον εγκέφαλο. Γνωρίζουμε ότι προσβάλλουν ανθρώπους όλων των ηλικιών, σε όλες τις χώρες και ότι προκαλούν δυστυχία σε οικογένειες, κοινότητες και άτομα. Με βάση το σύνολο των γνώσεων μας, συμπεραίνουμε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν νέα ελπίδα να ζήσουν γεμάτη και παραγωγική ζωή, ενταγμένοι στην κοινότητά τους.

---

15. Γεώργιος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΝΕΑ ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ, ΝΕΑ ΕΛΠΙΔΑ» έκδοση World Health Report. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ευάγγελος Ζαχαριάς, κοινωνικός λειτουργός. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αθήνα 2002 (σελ.3)

Σχήμα 1.1 Αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών.



Παρουσιάζονται πληροφορίες που αφορούν την τρέχουσα αντίληψη των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, το μέγεθος και τις επιπτώσεις τους, τις αποτελεσματικές στρατηγικές θεραπείας καθώς και την ανάπτυξη πολιτικών και υπηρεσιών με στόχο την ψυχική υγεία.<sup>16</sup> Η έκθεση διασαφηνίζει ότι οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για την ψυχική υγεία των πολιτών, όπως είναι και για τη σωματική τους υγεία. Ένα από τα μηνύματα-κλειδιά στις κυβερνήσεις είναι ότι τα άσυλα, όπου αυτά υπάρχουν ακόμη, πρέπει να κλείσουν και να αντικατασταθούν με νοσηλεία βασισμένη στην κοινότητα και ψυχιατρικές κλίνες σε γενικά νοσοκομεία.

16. Γεώργιος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΝΕΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗ, ΝΕΑ ΕΛΠΙΔΑ» έκδοση World Health Report. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ευάγγελος Ζαχαριάς, κοινωνικός λειτουργός. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αθήνα 2002 (σελ. 4)

Ο καιρός που οι άνθρωποι με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές φυλακίζονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα πρέπει να παρέλθει. Οι κυβερνήσεις λοιπόν πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη ώστε οι πολιτικές ψυχικής υγείας να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται. Προτείνονται στρατηγικές που θα πρέπει να ακολουθήσουν οι χώρες συμπεριλαμβανομένης της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αυτή η προσέγγιση εφαρμόζεται επιτυχώς σε έναν αριθμό χωρών.

<sup>17</sup>Από την σκοπιά της δημόσιας υγείας υπάρχουν πολλά που πρέπει να επιτευχθούν ώστε να μειωθεί η δυσφορία που προκαλείται από τις ψυχικές διαταραχές, όπως:

- σχεδιασμός πολιτικών ώστε να βελτιωθεί η ψυχική υγεία των πληθυσμών
- διασφάλιση της πρόσβασης όλων των πολιτών κατάλληλης και οικονομικά αποδοτικές συμπεριλαμβάνονται και οι υπηρεσίες προαγωγής της ψυχικής υγείας και πρόληψης.
- διασφάλιση επαρκούς περίθαλψης και προστασίας των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ασθενών που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές.
- εκτίμηση και καταγραφή της ψυχικής υγείας των κοινοτήτων. Συμπεριλαμβάνονται οι ευπαθείς ομάδες όπως, τα παιδιά, οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι.
- υποστήριξη της σταθερής οικογενειακής ζωής της κοινωνικής συνοχής και της ανάπτυξης του ανθρώπου
- υποστήριξη της έρευνας σχετικά με την ανάπτυξη των αποτελεσματικών θεραπειών, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των συστημάτων ψυχικής υγείας.

Με την παρουσίαση επιστημονικών πληροφοριών σχετικά με τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, ο ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) ελπίζει ότι το στίγμα και ο αποκλεισμός θα μειωθεί, η ψυχική υγεία θα αναγνωρισθεί ως ένα από τα πρωτεύοντα θέματα της δημόσιας υγείας και ότι θα ληφθούν μέτρα από τις κυβερνήσεις όλου του κόσμου ώστε να βελτιωθεί η ψυχική υγεία.

---

17. Γεώργιος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΝΕΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗ, ΝΕΑ ΕΛΠΙΔΑ» έκδοση World Health Report. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ευάγγελος Ζαχαριάς, κοινωνικός λειτουργός. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αθήνα 2002 (σελ. 18)

## 2. ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.1 Γενικότητες

Ο φορέας άσκησης της ψυχιατρικής είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας που είναι μια αποκεντρωμένη μονάδα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε αντιδιαστολή με τη μονάδα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας, που είναι το Εξωτερικό Ψυχιατρικό Ιατρείο (χωρίς τομέα φυσικά).<sup>1</sup> Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας έχουν ως σκοπό την ψυχοκοινωνική μέριμνα, τη συμβουλευτική παρέμβαση και διαφώτιση στην κοινότητα, την πρόληψη, την θεραπεία και την συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου, όπως ορίζει και το άρθρο 21 παρ. 3 του Ν. 1397/83.

### 2.2 Η ανάπτυξη των Κέντρων Ψυχικής Υγείας

Στα μέσα της δεκαετίας του '90 λειτουργούσαν 29 Κέντρα Ψυχικής Υγείας του Δημόσιου Τομέα. Τα περισσότερα από αυτά διάθεταν και ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, ενώ τα κέντρα που απευθύνονταν αποκλειστικά σε παιδιά και εφήβους ανέρχονταν σε 9.

Το 1992 υπήρξε μία διοικητική μεταβολή η οποία χαρακτηριζόταν από την διασύνδεση των κέντρων αυτών με τις Νομαρχίες, ενώ το 1994 τα κέντρα επανήλθαν στο σημερινό διοικητικό καθεστώς, δηλαδή στη διασύνδεσή τους με τα Γενικά Νοσοκομεία. Το 1999 ο Ν. 2716 θέτει τις προϋποθέσεις για την τομεοποίησή τους.

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.2, το Φεβρουάριο του 2000 υπήρχαν 41 Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Από αυτά, τα 8 παρέμεναν κλειστά (είχαν κατασκευαστεί με τον Καν. 815/84), τα 4 ήταν ιδιωτικά, 5 ανήκαν σε ΝΠΙΔ, 2 ήταν πανεπιστημιακά και τα υπόλοιπα ανήκαν σε Γενικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ.

---

1. Μιχάλης Γ. Μαδιανός (2000): «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» Τρίτη έκδοση Καστανιώτη Α.Ε. [www.Kastaniotis.com] Αθήνα 2000 (σελ. 1)

Δύο περιφέρειες δεν καλύπτονται από ΚΨΥ. Ένας αριθμός 19 κέντρων διαθέτει και Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας για παιδιά και εφήβους.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική στη δεκαετία 1989-1999

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2

Περιφερειακή κατανομή των ΚΨΥ ανά φορείς (Φεβρουάριος 2000).

Περιφέρειες	Πληθυσμός	ΚΨΥ	Φορέας
1 <sup>η</sup>	570.469	1. ΚΨΥ Αλεξ/πολης*	ΕΣΥ
Αν. Μακεδονία		2. ΚΨΥ Αλεξ/πολης*	ΙΨΥΠΕ
Θράκη		3. ΚΨΥ Κομοτηνής*	ΙΨΥΠΕ
		4. ΚΨΥ Ξάνθης*	ΙΨΥΠΕ
		5. ΚΨΥ Καβάλας	ΕΣΥ
		6. ΚΨΥ Κομοτηνής (κλειστό)	ΕΣΥ
		7. ΚΨΥ Ξάνθης (κλειστό)	ΕΣΥ
2 <sup>η</sup>	1.708.977	8.ΚΨΥ Σερρών	ΕΣΥ
Κεντρική Μακεδονία		9. ΚΨΥ Θες/κης(Κεντρικό)*	ΕΣΥ
		10. ΚΨΥ Θες/κης (Δυτικού τομέα)	ΕΣΥ
		11.ΚΨΥ Θες/κης 9Βορειοδυτικού)	ΕΣΥ
		12. ΚΨΥ Θες/κης (Νοτιοδυτικού)	ΕΣΥ
		13. ΚΨΥ Παράρτημα Θες/κης	ΝΠΙΔ
		14. ΚΨΥ Κατερίνης	ΕΣΥ
4 <sup>η</sup> Ήπειρος	339.728	15. ΚΨΥ Ιωαννίνων*	ΕΣΥ
5 <sup>η</sup> Θεσσαλία	734.846	16. ΚΨΥ Βόλου*	ΕΣΥ



		17. ΚΨΥ Λάρισας	ΕΣΥ
		18. ΚΨΥ Παράρτημα Βόλου	ΝΠΙΔ
6 <sup>η</sup> Ιόνια Νησιά	193.734	19. ΚΨΥ Παράρτημα Ζακύνθου*	ΝΠΙΔ
7 <sup>η</sup> Δυτική Ελλάδα		20. ΚΨΥ Αγρινίου (κλειστό)	ΕΣΥ
		21. ΚΨΥ Πατρών (κλειστό)	ΕΣΥ
		22. ΚΨΥ Παράρτημα Πατρών*	ΝΠΙΔ
8 <sup>η</sup> Στερεά Ελλάδα		23. ΚΨΥ Χαλκίδας	ΕΣΥ
		24. ΚΨΥ Καρπενησίου (κλειστό)	ΕΣΥ
9 <sup>η</sup> Αττική	3.523.407	25. ΚΨΥ Βύρωνα- Καισαριανής*	ΠΑΝ/ΜΙΟ ΝΠΙΔ
		26. ΚΨΥ Παγκρατίου*	ΕΣΥ
		27. ΚΨΥ Αγίας Παρασκευής- Χαλανδρίου*	ΕΣΥ
		28. ΚΨΥ Περιστερίου*	ΕΣΥ
		29. ΚΨΥ Αθηνών*	ΝΠΙΔ
		30. ΚΨΥ Αιγάλεω*	ΝΠΙΔ
		31. ΚΨΥ Πειραιά*	ΝΠΙΔ
		32. ΚΨΥ Κορυδαλλού	ΕΣΥ
		33. ΚΨΥ Ζωγράφου	ΠΑΝ/ΜΙΟ ΝΠΙΔ
		34. Πολυδύναμο ΚΨΥ Καλλιθέας*	ΙΨΥΠΕ
10 <sup>η</sup> Πελοπόννησος	604.428	35. ΚΨΥ Τρίπολης	ΕΣΥ
		36. ΚΨΥ Καλαμάτας	Δημοτικό

		(κλειστό)	
11 <sup>η</sup>	199.231	37. ΚΨΥ Σάμου	ΕΣΥ
Βόρειο Αιγαίο			
13 <sup>η</sup>	540.054	38. ΚΨΥ Χανίων*	ΕΣΥ
Κρήτη		39. ΚΨΥ Ηρακλείου (κλειστό)	ΕΣΥ
		40. ΚΨΥ Ηρακλείου*	ΝΠΙΔ
		41. ΚΨΥ Ρεθύμνου (κλειστό)	ΕΣΥ

\*Περιλαμβάνει Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας παιδιών και εφήβων.

Πηγή: Μαδιανός, Μ., Στεφανής, Κ. (1997): Οδηγός υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και υποστήριξης στην Ελλάδα, Αθήνα.

Ως προς τη στελέχωση των ΚΨΥ, το 1998, στο σύνολο των ΚΨΥ εργάζονταν 91 ψυχίατροι, 41 παιδοψυχίατροι, 60 ψυχολόγοι, 86 κοινωνικοί λειτουργοί καθώς και 48 εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και ψυχοπαιδαγωγοί. (σελ. 277)

## 2.3 Η δομή των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Το ΚΨΥ στο διεθνή χώρο –στη χώρα μας δεν έχουν θεσμοθετηθεί ακόμα οι προδιαγραφές του- διοικείται από συμβούλιο (σχήμα 2.3) στο οποίο ανήκουν εκπρόσωποι των εργαζομένων. Το Διοικητικό Συμβούλιο επιλέγει το διευθυντή του κέντρου. Η λειτουργία της διακλαδικής ομάδας, που συζητά, αποφασίζει και αποδέχεται τις προτάσεις γύρω από θεραπευτικά, ερευνητικά ή άλλα θέματα, είναι θεσμοθετημένη.<sup>2</sup> Σύμφωνα με τη νομοθετική ρύθμιση του 1994 (άρθρο 1 του Ν. 2194), τα ΚΨΥ ανήκουν διοικητικά στα Γενικά Νοσοκομεία ή τα ψυχιατρεία.

Σχήμα 2.3

### Η διοικητική δομή ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας



2. Μιχάλης Γ. Μαδιανός (2000): «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» Τρίτη έκδοση Καστανιώτη Α.Ε. [www.Kastaniotis.com] Αθήνα 2000 (σελ. 63)

### 3. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

#### 3.1 Ιστορική αναδρομή

Την 19/05/1862, δημοσιεύθηκε ο νόμος Ψ.Μ.Β. «Περί συστάσεως Φρενοκομείων» με το οποίο η κυβέρνηση μπορούσε να ιδρύει «Φρενοκομεία προς συντήρησιν και θεραπείαν Φρενοβλαβών». Το 1925 ιδρύθηκε το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών (Ν.Π.Δ.Δ.) στο Δαφνί και το 1926 διακομίστηκαν οι πρώτοι ψυχοπαθείς από το Άσυλο Αγίας Ελεούσης Καλλιθέας. Το 1955 με την αναμόρφωση του οργανισμού του ονομάζεται σε «Γενικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών» με 2500 κλίνες και το 1965 σε «Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών» με τις ίδιες κλίνες. Το 1987 μετονομάζεται σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και οι κλίνες του μειώνονται 2300.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής είναι μια αποκεντρωμένη μονάδα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α.) που έχει έδρα στον δήμο Περιστερίου του νομού Αττικής. Είναι μια δημόσια υπηρεσία που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ιδρύθηκε στο πλαίσιο του κανονισμού 815/84 της Ε.Ε. (τότε Ε.Ο.Κ.). Εγκαταστάθηκε το Μάρτιο του 1990 σε έναν προσωρινό χώρο μόλις 150 τ.μ. και στη συνέχεια μετεγκαταστάθηκε τον Ιούνιο του 1995 στο σημερινό μόνιμο και ιδιόκτητο κτίριο 1200τ.μ. στο Περιστερί Αττικής (στις οδούς Πλούτωνος και Ηφαιστού). Είναι μια από τις λίγες εξωνοσοκομειακές δομές με αρμοδιότητες και σκοπούς που αφορούν στην ψυχική υγεία των κατοίκων του δήμου.

#### 3.2 Λειτουργία- Σκοποί του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής

Σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού γεγονός που πραγματώνεται με χειρισμούς είτε προληπτικούς, είτε αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου και αποκατάστασης στο πλαίσιο μιας ολιστικής βιο-ψυχο-κοινωνικής προσέγγισης.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής προσπαθεί να αναπτύξει, να διατηρήσει και να επεκτείνει διάφορες δραστηριότητες όπως, να εκτιμήσει τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων και να αντιστοιχεί τις προσφερόμενες υπηρεσίες του προς τις πραγματικές ανάγκες αυτών των ατόμων. Το Κέντρο συμβάλει στην ενεργοποίηση κοινωνικών πολιτικών σε επίπεδο περιφέρειας με στόχο τη στήριξη ευπαθών ομάδων πληθυσμού (άνεργοι, οικονομικοί μετανάστες κ.α.) και την αντιμετώπιση των άμεσων αναγκών στους τομείς της κατοικίας, της εργασίας, της επαγγελματικής κατάρτισης και της ποιότητας ζωής. Το έργο του Κέντρου είναι θεραπευτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό. Στοχεύει επίσης στην άμεση παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα έτσι ώστε το άτομο να μην χρειαστεί να απομακρυνθεί από το φυσικό και κοινωνικό του χώρο. Αν κριθεί αναγκαίο από το Κέντρο πρέπει να γίνει η εισαγωγή στη νοσοκομειακή μονάδα στην περιοχή ευθύνης όπου ανήκει το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Αν δεν υπάρχει τέτοια μονάδα στην περιοχή ευθύνης η εισαγωγή γίνεται στην πλησιέστερη κατάλληλη μονάδα. Το Κέντρο ακολουθεί την αρχή της τομεοποίησης. Η περιοχή ευθύνης του, αφορά πληθυσμό 90.000- 160.000 κατοίκων.

Οι αρχές λειτουργίας του Κέντρου διέπονται από την υπευθυνότητα για τη δεδομένη ομάδα πληθυσμού, την αναζήτηση την αληθινών αναγκών τους και τον σχεδιασμό υπηρεσιών για την κάλυψή τους. Οι λειτουργίες του Κέντρου αποτελούνται από μία μεθοδολογία που στηρίζεται στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση, στην αντιμετώπιση και στην θεραπεία όλου του φάσματος των ψυχικών διαταραχών. Επίσης υπάρχει αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών με παρέμβαση και στο σπίτι. Οι ψυχοθεραπείες που εφαρμόζονται είναι ατομικές, ομαδικές και οικογένειας και μπορούν να έχουν ποικίλο προσανατολισμό. Υπάρχει μια συνεχιζόμενη, αδιάκοπη παρακολούθηση των χρόνιων ασθενών με στόχο την επίτευξη της λειτουργικότητάς τους, την αποφυγή επανεισαγωγών, την κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση. Πάνω απ' όλα όμως δίνεται έμφαση στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Ανάμεσα στις λειτουργίες του Κέντρου εντάσσεται και η ανάπτυξη προγραμμάτων με δραστηριότητες σχετικές με την εκπαίδευση για την ψυχική υγεία τόσο του γενικού πληθυσμού της περιοχής όσο και ειδικών ομάδων με διαλέξεις, σεμινάρια κ.α.

