



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΤΣΟΥΡΔΑΛΑΚΗ ΑΝΤΙΓΟΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ : κ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΑΓΡΙΠΛΗΣ
Δρ. Κοινωνιολογίας

Καλαμάτα 2008

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή εργασία αυτή ασχολείται με τη δομή και την οργάνωση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας. Αναφέρεται ο κοινωνικός στιγματισμός και πως μπορεί ένα άτομο να επανενταχθεί στην κοινωνία μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρείο. Επίσης αναφέρεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπου στόχος της είναι η αποασυλοποίηση και το κλείσιμο των ψυχιατρείων. Επίσης, παρουσιάζονται οι ψυχιατρικές δομές του νομού Μεσσηνίας όπου μπορεί να απευθυνθεί κάποιος με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Στις ψυχιατρικές δομές ανήκουν και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, η λειτουργία των Κέντρων και πιο συγκεκριμένα στο Νομό Μεσσηνίας το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας. Το προσωπικό του Κέντρου που απαρτίζεται μόνο από επιστημονικό προσωπικό, τον Ψυχίατρο που είναι και ο υπεύθυνος του Κέντρου, τους Ψυχολόγους, τον Ειδικό Παιδαγωγό, τον Κοινωνικό Λειτουργό, τον Επισκέπτη Υγείας και το Νοσηλεύτη και αναλύεται πως οργανώνεται και δομείται το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Κ.Ψ.Υ. = Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Γ.Α.Δ. = Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Ο.Ε.Ψ.Υ. = Ομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Κ.Α.Φ.Κ.Α. = Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης

N/Y = Νοσηλευτική Υπηρεσία

Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ. = Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης Κατάρτισης

Ατόμων με Αναπηρίες

ΑμεΑ = Άτομα με Αναπηρίες

Υ.Π.Π. = Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

Το.Ψ.Υ. = Τομέας Ψυχικής Υγείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1 ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ.....	3
1.1 Καταγραφή Ψυχικής Υγείας σε Κοινοτικό επίπεδο.....	4
1.2 Ενημέρωση «γνωριμίας» της κοινότητας από μέλη της Ομάδας Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας (ΟΕΨΥ), για την εγκατάσταση της μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής.....	4
1.3 Ευαισθητοποίηση των κατοίκων της περιοχής ευθύνης της μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής.....	9
1.4 Ένταξη της μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην κοινότητα.....	11
2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.....	15
3 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ.....	23
3.1 Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (Κ.Α.Φ.Κ.Α.).....	24
3.2 Ξενώνας “Κιβωτός”.....	28
3.3 Οικοτροφείο “Θάλλπος”.....	28
3.4 Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης Κατάρτησης Ατόμων με Αναπηρίες.....	29
4 ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΨΥ).....	33
4.1 Η Δομή.....	33
4.1.1 Η Διακλαδική Ομάδα του ΚΨΥ.....	33
4.1.2 Ο Ψυχίατρος.....	36
4.1.3 Ο Ψυχολόγος.....	36
4.1.4 Ο Κοινωνικός Λειτουργός.....	38
4.1.5 Ο Επισκέπτης Υγείας.....	39
4.1.6 Ο Εργοθεραπευτής.....	40
4.1.7 Ο Νοσηλεύτης.....	41

4.1.8 Οι σχέσεις της διακλαδικής ομάδας.....	42
4.2 Η Οργάνωση.....	43
4.2.1 Οι Διασυνδέσεις του Κέντρου Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ).....	43
4.2.2 Διασυνδέσεις του ΚΨΥ με άλλες υπηρεσίες.....	45
4.2.3 Το Φαινόμενο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης-burnout.....	48
5 ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΨΥ) ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ.....	52
5.1 Γενικά.....	52
5.2 Η δομή του Κέντρου Ψυχικής υγείας Καλαμάτας.....	53
5.2.1 Ο Ψυχίατρος.....	53
5.2.2 Ο Ψυχολόγος.....	62
5.2.3 Ο Ειδικός Παιδαγωγός.....	64
5.2.4 Ο Κοινωνικός Λειτουργός.....	64
5.2.5 Ο Επισκέπτης Υγείας.....	65
5.2.6 Ο Νοσηλευτής.....	65
5.3 Η Οργάνωση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας.....	66
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	70
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	74

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο χώρο της υγείας πολλές εκατοντάδες χρόνια πριν είχε εμφανιστεί η ψυχική υγεία/νόσος. Εκείνα τα χρόνια δεν γνώριζαν ποια είναι η αφορμή που κάποιος φέρεται παράξενα, οντάς αμόρφωτοι τότε το αποδίδανε σε μάγια και βασκανίες. Όσο περνούν τα χρόνια η ιατρική αναπτύσσεται και κατανοούμε ακόμα περισσότερο το λόγο που μερικοί άνθρωποι φέρονται παράξενα. Ένα άτομο για να έχει πλήρη ευεξία εκτός της σωματική και κοινωνική ευεξία πρέπει να συνδυάζει και η πνευματική ευεξία που κατεπέκταση περικλείει και την ψυχική υγεία.