### 3.3 Οργάνωση και παροχή υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής

Οι υπηρεσίες αποτελούν το μέσο δια του οποίου παρέχονται αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία. Ο τρόπος οργάνωσής τους επιδρά στην αποτελεσματικότητά τους αλλά και αν ανταποκρίνονται στους στόχους μιας πολιτικής ψυχικής υγείας.

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, οι οικογένειές τους και οι κοινότητες είναι ίσοι εταίροι με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συνεπώς είναι σημαντικό όλοι αυτοί οι εμπλεκόμενοι να επικοινωνούν και να συνεργάζονται δραστήρια για την κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν. Άρα θα πρέπει να δοθεί έμφαση σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών που θα αντιμετωπίζει τις ποικίλες ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαχωρίζονται:

1. σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας
2. σε κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και
3. σε ιδρυματικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής παρέχει υπηρεσίες σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο όπου είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν πολλές ψυχικές διαταραχές.<sup>1</sup> Σύμφωνα με το Κέντρο η οργάνωση της παροχής υπηρεσιών πρέπει να διέπεται από ορισμένες βασικές αρχές:

1. **Προσβασιμότητα:** η βασική φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμη έτσι ώστε οι άνθρωποι να μην είναι υποχρεωμένοι να μετακινούνται σε μεγάλες αποστάσεις. Η φροντίδα αυτή θα πρέπει να αντιμετωπίζει τις ανάγκες εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών και να προσφέρει και άλλες υπηρεσίες όπως είναι η αποκατάσταση.

---

1. Γιώργος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» έκδοση Mental Health Policy and Service Guidance Package. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Βαγγέλης Ζαχαριάς, κοινωνικός λειτουργός, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αθήνα 2005 (σελ. 35-36)

2. Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση: Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να περιλαμβάνουν όλες τις εγκαταστάσεις και τα προγράμματα που απαιτούνται για να αντιμετωπιστούν οι βασικές ανάγκες φροντίδας των ατόμων. Αυτό το μείγμα των απαιτούμενων υπηρεσιών εξαρτάται από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες όπως επίσης από το είδος των διαταραχών και τον τρόπο που χρηματοδοτούνται και οργανώνονται οι υπηρεσίες.
3. Συντονισμένη και συνεχής φροντίδα: Είναι σημαντικό οι υπηρεσίες που απευθύνονται στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, να συντονίζονται και να επιδιώκουν να αντιμετωπιστούν τις κοινωνικές, ψυχολογικές και ιατρικές ανάγκες των ατόμων αυτών.
4. Αποτελεσματικότητα:<sup>2</sup> Η ανάπτυξη των υπηρεσιών πρέπει να στηρίζεται σε στοιχεία που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Για παράδειγμα συγκεντρώνονται όλο και περισσότερα στοιχεία που αφορούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε αρκετές ψυχικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια και η εξάρτηση από το αλκοόλ.
5. Ισότητα αντιμετώπιση: Η πρόσβαση των ατόμων σε υπηρεσίες φροντίδας ψυχικών διαταραχών πρέπει να γίνεται με βάση τις ανάγκες τους. Για να διασφαλιστεί η ισότητα είναι ανάγκη να αντιμετωπιστούν θέματα που αφορούν την πρόσβαση. Η δημιουργία ίσων ευκαιριών πρόσβασης στην παρεχόμενη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν τίθενται σε προτεραιότητες. Πολύ συχνά τα άτομα με μεγαλύτερες ανάγκες ψυχικής φροντίδας σε υπηρεσίες έχουν τις λιγότερες ευκαιρίες πρόσβασης.
6. Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων: Οι υπηρεσίες πρέπει πάνω απ'όλα να σέβονται την αυτονομία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να τους ενθαρρύνουν ως προς τις αποφάσεις που λαμβάνουν οι ίδιοι για την πορεία της ζωής τους.

---

2. Γιώργος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» έκδοση Mental Health Policy and Service Guidance Package. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Βαγγέλης Ζαχαριάς, κοινωνικός λειτουργός, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αθήνα 2005 (σελ. 36-37)

### 3.3.1 Μονάδα οικογενειακής θεραπείας

Η θεραπεία της οικογένειας είναι η νεότερη ψυχοθεραπευτική τεχνική που ασκείται. Είναι μια τεχνική που ασκείται από τους εκπαιδευμένους εργαζόμενους του Κ.Ψ.Υ Αττικής, για την ψυχοπαθολογία και τις διαταραχές στην επικοινωνία μέσα στην οικογένεια. Αυτού του είδους η θεραπεία δεν έχει ένα συγκεκριμένο μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης αλλά περισσότερο. Βασίζεται όμως στις διάφορες θεωρίες γύρω από την ερμηνεία της ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια και τη θεραπεία της.

<sup>3</sup>Ο λόγος που δημιουργήθηκε αυτή η μονάδα είναι η επιθυμία πολλών οικογενειών που ένα μέλος τους πάσχει από μια ψυχική ασθένεια είναι, να μοιραστούν την κοινή τους εμπειρία με άλλες οικογένειες που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα και να στηριχθούν ο ένας στον άλλο, ώστε να βρουν δύναμη για την αντιμετώπιση της ασθένειας μέσα από τις δυσκολίες της καθημερινότητας.

Όταν ένα από τα μέλη της οικογένειας πάσχει από ψυχικές διαταραχές τότε η οικογένεια αναπόφευκτα συνταράσσεται, αποσταθεροποιείται, αποδιοργανώνεται και συνθλίβεται. Πολύ συχνά δεν παραδέχεται ή δεν αντιλαμβάνεται την ψυχική ασθένεια του ατόμου με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα και να μειώνονται οι δυνατότητες για μια ομαλή και ήρεμη διαβίωση.

Οι αντιδράσεις της οικογένειας εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, εκ των οποίων οι βασικότεροι είναι:

1. η πρόωπη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας του ατόμου: Όσο πιο έγκαιρα αντιληφθεί η οικογένεια την ασθένεια τόσο πιο έντονα βιώνει το σοκ και τον τραυματισμό από το γεγονός. Είναι πιθανόν να αντιδράσει με διάφορους τρόπους όπως υπερπροστασία ή απόρριψη. Βέβαια η πρόωπη διάγνωση βοηθά τον ασθενή στην αντιμετώπιση του προβλήματος και μερικές φορές μάλιστα στην πλήρη αποκατάστασή του. Δηλαδή η έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος βοηθά στην έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση.
2. η σοβαρότητα της κατάστασης του ψυχικά ασθενή: όσο πιο σοβαρή είναι η κατάσταση τόσο πιο μεγάλο είναι το πλήγμα για την οικογένεια.

---

3. Περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 21) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ., Αθήνα 2005 (σελ. 6)



3. η κληρονομικότητα: εδώ κυριαρχεί η τύψη και η ενοχή. Το πρόβλημα είναι πολύ μεγαλύτερο όταν η ψυχική ασθένεια μεταδίδεται σε ένα νέο μέλος (π.χ παιδί) της οικογένειας από ένα άλλο (π.χ πατέρας) με αποτέλεσμα την δημιουργία θλίψης και υπευθυνότητας για την κατάσταση αυτή.

Κάποιες οικογένειες μπορεί να μην είναι ικανές να αναδιοργανωθούν με επιτυχία, να λύσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα τους με αποτέλεσμα τις αυξανόμενες διαμάχες ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Άλλες οικογένειες μπορεί να οργανώνονται με τρόπο που σκοπεύει στο να εξυπηρετούνται οι ανάγκες του ψυχικά ασθενούς μέλος της.

Η παρέμβαση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας στοχεύει στην συμπεριφορική ανάλυση, στην εκπαίδευση της οικογένειας απέναντι στην ψυχική ασθένεια που έχει να αντιμετωπίσει, στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων και στην εκπαίδευση σε μια δομημένη μέθοδο για την επίλυση των προβλημάτων και την επίτευξη των στόχων της οικογένειας. <sup>4</sup>Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στις οικογένειες ασθενών με ψυχικές διαταραχές έχουν ως στόχο να παρέχουν πληροφόρηση στην οικογένεια σχετικά με τη διαταραχή και τη θεραπεία, να βελτιώσουν την επικοινωνία στους κόλπους της οικογένειας και να ενδυναμώσουν τις δεξιότητες της οικογένειας στην επίλυση προβλημάτων.

Η οικογένεια μπορεί να είναι συνεργάτης των επαγγελματιών και όχι σιωπηλός παραστάτης. Πρέπει να υποστηρίζεται για να γίνει “βοηθός”, “σύμβουλος”, “συμπαραστάτης”.

### 3.3.2 Τμήμα Αλκοολικών

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ένας στους τέσσερις θανάτους στους Ευρωπαίους άνδρες ηλικίας 15-29 ετών συνδέεται με το οινόπνευμα. Συνολικά μέσα στο 1999 πέθαναν 55.000 νέοι άνθρωποι από αιτίες που συνδέονται με τη χρήση οινόπνευματωδών.

---

4. Περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 26) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ., Αθήνα 2006 (σελ. 9)

Το τμήμα αλκοολικών πρεσβεύει ότι ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειας είναι η απόλυτη αποχή από το αλκοόλ και απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην πει κανείς το 24ωρο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η συνάντηση.

Βασικές αρχές των μελών του τμήματος είναι η ειλικρίνεια των μελών με το «άνοιγμα της καρδιάς τους» για το παρελθόν τους, τις σχέσεις τους, τα συναισθήματά τους, ώστε να δεθεί η ομάδα με κοινές εμπειρίες και αλληλοκατανόηση.<sup>5</sup> Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση άλλων κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που σχετίζονται με την χρόνια και υπερβολική κατανάλωση. Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος, η παρέμβαση, η ψυχολογική στήριξη, η θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ, η εκπαίδευση ώστε οι αντιστάσεις στην υποτροπή να αυξάνονται, η εκπαίδευση της οικογένειας και η αποκατάσταση είναι οι κύριες στρατηγικές που αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα του αλκοολισμού και την εξάρτηση.

<sup>6</sup>Η οργάνωση της πρόληψης των προβλημάτων που οφείλονται στο αλκοόλ ακολουθεί την ίδια μεθοδολογία που εφαρμόζεται στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Πρώτα καθορίζονται οι στόχοι, το περιεχόμενό τους, οι δυνατότητες εφαρμογής και οι τυχόν επιδράσεις σε άλλους τομείς. Τέλος αξιολογούνται τα αποτελέσματα και ιδιαίτερα τα φαινόμενα της αντίστασης καθώς και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις από τα προληπτικά μέτρα ή προγράμματα.

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής το άτομο μπορεί να βοηθηθεί αποτελεσματικά μέσα από ομαδική ψυχοθεραπεία. Η αποκατάσταση ακολουθεί τη μεθοδολογία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που εφαρμόζεται σε χρόνιες ψυχιατρικές παθήσεις.

Η φαρμακευτική αγωγή δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ψυχολογική θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι τεράστια γιατί αντίθετα από τις άλλες φαρμακευτικές ουσίες, το αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτό στις περισσότερες κοινωνίες, συνεπώς τα όρια της χρήσης και της κατάχρησής του πολλές φορές συγχέονται χωρίς τον κίνδυνο του στίγματος που δημιουργείται από τα ναρκωτικά.

---

5. Μιχάλης Γ. Μαδιανός (2000): «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 250)

6. Γεώργιος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΝΕΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗ, ΝΕΑ ΕΛΠΙΔΑ» έκδοση World Health Report. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ευάγγελος Ζαχαριάς, κοινωνικός λειτουργός. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αθήνα 2002 (σελ 69)

### 3.3.3 Μονάδα απεξάρτησης τοξικομανών 18 άνω

Ο δρόμος που οδηγεί στην εξάρτηση φαίνεται ότι είναι μια μακροχρόνια δυναμική διαδικασία αρκετά εξατομικευμένη για τον κάθε χρήστη. Οι παράγοντες που επιδρούν κατά την διάρκεια της πορείας ενός ατόμου προς την ουσιοκατάχρηση είναι πολλοί.<sup>7</sup> Υποστηρίζεται ότι η χρήση ουσιών έχει σχέση με την αιτιολογία και την πρόγνωση διαφόρων ψυχικών διαταραχών όπως συναισθηματικές διαταραχές, αντικοινωνική συμπεριφορά, σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα και αυτοκτονικό ιδεασμό. Από την άλλη υποστηρίζεται ότι οι υπάρχουσες ψυχοπαθολογικές διαταραχές παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία προδιάθεσης για την χρήση ουσιών.

Σύμφωνα με το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν ένα άτομο και το οδηγούν προς την χρήση ουσιών είναι οι εξής:

- Οικογένεια

Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να είναι σημαντικός στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Πολύ συχνά στις οικογένειες των χρηστών συναντούμε συχνότερα γονείς με προβλήματα ψυχικής υγείας ή γονείς που είναι εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες.

- Προσωπικότητα

Υπάρχει πληθώρα αναφορών που υποστηρίζουν ότι στοιχεία όπως οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές των χρηστών, η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, η αντικοινωνική συμπεριφορά και φυσικά η κατάθλιψη παίζουν σημαντικό ρόλο στο θέμα της ουσιοεξάρτησης. Το κύριο ερώτημα που τίθεται συνήθως είναι ποιες από τις διαταραχές προϋπάρχουν και ποιες είναι αποτέλεσμα της χρήσης.

Η μελέτη ορισμένων κοινών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που απαντώνται συχνά στους χρήστες φαίνεται χρησιμότερη από τη προσπάθεια να καθοριστεί ένας ειδικός τύπος προσωπικότητας που να προσδιορίζει τη

---

7. Επιμέλεια Ιωάννης Κούρος (1996): «ΙΑΤΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ- ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ» εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1996 (σελ 173-175)

μελλοντική χρήση. Κάποια χαρακτηριστικά προσωπικότητας είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ανάγκη για εξάρτηση, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων και η δυσκολία ανοχής στη ματαίωση.

- Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον- συναναστροφές

Η περιέργεια, η διαθεσιμότητα των ουσιών και η επίδραση των συναναστροφών φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στην έναρξη του πειραματισμού ενός νέου ατόμου με ουσίες.<sup>8</sup> Η στάση των φίλων απέναντι στις ουσίες και η αντίληψη που διαμορφώνει ο νέος χρήστης για τις ουσίες από το συντροφικό του περιβάλλον συνιστούν καθοριστικούς διαμορφωτικούς παράγοντες της δικής του μελλοντικής συμπεριφοράς.

- Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις

Οι θέσεις και οι τοποθετήσεις που κάθε άτομο διαμορφώνει ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου φαίνεται ότι έχουν ικανή διαμορφωτική επίδραση ως προς την τελική έκφραση της συμπεριφοράς των μελών του συνόλου. Αν και οι κοινωνικοπολιτισμικές απόψεις προφυλάσσουν το άτομο από την πιθανότητα χρήσης διάφορων ουσιών, φαίνεται ότι η απομάκρυνσή του από τον ιδιαίτερο κοινωνικό του βιότοπο καθώς και οι γρήγορες κοινωνικές αλλαγές και ανακατατάξεις που υφίσταται εξασθενίζουν την προστασία αυτή.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής μπορεί να προσφέρει ως ένα βαθμό τις υπηρεσίες του στο εξαρτημένο άτομο στην περίπτωση της θεραπευτικής παρακολούθησης με ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία με άλλα εξαρτημένα άτομα ή με την συμμετοχή του σε ομάδες αυτοβοήθειας ή με την ψυχοθεραπευτική υποστήριξη στην οικογένειά του.

---

8. Επιμέλεια Ιωάννης Κούρος (1996): «ΙΑΤΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ- ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ» εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1996 (σελ. 173-175)

Βασικές προϋποθέσεις είναι το πραγματικό κίνητρο του ατόμου να αποφασίσει για τη θεραπεία και η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αυτού και του θεραπευτή. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας προσφέρει όλη την υποδομή που διαθέτει στην επίλυση προβλημάτων και γενικά στην υποστήριξη του εξαρτημένου ατόμου, μειώνοντας τον κίνδυνο της απομόνωσης και της κοινωνικής απόρριψης θέτοντας έτσι τις βάσεις για μια μακροχρόνια αποκατάσταση.

Η θεραπευτική προσέγγιση του εξαρτημένου ατόμου πρέπει να είναι πολυεστική (άτομο, οικογένεια, ομάδα) παρεμβαίνοντας στη βάση ενός συνολικού πλάνου σε όλες τις παραμέτρους του προβλήματος.<sup>9</sup> Ο τοξικομανής μπορεί να θεραπευτεί μόνο εφόσον το αποφασίσει ο ίδιος και ενταχθεί στο πρόγραμμα απεξάρτησης. Το πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής είναι εθελοντικό και απευθύνεται σε όλους τους χρήστες.<sup>10</sup> Το πρόγραμμα της μονάδας είναι στελεχωμένο από εκπαιδευμένους θεραπευτές και χωρίζονται σε τρεις φάσεις:

#### 1. Φάση ευαισθητοποίησης

Σε αυτή τη φάση πραγματοποιούνται η ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου στο πρόβλημά του, η σταθεροποίηση της απόφασής του, η εμπλοκή του στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή του στο θεραπευτικό πλαίσιο. Η φάση αυτή διαρκεί τρεις μήνες και ο θεραπευόμενος παρακολουθείται από τον ατομικό του θεραπευτή.

Είναι πολύ σημαντική η ύπαρξη της ομάδας διότι το εξαρτημένο άτομο είναι πολύ κοντά στην ουσία ακόμα και συγχρόνως αρκετά εκτεθειμένο σε αυτή αφού η φάση της ευαισθητοποίησης είναι ανοικτή, ζει και κινείται δηλαδή στους ίδιους χώρους. Η ομάδα είναι αυτή που στηρίζει και προστατεύει.

---

9. Swadi H. «EXPERIMENTING WITH DRUGS: A CRITICAL EVALUATION. DRUG. ALCOHOL » 1990 (σελ. 45)

10. Μιχάλης Γ. Μαδιανός: «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 195-196)

## 2. Φάση ψυχολογικής απεξάρτησης

Η φάση αυτή διαρκεί 6-7 μήνες. <sup>11</sup>Το εξαρτημένο άτομο ανακαλύπτει τον πραγματικό του εαυτό και τους λόγους που τον οδήγησαν στη χρήση ουσιών και την εξάρτησή του από αυτές. Μαθαίνει να κάνει ειλικρινείς και ουσιαστικές σχέσεις καθώς και τι σημαίνει υπευθυνότητα και συνέπεια.

## 3. Φάση κοινωνικής επανένταξης

Η διάρκεια της είναι περίπου 10-12 μήνες και θεωρείται η πιο δύσκολη από τις τρεις φάσεις. Είναι ένα πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης όπου ο θεραπευόμενος προετοιμάζεται για την επάνοδο και την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

### 3.3.4 Πρόγραμμα για εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους

Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες- μητέρες που έχουν πρόβλημα με τη χρήση ουσιών και στις οικογένειες τους.

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής παρέχονται υπηρεσίες συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα. Στο χώρο αυτό πραγματοποιείται η πρώτη φάση του ειδικού θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης γυναικών μέσα από ατομικές και ομαδικές διαδικασίες. <sup>12</sup>Ως προς το πρόγραμμα απεξάρτησης το Κέντρο Ψυχικής Υγείας παρέχει:

- Συμβουλευτικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των πολλαπλών ψυχοκοινωνικών και ιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν (γυναικολογικές εξετάσεις, ενημέρωση για την αντισύλληψη, στεγαστικά προβλήματα, εύρεση εργασίας, δυνατότητες σε σχέση με την φροντίδα και εκπαίδευση του παιδιού).
- Ολιγόωρη απασχόληση του παιδιού που εξασφαλίζει τη συμμετοχή της μητέρας σε ατομικές ή ομαδικές θεραπευτικές δραστηριότητες.

---

11. Swadi H. «EXPERIMENTING WITH DRUGS: A CRITICAL EVALUATION. DRUG. ALCOHOL » 1990 (σε. 46)

12. Μαρία Χουρδάκη (επίτιμος πρόεδρος του τμήματος ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης): «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ» εκδόσεις Γρηγόρη, δεύτερη έκδοση. Αθήνα (σελ. 385-387)

- Ενημέρωση και συμβουλευτική όσον αφορά στην ψυχολογική ανάπτυξη και εκπαίδευση του παιδιού. Η ασθενής πρέπει να είναι ώριμη ψυχολογικά, να ξέρει να ελέγχει τη δική της ψυχολογία και να αντιμετωπίζει σωστά τις ανάγκες του παιδιού της. Πρέπει να διαθέτει αυτογνωσία και αυτοκυριαρχία στις αντιδράσεις προς το παιδί. Χρειάζεται να παραδέχεται τα λάθη της με την αυτοκριτική και να προσπαθεί να διδάξει μέσα από αυτά το παιδί της. Είναι βασικό στοιχείο να μπορεί η ασθενής να ελέγξει την ψυχολογία της.<sup>13</sup> Για να υπάρχει ισορροπία η ασθενής θα πρέπει να ενδιαφερθεί να ενημερωθεί ως προς την ψυχολογία του παιδιού και να γνωρίζει τις ανάγκες για κάθε στάδιο της ζωής του. Υπάρχει άμεση παραπομπή σε κοινωνικές υπηρεσίες σχετικά με τη φροντίδα του παιδιού στο πλαίσιο συστηματικής συνεργασίας με τις υπηρεσίες αυτές, για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων. Πολλές φορές λόγω της κατάστασης της ασθενούς-μητέρας στην προσπάθειά της για απεξαρτοποίηση μπορεί να διαταραχθεί η σχέση της με το παιδί της. Αυτό συμβαίνει γιατί κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν χρησιμοποιούνται φάρμακα. Η ασθενής προσπαθεί μέσα από την ψυχολογική συμβουλή και υποστήριξη του θεραπευτή να θέσει στόχους και να καθορίσει ορισμένες αποστολές. Το πρόγραμμα αυτό διαρκεί 6 μήνες. Οι εξαρτημένες γυναίκες προσπαθούν να συνειδητοποιήσουν τους λόγους που τις οδήγησαν στην εξάρτηση και να αναζητήσουν νέους τρόπους ζωής και σχέσης με τα παιδιά τους, μέσα από ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες (ατομικές, ομαδική ψυχοθεραπεία, θεραπεία μέσω τέχνης).

### 3.3.5 Τμήμα παιδιών-εφήβων

Οι ψυχικές διαταραχές είναι κοινές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Κατηγοριοποιούνται σε διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης και σε συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές. Οι πρώτες χαρακτηρίζονται από ατέλειες ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη ειδικών λειτουργιών όπως του λόγου και της γλώσσας (δυσλεξίες) ή συνολικά της ανάπτυξης (π.χ αυτισμός). Οι περισσότερες από αυτές τις διαταραχές βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου.

---

13. Μαρία Χουρδάκη (επίτιμος πρόεδρος του τμήματος ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης): «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ» εκδόσεις Γρηγόρη, δεύτερη έκδοση. Αθήνα (σελ 385-387)

Στη δεύτερη κατηγορία τις συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές συμπεριλαμβάνονται οι υπερκινητικές διαταραχές και υπερδραστηριότητας και οι διαταραχές διαγωγής και συμπεριφοράς. Η πιο γνωστή διαταραχή η οποία όλο και περισσότερο διαγιγνώσκεται στα παιδιά είναι η κατάθλιψη. Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος και μειωμένη ενεργητικότητα. Η κατάθλιψη στα παιδιά και στους εφήβους γίνεται γνωστή κυρίως μέσα από την έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης με μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης και διαταραχές του ύπνου.<sup>14</sup> Μια άλλη διαταραχή της παιδικής ηλικίας είναι η διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας. Κύριες εκδηλώσεις της είναι η αντιδραστική συμπεριφορά, η δυσκολία προσαρμογής στο σχολικό πλαίσιο, τα προβλήματα ένταξης στην ομάδα συνομήλικων.

Συγκεκριμένα στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής οι άξονες του τμήματος παιδιών- εφήβων είναι τρεις:

1. ο άξονας άμεσης παροχής βοήθειας σε ένα οξύ ή χρόνιο πρόβλημα
2. ο άξονας της συμβουλευτικής διασυνδετικής με τα σχολεία
3. ο άξονας κοινοτικής δράσης για την ευαισθητοποίησή της

Τα ψυχοπαθολογικά προβλήματα ενός παιδιού και ενός εφήβου δημιουργούνται συνήθως από ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (άγχος, θυμός, άσχημη διάθεση) και από ψυχοπαιστικά γεγονότα που συμβαίνουν (διαζύγιο γονέων, θάνατος). Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας υπάρχει ένα πρόγραμμα που απευθύνεται σε παιδιά και τους γονείς τους. Στόχος είναι να βελτιωθεί η σχέση μεταξύ τους με βάση την υποστήριξη. Το πρόγραμμα αυτό βασίζεται στην ομαδική εργασία. Γίνεται επεξεργασία διάφορων συναισθηματικών και θεμάτων για την αναπτυξιακή φάση των παιδιών. Οι διαπροσωπικές σχέσεις του εφήβου με τους γονείς του, καθώς και η γενικότερη δομή και λειτουργία του οικογενειακού πλαισίου, όπου αναπτύσσεται αποτελούν σημαντικούς παράγοντες διαμόρφωσης της προσωπικότητάς του, αλλά επηρεάζουν και τον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζεται τα ερεθίσματα αυτού του περιβάλλοντος

---

14. Επιμέλεια Ιωάννης Κούρος (1996): «ΙΑΤΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ- ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ» εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1996 (σελ. 54)



Οι διάφορες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που μπορούν να αντιμετωπιστούν στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι τα εξής:

- <sup>15</sup>Ειδικές διαταραχές της ανάπτυξης, της ανάγνωσης, της αριθμητικής ικανότητας, του λόγου και της άρθρωσης.
- Διανοητική καθυστέρηση (ελαφρά και μέτρια). Επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους.
- Διαταραχή της διαγωγής και αγχώδεις διαταραχές.
- Διαταραχές στην πρόληψη τροφής (ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία)
- Διαταραχές με σωματικές εκδηλώσεις (τραυλισμός, διαταραχή υπνοβασία, ενυπνίου τρόμου)

Στη θεραπευτική προσέγγιση των εφήβων παρατηρείται πως οι θεραπείες μέσω του λόγου δεν είναι επαρκείς. Η χρήση όλων των εκφραστικών μέσων δίνουν τη δυνατότητα να διερευνηθούν ικανότητες και δεξιότητες άγνωστες μέχρι εκείνη τη στιγμή για τον έφηβο.

Ως μορφή θεραπείας μέσω τέχνης θεωρείται και η δραματοθεραπεία που παίρνει τη μορφή της θεατρικής τέχνης και την προσφέρει στους θεραπευόμενους στη φάση της θεραπείας ως μια δραστηριότητα κοινωνικής επανένταξης. <sup>16</sup>Για την θεραπεία δημιουργείται μια ομάδα αποτελούμενη από ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ειδικό παιδαγωγό και λογοπεδικό όπου χαρακτηρίζεται από πνεύμα συνεργασίας και ειλικρίνειας με στόχο τη διαδικασία επίλυσης του ψυχοπαθολογικού προβλήματος του κάθε έφηβου του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής.

---

15. Σαραντίδης Δ. (1991): «Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» Ψυχιατρική. Αθήνα 1991 (σελ. 62-63)

16. Πρακτικά 19<sup>ο</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής 2006. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. Αθήνα 2006 (σελ. 269-271)

### 3.4 Διοίκηση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής

Η διοίκηση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής περιλαμβάνει τη διοικητική διαχείριση υπηρεσιών με την εφαρμογή προγραμμάτων ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα αποτελείται από τα εξής τμήματα:

- Τμήμα Οικονομικού

Το Τμήμα Οικονομικού περιλαμβάνει 5 γραφεία:

- Λογιστήριο-Ταμείο
- Προμηθειών
- Διαχείρισης Υλικού
- Μισθοδοσίας
- Προϋπολογισμού-Απολογισμού

Έχει την φροντίδα για την μελέτη των οικονομικών αναγκών του Κέντρου και την <sup>17</sup>εισήγηση για την έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του Κέντρου, την πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων. Επίσης, την προμήθεια, διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του, την κατάρτιση του ισολογισμού και απολογισμού, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων καθώς και την είσπραξη των εσόδων του, την ευθύνη για την διαφύλαξη της περιουσίας του και την τήρηση των Οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

- Τμήμα Προσωπικού

Το Τμήμα Προσωπικού φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Κέντρου, καθώς και για την εποπτεία και έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του.

---

Πληροφορίες από το διοικητικό προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής

17. Μιχάλης Γ. Μαδιανός: «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 288)

- Τμήμα Γραμματείας

Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του Κέντρου, την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για την διεκπεραίωση του έργου του. Επίσης το τμήμα γραμματείας είναι υπεύθυνο για την διακίνηση της αλληλογραφίας καθώς και τη χορήγηση πιστοποιητικών στους αρρώστους, όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης. Μια επιπλέον αρμοδιότητα είναι η φροντίδα για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, την εποπτεία των γενικών εργασιών και την φύλαξη και διανομή των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του.

Είναι παραδεκτό ότι η διοίκηση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας ανατίθεται σε στελέχη ψυχικής υγείας πανεπιστημιακού επιπέδου με ειδικές γνώσεις διοικητικής δημόσιας ψυχιατρικής υγείας. Η θέση όμως του ψυχιάτρου ως διοικητικού πρέπει να είναι εναρμονισμένη με το ιδεολογικό κλίμα της «οριζόντιας» ιεραρχίας που επικρατεί στο ΚΨΥ.

<sup>18</sup>Υπάρχουν βασικοί αρχικοί κανόνες της διαχειριστικής θεωρίας που δεν εφαρμόζονται στη διοίκηση του ΚΨΥ. Όπως αναφέρει ο Freedman (1972):

1. Ένας διευθυντής επιχείρησης παίρνει διαταγές μόνο από ένα άτομο, τον ιδιοκτήτη της.
2. Ο διευθυντής εργάζεται και αυτός μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Αντίθετα, ο διευθυντής του ΚΨΥ ελέγχει, διαπραγματεύεται και ρυθμίζει τις υπηρεσίες που δέχεται και συμμετέχει στην αξιολόγησή τους.
3. Ο διευθυντής, τον περισσότερο καιρό, εποπτεύει τους υφισταμένους του. Ο διευθυντής στο ΚΨΥ έρχεται σε επαφή με πολλές ομάδες και έτσι για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα δεν καταναλίσκεται σε εποπτεία.

---

Πληροφορίες από το διοικητικό προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής

18. Μιχάλης Γ. Μαδιανός: «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 290)

4. Ένας καλός διευθυντής διευθύνει μέσα από τα αποτελέσματα. Το ΚΨΥ έχει αρκετά ανεξάρτητα τμήματα που δεν παρουσιάζουν αμέσως αποτελέσματα. Γι' αυτόν το λόγο πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι για τη συνεχή ροή πληροφοριών και ενισχύσεων.
5. Η εξουσία ενός αποδοτικού διευθυντή εξαρτάται από το βαθμό της υπευθυνότητάς του. Στο ΚΨΥ η εξουσία του διευθυντή ποτέ δεν είναι ίση με την υπευθυνότητά του. Εξαρτάται από τη δραστηριότητα πολλών ατόμων, πάνω στα οποία ο διευθυντής δεν έχει κανέναν έλεγχο.
6. Στο πρότυπο του ψυχιατρείου το προσωπικό δεν έχει καμιά εξουσία αφού εξαρτάται από την πυραμίδα. Αντίθετα, στο ΚΨΥ το προσωπικό είναι αρκετά ισχυρό από πλευράς εξουσίας.

Οι αρμοδιότητες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας και μέχρι να εκδοθεί ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, σύμφωνα τις αποφάσεις του Δ.Σ. του Νοσοκομείου που υπάγεται το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής αλλά και τις κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας- Πρόνοιας.

## **4. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

### **4.1 Γενικότητες**

Τα βασικά μέλη της ομάδας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής είναι ο/ η ψυχίατρος (συνολικά υπάρχουν 5 ψυχίατροι), ο/ η ψυχολόγος (συνολικά υπάρχουν 6 ψυχολόγοι), ο/ η κοινωνικός λειτουργός, ο/ η επισκέπτης υγείας και ο/ η λογοπεδικός. Αυτοί αποτελούν τη θεραπευτική ομάδα. Μέλη της ομάδας επίσης είναι ο/ η εργοθεραπευτής, ο/ η νοσηλεύτης και ο/ η διοικητικός υπάλληλος.

Η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να εργαστεί μεθοδικά και αποτελεσματικά. Θα πρέπει να αντιμετωπίσει άμεσα τις περιπτώσεις που μπορεί να έχουν τη μορφή της παρέμβασης σε κρίσεις ή της παρέμβασης με ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς μέσα στο πλαίσιο της δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένεια. Η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του ατόμου. Κατά την κοινωνική αποκατάσταση προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης του ατόμου. Το επίπεδο της αποκατάστασης είναι αυτονόητο ότι αφορά σε ειδικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ατόμων με σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητά τους και ελάχιστο έως ανύπαρκτο υποστηρικτικό σύστημα.

Η αποδοτική και αποτελεσματική εργασία της ομάδας είναι συνάρτηση:

1. της προσωπικότητας κάθε μέλους που ευνοεί την καλή επαφή με την κοινότητα και το άτομο
2. της εκπαίδευσης, της εξειδίκευσης δηλαδή στην κοινωνική-κοινοτική ψυχιατρική
3. της διαμόρφωσης μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση
4. της τήρησης των επαγγελματικών ορίων
5. και της αντίληψης της ομαδικότητας

## 4.2 Ο ψυχίατρος

Ο ψυχίατρος είναι ειδικός σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Είναι ο ειδικός που μπορεί να λάβει διάγνωση και σε συνεργασία με τον ασθενή να πάρει απόφαση σχετικά με την θεραπεία. <sup>1</sup>Ο ψυχίατρος εργάζεται σε δύο επίπεδα. Στο επίπεδο του ατόμου που ζητά βοήθεια και παρουσιάζει κλινικό πρόβλημα. Και σε επίπεδο όπου ο ψυχίατρος εργάζεται με την έννοια της συμμετοχής του στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας.

---

1. Μιχάλης Γ. Μαδιανός: «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 151-152)

Στους τομείς στους οποίους εργάζεται ο ψυχίατρος είναι οι εξής:

1. Στην ιεραρχία
2. Στον τόπο και τρόπο δράσης
3. Στην προσέγγιση του αρρώστου
4. Στους θεραπευτικούς χειρισμούς
5. Στη θεραπευτική επαφή
6. Στον τρόπο λήψης απόφασης
7. Στη συνεργασία με τους άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς

<sup>2</sup>Η επιτυχία ενός ψυχιάτρου στους τομείς αυτούς είναι αποτέλεσμα της ειδικής εκπαίδευσής του. Υπάρχουν ορισμένοι βασικοί παράγοντες που καθορίζουν το ρόλο του ψυχιάτρου ο οποίος εργάζεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής:

1. Η συνολική κρατική πολιτική ψυχικής υγείας όπως αυτή περιγράφεται από το φάσμα του περιεχομένου των προγραμμάτων και προβλημάτων υγείας και ψυχικής υγείας π.χ ένα ευρύ φάσμα είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχικής υγείας σε αστικές περιοχές ενώ ένα περιορισμένο πρόγραμμα είναι ίσως η φροντίδα ορισμένων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.
2. Το ποσοστό των διαθέσιμων πόρων.
3. Ο ορισμός της ψυχικής αρρώστιας που δίνεται σε μια χώρα π.χ τι εννοούμε ως «σχιζοφρένεια».
4. Η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στην περιοχή όπου ο ψυχίατρος θα εργαστεί.
5. Οι σχέσεις των άλλων στελεχών υγείας με τον ψυχίατρο.
6. Οι υπάρχουσες σχέσεις μεταξύ των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών επηρεάζουν το έργο του ψυχιάτρου.
7. Η στάση των κατοίκων της περιοχής απέναντι στην ψυχική αρρώστια, το επίπεδο της αναγνώρισης της ψυχικής αρρώστιας και της ψυχιατρικής ως αποτελεσματικής επιστήμης.