Αντικείμενο αυτής της πτυχιακής εργασία είναι η μελέτη της δομής και οργάνωσης του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας.

Υπόθεση εργασίας είναι ότι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας θα λειτουργούσε καλύτερα αν το προσωπικό, επιστημονικό και διοικητικό, ήταν πλήρες, διοικητικό προσωπικό δεν υπάρχει.

Στόχος της εργασίας είναι να διαπιστώσουμε τον τρόπο λειτουργίας του Κέντρου και τις ελλείψεις του. Τις διασυνδέσεις του Κέντρου Ψυχικής Υγείας με τους τοπικούς φορείς, την κοινότητα, τις σχολικές μονάδες, τα κοντινά ψυχιατρεία κ.α. εάν και πως μπορούν να βοηθήσουν αυτά στην καλή λειτουργία του Κέντρου.

Για την επίτευξη του στόχου μελετήθηκαν βιβλία ψυχιατρικής Ελλήνων και ξένων συγγραφέων. Επίσης, ο δικτυακός ιστός παρείχε αρκετές πληροφορίες για να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα στην εργασία.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται ο κοινωνικός στιγματισμός που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια ψυχική πάθηση, ως κάτι το εξωπραγματικό και παράξενο. Τον τρόπο που μπορούν να ενσωματωθούν στην κοινωνία χωρίς να τους αποκλείσουν κοινωνικά επειδή φιλοξενήθηκαν σε κάποιο ψυχιατρείο ή επισκέπτονται έναν ειδικό για παρακολούθηση της κατάστασής του. Αυτός είναι και ο κύριο σκοπό της δημιουργίας του Προγράμματος “Ψυχαργός”, η αποασυλοποίηση και η δημιουργία μονάδων παρακολούθησης της κατάστασης των ασθενών εκτός ψυχιατρείου όπως σε Κέντρα Ψυχικής υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται πως μπορεί να οργανωθεί μία κοινωνία για να γίνει πραγματικότητα η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Αποασυλοποίηση, δημιουργία μονάδων αυτόνομης ή ημιαυτόνομης διαβίωσης. Η επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινωνία και η δημιουργία θέσεων εργασία για αυτά τα άτομα. Στο τρίτο

κεφάλαιο αναφέρονται οι ψυχιατρικές δομές του νομού Μεσσηνίας και οι υπηρεσίες που παρέχουν στους κατοίκους. Οι ψυχιατρικές δομές έχουν σαν στόχο την υλοποίηση του Προγράμματος “Ψυχαργώς”.

Ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθεται η δομή και η οργάνωση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Το προσωπικό που πρέπει να υπάρχει σε ένα Κέντρο, τις σχέσεις της επιστημονικής ομάδα και τον τρόπο που αντιμετωπίζει τα περιστατικά. Τέλος τις διασυνδέσεις του Κέντρου Ψυχικής Υγείας με τις άλλες υπηρεσίες. Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύεται η δομή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και η οργάνωσή του. Επιπλέον αναλύονται σε διαγράμματα τα ψυχιατρικά περιστατικά βάση του φύλου των ασθενών, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και την πάθηση.

1. Η ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση κάνει προσπάθειες να βοηθήσει στην ενσωμάτωση στην κοινωνία ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.. Στόχος της είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων επανένταξης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Η επανένταξη μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εκπαίδευσης που γίνεται στους ψυχικά ασθενείς στα κέντρα που τους φιλοξενούν, η εκπαίδευση έχει στόχο τη βοήθεια των ψυχικά ασθενών να αναπτύξουν δεξιότητες ώστε να μπορέσουν μέσω ειδικών προγραμμάτων να βρουν μία δουλειά όπου θα μπορούν να ανταποκριθούν. Αυτό θα τους βοηθήσει στην ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία χωρίς να στιγματιστούν.

Η ενσωμάτωση μονάδων Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο. Για να λειτουργήσει σωστά μία μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής και να γίνει αποδεκτή πρέπει να ακολουθηθεί μία σταδιακή πορεία ώστε να γίνει κατανοητός ο σκοπός λειτουργίας μίας τέτοιας μονάδας.