---

2. Χριστοδούλου Γ. Ν. (συντονισμός- επιμέλεια): «ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ» Ιατρική Εταιρία Αθηνών. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2000 (σελ. 23)

Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ψυχίατρος είναι το πρόβλημα της ευθυνοφοβίας. Είναι ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο στην απρόσκοπτη εργασία ενός ψυχιάτρου που ξεπερνιέται με τη βαθιά γνώση του αντικειμένου της δουλειάς του, τη σωστή εκτίμηση των προγνωστικών δεικτών κινδύνου αυτοκτονίας και τα προληπτικά μέτρα που θα πρέπει να λάβει. Η ιεράρχηση των κοινωνικών και λειτουργικών αναγκών στη λήψη μιας απόφασης είναι το άλλο σκέλος το οποίο πρέπει να προσδιορίζει τον ψυχίατρο. Η δουλειά του είναι επίπονη, πολυδιάστατη, έχει προβλήματα, αλλά τις περισσότερες φορές είναι γεμάτη από θετικές ενισχύσεις.

### 4.3 Ο ψυχολόγος

Ο ψυχολόγος στην άσκηση του επαγγέλματος του ερευνά και αξιολογεί την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου που εργάζεται με τις καθιερωμένες αρχές και μεθόδους της Επιστήμης της ψυχολογίας για την αξιοποίηση και βελτίωσή τους.

Η συμμετοχή του ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής είναι ουσιαστική.<sup>3</sup> Συγκεκριμένα οι λειτουργίες του είναι οι εξής:

- Μελετάει και εκτελεί παρατηρήσεις σε ανθρώπους για να μετρήσει ψυχικά χαρακτηριστικά
- Αναλύει την επρροή της κληρονομικότητας του περιβάλλοντος και άλλων παραγόντων στην σκέψη και στην συμπεριφορά των ατόμων.
- Αναλαμβάνει την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία συναισθηματικών διαταραχών και διαταραχών στην ανάπτυξη της προσωπικότητας.
- Συνθέτει και εκτελεί δοκιμασίες για να μετρήσει την νοημοσύνη, τις ικανότητες και άλλα χαρακτηριστικά του ανθρώπου, ερμηνεύει τα δεδομένα που προκύπτουν και δίνει τις κατάλληλες συστάσεις αν απαιτείται.
- Μπορεί να εξειδικευθεί σε επί μέρους εφαρμογή της Ψυχολογίας όπως

---

Πληροφορίες από το διοικητικό προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής

3. Μιχάλης Γ. Μαδιανός: «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 157)

διάγνωση και θεραπεία ψυχικών παθήσεων, ψυχολογικών προβλημάτων που εμφανίζονται κατά την εκπαίδευση ή την κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών ή σε ψυχολογικά προβλήματα στην επαγγελματική ζωή.

Η κλινική εμπειρία του ψυχολόγου συνεισφέρει στην πληρέστερη δυνατή εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης ενός ατόμου.<sup>4</sup> Η συνεισφορά του ψυχολόγου στον τομέα της ανάληψης περιπτώσεων με εμφανές κοινωνικό-ψυχολογικό περιεχόμενο είναι μοναδική αφού έτσι αποφεύγεται η ψυχιατροποίηση του προβλήματος η οποία σε άλλη περίπτωση μπορεί να αποπροσανατολίσει τη σωστή αντιμετώπισή του.

Για τον ψυχολόγο που εργάζεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής υπάρχουν δύο βασικά προβλήματα τα οποία μπορεί να δημιουργήσουν εμπόδια στην αποδοτικότητα της λειτουργίας του:

Η επιδεξιότητα της επαφής: η τέχνη να κάνεις επιτυχημένη επαφή με το άτομο που επισκέπτεται το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και ζητά βοήθεια, απαιτεί λεπτούς χειρισμούς, η κατανόηση των οποίων είναι θέμα εκπαίδευσης και πείρας. Η θέση του ειδικού που κάνει τις επαφές είναι λεπτή, δεν πρέπει να θίγει με κανένα τρόπο αυτόν που έχει το πρόβλημα ή να του δίνει έμφαση και μεγαλύτερη έκταση.

Η επικάλυψη: η επικάλυψη αρμοδιοτήτων είναι ένα χρόνιο πρόβλημα που οξύνεται από επαγγελματικές διεκδικήσεις με το ποσοτικό μοίρασμα της ευθύνης και την ισότιμη συνεργασία τους σε τομείς όπου υπάρχει παράλληλα εργασία.

#### 4.4 Ο κοινωνικός λειτουργός

Η κοινωνική εργασία είναι μια διεργασία όπου υλοποιείται η έννοια της μεσολάβησης ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και στην οργανωμένη κοινωνία. Ο κοινωνικός λειτουργός κατευθύνεται στην απελευθέρωση του ατόμου ώστε να εξασφαλίσει υγεία, σωματική, ψυχική και πνευματική ανάπτυξη με απώτερο σκοπό να του δοθούν διάφορες ευκαιρίες και να αντιμετωπίσει διάφορα προβλήματα.

---

4. Fleck S. (1990): «SOCIAL PSYCHIATRY- AN OVERVIEW» Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (σελ. 233-236)



Μία από τις δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού είναι η ικανότητά του να χρησιμοποιεί τον εαυτό του για το συμφέρον του συστήματος πελάτης που βασίζεται στην αυτοαντίληψη του. Πρέπει να χρησιμοποιεί την επικοινωνία (σεβασμός, εμπιστοσύνη, στήριξη) διάφορες τεχνικές (διευκρίνιση, διαβεβαίωση και επιβεβαίωση), αλλά και τη συλλογή πρόσθετων στοιχείων πέρα από τις συνεντεύξεις όπως αρχεία, πορίσματα κλπ.

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής ο κοινωνικός λειτουργός βασίζεται σε μια σειρά από ενέργειες. Αρχικά υπάρχει η μελέτη και η αξιολόγηση των αναγκών ή και προβλημάτων του πελάτη- ασθενή.<sup>5</sup> Η σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και στο άτομο αναφέρεται στις ανθρώπινες συναισθηματικές δυνάμεις. Το άτομο που βιώνει κάποια δυσκολία πλησιάζει τον κοινωνικό λειτουργό για την επίλυσή της. Στη συνέχεια ο κοινωνικός λειτουργός αφού γνωρίζει το πρόβλημα και τη δυσλειτουργία του ατόμου, διαμορφώνει τον στόχο μέσω χρήσιμων προσφερόμενων πηγών ώστε να μπορέσει να οργανωθεί το σύνολο των στοιχείων για να επιτευχθεί αποτελεσματική δράση. Και τέλος υπάρχει η ικανότητα εκπόνησης μιας σειράς εναλλακτικών σχεδίων με τις απαραίτητες προβλέψεις για πιθανή επιτυχία.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την επίλυση των δυσκολιών του ατόμου διακρίνονται σε υποστηρικτικές ή σε αυτές που στοχεύουν στην προσαρμογή του ατόμου μέσω της συναισθηματικής αναδιάρθρωσης. Οι πρώτες στοχεύουν στην αύξηση και βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Αυτό γίνεται μέσα από την αναγνώριση- επιβράβευση, την κατεύθυνση και την επιβεβαίωση. Στις δεύτερες βοηθείται το άτομο να “δει” τον εαυτό του, τις ανάγκες του που προσπαθεί να καλύψει με την συμπεριφορά του, να ενισχυθεί το “εγώ” του που ουσιαστικά αποτελεί συνειδητό κομμάτι του εαυτού του, να αποφασίζει και να δρα. Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής ο κοινωνικός λειτουργός αρχίζει με υποστηρικτικές τεχνικές και μετά προχωράει στην κατεύθυνση και ενθάρρυνση της αυτοαξιολόγησης και αυτοαντίληψης. Δίνει δηλαδή τη δυνατότητα στο άτομο να αντιληφθεί το δικαίωμα να είναι ο εαυτός του, να παίρνει τις αποφάσεις του, να χρησιμοποιεί τις ικανότητες και το δυναμικό που διαθέτει.

---

5. Καλλιόπη Παπαιωάννου (καθηγήτρια κοινωνικής εργασίας): «ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ» εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. Αθήνα 1998 (σελ. 24)

## 4.5 Ο επισκέπτης υγείας

Ο επισκέπτης υγείας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής παρακολουθεί αρρώστους στο σπίτι τους με σκοπό να:

- Έλέγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου από πλευράς καθαριότητας των χώρων διαμονής, καταλληλότητάς τους από πλευράς αερισμού, φωτεινότητας.
- Ελέγχει την κατάσταση του ατόμου από πλευράς συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή και την ενδεχόμενη εμφάνιση παρενεργειών της.
- Εφαρμόζει οικογενειακή συμβουλευτική με σκοπό να εκπαιδεύσει τον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένειά του να αποδεχθούν τη νόσο.

Διατηρεί συνεχή επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον με σκοπό, την καλύτερη πληροφόρηση για την πορεία της υγείας του αρρώστου, την επίλυση ατομικών ή οικογενειακών προβλημάτων και τη βοήθεια στην κοινωνική επανένταξη. <sup>7</sup>Τηρεί αρχείο με στατιστικά στοιχεία που αφορά τη βελτίωση ή όχι της κατάστασης του ασθενή και συγχρόνως συνεργάζεται με διάφορους φορείς και οργανώσεις με εξειδίκευση στην ψυχική υγεία, προωθώντας και υλοποιώντας δράσεις που σχετίζονται με την κοινότητα με σκοπό την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και μείωση του κοινωνικού στίγματος. Επίσης συμμετέχει στις δραστηριότητες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και τον εργοθεραπευτή με σκοπό την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την κοινωνικοποίηση των ασθενών.

## 4.6 Ο λογοπεδικός

Ο λογοπεδικός αποτελεί μια σημαντική ειδικότητα στη θεραπευτική ομάδα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής.

---

6. Μιχάλης Γ. Μαδιανός (1996): «ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» εκδόσεις Καστανιώτης. Αθήνα 1996 (σελ. 154)

7. Devereux G. (1980): «BASIC PROBLEMS OF ETHNOPSYCHIATRY» Univ. of Chicago 1980 (σελ. 228)

Το παιδί που παρουσιάζει προβλήματα στην επικοινωνία (λόγο/ ομιλία) χρειάζεται λογοθεραπεία. Κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τη συνεργασία του ειδικού λογοπεδικού με την οικογένεια και εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού, το είδος και τη σοβαρότητα του προβλήματος. Έτσι παρέχεται στο παιδί ένα ασφαλές και δεκτικό περιβάλλον και εγκαθιδρύεται μια θεραπευτική βάση. Φαινομενικά ταξινομούνται οι εξής διαταραχές του λόγου:

1. Διαταραχές άρθρωσης (δυσarthρίες)
2. Διαταραχές ρυθμού της ομιλίας (λογονευρώσεις, βραδυλαλίες, τραυλισμός). Συγκεκριμένα ο τραυλισμός είναι η πιο συνηθισμένη διαταραχή στη ροή του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Ο λογοπεδικός με κατανόηση και ενδιαφέρον και υποδεικνύοντας τους σωστούς χειρισμούς θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών. Αυτό γίνεται σε συνεργασία με την οικογένεια.
3. Φωνητικές ανωμαλίες (αφωνία, δυσφωνίες, ρινολαλίες)
4. Διαταραχές γραφής/ ανάγνωσης
5. Μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία, δυσarthρογραφία, δυσarithμσία). Στην δυσλεξία υπάρχει δυσκολία στην επεξεργασία του γραπτού λόγου και κατά συνέπεια δυσκολία στην ανάγνωση. Η κατάλληλη αγωγή είναι αυτή που βασίζεται στην ενθάρρυνση και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του μαθητή. Κάθε αντίθετη μέθοδος μονάχα κόπωση και προβλήματα μπορεί να δημιουργήσει στο παιδί.

Ο λογοπεδικός πολλές φορές συμβουλευέται και συνεργάζεται με τον ψυχολόγο.

#### 4.7 Ο εργοθεραπευτής

Ο εργοθεραπευτής πρέπει να έχει γνώσεις πάνω σε συγκεκριμένους τομείς και να διαθέτει την κατάλληλη προσωπικότητα για να είναι αποδοτικός και επαρκής στη δουλειά του. Στην άσκηση του επαγγέλματος η δημιουργία σωστής διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή είναι η βάση πάνω στην οποία θα στηριχθεί η θεραπεία.

Χρησιμοποιεί δηλαδή την προσωπικότητά του σαν το μέσο προσέγγισης του ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να τον πλησιάζει ανθρώπινα και ζεστά αλλά ταυτόχρονα με αντικειμενικότητα και σταθερότητα χωρίς συναισθηματισμούς. Η σχέση του με τον ψυχικά ασθενή πρέπει να χαρακτηρίζεται από επαγγελματικότητα. Η κρίση του επιβάλλεται να είναι ορθή και να διαθέτει επιμονή.

Η συμπεριφορά και η στάση του θεραπευτή κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται ευπρόσδεκτος. Η προθυμία και η ειλικρίνεια του να κυριαρχούν. Αυτό φαίνεται και στη συμπεριφορά του προς τους ασθενείς που πρέπει να είναι ίση προς όλους. Δεν επιτρέπεται να δείχνει προσωπικές προτιμήσεις και να έχει συμπάθειες ή αντιπάθειες. Άλλωστε ο “δύσκολος ασθενής” ο οποίος παρουσιάζει προβλήματα είναι αυτός που έχει και την μεγαλύτερη ανάγκη για βοήθεια.

<sup>8</sup>Η εργοθεραπεία συμβάλλει στην ψυχολογική αποκατάσταση του ασθενή που έχει προσβληθεί από μια παραδοσιακή πάθηση ή που έχει ένα μόνιμο μειονέκτημα και τον βοηθάει να προγραμματίσει αντικειμενικά το μέλλον του μέσα στα όρια των δυνατοτήτων του.

Ο εργοθεραπευτής του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής είναι το μέλος της ψυχοκοινωνικής ομάδας που αναλαμβάνει:

1. Την άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της ψυχικής αρρώστιας ή δεν είχαν αποκτήσει ποτέ.
2. Τη φροντίδα και την κοινωνικοποίησή τους μέσα από την ομαδική κοινωνικοθεραπευτική εργασία.
3. Την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης.

Στόχος του εργοθεραπευτή είναι η επίτευξη της ατομικής ανεξαρτητοποίησης του ασθενή ώστε λειτουργικά να μπορεί να αυτοεξυπηρετείται. Στοχεύει στην εργασιακή αποκατάσταση του ασθενή και στην κοινωνικοποίησή του μέσα από κοινωνικοθεραπευτικές δραστηριότητες. Ως προς τον ασθενή, ο εργοθεραπευτής προετοιμάζεται για την συνέντευξη αξιολόγησης που θα έχει μαζί του. Διαβάζει δηλαδή το πλήρες ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό και ζητά όταν χρειάζεται

---

[http:// www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)

8. Λίνα Σύρου- Κωστάκη (1995): «ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» Αθήνα 1995 (σελ. 26-28)

πρόσθετες πληροφορίες από μέλη της ομάδας αποκατάστασης που ήδη γνωρίζουν τον ασθενή. Συνεργάζεται στενά με τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό για την ψυχική κατάσταση του ασθενή και με τον ψυχολόγο του επαγγελματικού προσανατολισμού για την συνεκτίμηση των λειτουργικών ικανοτήτων του ασθενή. Έχοντας αυτές τις πληροφορίες, σχεδιάζει νοερά το θεραπευτικό πρόγραμμα με συγκεκριμένο στόχο και πιθανές θεραπευτικές δραστηριότητες που θα χρησιμοποιήσει ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και την προσωπικότητα του ασθενή.

<sup>9</sup>Ο ψυχικά ασθενής που παραπέμπεται στην εργοθεραπεία επιδιώκοντας την κοινωνικοποίησή του. Θα αξιολογηθεί στις κοινωνικές δεξιότητες, στην ικανότητα να δημιουργεί μια διαπροσωπική επαφή, να επικοινωνεί με το άλλο άτομο κτλ. Ο εργοθεραπευτής συνήθως κρατά σημειώσεις στην διάρκεια αυτής της αξιολόγησης και αφού τελειώσει η συνέντευξη γράφει την ολοκληρωμένη έκθεση αξιολόγησης του ασθενή.

Η προσφορά του εργοθεραπευτή στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής είναι μοναδική αφού υπηρετεί το στόχο της πρόληψης της ψυχικής ασθένειας.

#### 4.8 Ο νοσηλευτής

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής η παρουσία του νοσηλευτή θεωρείται αναγκαία και απαραίτητη. Ο νοσηλευτής ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας εργάζεται σε συγκεκριμένα αντικείμενα με επικέντρωση στο έργο της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.