Η εγκατάσταση και η λειτουργία μίας μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής σε μία περιοχή επιδιώκει την «ενσωμάτωσή» της μέσα στον κοινωνικό χώρο. *Ενσωμάτωση* είναι η διαδικασία εγκατάστασης της μονάδας στον κοινωνικό ιστό της κοινότητας και η αποδοχή της ως θεσμού από την κοινωνία, δίπλα στη γειτονιά, το σχολείο ή ακόμα και την οικογένεια¹.

Όλα λοιπόν τα μέλη της ομάδας των επαγγελματιών που εργάζονται σε μία συγκεκριμένη ψυχιατρική δομή συμβάλλουν στην ενσωμάτωση της στην κοινότητα και συμμετέχουν σε όσες ενέργειες τείνουν προς αυτήν. Ενέργειες που πρέπει να γίνονται είναι αυτές που θα ακολουθήσουν παρακάτω.

¹ Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, *Κοινωνική-Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005, σελ. 57

1.1 Καταγραφή ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο

Η ψυχική υγεία των κατοίκων της τομεοποιημένης περιοχής πρέπει να ερευνάται και να καταγράφεται με την κατάλληλη εφαρμογή δεικτών ψυχικής υγείας. Οι δείκτες εκτιμούν τόσο τον αριθμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όσο και την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, καθώς και γενικότερους δείκτες της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού².

Η μελέτη των δεδομένων θα επιτρέψει στην επιστημονική ομάδα να διαμορφώσει μία εικόνα για τον τρόπο λειτουργίας της κοινότητας και έτσι να προσαρμόσει ένα μοντέλο παρέμβασης ανάλογο με τις ανάγκες και τις «δυνατότητες» της κοινότητας.

Αφού γίνει αυτή η προεργασία και η επιστημονική ομάδα αποκτήσει μία σαφή εικόνα για την κοινότητα, με τη οποία καλείται να συνεργαστεί, μπορεί να προχωρήσει στην ενημέρωσή της για το πρόγραμμα και για τους στόχους της.

1.2 Την ενημέρωση «γνωριμίας» της κοινότητας από μέλη της Ομάδας Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας (ΟΕΨΥ), για την εγκατάσταση της μονάδας Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Η ενημέρωση γνωριμίας αφορά τις προοπτικές και τις δυνατότητες της μονάδας και το όφελος που θα έχει από αυτές η κοινότητα.

Πραγματοποιείται μέσα στο πλαίσιο γνωριμίας των μελών της ΟΕΨΥ και του επικεφαλής της κοινότητας, καθώς και με τους κατοίκους της γειτονιάς στην οποία στεγάζεται το κτήριο της μονάδας.

Με τα μέλη αυτά της κοινότητας επιδιώκεται η ανάπτυξη διαλόγου, ώστε να ακουστούν και να καταγραφούν οι απόψεις και ερωτήματά τους, οι ανησυχίες, οι αντιρρήσεις και οι προτάσεις τους.

² Π.Ο.Υ., Σχέδια δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας, πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004

Οι τακτικές και ενδεχομένως συχνές συναντήσεις των μελών της ΟΕΨΥ με τα μέλη της κοινότητας γίνονται σε χώρους όπου εργάζονται τα μέλη της ΟΕΨΥ ή και στο κτήριο της μονάδας, ώστε οι εκπρόσωποι-μέλη της κοινότητας να έχουν άμεση αντίληψη για την αξιοποίηση των χώρων της μονάδας και τη λειτουργία της.

Σε αυτή τη φάση και με δεδομένο ότι η αξιοποίηση του τοπικού πληθυσμού είναι αναγκαία, θα ήταν χρήσιμο να βρεθούν τα άτομα που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν ως μελλοντικοί συνεργάτες. Τα άτομα αυτά θα πρέπει να διαθέτουν, μεταξύ των άλλων, βούληση, κύρος και δυνατότητες πρόσβασης στην κοινότητα.

Η ενημέρωση γνωριμίας γίνεται προς τους φορείς της κοινότητας (ιατρό-κοινωνικές υπηρεσίες, κέντρα υγείας, ΚΑΠΗ), προς τις τοπικές αρχές (νομαρχιακή-τοπική αυτοδιοίκηση) και προς συλλόγους με κοινωνική δράση, επειδή η στάση όλων αυτών απέναντι στην προοπτική λειτουργίας της μονάδας επηρεάζει τη διαμόρφωση και τη στάση της κοινότητας.