Συγκεκριμένα θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων του και τις τυχόν παρενέργειες που μπορεί να έχει. <sup>10</sup>Έχει τη δυνατότητα συμμετοχής στη διαχείριση του φαρμακείου και της διατήρησης της συμμόρφωσης του ασθενή στην αγωγή με την εφαρμογή τυποποιημένων τεχνικών παρέμβασης. Ο νοσηλευτής εργάζεται με βάση την παρακολούθηση της κατάστασης υγείας ενός ψυχικά άρρωστου με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και την εκπαίδευσή του σε θέματα πρόληψης, υποτροπών και μείωσης του στρες.

---

9. Λίνα Σύρου- Κωστάκη (1995): «ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» Αθήνα 1995 (σελ 30-32)

10. Χριστοδούλου Γ. (2000): «ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ» εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2000 (σελ. 67)

Παρέχει νοσηλευτική διεργασία και φροντίδα σε προγράμματα ημερήσιας φροντίδας που υπάρχει στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας με παρέμβαση στο άτομο και στην οικογένειά του στοχεύοντας στην λύση της ψυχικής διαταραχής.

<sup>11</sup>Για να είναι αποτελεσματική η εργασία του νοσηλευτή πρέπει να τηρεί κάποιες βασικές προϋποθέσεις:

- Να συμμερίζεται την κοινή ιδεολογία της ομάδας
- Να κάνει καλή θεραπευτική προσέγγιση
- Να γνωρίζει κλινική ψυχοπαθολογία- νοσολογία
- Να μπορεί να συνεργάζεται με όλη την θεραπευτική ομάδα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας

Ουσιαστικά το έργο του νοσηλευτή δεν είναι απλό, γιατί πρέπει να συνδυάσει τις γνώσεις του για την σωματική αλλά και ψυχική υγεία. Έτσι θα μπορέσει να προσφέρει τις υπηρεσίες του.

## **5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

### **5.1 Η διακλαδική ομάδα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής**

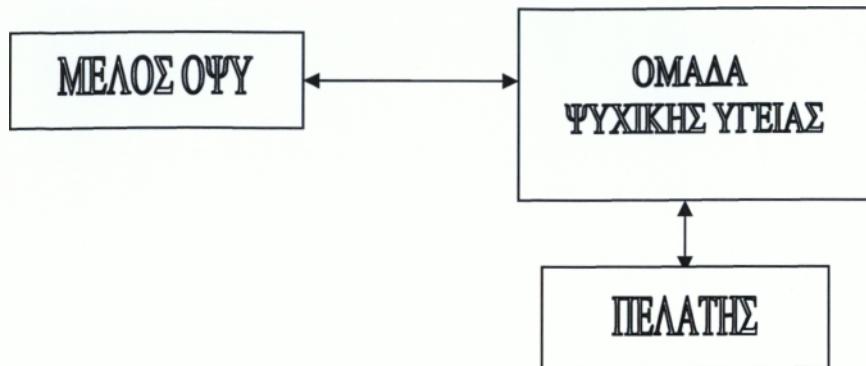
Οι σχέσεις της διακλαδικής ομάδας χαρακτηρίζονται από πνεύμα συνεργασίας, ειλικρίνειας και θετικού συναγωνισμού. Οι αποφάσεις έχουν ως μοναδικό προσανατολισμό την επίλυση του πρωταρχικού προβλήματος μέσα στο συγκεκριμένο χώρο και χρόνο, ώστε να καλυφθεί η ανάγκη του ασθενή (πελάτη) και της οικογένειάς του με βάση τη γενικώς παραδεκτή διαδικασία επίλυσης του προβλήματος. Η συνεργασία, στους διάφορους τομείς ενός ψυχοκοινωνικού προβλήματος, του ψυχιατρικού, του κοινωνικού λειτουργού, του επισκέπτη υγείας ή του ψυχολόγου αυξάνει τις πιθανότητες ένα άτομο –π.χ., με έντονα οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα- να ζητήσει βοήθεια από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

---

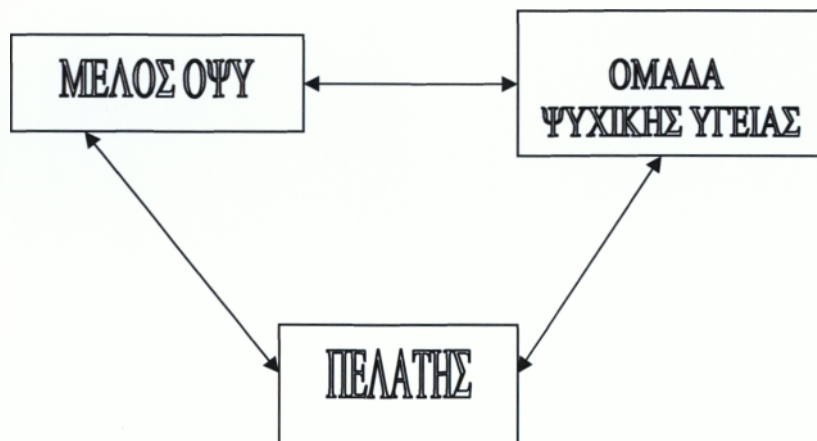
11. Χριστοδούλου Γ. (2000): «ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ» εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2000 (σελ. 73)

<sup>1</sup>Ειδικότερα, από μια ανάλυση των τύπων των σχέσεων προκύπτουν τρεις κατηγορίες:

1. Σχέσεις συμβουλευτικού τύπου



2. Σχέσεις συνεργασίας



1. Μιχάλης Γ. Μαδιανός: «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 79)

### 3. Σχέσεις εποπτικού χαρακτήρα



Οι σχέσεις συμβουλευτικού τύπου βασίζονται στην εξακρίβωση του αιτήματος και την εξειδίκευσή του, ώστε να εμπλέκεται ένα μέλος της ομάδας.<sup>2</sup> Οι σχέσεις συνεργασίας αφορούν στην εμπλοκή περισσότερων του ενός μελών, ενώ οι σχέσεις εποπτικού χαρακτήρα έχουν γραμμικό σχήμα.

Οι σχέσεις των μελών μεταξύ τους αποσκοπούν:

1. στην ταύτιση κάθε μέλους με την ομάδα
2. στη βελτίωση της επικοινωνίας των μελών
3. στην αύξηση της προσωπικής ανάπτυξης κάθε μέλους και
4. στη διατήρηση της ενότητας της ομάδας, χωρίς να μειώνεται η ταυτότητα των μελών της.

Ο κίνδυνος διάσπασης της ενότητας της διακλαδικής ομάδας είναι υπαρκτός, αφού οι ομαδοποιήσεις είναι σύννηθες φαινόμενο σε μεγάλες ομάδες. Ο κίνδυνος αυτός, που ίσως είναι και ο μεγαλύτερος, μπορεί να είναι η αφορμή για την εμφάνιση διασπαστικών φαινομένων στην ομάδα, με αποτέλεσμα την πρόκληση δυσλειτουργικών φαινομένων.

---

2. Μιχάλης Γ. Μαδιανός: «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 79-80)



## 5.2 Αποφάσεις που λαμβάνονται για την θεραπεία ενός ψυχικά άρρωστου και το θεραπευτικό σχέδιο

Η έννοια της θεραπείας και της ίασης για μια ψυχική διαταραχή είναι διαφορετική απ' ότι σε μια σωματική ασθένεια που αντιμετωπίζεται μόνο με φάρμακα ή χειρουργικές επεμβάσεις. Στο παρελθόν απομονωνόταν η ψυχική ασθένεια και αποκοβόταν από τις αιτίες που την προκαλούσαν όσο και από την επίδραση της πραγματικότητας. Σήμερα το άτομο γίνεται αντικείμενο παρατήρησης και θεραπείας σε μια ολότητα κοινωνική, οικογενειακή και πολιτιστική. Έτσι από την έννοια της θεραπείας της ασθένειας μεταβαίνει κανείς στην έννοια της θεραπείας του ατόμου. Για να συμβεί αυτό θα πρέπει να αναπτυχθούν νέες ιδέες και μέθοδοι που θα βοηθήσουν να καταλάβουν και να αξιολογήσουν οι ειδικοί τον ασθενή.

Στη ζωή κάθε ανθρώπου υπάρχουν στιγμές, περίοδοι, καταστάσεις σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο που είναι ιδιαίτερα σημαντικές, κρίσιμες και φορτισμένες με κίνδυνο για την ψυχική του υγεία. Αυτό συμβαίνει και εξ αιτίας των διαφορετικών τρόπων που ακολουθεί το άτομο για ν' αντιμετωπίσει μια ψυχοπιεστική κατάσταση. Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής οι αποφάσεις που λαμβάνονται για τη θεραπεία του ψυχικά άρρωστου περιλαμβάνουν μια εκτίμηση των αναγκών του ασθενή. Μέσα από αυτή την εκτίμηση προκαλείται μια αλλαγή προκειμένου να μεταβληθεί η ψυχολογική διαταραχή του ατόμου και να οδηγηθεί σε ευεξία και ισορροπία.

Τρεις είναι οι επιλογές αν ο ασθενής δεχτεί να συνεργαστεί:

1. Μια ανταπόκριση που να είναι μάλλον μη ικανοποιητική για το πρόβλημά του.
2. Μια ικανοποιητική ανταπόκριση απέναντι στις ανάγκες του αρρώστου.
3. Μια παραπομπή στο τοπικό ψυχιατρείο.

Η διευκρίνιση των αναγκών του ασθενή σταθμίζει πολλούς παράγοντες όπως η λειτουργικότητα (εργασιακή, κοινωνική, ψυχολογική), το υποστηρικτικό σύστημα, ενώ σε αυτή την ίδια τη λήψη της απόφασης σημαντικό ρόλο παίζει κυρίως η

---

3. Παπαδοπούλου Μ. Ν., Αγγελίδης Γ. Φ. : «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ» Ψυχιατρική. Αθήνα 2005 (σελ. 87-93)

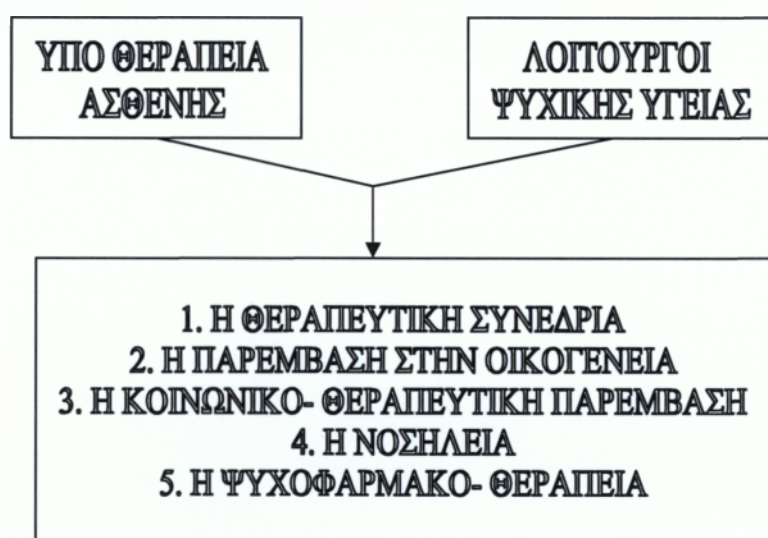
ιδεολογία του προσωπικού και της υπηρεσίας και λιγότερο η στάθμιση τυχόν διδακτικών και ερευνητικών αναγκών.

Η απόφαση για τη θεραπεία είναι μια διαδικασία που προφυλάσσει τον ασθενή από λανθασμένες επιλογές θεραπευτικής αντιμετώπισης αφού η λήψη της απόφασης είναι προϊόν πολλών παραγόντων.<sup>4</sup> Έτσι διαμορφώνεται ένα θεραπευτικό σχέδιο που προσδιορίζει το σχεδιασμό εκείνων των παρεμβάσεων οι οποίες θεωρούνται πιο χρήσιμες για εκείνο το άτομο τη συγκεκριμένη στιγμή της ζωής του, αντιμετωπίζοντας μια ψυχική διαταραχή. Προϋπόθεση για την οργάνωση και εφαρμογή του θεραπευτικού σχεδίου είναι η σταθεροποίηση της σχέσης συνεργασίας που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή και λειτουργού ψυχικής υγείας. Κάθε θεραπευτικό σχέδιο είναι ένας “πρωτότυπος” συνδυασμός κάποιων τύπων παρέμβασης (σχήμα 5.2) και απ’ αυτούς μπορούν να θέσουν σε εφαρμογή έναν ή περισσότερους. Βέβαια δεν υπάρχει ένα άτομο ακριβώς όμοιο με ένα άλλο, έτσι δεν υπάρχουν δύο ακριβώς όμοια θεραπευτικά σχέδια και αυτό γιατί αντιμετωπίζονται όμοιες καταστάσεις αλλά όχι ίδιες.

Συνεπώς υπάρχουν θεραπευτικά σχέδια λιγότερο ή περισσότερο σύνθετα που βασίζονται σε πέντε τύπους παρεμβάσεις.

Σχήμα 5.2

### Θεραπευτική σχέση



4. Παπαδοπούλου Μ. Ν., Αγγελίδης Γ. Φ. : «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ» Ψυχιατρική. Αθήνα 2005 (σελ. 87-93)

Πολλά θεραπευτικά σχέδια ολοκληρώνονται σύντομα αλλά όμως απαιτούν θεραπεία σε μάκρος. <sup>6</sup>Ο σκοπός είναι να απαλειφθούν όσο το δυνατόν καλύτερα τα συμπτώματα αλλά και να βοηθηθεί ο ασθενής ν' αποκτήσει πρότυπα συμπεριφοράς πιο προσαρμοσμένα στις προσωπικές του απαιτήσεις. Οι στόχοι αυτοί δεν επιτυγχάνονται εύκολα. Η πιο σπουδαία πλευρά του θεραπευτικού σχεδίου είναι η σταθεροποίηση μιας καλής επαφής μεταξύ του επαγγελματία ψυχικής υγείας και του ασθενή, που βασίζεται στην εμπιστοσύνη και στην αλληλεγγύη. Αυτή η σχέση εμπιστοσύνης προστατεύεται από το επαγγελματικό απόρρητο. Τα θέματα που συζητιούνται σε μια συνεδρία επιλέγονται απ' τον ασθενή σε συμφωνία με τον θεραπευτή. Τα θέματα αυτά πολλές φορές είναι ανεξάντλητα και αφορούν σημαντικές στιγμές στη ζωή του ασθενή που σχετίζονται με το παρόν και το παρελθόν.

Η ανάλυση των πτυχών ζωής του ασθενή είναι ο τρόπος μέσω του οποίου σχηματίζεται μια ιδέα για την ύπαρξη του ατόμου που επιζητά βοήθεια. Πέρα από την επαφή του ασθενή και του θεραπευτή μέσα από τη θεραπευτική συνεδρία, υπάρχει και η παρέμβαση στην οικογένεια που εκτείνεται στο ευρύτερο πλαίσιο των ατόμων μέσα στο οποίο ζει και κάνει τις συναναστροφές του ο ασθενής. Πρωταρχικός σκοπός του θεραπευτικού σχεδίου είναι, να υπάρξει αλλαγή των σχέσεων και των συμπεριφορών, μεταξύ του ασθενή και του κοινωνικού του περιγυρου. Αυτές οι σχέσεις συχνά αποδεικνύονται ακατάλληλες.

<sup>7</sup>Το επόμενο μέσο που χρησιμοποιείται στο θεραπευτικό σχέδιο είναι η κοινωνικό-θεραπευτική παρέμβαση που εκτείνεται στα υπόλοιπα πεδία της ζωής του ασθενή όπως το περιβάλλον των σπουδών ή ο εργασιακός χώρος. Σκοπός είναι να μειωθούν οι παράγοντες ενόχλησης και να ενισχυθεί ή να διευρυνθεί το δίκτυο των σχέσεων του ασθενή, δηλαδή να εδραιώσει τον κοινωνικό του ρόλο.

Τέλος υπάρχει η συμβουλευτική θεραπεία όπου εξειδικευμένοι σύμβουλοι μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να μιλήσει σχετικά με τις σκέψεις και τα αισθήματά του.

---

5. Torrey G. E. «SURVIVING SCHIZOPHRENIA: FOR FAMILIES, CONSUMERS AND PROVIDERS» (FOURTH EDITION) Harper Collins. New York 2001 (σελ. 135-137)

6. Marc De Hert, Erik Thys, Geerdt Magiels, Sabien Wyckaert: «ANYTHING OR NOTHING, SELF-GUIDE FOR PEOPLE WITH BIPOLAR DISORDER» (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Μαρίνα Οικονόμου) 2006 [www.houtekiet.com](http://www.houtekiet.com) (σελ. 56-58)

Αυτή η διαδικασία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει τα προβλήματά του και να αποφασίσει σε συνεργασία με τον θεραπευτή τις ενδεδειγμένες λύσεις.

<sup>7</sup>Υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις στη συμβουλευτική θεραπεία:

- Η υπαρξιακή προσέγγιση που ενθαρρύνει τον ασθενή να εξερευνήσει το νόημα και την αξία της ζωής του και να μάθει πώς να παραμένει πιστός στα ιδανικά, τις προτεραιότητες και τις αξίες του.
- Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση που θεωρεί τον ασθενή αρμόδιο να αποφασίσει σχετικά με τι του συμβαίνει. Αυτή η προσέγγιση έχει ως στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να δημιουργήσει τις συνθήκες που θα του επιτρέψουν να εκπληρώσει το αναπτυξιακό δυναμικό του.

Διαπιστώνεται ότι μόνο αποκαθιστώντας τις φυσιολογικές διόδους επικοινωνίας μπορούμε να θέσουμε σε εφαρμογή ένα θεραπευτικό σχέδιο και όταν η κατάσταση του ασθενή θα έχει επιστρέψει σε ικανοποιητικά επίπεδα για αυτή τη συνδιαλλαγή τότε ο θεραπευτικός διάλογος μπορεί να περάσει στην ανάλυση των προβλημάτων της ύπαρξης του ατόμου.

### 5.3 Αντιμέτωπιση στα προβλήματα που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της θεραπείας

Στην θεραπευτική εργασία στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής, η ανάληψη ενός περιστατικού απαιτεί ένα τυποποιημένο διάγραμμα που να εκτιμά το πρόβλημα σφαιρικά μέσα σε μια σταδιακή προσέγγιση (σχήμα 5.3). <sup>8</sup>Όλα βασίζονται στην αναγνώριση της φύσης του προβλήματος, αν δηλαδή είναι ψυχιατρικό ή κοινωνικό ή μεικτό

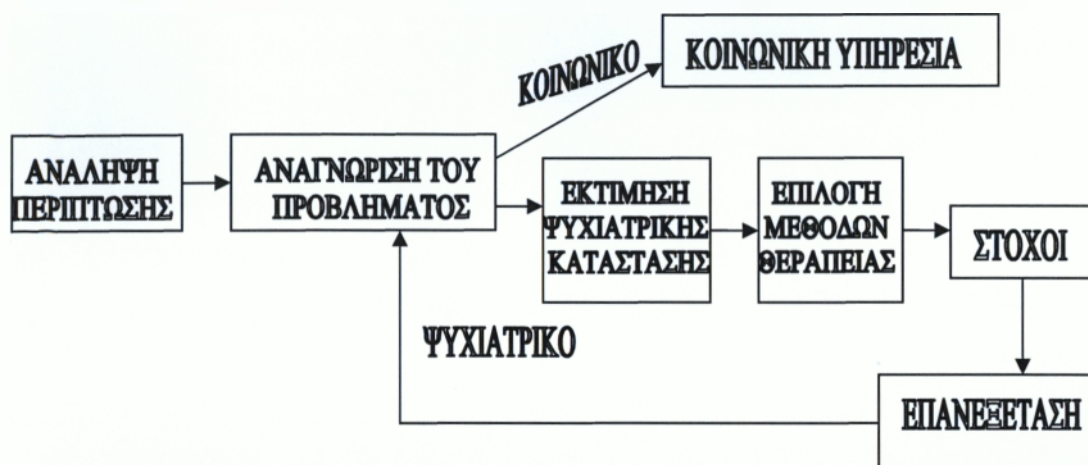
---

7. Marc De Hert, Erik Thys, Geerd Magiels, Sabien Wyckaert: «ANYTHING OR NOTHING, SELF-GUIDE FOR PEOPLE WITH BIPOLAR DISORDER» (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Μαρίνα Οικονόμου) 2006 [www.houtekiet.com](http://www.houtekiet.com) (σελ. 56-58)

8. Μιχάλης Γ. Μαδιανός: «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 169-170)

Σχήμα 5.3

**Κλινική προσέγγιση**



<sup>9</sup>Στο θεραπευτικό σχέδιο η ομάδα της ψυχικής υγείας έχει να αντιμετωπίσει μια σειρά από προβλήματα που αρχίζουν από την επιβεβαίωση της διάγνωσης και καταλήγουν στην προσπάθεια της αποκατάστασης. Βασική αρχή είναι η διευκρίνιση και ιεράρχηση των προβλημάτων.

Κατά την πρώτη συνάντηση μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή πρέπει να επιλέγονται πιθανές εναλλακτικές λύσεις για το όλο πρόβλημα, συμβατές με τις δυνατότητες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής.

<sup>10</sup>Βασικές θεραπευτικές αρχές είναι:

1. Η αποφυγή της εισαγωγής του αρρώστου αλλά και η παράλληλη συνεργασία με την οικογένεια για την ανακούφισή της από τα προβλήματα. Αυτό μπορεί να γίνει μέσα από ψυχοθεραπευτική συνάντηση με άλλες οικογένειες που έχουν παρόμοια προβλήματα.
2. Η σύναψη ελκρινούς σχέσης με τον άρρωστο έχει δύο σκέλη. Πρώτον,

9. Torrey G. E. : «SURVIVING SCHIZOPHRENIA: FOR FAMILIES, CONSUMERS AND PROVIDERS» (4<sup>th</sup> edition) New York 2001 (σελ. 49)

10. Μιχάλης Γ. Μαδιανός: «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000 (σελ. 170)

υπάρχει συνεργασία, οπότε τονίζεται στον ασθενή ότι η ομάδα πιστεύει μέσα από τα γεγονότα ότι υπάρχει ένα πρόβλημα και ζητούν την συνεργασία και τη λύση του. Δεύτερον, ο ασθενής δεν συνεργάζεται οπότε πάλι τονίζεται ότι είναι ελεύθερος να επιλέξει τον τρόπο αναζήτησης βοήθειας.<sup>11</sup> Γίνεται προσπάθεια ώστε να βοηθήσει η οικογένεια στην κατανόηση του προβλήματος και τις πιθανές δυνατότητες για βοήθεια.

3. Η στάση του προσωπικού απέναντι στον ασθενή πρέπει να είναι εναρμονισμένη με την άποψη ότι οποιαδήποτε ψυχική ασθένεια δεν διαφέρει από μια σωματική αρρώστια. Έτσι δεν υπάρχουν προκαταλήψεις ή κάποια απαισιοδοξία για την έκβαση της νόσου.
4. Αρκετές φορές θα χρειαστεί να συνεκτιμηθεί ο βαθμός κινδύνου για πιθανές τάσεις αυτοκαταστροφής ή επιθετικής πράξης. Βασική προϋπόθεση είναι η ανάληψη της ευθύνης από τη θεραπευτική ομάδα ώστε η οικογένεια να το δεχτεί ψύχραιμα. Θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία και επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και του προσωπικού του Κέντρου Ψυχικής Υγείας ώστε να ξεπεραστεί κάποια πιθανή κρίση του ασθενή μέσα από καθημερινή επίσκεψη στο Κέντρο.
5. Τις περισσότερες φορές η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία στο Κέντρο με το ψυχωσικό άτομο με παράλληλη χρήση ψυχοφαρμάκων μακράς δράσης είναι το βασικό θεραπευτικό σχήμα.

Ένα πρόβλημα είναι ότι, πολλές φορές ο ασθενής φέρνει στο θεραπευτή τα προβλήματα της προσωπικότητάς του και καταστάσεις σύγχυσης στην επικοινωνία, που διαφαίνονται μέσα από την αντίδραση του κοινωνικού περιγύρου στη συμπεριφορά του.<sup>12</sup> Ο θεραπευτής προσπαθεί να αποκαταστήσει τη σχέση του Εγώ με τον αντικειμενικό κόσμο ρεαλιστικοποιώντας το φαινόμενο της ψύχωσης. Μέσω αυτής της κατάστασης αυξάνεται η θεραπευτική συμμαχία ώστε ο ασθενής να

---

11. Torrey G. E. : «SURVIVING SCHIZOPHRENIA: FOR FAMILIES, CONSUMERS AND PROVIDERS» (4<sup>th</sup> edition) New York 2001 (σελ. 49)

12. Andrews G., Creamer M. : «THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS: GUIDES AND PATIENT MANUALS» (2<sup>nd</sup> edition) Cambridge University Press. 2003 (σελ. 26)

αντιλαμβάνεται τα επίπεδα του άγχους του και την πιθανή επανεμφάνιση ενεργών ψευδαισθησιακών βιωμάτων.

Υπάρχει πάντα όμως ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής όταν δημιουργηθεί η εντύπωση στο ασθενή ότι η αρρώστια από την οποία πάσχει είναι ανίατη. Μία από τις πιο συνηθισμένες μη φαρμακευτικές θεραπείες είναι η ψυχοθεραπεία όπου ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να εξερευνήσει τα πιο δύσκολα και επώδυνα συναισθήματα και εμπειρίες του, διδάσκοντας του τεχνικές για την αντιμετώπιση δυσκολιών που ενδέχεται να προκύψουν στο μέλλον. Στο Κέντρο οι θεραπευτές διαπίστωσαν ότι η ατομική ψυχοθεραπεία αντιμετώπιζε αρκετά προβλήματα με αποτέλεσμα ο ασθενής να έχει επεισόδια πανικού και φοβίες. Η ομαδική ψυχοθεραπεία βρέθηκε πιο αποδοτική ενώ επικεντρώνεται σε ανάλυση των κοινωνικών και επαγγελματικών προβλημάτων.

Κατά τη θεραπεία κάθε ψυχικής ασθένειας παρουσιάζονται πολλά προβλήματα, μπορούν όμως να αντιμετωπιστούν μέσα από τη θεραπευτική καθοδήγηση που οδηγεί τον ασθενή στην αλλαγή των συνηθειών του και στην προσαρμογή της συμπεριφοράς του σε νέες συμπεριφορές που έχουν χαρακτήρα δομημένο και στόχους συγκεκριμένους στην αποφυγή των παλινδρομήσεων και των συγκρούσεων με τρίτους και της πεσιμιστικής διάθεσης γενικά. Έτσι αυξάνεται με σταθερό ρυθμό η αντοχή του ατόμου σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις και μαθαίνει τρόπους για την αντιμετώπισή τους.

#### 5.4 Τα ψυχοφάρμακα

Τα ψυχοφάρμακα είναι ουσίες που χρησιμοποιούνται στην ψυχιατρική για τη θεραπεία της ψυχικής ενόχλησης και διαταραχής. Στις καταστάσεις οξείας κρίσης ή επίμονης αδιαθεσίας τα ψυχοφάρμακα επιτρέπουν στους ασθενείς να διατηρούν ένα μέρος από την οικογενειακή και εργασιακή ζωή τους ελαχιστοποιώντας την αναγκαιότητα για νοσηλεία. <sup>13</sup>Όλα τα ψυχοφάρμακα έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση μιας ψυχικής διαταραχής αλλά η χρήση από μόνα τους δεν αποτελεί επαρκή θεραπεία.

---

13. Andrews G., Creamer M. : «THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS: GUIDES AND PATIENT MANUALS» (2<sup>nd</sup> edition) Cambridge University Press. 2003 (σελ. 18)

Πάντα υπάρχει ο κίνδυνος κατάχρησης αφού χρησιμοποιούνται ακόμη και όταν εκδηλώνεται ελάχιστη αδιαθεσία για να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες τις καθημερινότητας.<sup>14</sup> Τα ψυχοφάρμακα χωρίζονται σε τρεις κύριες ομάδες:

1. Νευροληπτικά (Aloperidin, Clopixol, Largactil, Risperdal, Zyprexa)
2. Αγχολυτικά, Υπναγωγά (Atarax, Lexotanil, Tranxene, Valium)
3. Αντικαταθλιπτικά (Anafranil, Dumyrox, Saroten, Seroxat, Seropram, Zoloft)

Τα πιο συχνά ψυχοφάρμακα που χρησιμοποιούν οι ειδικοί γιατροί στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής είναι τα εξής:

- Αγχολυτικά

Τα χρησιμοποιεί ο ψυχίατρος προκειμένου να μειώσει διάφορες ψυχικές διαταραχές που συνοδεύουν το άγχος όπως αγχώδεις καταστάσεις, φοβίες, ψυχώσεις. Τα αγχολυτικά δρουν στον εγκέφαλο και οι παρενέργειές τους είναι πολύ μικρές. Ο μόνος κίνδυνος για τα αγχολυτικά είναι η κατάχρηση, προκαλώντας εθισμό και εξάρτηση. Ο ψυχίατρος μπορεί να αποφύγει αυτόν τον κίνδυνο με τον κατάλληλο τρόπο χορήγησης και τον ενδεδειγμένο τρόπο διακοπής τους. Βέβαια όταν τα συμπτώματα του άγχους έχουν παρέλθει, η μείωση της δόσης των αγχολυτικών θα πρέπει να γίνει σταδιακά και ποτέ απότομα. Με αυτόν τον τρόπο διακοπής του φαρμάκου δεν ακολουθούν συμπτώματα στέρησης.

- Αντικαταθλιπτικά

Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές, για την κατάθλιψη. Από τότε που εμφανίστηκαν τα αντικαταθλιπτικά η φαρμακολογία έχει κάνει μεγάλη πρόοδο γι' αυτά τα φάρμακα με αποτέλεσμα, σήμερα να υπάρχουν τα αντικαταθλιπτικά νέας γενιάς εμφανίζοντας από ελάχιστες έως ανύπαρκτες παρενέργειες. Η ιδιαιτερότητα που έχουν είναι ότι δεν οδηγούν το άτομο στην εξάρτηση και στη συνήθεια. Τα Φάρμακα αυτά αλλάζουν κυριολεκτικά

---

14. Παναγιώτα Γαλανοπούλου- Κούβαρη (αναπληρώτρια καθηγήτρια φαρμακολογίας): «ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ» Janssen- Gilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2005 (σελ. 27-28)



τη ζωή των πασχόντων, επαναφέροντας την χαμένη ενεργητικότητα και το κέφι για ζωή που έχουν χάσει λόγω της ψυχικής τους πάθησης.

- Υπναγωγά

Χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις αϋπνίας. Ο ειδικός θα πρέπει να περιορίζει τη χρήση τους για μικρό χρονικό διάστημα και με προσοχή διότι υπάρχει κίνδυνος εθισμού. Η αϋπνία ουσιαστικά είναι σύμπτωμα κάποιας ψυχικής διαταραχής και όχι κάτι απλό όπως θεωρούν πολλοί. Δεν θα πρέπει να υπάρχει ανεξέλεγκτη χρήση των φαρμάκων αυτών διότι υπάρχει περίπτωση επιδείνωσης του προβλήματος.

- Νευροληπτικά

Χρησιμοποιούνται σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές.<sup>15</sup> Σήμερα αυτά τα φάρμακα έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζονται συμπτώματα μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής χωρίς όμως να επιδρούν στον υπόλοιπο οργανισμό. Μέσα από τη χρήση αυτών των ουσιών των φαρμάκων δίνεται η δυνατότητα να βελτιωθεί η συμπεριφορά του ασθενούς σε βαθμό ώστε να μη διαφέρει από ένα φυσιολογικό άτομο.

<sup>16</sup>Τα ψυχοφάρμακα παρόλο που προκαλούν πολλές παρενέργειες δεν θεωρούνται επικίνδυνες ουσίες για τους ψυχικά πάσχοντες αλλά αποδεικνύονται χρήσιμα στην θεραπευτική αγωγή των ψυχικών διαταραχών. Θα πρέπει όμως να λαμβάνονται κατόπιν απόφασης του ψυχιάτρου και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα με στόχο την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών.

---

15. Παναγιώτα Γαλανοπούλου- Κούβαρη (αναπληρώτρια καθηγήτρια φαρμακολογίας): «ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ» Janssen- Gilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2005 (σελ. 27-28)

16. Χριστίνα Βανδώρου, Μαίρη Γείτονα, Νατάσσα Δανιηλίδου, Γιάννης Κυριόπουλος (2003): «ΦΑΡΜΑΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΑ» Janssen - Gilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2003 (σελ.

## 6. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

### 6.1 Δραστηριότητες κοινωνικής επανένταξης

Η θεραπευτική χρήση της τέχνης στο πλαίσιο της σύγχρονης ψυχιατρικής αποκατάστασης έχει ενσωματωθεί δε διάφορα θεραπευτικά προγράμματα τόσο σε

Ψυχιατρικά Νοσοκομεία όσο και σε Κέντρα Επαγγελματικής Προεργασίας και αποκατάστασης. Έτσι και στο Κέντρα Ψυχικής Υγείας Αττικής η τέχνη μπορεί να είναι θεραπευτική. Η σημερινές ψυχοθεραπείες μέσω τέχνης -δραματοθεραπεία, μουσικοθεραπεία- έχουν αναπτύξει δικές τους μεθόδους διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενή και της ομάδας ανάλογα με την εκάστοτε ψυχοπαθολογία.

Η καλλιτεχνική δημιουργία επιτρέπει στο άτομο να επικοινωνεί με τον εαυτό του και τους άλλους, χωρίς να χρειάζεται να εξηγεί με τρόπο άμεσο και δραστικό.

Ό θεραπευτικός στόχος είναι αφενός ο περιορισμός της ψυχοπαθολογίας του ασθενή και αφετέρου η ανάπτυξη του υγιούς τμήματος του εαυτού του και των σχέσεων του ασθενή με το περιβάλλον του. Η επίδραση που έχει η καλλιτεχνική δημιουργία στις οικογένειες και κοινωνικές σχέσεις του ασθενή είναι φανερό και καταλυτική. Η καλλιτεχνική έκφραση επιτρέπει μια επαναδιαπραγμάτευση της ψυχικής διαταραχής με άξονα την ανθρώπινη υπαρξιακή αξία.

Η τέχνη δεν αφορά μόνο την προσαρμογή του ασθενή σε κάποιους κοινωνικούς και αισθητικούς κανόνες. Η τέχνη αφορά την ανατροπή τους, την αναζήτηση του καινούργιου, αυτού που θα καταστήσει τον ασθενή αληθινό “μάρτυρα” τις ίδιες του της ζωής. Η τέχνη είναι το όχημα για την αυτοπραγμάτωση του ασθενή και μπορεί να φανεί πολύτιμη στην οργάνωση και λειτουργία θεραπευτικών θεσμών.

---

1. Περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 18<sup>ο</sup>) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ. Αθήνα 2004 (σελ. 11)

### 6.1.1 Μουσική ομάδα

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής δίνει ευκαιρίες σε εργαζόμενους, άνεργους, σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες και άτομα με ψυχικές διαταραχές να προσεγγίσουν την τέχνη, να απελευθερώσουν σκέψεις, συναισθήματα να δημιουργήσουν και να εκφραστούν.<sup>2</sup> Η μουσική στην ενεργητική και δεκτική μορφή, ως αναπτυξιακό εργαλείο της προσωπικότητας του ατόμου, είναι ικανή να οικοδομήσει μια νέα προσωπικότητα ρήξης με το παλιό, βασανιστικό παρελθόν ενός ψυχικά ασθενή. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας δίνει την ευκαιρία σε αυτά τα άτομα να έρθουν σε επαφή με την μουσική. Η επιστημονική ομάδα του, θεωρεί ότι αυτή η δραστηριότητα είναι ένα από τα πολλά βήματα προς την κοινωνική επανένταξη.