Σε επίπεδο διαμόρφωσης αυτής της στάσης, η ΟΕΨΥ αναλαμβάνει το δύσκολο έργο της αμφισβήτησης των δοξασιών και των αρνητικών αντιλήψεων σχετικά με το στίγμα του «τρελού». Εκτός από τους πολίτες, τα μέλη της ΟΕΨΥ πολλές φορές έρχονται αντιμέτωπα με μερίδα αντιπροσώπων των μέσων μαζικής ενημέρωσης, η οποία –εξαιτίας της ημιμάθειας πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας και της θήρευσης των ποσοστών ακροαματικότητας- οδηγείται σε στρέβλωση της πραγματικότητας και στην παραπληροφόρηση της κοινή γνώμης, που –με τη σειρά τους- συμβάλλουν στη διαίωνιση και επιδείνωση του προβλήματος³.

Το **στίγμα** που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια και ειδικότερα με τη σχιζοφρένεια έχει ρίζες που εισδύουν στο βάθος του χρόνου. Στην ελληνική γλώσσα, «στίγμα» σημαίνει ένα σημάδι ανεξίτηλο σε κάποιον που η κοινωνία επιθυμεί να ξεχωρίζει, υποδηλώνοντας αρνητικές και απαξιωτικές ιδιότητες σ' αυτόν. Στο Μεσαίωνα, για να διαπομπεύσουν τους «παρεκκλίνοντες» τους στιγματίζαν με πυρακτωμένο σίδηρο, ώστε να καταστεί ευδιάκριτη η «μιαρή» συμπεριφορά τους. Με

³ Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, *Κοινωνική-Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005, σελ.60-62

το πέραςμα των αιώνων η σημασία του στίγματος διαφοροποιήθηκε και κατέληξε να είναι συνώνυμη με δυσμενείς διακρίσεις σε ανθρώπους «διαφορετικούς».

Πιο συγκεκριμένα, το στίγμα αναφέρεται στη σχέση του ατόμου που φέρει ένα ανεπιθύμητο κοινωνικά χαρακτηριστικό με το κοινωνικό του περιβάλλον, που το διαφοροποιεί από την υπόλοιπη κοινωνία και το οδηγεί στο να χάνει σχεδόν την ανθρώπινή του οντότητα και να ταυτίζεται με το ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό. Πρόκειται εντέλει για μια *«ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στο άτομο και του στερεί το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα το αναγκάζει να κρύβει την αιτία που προκαλεί αυτή την αρνητική κοινωνική αντιμετώπιση»*. Ανάμεσα στις αιτίες, εκτός από ειδικές συμπεριφορές και καταστάσεις, κατατάσσονται και νοσολογικές οντότητες στις οποίες αποδίδονται ιδιαίτερα αρνητικοί χαρακτηρισμοί. Στιγματίζονταν, έτσι, διαταραχές με «ορατά σημάδια», όπως η λέπρα και η σύφιλη στο παρελθόν, που έδωσαν αργότερα τη θέση τους σε πιο σύγχρονες μαστίγες όπως ο καρκίνος και το AIDS. Έτσι, τα τελευταία χρόνια, η λέξη «στίγμα» χρησιμοποιείται για να καταδείξει ότι ορισμένες ασθένειες εγείρουν προκαταλήψεις σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές. Αναμφίβολα, οι πλέον στιγματισμένες νοσολογικές οντότητες είναι ακόμη και σήμερα οι ψυχικές ασθένειες.

Έτσι, οι ψυχικά ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν -εκτός από την ίδια τη νόσο- το κοινωνικό στίγμα, την προκατάληψη και το φόβο της κοινωνίας για το «άλλο» της πρόσωπο. Ας μην ξεχνάμε, άλλωστε, ότι ο φόβος της ψυχικής νόσου, ο φόβος της «τρέλας», μαζί με το φόβο του θανάτου, αποτελούν τους αρχετυπικούς φόβους του ανθρώπου. Και οι δύο αυτοί φόβοι συνδέονται με το στοιχείο της απώλειας, φόβος για την απώλεια της λογικής στη μία περίπτωση και φόβος για την απώλεια της ζωής στην άλλη. Φόβος, σε τελική ανάλυση, για την απώλεια της ουσίας της ίδιας της ανθρώπινης ύπαρξης.

Ο ψυχικά ασθενής υποβάλλεται σε διάφορες μορφές κοινωνικού στιγματισμού και του αποδίδονται συνήθως χαρακτηριστικά που συνδέονται με κάποια παραδοσιακά στερεότυπα, στα οποία ο άνθρωπος μνείται από πολύ νωρίς, στην παιδική του ηλικία. Με βάση αυτά τα στερεότυπα, ο ψυχικά άρρωστος είναι ο «τρελός», ο κακός, ο επικίνδυνος ή ο δαιμονισμένος. Πέρα όμως από αυτόν τον άτυπο κοινωνικό στιγματισμό, στη διαμόρφωση του κοινωνικού στίγματος στη σύγχρονη κοινωνία σημαντικό ρόλο παίζουν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας, ως

βασικοί φορείς ενημέρωσης του κοινού. Είναι αυτά που καλλιεργούν τη δημόσια εικόνα της τρέλας και προμηθεύουν τα στοιχεία εκείνα που συγκροτούν τα στερεότυπα, τα αναπαράγουν και τα διαιωνίζουν⁴.