<sup>3</sup> Η δημιουργία απλών ρυθμικών φυσικών ήχων, έως την ανάπτυξη οργανωμένων ήχων μπορεί να εκφράσει συλλογικά και ατομικά. Η αρχή μιας νέας υπερβατικής διαδικασίας, ξεπερνώντας μια ψυχοπαθολογική δυσκολία, είναι να εντάξει στη ζωή του την φιλοσοφία της τέχνης αλλά στη μορφή έκφρασης και απελευθέρωσης των συναισθημάτων του με εκείνα τα τεχνικά ή δεξιοτεχνικά χαρακτηριστικά της μουσικής.

Οι συναντήσεις της ομάδας στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής γίνονται σε εβδομαδιαία βάση σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο που περιλαμβάνει αρκετά μουσικά όργανα. Το μουσικό σχήμα είναι ανοιχτό σε οποιοδήποτε θεραπευόμενο μέλος της κοινωνικής επανένταξης θα θέλει να εκφραστεί με αυτόν τον τρόπο. Οι μέθοδοι και οι τεχνικές που έχουν ως αντικείμενο η μουσική ομάδα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν ως στόχο την πνευματική και ψυχική του ισορροπία. Ένας στόχος που για να γίνει πράξη θα πρέπει να είναι υπόθεση όχι μόνο των συντονιστών της ομάδας αλλά και των ψυχοθεραπευτών.

---

2. Περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 18<sup>ο</sup>) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ. Αθήνα 2004 (σελ. 11-12)

3. Περιοδική έκδοση ενημέρωσης και έκφρασης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολυμπίου «ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ» (τεύχος 32) Αθήνα 2004 (σελ. 16)

## 6.1.2 Ομάδα βιβλίου - θεάτρου - δημιουργίας και πολιτισμού

Η ομάδα βιβλίου είτε μέσω γραπτού ή προφορικού λόγου μέσα από συζητήσεις και αναζητήσεις ωθεί τα μέλη της στην τριβή με την κοινωνική πραγματικότητα καθώς και στην έκφραση εσωτερικών προβλημάτων, φόβων, ελπίδων και ανησυχιών. Σύμφωνα με τον ψυχολόγο του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, με αυτόν τον τρόπο δίνεται η ευκαιρία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να εκφράσουν όλα αυτά τα συναισθήματα που ίσως φοβούνται να αποκαλύψουν στον ίδιο. Είναι με κάποιον τρόπο “κατάθεση ψυχής”. Στόχος λοιπόν της ομάδας είναι ο προβληματισμός, η γνώση, η συλλογικότητα, το μοίρασμα απόψεων αλλά και συναισθημάτων. Πάνω απ’ όλα όμως είναι έκφραση σκέψης και ανησυχίας.

<sup>4</sup>Στην ομάδα του θεάτρου οι θεραπευτές του προγράμματος λειτουργούν με βάση τους εξής στόχους:

1. Μέσα από ασκήσεις σώματος ο ασθενής προσπαθεί να αποκτήσει καλή σχέση με το σώμα και την εικόνα του.
2. Μαθαίνει να εκφράζει τα συναισθήματά του.
3. Αρχίζει να εναρμονίζει την ύπαρξή του σαν μια ολότητα (σώμα, συναίσθημα, λόγος)
4. Βάζει στόχους για την ζωή του και αναγνωρίζει ότι μόνο με κάποιο κόπο θα τους κατακτήσει.
5. Αναπτύσσει την αυτοπεποίθησή του και την κοινωνικότητά του.
6. Μέσω της παράστασης τα μέλη της θεατρικής ομάδας αποκτούν λόγο και άποψη για τη ζωή.

Η δυναμική παρουσία της θεατρικής ομάδας της κοινωνικής επανένταξης δίνει ελπίδα στους ψυχικά ασθενείς και στις οικογένειές τους.

Η ομάδα δημιουργίας και πολιτισμού λειτουργεί από το 2000 και δημιουργήθηκε για την καλύτερευση των σχέσεων των θεραπευόμενων Προσπαθώντας να επανενταχθούν κοινωνικά αποκτούν ενδιαφέροντα και δραστηριότητες ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα.

---

4. περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 19<sup>ο</sup>) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ. Αθήνα 2004 (σελ. 14)

### 6.1.3 Λοιπές δραστηριότητες

Υπάρχουν πολλές άλλες δραστηριότητες στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής όπως η ομάδα του ραδιοφώνου, της τέχνης και η φωτογραφική ομάδα.

<sup>5</sup>Συγκεκριμένα η ραδιοφωνική ομάδα λειτουργεί με απόφαση της θεραπευτικής ομάδας στα πλαίσια της ευρύτερης θεραπευτικής διαδικασίας σαν μια εναλλακτική μορφή με στόχο την έκθεση ιδεών και απόψεων, συναισθημάτων και βιωμάτων των θεραπευόμενων στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο στα πλαίσια του διαλόγου και της επικοινωνίας.

Επίσης οι εναλλακτικές θεραπείες μέσω των εικαστικών χρησιμοποιώντας ως μέσον την κοινωνιολογική προσέγγιση της ιστορίας της τέχνης όπου σκοπό έχουν την αναβάθμιση της αισθητικής των μελών, δίνοντας έτσι νέες αξίες στην καθημερινότητα των θεραπευόμενων. Τα εργαστήρια τέχνης και έκφρασης στα πλαίσια της ψυχοεκπαίδευσης μαθαίνουν στους θεραπευόμενους την πρακτική πλευρά της εικαστικής δημιουργίας παίρνοντας μέρος σε διάφορες εκδηλώσεις τέχνης.

<sup>6</sup>Το φωτογραφικό εργαστήριο λειτουργώντας στα πλαίσια της Κοινωνικής Επανάταξης του 18 άνω απευθύνεται σε μέλη της τρίτης φάσης τα οποία επιθυμούν να προσεγγίσουν το φωτογραφικό πεδίο τόσο ερασιτεχνικά όσο και επαγγελματικά. Η προσέγγιση περιλαμβάνει θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση στο αντικείμενο που προσανατολίζεται στην ομαδική εργασία με τους συμμετέχοντες.

Οι βασικοί στόχοι είναι να αναπτύξουν οι θεραπευόμενοι το αίσθημα της συλλογικότητας και της συνεργασίας, να δημιουργήσουν σχέσεις, να τονισθεί η αυτοπεποίθησή τους, να αναπτύξουν την δημιουργικότητά τους και να εκφραστούν ελεύθεροι μέσα από όλες αυτές τις δραστηριότητες.

---

5. περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 21<sup>ο</sup>) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ. Αθήνα 2004 (σελ. 15)

6. Λιάππας Γ. Α. : «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΕΘΙΣΤΗΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ» εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα 1992 (σελ. 76)

## 6.2 Κέντρο κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης 18 άνω

Το κέντρο κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης του 18 άνω έχει σαν στόχο τη δημιουργία προγραμμάτων κατάρτισης για τα μέλη της κοινωνικής επανένταξης λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις ανάγκες της αγοράς εργασίας όσο και τις ιδιαίτερες ανάγκες των υπό εξάρτηση ατόμων. Παράλληλα αναπτύσσονται και άλλες δραστηριότητες όπως επαγγελματικού προσανατολισμού και προώθηση στην αγορά εργασίας. Το κέντρο κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης στηρίζεται στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη που παρέχεται στα μέλη της μέσω ατομικής, ομαδικής και οικογενειακής ψυχοθεραπείας καθώς και συνεχής παρακολούθησης της σωματικής και ψυχικής υγείας τους.

<sup>7</sup>Σκοπός της ύπαρξης του Κ.Ε.Κ (Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης) είναι να δώσει τα απαραίτητα επαγγελματικά εφόδια μέσα από την εκμάθηση βασικών επαγγελματικών δεξιοτήτων ώστε να μπορούν οι θεραπευόμενοι του 18 άνω να διεκδικούν ισότιμα μια θέση εργασίας και να εντάσσονται στο κοινωνικό σύνολο. Παράλληλα με τα βασικά προγράμματα κατάρτισης υλοποιούνται και προγράμματα προκατάρτισης που σαν στόχο έχουν να αποκτήσουν οι θεραπευόμενοι εξειδικευμένες γνώσεις και να αναπτύξουν βασικές κοινωνικές δεξιότητες. Παράλληλα με την απόκτηση δεξιοτήτων πραγματοποιούνται ενέργειες που έχουν στόχο να επιλυθούν πάσης φύσεως κοινωνικά προβλήματα που προκλήθηκαν στα πλαίσια της εξάρτησης.

Επίσης υπάρχει και το πρόγραμμα ενισχυτικής διδασκαλίας όπου απευθύνεται σε θεραπευόμενους με σκοπό την απόκτηση γνώσεων, την ενίσχυση αυτοεκτίμησης και την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης τους προκειμένου να μπορέσουν να βάλουν επαγγελματικούς στόχους ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Επιπλέον το Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης του 18 άνω:

- Διοργανώνει ημερίδες, συνέδρια και εκπαιδευτικά σεμινάρια.
- Τα μέλη του, συμμετέχουν ως συντονιστές και εισηγητές σε συνέδρια.

---

7. Λιάππας Γ. Α. : «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΕΘΙΣΤΗΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ» εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα 1992 (σελ. 48-49)

- Εκπονεί έρευνες και μελέτες σχετικά με θέματα απεξάρτησης, επαγγελματικής αποκατάστασης απεξαρτημένων, πρόληψης, οδηγών συμβούλων στήριξης και επαγγελματικής αποκατάστασης.
- Υλοποιεί και συμμετέχει σε συναφείς με το έργο του δραστηριότητες.

### 6.3 Τμήμα οικογενειακής συμβουλευτικής και θεραπείας

Βασική αρχή της θεραπείας της οικογένειας είναι η διατύπωση των προβλημάτων και μέσα από ποιες συνθήκες δημιουργούνται. Δεν είναι μια θεραπεία που προσφέρει έτοιμες συνταγές ούτε λύσεις που ταιριάζουν σε όλους. Η θεραπεία διαμορφώνεται σε συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας και στον κατάλληλο χρόνο.

Οι κυριότεροι στόχοι του τμήματος αυτού είναι η καλλιέργεια σχέσεων αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας των οικογενειών καθώς και η προαγωγή κάθε μορφής υποστήριξης των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους.

Στο τμήμα οικογενειακής θεραπείας γίνονται δεκτές οικογένειες που έχουν ψυχικά πάσχον μέλος με οποιαδήποτε νοσολογική οντότητα όπως ψύχωση, συναισθηματική διαταραχή κτλ. Πολλές φορές ζητάνε βοήθεια και οικογένειες που βρίσκονται σε κρίση αναπτυξιακής φάσης, όπως ζευγάρια με δυσλειτουργική σχέση και διαταραγμένη επικοινωνία.

Οι βασικές συμβουλές που δίνει η ειδικευμένη ομάδα του τμήματος αυτού σε κάθε οικογένεια η σταδιακή αντιμετώπιση της ασθένειας και η ενθάρρυνση να ασχοληθεί με τον προγραμματισμό της θεραπείας.<sup>8</sup> Η οικογένεια θα πρέπει να προσπαθήσει και να συνεργαστεί για την ενίσχυση της αυτονομίας, της υπευθυνότητας και της ωριμότητας του μέλους να αντιμετωπίσει την ασθένειά του. Η επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας θα πρέπει να βελτιωθεί ώστε να αξιοποιήσει τα θετικά στοιχεία που προέρχονται από την θεραπεία.

8. Μαρία Χουρδάκη (επίτιμος πρόεδρος του τμήματος ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης): «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ» εκδόσεις Γρηγόρη, δεύτερη έκδοση. Αθήνα (σελ. 390-394)

Σημαντικό είναι η μη απόκρυψη της ασθένειας από την οικογένεια. Είναι γνωστό ότι η ζωή και η αντιμετώπιση της ασθένειας ενός ψυχικά διαταραγμένου ατόμου μπορεί να είναι καλύτερη όταν η οικογένεια δεν κρύβεται.<sup>9</sup> Η απόκρυψη της ασθένειας και η αντιμετώπισή της στο στενό οικογενειακό περιβάλλον δεν ωφελεί τον ασθενή αλλά ούτε και την οικογένεια. Έτσι δημιουργούνται η προκατάληψη και οι διακρίσεις εμποδίζοντας την ενσωμάτωση των ανθρώπων αυτών στην κοινότητα. Βέβαια πολλές φορές υπάρχει βοήθεια και συμπαράσταση από τρίτους.<sup>10</sup> Η βοήθεια τρίτων μπορεί να είναι πολύ σημαντική στην περίπτωση της ψυχικής υγείας και πολλές φορές επιδρά ευεργετικά στον πάσχον.

Το τμήμα της οικογενειακής θεραπείας στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής δραστηριοποιείται μέσα από τις εξής λειτουργίες του:

- Οργανώνει ενημερωτικές εκδηλώσεις και διαλέξεις που απευθύνονται στις οικογένειες.
- Συντονίζει δραστηριότητες αλληλοβοήθειας των οικογενειών.
- Οργανώνει ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για συγγενείς οι οποίες ενημερώνουν για την ψυχική ασθένεια αλλά και τις θεραπείες. Είναι ένα είδος εκπαίδευσης έτσι ώστε να μπορούν οι οικογένειες να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα καθημερινά προβλήματα που προκύπτουν από τη νόσο. Συμβουλεύει την υποστήριξη που πρέπει να υπάρχει μέσα στην οικογένεια ώστε να ανακουφιστεί από το βάρος της φροντίδας.
- Οργανώνει ομάδες υποστήριξης για συγγενείς προσφέροντάς τους, την δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και τις αγωνίες τους. Μπορούν να ανταλλάξουν βιώματα και εμπειρίες και να βοηθηθούν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας πραγματοποιείται από διάφορους ειδικούς του Κέντρου Ψυχικής Υγείας. Από τον ψυχολόγο και τον ψυχίατρο όπου είναι εκπαιδευμένοι στην ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση και στη θεραπεία της οικογένειας.

---

9. Μαρία Χουρδάκη (επίτιμος πρόεδρος του τμήματος ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης): «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ» εκδόσεις Γρηγόρη, δεύτερη έκδοση. Αθήνα (σελ. 390-394)

10. Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM, Roberts MM,: «PSYCHIATRIC REHABILITATION» London: Academic Press. 1999 (σελ. 34)



Ο ρόλος τους είναι να αναγνωρίζουν τους παράγοντες που πρέπει να αλλάξουν ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση του άρρωστου μέλους, αλλά να ενημερώνουν και την οικογένεια για την θεραπεία και τυχόν προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Πάνω απ' όλα όμως μια πρώτη συμβουλή που δίνει ο ψυχίατρος στην οικογένεια για να ξεκινήσει αυτή η συντροφική θεραπεία είναι, ο διάλογος.

## **7. ΠΟΡΤΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ**

### **7.1 Δυσκολίες επανένταξης**

Μετά την εμφάνιση κάποιου σοβαρού ψυχικού προβλήματος είναι δυνατόν το άτομο να υποβληθεί σε απαραίτητη θεραπευτική αγωγή. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας στις περισσότερες των περιπτώσεων ο ασθενής επιστρέφει στο κοινωνικό του περιβάλλον συνεχίζοντας τις αρχικές του δραστηριότητες. <sup>1</sup>Ωστόσο σε μερικές περιπτώσεις όταν συνδυάζονται διάφοροι δυσμενείς παράγοντες όπως ιδιαίτερη σοβαρότητα της νόσου, επανειλημμένες υποτροπές, απουσία υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, ο ασθενής δυσκολεύεται να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο.

Η δυσχέρεια αυτών των ατόμων να επιστρέψουν στο κοινωνικό σύνολο έχει ως αποτέλεσμα την μη ολοκλήρωση του θεραπευτικού κύκλου μόνο και μόνο επειδή δεν υπάρχει κάποιο συγγενικό περιβάλλον ή εξωνοσοκομειακός χώρος που θα μπορούσε να τα υποδεχθεί και να τα στηρίζει.

### **7.2 Εξωνοσοκομειακές δομές**

Τα τελευταία χρόνια δημιουργούνται στη χώρα μας με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό οι λεγόμενες εξωνοσοκομειακές δομές προκειμένου να στεγάσουν άτομα με

---

1. Παπαδοπούλου Μ. Ν, Αγγελίδης Γ. Φ : «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ» Ψυχιατρική. 2005 (σελ. 65)

ψυχικά προβλήματα τα οποία για λόγους κοινωνικούς και ψυχιατρικούς δεν είναι σε θέση να διαβιώσουν μόνο τους. Οι εξωνοσοκομειακές δομές διαβίωσης έχουν προκαλέσει την αντίδραση των κατοίκων.<sup>2</sup> Η αντίδραση αυτή θα μπορούσε να δικαιολογηθεί μόνο λόγω της άγνοιας των κατοίκων, εφόσον δεν έχει υπάρξει η κατάλληλη ενημέρωση.