Η βαριά κοινωνική ντροπή και το στίγμα είναι συνυφασμένα με την ψυχασθένεια όχι μόνο ασκούν επίδραση στο πάσχον άτομο, αλλά μεταδίδονται –σαν κυματισμός- σε όλο το οικογενειακό πλέγμα, αγγίζοντας τους συγγενείς. Με βάση όσα έχουν διαπιστωθεί με την Ελληνική έννοια του εαυτού, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι λογικά η κοινωνική ταυτότητα των μελών μιας οικογένειας είναι άρρηκτα δεμένη με την ατομική αντίληψη κάθε μέλους για τον εαυτό και αντίστροφα. Κατ' αυτό τον τρόπο, η ψυχασθένεια ενός μέλους αντανακλάται στο σύνολο της οικογένειας. Εφόσον η ιδανική μορφή της ελληνικής οικογένειας είναι να υπάρχει ως ενιαία μονάδα, η τιμή της, τόσο συνολικά όσο και των μελών της ατομικά, απειλείται όταν κάποιος αρρωσταίνει ψυχικά⁵.

Οι οικογένειες στο σύνολό τους επιθυμούν να εξαλείψουν το στίγμα της ψυχασθένειας προκειμένου να αποφύγουν τις αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική τους υπόληψη. Στις αγροτικές περιοχές η οικογένεια θέλει να αποκρύψει την κατάσταση του πάσχοντος μέλους της γιατί πιστεύει ότι οι υπόλοιποι κάτοικοι του χωριού θα χαρούν με την κακουχία της. Επιπλέον –και αυτό είναι κάτι που επιτείνει το στίγμα- οι λαϊκές αλλά και οι βιο-ιατρικές αντιλήψεις στην Ελλάδα συνδέουν την ψυχασθένεια με την κληρονομικότητα, δηλαδή με τη σχέση και τη συνέχεια αίματος. Η άποψη αυτή συνυφαίνεται με τη μεγάλη αξία που αποδίδεται από όλες γενικά τις κοινωνίες στην αναπαραγωγή υγιών παιδιών. Σε μία οικογένεια με γνωστό ιστορικό ψυχασθένειας ο γάμος των φυσιολογικών, υγιών αδελφών, όπως θα δούμε παρακάτω, μπορεί να αποδειχτεί δύσκολη υπόθεση εξαιτίας του στίγματος και του φόβου αναπαραγωγής παιδιών με παρόμοια προβλήματα⁶.

Οι Έλληνες ψυχίατροι έχουν επίγνωση του κοινωνικού εξοστρακισμού που υφίστανται οι ψυχασθενείς και οι οικογένειες τους. Γνωρίζουν ότι η νοσηλεία σε ψυχιατρείο ή ψυχιατρική κλινική στιγματίζει το άτομο και ότι η κοινωνική ζωή,

⁴ Μ. Οικονόμου-Λαλιώτη, *Ψυχική ασθένεια και στίγμα, εισήγηση στην ημερίδα Υγεία της Ψυχής Οικογένεια και Κοινωνία*, Καλαμάτα 26 Μαΐου 2008

⁵ A. Blue, *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 1999, σελ. 194-195

⁶ R. Blum, E. Blum, *Health and Healing in Rural Greece*, Stanford University Press, Stanford 1965

ιδιαίτερα στα μικρά μέρη, μπορεί να γίνει πολύ δύσκολη για τους πρώην νοσηλευόμενους. Άκουσα έναν ψυχίατρο να λέει σε έναν ασθενή: «δυστυχώς σήμερα, και ιδιαίτερα στα χωριά, προσάπτεται στίγμα σε αυτούς που έχουν πάει σε ψυχιατρείο». Συνέχισε λέγοντας του ότι ήταν σημαντικό να φέρεται σωστά και να έχει φυσιολογική συμπεριφορά γυρίζοντας στο χωριό. Μόνο έτσι «δεν θα τον στιγματίζαν οι συγχωριανοί»⁷.