Τα άτομα που φιλοξενούνται στις δομές αυτές προκειμένου να λυθούν ενδεχόμενοι φόβοι, είναι προσεκτικοί επιλεγμένοι άνθρωποι. Είναι ακίνδυνοι και το μόνο τους ψυχοπαθολογικό σύμπτωμα είναι η δυσκολία να αυτοσυντηρηθούν. Τα άτομα αυτά είναι υπό συνεχή επιστημονική παρακολούθηση από το προσωπικό υποστήριξης που αποτελείται από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό και τον εργοθεραπευτή. Πολλές φορές όχι μόνο δεν μπορούν να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους αλλά δεν θέτουν και σε κίνδυνο τα δικαιώματα των άλλων. Για παράδειγμα η κατάχρηση των περιουσιακών τους στοιχείων από του “υγιείς” συγγενείς τους προκειμένου να τα διαχειριστούν με “ορθολογικό” τρόπο.

Λίγες είναι οι περιπτώσεις όπου το άτομο με ψυχικό πρόβλημα ενδέχεται να εμφανίσει επικίνδυνη συμπεριφορά και κατά κανόνα αυτή οφείλεται στη παραμέληση της φαρμακευτικής του θεραπείας και στην έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Εφόσον στις εξωνοσοκομειακές δομές εξασφαλίζεται η φαρμακευτική αγωγή και η υποστήριξη, τότε οι φιλοξενούμενοι θεωρούνται οι πιο “ασφαλείς” πολίτες.

Θα πρέπει να υπάρξει στήριξη στη δημιουργία αυτών των δομών, διότι η αποδοχή του ψυχικά πάσχοντος από την κοινωνία και η δημιουργία ίσων ευκαιριών και ισότιμης συμμετοχής είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου. Βέβαια ο καλύτερος τρόπος κατανόησης της ψυχολογίας αυτών των ανθρώπων από τους κατοίκους της περιοχής είναι η ταύτιση του προβλήματος με τους ίδιους ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους.

---

2. Παπαδοπούλου Μ. Ν, Αγγελίδης Γ. Φ : «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ» Ψυχιατρική. 2005 (σελ. 67)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ψυχική υγεία ορίζεται η κατάσταση μιας πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας. Η κατανόηση του τι είναι ψυχική υγεία είναι σημαντική διότι δίνει μια βάση επί της οποίας εδράζεται η πληρέστερη κατανόηση της εκδήλωσης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Ωστόσο είναι αδύνατον να οριστεί πλήρως γιατί η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσιάζουν μια πολυποίκιλη και ετερογενή εικόνα. Μερικές διαταραχές είναι ήπιες και άλλες σοβαρές. Μερικές διαρκούν λίγες εβδομάδες, ενώ άλλες δια βίου. Μερικές δεν διακρίνονται παρά μόνο μετά από λεπτομερή εξέταση, ενώ άλλες είναι εμφανείς ακόμα και σε ένα τυχαίο παρατηρητή. Αυτή η έκθεση εστιάζει σε μερικές κοινές διαταραχές που είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές για τις κοινότητες και γενικά θεωρούνται σοβαρό πρόβλημα. Οι πιο κοινές διαταραχές είναι: οι καταθλιπτικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, διαταραχές από χρήση ουσιών, η νόσος Alzheimer, η νοητική καθυστέρηση και οι διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνεται η επιληψία ως νευρολογική διαταραχή.

Σημαντικό ρόλο για την πορεία της ψυχικής ασθένειας διαδραματίζει ο θεραπευτικός χώρος (ίδρυμα) και το προσωπικό. Οι εργαζόμενοι στο άσυλο στοχεύουν στην θεραπεία του ψυχωτικού αρρώστου και βιώνουν την ψυχωτική διάχυση σε προσωπικό επίπεδο.

Στις προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών περιλαμβάνονται και όλα τα μέσα που προετοιμάζουν τους ψυχικά ασθενείς για την διεκδίκηση μιας φυσιολογικής θέσης στην κοινότητα ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Ο όρος «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση» περιλαμβάνει όλες αυτές τις προσπάθειες. Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι ένα πολυδιάστατο, «συνεχές» πρόγραμμα που αρχίζει με διάγνωση- αξιολόγηση-αρχική εκτίμηση του προβλήματος και λήγει με την τοποθέτηση του ασθενούς σε εργασία. Η παράλειψη ενός σταδίου είναι αδύνατη γιατί το ένα στάδιο είναι άμεση συνέχεια του προηγούμενου. Η περίοδος από την έξοδο ενός ατόμου από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής μέχρι την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής, θεωρείται

μεταβατική φάση και καλύπτεται με τη μορφή μερικής νοσηλείας, η οποία αποτελείται από το θεραπευτικό περιβάλλον και την ψυχιατρική εργοθεραπεία. Ως κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θεωρείται η κοινωνική αποκατάσταση που αποτελείται από υπηρεσίες που έχουν ως στόχο την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και την κοινωνικοποίηση τους μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό περιεχόμενο.

Τα αποτελέσματα των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών για την ψυχική υγεία φαίνονται μέσα από την οργάνωση και ανάπτυξη κοινωνικών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που άρχισαν να λειτουργούν από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Μια από τις υπηρεσίες αυτές που έχουν αναπτύξει ορισμένα πρότυπα είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.).

Ουσιαστικά το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής αποτελεί το κεντρικό πυρήνα του τομέα Ψυχικής υγείας. Παρέχει στον πληθυσμό δωρεάν υπηρεσίες συμβουλευτικής, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Η φροντίδα που παρέχει για την ψυχική υγεία είναι ψυχιατρική, ψυχολογική, ψυχοθεραπευτική, κοινωνική, νοσηλευτική, μέσω παρεμβάσεων σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, κατ' οίκον επισκέψεων, κοινοτικών δράσεων με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής μέσα από την παροχή και τον συντονισμό διαφόρων δραστηριοτήτων έχει καταφέρει να επιφέρει τα εξής θετικά αποτελέσματα:

- Εκπαίδευση και επιμόρφωση των πολιτών

Ο βασικός στόχος μιας διαρκούς διαδικασίας αγωγής και προαγωγής της ψυχικής υγείας είναι η μείωση των εμποδίων στη θεραπεία και τη φροντίδα. Καλά οργανωμένες εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού και δράσεις αγωγής ψυχικής υγείας μπορεί να πετύχουν το στόχο για μείωση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά πασχόντων, την αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τη σύγκλιση του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

- Συμμετοχή κοινότητας, οικογενειών και χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η κοινότητες, οι οικογένειες και οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να συμμετέχουν στις διαδικασίες ανάπτυξης και λήψης αποφάσεων και προγραμμάτων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον οργανώνονται ομάδες υποστήριξης για συγγενείς οι οποίες τους δίνουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματα, τα άγχη και τις αγωνίες τους, να ανταλλάξουν βιώματα και εμπειρίες και να βοηθηθούν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η ασθένεια στη καθημερινή ζωή.

- Ανάπτυξη ανθρωπίνων πόρων

Η διαδικασία ανάπτυξης των ανθρωπίνων πόρων είναι αναγκαία. Οι ειδικές ομάδες ψυχικής υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνουν στη λειτουργία τους επαγγελματίες του ιατρικού και του μη-ιατρικού χώρου (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές) που μπορούν να συνεργάζονται αποτελεσματικά για την επανένταξη των ψυχικά πασχόντων.

- Ενίσχυση της έρευνας

Η ενίσχυση της έρευνας στον ψυχολογικό τομέα είναι αναγκαία προκειμένου να ενισχυθεί η κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και να αναπτυχθούν αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις.

- Παροχή φροντίδας στο σπίτι

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής παρέχει φροντίδα στο σπίτι όπου περιλαμβάνει κλινική, ψυχοθεραπευτική παρακολούθηση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη που δρουν ως φίλτρο και εμποδίζουν τη νοσηλεία των ασθενών στα ψυχιατρεία.

- Ποιότητα στον τομέα της ψυχικής υγείας

Καλή ποιότητα στους ασθενείς σημαίνει ότι έχουν τη φροντίδα που χρειάζονται και ότι τα συμπτώματά τους και η ποιότητα ζωής τους βελτιώνονται. Από την άποψη των επαγγελματιών σημαίνει ότι διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του τομέα. Τα βήματα για την βελτίωση της ποιότητας διαγράφουν ένα κύκλο. Αφού καθοριστούν οι διαδικασίες εφαρμογής των κριτηρίων ποιότητας και του επιθυμητού επιπέδου των υπηρεσιών πρέπει να επιζητηθεί η συνεχής

βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται συνεχής έλεγχος των υπηρεσιών και η ενσωμάτωση στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας.

Πέρα όμως από τα θετικά αποτελέσματα που έχει καταφέρει από την ίδρυση του, το 1990, έχει να αντιμετωπίζει και αρκετά προβλήματα. Το πιο σημαντικό για τους επαγγελματίες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής είναι η έλλειψη προσωπικού σε όλους τους τομείς. Από την διοίκηση μέχρι και τους κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές. Μέσα από αυτή την έλλειψη δημιουργείται και το πρόβλημα άμεσης εξυπηρέτησης και φροντίδας των ασθενών. Παρόλα αυτά το προσωπικό του ιδρύματος αναλαμβάνει πάντα τις ευθύνες του, αποφεύγει τη διαπλοκή συμφερόντων και ενεργεί με εντιμότητα και ακεραιότητα.

Επιπλέον, μέσα από τις ομάδες υποστήριξης που έχουν δημιουργηθεί, πολλές φορές αντιμετωπίζονται κάποια προβλήματα. Κάποιο από τα μέλη της οικογένειας “παίρνει τη θέση” του αρρώστου. Η διάγνωση της ψυχικής ασθένειας μπορεί να αποδειχθεί μια τραυματική εμπειρία, όχι μόνο για τα άτομα που έχει εμφανίσει τα συμπτώματα, αλλά και για ολόκληρη την οικογένεια. Τα αισθήματα του μέλους της οικογένειας μπορεί να είναι ανάμικτα, καθώς αισθάνεται ανησυχία για το αγαπημένο του πρόσωπο, αβεβαιότητα σχετικά με το τι θα φέρει το μέλλον και θυμό για τις ευθύνες που επιβαρύνουν ξαφνικά. Αν κάποιο από τα μέλη της οικογένειας δεν είναι προσεκτικά, αυτά τα αντικρουόμενα συναισθήματα μπορούν να διαλύσουν την οικογένεια. Σύμφωνα με τους ψυχολόγους η ψυχική ασθένεια προκαλεί κυματισμούς που δυστυχώς επηρεάζουν πολλούς ανθρώπους. Πάνω σε αυτό το θέμα αντιμετωπίζονται και τα προβλήματα του στίγματος, της προκατάληψης και των διακρίσεων παρόλο την επιμόρφωση των πολιτών και τις προσπάθειες ‘εκπαίδευσής’ τους. Δυστυχώς και τα ίδια τα άτομα που πάσχουν από ψυχική νόσο συχνά αποδέχονται τα στερεότυπα που αναφέρονται στην κατάστασή τους και αυτοστιγματίζονται. Η προκατάληψη, δηλώνει βιαστική και πρόωρη κρίση που συνήθως καταλήγει σε μια άκριτη και αδικαιολόγητη αρνητική αξιολόγηση. Οι διακρίσεις είναι μια ιδιαίτερη αρνητική συνέπεια του στίγματος και των προκαταλήψεων. Μέσα από αυτές, άτομα ή ομάδες σε μια κοινωνία, ουσιαστικά στερούν από άλλα άτομα δικαιωμάτων ή οφέλη που θα είχαν, εξαιτίας του στίγματος και των προκαταλήψεων. Οι διακρίσεις εξαιτίας μιας ψυχικής ασθένειας εκφράζονται συνήθως με πολλούς τρόπους, όπως με ανισότητα στις ευκαιρίες απασχόλησης,

ανισότητα στη παροχή υπηρεσιών, ανισότητα στην κοινωνική ενσωμάτωση και αποδοχή. Η εξάλειψη των διακρίσεων θα πρέπει να είναι ο πρώτος στόχος των δράσεων για την καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων.

Εν τέλη πέρα από όλα τα θετικά αποτελέσματα που έχει καταφέρει να επιφέρει αλλά ταυτόχρονα και τα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζει, το προσωπικό του ιδρύματος πιστεύει ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην προσωπική αξιοπρέπεια, στην ανεξαρτησία και στον σεβασμό. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αττικής στηρίζει αυτές τις αρχές και θα συνεχίσει να προάγει την ποιότητα ζωής του ατόμου με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, να τιμά τα δικαιώματά του και να καλύπτει τις ανάγκες του μέσα από τα θεραπευτικά του προγράμματα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Νίκος Γκιωνάκης - Στέλιος Στυλιανίδης (συντονισμός, επιμέλεια): «ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ» εκδόσεις Janssen Cilag ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2001
2. Γιώργος Πασαντωνόπουλος (συντονισμός, επιμέλεια): «ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με τίτλο: Mental Health Policy and Service Guidance Package- The Mental Health Context 2003
3. Μιχάλης Γ. Μαδιανός (2000): «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ/ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ» εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε. [www.Kastaniotis.com] Αθήνα 2000
4. Γεώργιος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΝΕΑ ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ, ΝΕΑ ΕΛΠΙΔΑ» έκδοση World Health Report. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ευάγγελος Ζαχαριάς, κοινωνικός λειτουργός. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αθήνα 2002
5. Μιχάλης Γ. Μαδιανός (2000): «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ» Τρίτη έκδοση Καστανιώτη Α.Ε. [www.Kastaniotis.com] Αθήνα 2000
6. Γιάννης Γούντας (2000): «ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ» εκδόσεις Οδυσσέας, Νέα Υγεία, Αθήνα 2000
7. Πηγή: Μαδιανός, Μ., Στεφανής, Κ. (1997): Οδηγός υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και υποστήριξης στην Ελλάδα, Αθήνα.
8. Μαριλένα Κάβουρα, Μαίρη Γείτονα, Χριστίνα Βανδώρου, Γιάννης Κυριόπουλος (2003): «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ» Janssen - Gilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2003
9. Πληροφορίες από το διοικητικό προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αττικής
10. Γιώργος Πασαντωνόπουλος (μετάφραση): «ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» έκδοση Mental Health Policy and Service Guidance Package. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Βαγγέλης Ζαχαριάς,



κοινωνικός λειτουργός, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αθήνα 2005

11. Επιμέλεια Ιωάννης Κούρος (1996): «ΙΑΤΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ-  
ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΚΑΙ  
ΠΑΙΔΙΟΥ» εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1996
12. Swadi H. «EXPERIMENTING WITH DRUGS: A CRITICAL  
EVALUATION. DRUG. ALCOHOL » 1990
13. Μαρία Χουρδάκη (επίτιμος πρόεδρος του τμήματος ψυχολογίας του  
Πανεπιστημίου Κρήτης): «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ» εκδόσεις  
Γρηγόρη, δεύτερη έκδοση. Αθήνα
14. Σαραντίδης Δ. (1991): «Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» Ψυχιατρική. Αθήνα 1991
15. Πρακτικά 19<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής 2006. Ελληνική  
Ψυχιατρική Εταιρεία. Αθήνα 20006 (σελ. 269-271)
16. Χριστοδούλου Γ. Ν. (συντονισμός- επιμέλεια): «ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ» Ιατρική  
Εταιρεία Αθηνών. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2000
17. Fleck S. (1990): «SOCIAL PSYCHIATRY- AN OVERVIEW» Social  
Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
18. Καλλιόπη Παπαιωάννου (καθηγήτρια κοινωνικής εργασίας): «ΚΛΙΝΙΚΗ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ» εκδόσεις  
ΕΛΛΗΝ. Αθήνα 1998
19. Devereux G. (1980): «BASIC PROBLEMS OF ETHNOPSYCHIATRY»  
Univ. of Chicago 1980
20. Μιχάλης Γ. Μαδιανός (1996): «ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» εκδόσεις  
Καστανιώτης. Αθήνα 1996
21. Λίνα Σύρου- Κωστάκη (1995): «ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» Αθήνα 1995
22. Χριστοδούλου Γ. (2000): «ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ» εκδόσεις ΒΗΤΑ.  
Αθήνα 2000
23. Παπαδοπούλου Μ. Ν., Αγγελίδης Γ. Φ. : «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ  
ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ» Ψυχιατρική. Αθήνα 2005
24. Torrey G. E. «SURVIVING SCHIZOPHRENIA: FOR FAMILIES,  
CONSUMERS AND PROVIDERS» (FOURTH EDITION) Harper Collins.  
New York 2001

25. Marc De Hert, Erik Thys, Geerd Magiels, Sabien Wyckaert: «ANYTHING OR NOTHING, SELF- GUIDE FOR PEOPLE WITH BIPOLAR DISORDER» (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης:Μαρίνα Οικονόμου) 2006 [www.houtekiet.com](http://www.houtekiet.com)
26. Andrews G., Creamer M. : «THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS: GUIDES AND PATIENT MANUALS» (2<sup>nd</sup> edition) Cambridge University Press. 2003
27. Παναγιώτα Γαλανοπούλου - Κούβαρη (αναπληρώτρια καθηγήτρια φαρμακολογίας): «ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ» Janssen - Gilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2005
28. Χριστίνα Βανδώρου, Μαίρη Γείτονα, Νατάσσα Δανιηλίδου, Γιάννης Κυριόπουλος (2003): «ΦΑΡΜΑΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΑ» Janssen - Gilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 2003
29. Λιάππας Γ. Α. : «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΕΘΙΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ» εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα 1992
30. Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM, Roberts MM,: «PSYCHIATRIC REHABILITATION» London: Academic Press. 1999
31. Περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 18<sup>ο</sup>) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ. Αθήνα 2004
32. Περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 19<sup>ο</sup>) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ. Αθήνα 2004
33. Περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 21) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ., Αθήνα 2005
34. Περιοδική έκδοση «ΜΗΝΥΜΑΤΑ» (τεύχος 26) Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την ψυχική υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ., Αθήνα 2006
35. Περιοδική έκδοση ενημέρωσης και έκφρασης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολυμπίου «ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ» (τεύχος 32) Αθήνα 2004
36. [http:// www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)