Άρθρα που αποδεικνύουν ότι η ημιμάθεια και η αναζήτηση ακροαματικότητας από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορεί να κάνουν κακό σε άτομα όπου ζουν, επισκέπτονται μονάδες Κοινωνικής Ψυχιατρικής ή ακόμα και σε αυτούς που εργάζονται σε αυτές:

ΑΙΓΙΝΑ: τίτλος εφημερίδας: «ΑΓΑΝΑΚΤΙΣΜΕΝΟΙ» δημότες και δημοτική αρχή «πολιορκούν» ψυχιατρικό οικοτροφείο! Το δε άρθρο αναφέρει: «σκηνές απείρου κάλλους στην Αίγινα. Δύο μεγάλα φορτηγά.... «απέκλεισαν» την κεντρική είσοδο του οικοτροφείου..... Στο πλευρό (των..... φορτηγών) και οι συνθήκες συνήθεις σε αυτές τις περιπτώσεις «αγανακτισμένοι» κάτοικοι, σε ρόλο πολιορκητή των ευρισκομένων εντός του οικοτροφείου (νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, που φρόντιζαν τις τελευταίες προπαρασκευαστικές κινήσεις λίγο πριν τη μεταφορά των ενοίκων). (Ελευθεροτυπία 9/8/2004).

ΑΙΓΙΝΑ: «επεισοδίων συνέχεια τις τελευταίες τρεις μέρες στην Αίγινα, από τους 50-60 ενεργά αντιδρώντες στην εγκατάσταση του οικοτροφείου... Ύβρεις, προπηλακισμοί, απειλές και αποκλεισμός εντός του οικοτροφείου των εργαζομένων που κάνουν τις βάρδιες τους... Το δημοτικό σκουπιδιάρικο σε ρόλο εμπροσθοφυλακής... των «αγανακτισμένων» (Ελευθεροτυπία 9/8/2004).

Μερικές φορές, οι αρνητικές αντιδράσεις των κατοίκων οφείλονται σε κενά και παραλείψεις ή λανθασμένους χειρισμούς κατά την εγκατάσταση μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην κοινότητα ή κατά την προσπάθεια της ενσωμάτωσης της αντίστοιχης δομής μέσα στην κοινότητα.

Οι νέες δομές που θα δημιουργηθούν εκτός από την ηθική, χρειάζονται την οικονομική, υλική ή άλλη συμπαράσταση των τοπικών φορέων. Είναι λοιπόν

⁷ A. Blue, *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 1999, σελ. 194-195

σημαντικό να αξιοποιηθεί ο ιδιωτικό τομέας. Οι ιδιώτες επιχειρηματίες πρέπει να πεισθούν με την κατάλληλη ενημέρωση ότι τα άτομα που θα εξυπηρετούνται από την μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής αποτελούν εν δυνάμει πελάτες και ότι η όποια χορηγία από τη μεριά τους θα έχει τελικά οφέλη και για τους ίδιους. Ταυτόχρονα, η χορηγία μπορεί να προσδώσει και μια ανθρωπιστική διάσταση στην προσφορά τους⁸.

1.3 Την ευαισθητοποίηση των κατοίκων της περιοχής ευθύνης της μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Με την εγκατάσταση της μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής, πρέπει να αρχίσουν «εκστρατείες» ενημέρωσης και εκπαίδευσης για θέματα ψυχικής υγείας.

Ο κύριος στόχος είναι να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού το κοινό γνωρίσει περισσότερο για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές κ.α. Για να μπορούν οι κάτοικοι της περιοχής ευθύνης της μονάδας να ανταποκρίνονται σωστά στα θέματα ψυχικής υγείας, πρέπει να γνωρίζουν τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν, καθώς και τα πλεονεκτήματά τους⁹.

Η ορθά σχεδιασμένη ενημέρωση μπορεί να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις, να αυξήσει στο απαραίτητο ποσοστό τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να μειώσει το χάσμα μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας.

Με τον όρο ευαισθητοποίηση εννοούμε την εργασία με τον πληθυσμό, με στόχο την αλλαγή της στάσης του απέναντι στην ψυχική νόσο. Εννοούμε επίσης όλη τη διαδικασία «εκπαίδευσης» και ενημέρωσης/κατάρτισης επιμέρους ομάδων πληθυσμού, όπως εκπαιδευτικούς, γονείς και άλλους, ώστε να βοηθήσουν, είτε εθελοντικά είτε στο πλαίσιο των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων, στο έργο της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.

⁸ Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, *Κοινωνική-Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005, σελ.64-71

⁹ Π.Ο.Υ., *Εκθεση για την Παγκόσμια Υγείας, Ψυχικής Υγείας: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001

Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την απρόσκοπτη εγκατάσταση και υλοποίηση του προγράμματος. Επιτυγχάνεται δε καλύτερα αν ο επαγγελματίας υγείας ενστερνιστεί την άποψη ότι η διαμόρφωση μιας θετικής στάσης του πληθυσμού σχετικά με την ψυχική υγείας και τον ψυχικά άρρωστο δεν είναι ένα σταδιακό δεδομένο, αλλά απόρροια συνεχούς και ενεργητικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον πληθυσμό και την ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Ο στόχος είναι να γίνει κατανοητό ότι η επιτυχία εξαρτάται απολύτως από τη συμμετοχή και τη συνεργασία των κατοίκων. Για παράδειγμα, η Εκκλησία είναι ένας πολύ σημαντικός θεσμός στην κοινότητα, λόγω της μεγάλης της επιρροής σε μεγάλη μερίδα του πληθυσμού. Επομένως, η ενημέρωση, ειδικά των κληρικών που έρχονται σε στενή επαφή με τον πληθυσμό, πρέπει να είναι πλήρης και εμπειριστατωμένη, με παράλληλες αναφορές στην ύπαρξη κοινών επιδιώξεων στο πλαίσιο του ανθρωπισμού και της αγαθοεργίας. Ένας καλά ενημερωμένος κληρικός μπορεί να αγκαλιάσει τη μονάδα και με τους λόγους και τις ενέργειες του να συμβάλει αποφασιστικά στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης, αλλά και να βοηθήσει πρακτικά κινητοποιώντας τις παροχές της Εκκλησίας (συσσίτια για άπορους ασθενείς κ.λπ.).

Η ευαισθητοποίηση είναι μία συνεχής διαδικασία, η οποία διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες μέσα από συνεχείς αξιολογήσεις και εκτιμήσεις των δεδομένων που προκύπτουν. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχουν προκαθορισμένα μοντέλα παρέμβασης που θα πρέπει να ακολουθήσει η επιστημονική ομάδα, η εμπειρία όμως και η εκπαίδευση είναι πολύτιμοι σύμμαχοι.

Οι προσωπικές γνωριμίες των επαγγελματιών των μονάδων, ιδιαίτερα με επαγγελματίες των αντίστοιχων ιατρό-κοινωνικών φορέων, είναι ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας. Οι γνωριμίες πρέπει να αξιοποιούνται με τρόπο ώστε να διευκολύνεται η αμοιβαία επωφελής συνεργασία μεταξύ των φορέων. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, είναι σκόπιμο να γίνεται προσπάθεια απόκτησης επαφών με τους πλέον ευαίσθητους και συνεργάσιμους¹⁰.

Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας επιτυγχάνεται κυρίως με την αγωγή ψυχικής υγείας. Η υποστήριξη της γειτονιάς, των δημοτικών αρχών, πιθανών οργανώσεων εθελοντών, διευκολύνει το έργο ενός ΚΨΥ, υπό την προϋπόθεση ότι θα

¹⁰ Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, Κοινωνική-Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005, σελ.64-71

είμαστε σαφείς σε ότι ζητάμε και ότι θα παρέχουμε πληροφόρηση και ίσως και εκπαίδευση σε ζητήματα ψυχικής υγείας¹¹.

Αγωγή ψυχικής υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς, στη μείωση της επίπτωσης και στη βελτίωση της πρόγνωσης ενός ή περισσότερων ψυχικών νοσημάτων.

1.4 Την ένταξη της μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην κοινότητα

Οι προσωπικές επαφές της επιστημονικής ομάδας με όλο το φάσμα της τοπικής κοινότητας, η ενημέρωση και η συνεργασία μπορούν να εξασφαλίσουν, σε μεγάλο βαθμό, την επιτυχή υλοποίηση του προγράμματος και να απομακρύνουν τον κίνδυνο της ανάγκης επιβολής μέσω επίσημων κρατικών παρεμβάσεων. Οι επαφές αυτές, για να είναι αποτελεσματικές, θα πρέπει να γίνονται από τα μέλη εκείνα του προσωπικού που έχουν την ικανότητα της συνδιαλλαγής, έχουν εκπαιδευτεί για αυτό και είναι γνώστες του αντικειμένου και των ιδιομορφιών της περιοχής. Θεωρείται επίσης απαραίτητο να είναι ηγετικά στελέχη της μονάδας (διευθυντές, προϊστάμενοι), ώστε να προσδίδεται στις επαφές αυτές το ανάλογο κύρος. Ακόμα, θα πρέπει να είναι εφοδιασμένοι, ειδικά κατά της πρώτης επαφής, με ενημερωτικά φυλλάδια για τη μονάδα ή το φορέα υλοποίησης του προγράμματος και να τονίσουν τη σπουδαιότητα μιας ενδεχόμενης συνεργασίας, εφόσον με αυτή θα ωφεληθούν οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα της κοινότητας.

Σε καμία επίσης περίπτωση δεν πρέπει να διακόπτεται η επαφή με τους κατοίκους της κοινότητας, λαμβανομένη σοβαρά υπόψη της «δυναμικής» της γειτονιάς και της ικανότητάς της στην αφομοίωση καταστάσεων και γεγονότων. Άλλωστε, οι γείτονες και οι επαγγελματίες (έμποροι, καταστηματάρχες) είναι οι καθημερινά συναλλασσόμενοι με τους ψυχικά ασθενείς ή τους ενοίκους των στεγαστικών δομών. Η συζήτηση στη γειτονιά, στο καφενείο, στην ταβέρνα είναι το

¹¹ Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Π. Οικονόμου, *Προληπτική Ψυχιατρική*, Β' έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σελ. 17-22

καλύτερο «διαβατήριο» για την αποδοχή της παρουσίας των ενοίκων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και της συμμετοχής τους στα δρώμενα της περιοχής.

Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένοι φορείς με τους οποίους είναι ωφέλιμο να επιδιώκουν τα μέλη της ομάδας συνεχείς επαφές σε τακτά χρονικά διαστήματα:

- Το δήμο (με το δήμαρχο, μέλη δημοτικών συμβουλίων, υπεύθυνοι τμημάτων νομαρχίας)
- Τη νομαρχία (νομάρχη, μέλη νομαρχιακού συμβουλίου, υπεύθυνοι τμημάτων νομαρχίας)
- Υπεύθυνους επαγγελματικών ομάδων (διευθυντές υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής πρόνοιας περιοχής, μέλη των αντίστοιχων επαγγελματικών ομάδων), υπηρεσίες υγείας και ιατροκοινωνικές υπηρεσίες (κέντρα ψυχικής υγείας/υγιεινής, ΙΚΑ, κέντρα υγείας, νοσοκομεία, κέντρα ημέρας, ΚΑΠΗ, γηροκομεία κ.α.)
- Τα μέλη διοικητικών συμβουλίων συλλόγων, σωματείων και κοινωνικών οργανισμών (φαρμακευτικός σύλλογος, οδοντιατρικός σύλλογος, ιδιώτες ιατροί, δημοσιογραφικοί, δικαστικοί και δικηγορικοί σύλλογοι, πολιτιστικές, φιλανθρωπικές εταιρίες ή κέντρα πρόληψης και συμβουλευτικής) της περιοχής
- Σχολικές κοινότητες της περιοχής, εκπαιδευτικούς, συλλόγους γονέων και κηδεμόνων και μαθητές
- Εκπροσώπους της Εκκλησίας (μητροπολίτες, ιερείς), κοινωνικούς φορείς που λειτουργούν υπό την αιγίδα της Εκκλησίας, όπως συμβουλευτικοί σταθμοί, κέντρα νεότητας (χορευτικά, μουσικά, φροντιστηριακά κ.α.), κέντρα συμπαράστασης οικογένειας, μονάδες προσφοράς γευμάτων σε άπορους κατοίκους, χρήση κτηριακών χώρων της Εκκλησίας ως χώρους φιλοξενίας αστέγων ασθενών για μεγάλα ή μικρά χρονικά διαστήματα
- Μέσα μαζικής ενημέρωσης: τακτικές εκπομπές σχετικά με την αποστιγματοποίηση της ψυχικής αρρώστιας, τις δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και πρόληψης και γενικότερα προβολή

της υγείας σε τοπικά και εθνικά ραδιοφωνικά και τηλεοπτικά προγράμματα, μέσω επιμορφωτικών σειρών και συζητήσεων πάνω στα τρέχοντα κοινωνικά ζητήματα. Δημοσιεύσεις άρθρων σε (τοπικές) εφημερίδες και περιοδικά, έντυπου και ηλεκτρονικού τύπου.

- Αστυνομικές, πυροσβεστικές, λιμενικές και στρατιωτικές αρχές της περιοχής¹².

Ο κοινωνικός αποκλεισμός και ο αρνητισμός των ανθρώπων να καταλάβουν ότι όλοι οι άνθρωποι δικαιούνται μία ευκαιρία πρέπει να αλλάξει. Δεν πρέπει να τους παραγκωνίζουμε είτε πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια είτε είναι ναρκομανείς, αλκοολικοί που προσπαθούν να απεξαρτηθούν ή έχουν κάποια κινητικά ή νοητικά νοσήματα. Πρέπει να είμαστε κοντά σε αυτούς τους ανθρώπους και όχι να τους απομακρύνουμε.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δαφνί θέλησε να διοργανώσει μία θεατρική παράσταση και ζητήθηκε από την ομάδα Δραματοθεραπείας να λάβει μέρος. Το θεατρικό έργο συνήθως θέλει έναν συγγραφέα και ηθοποιούς που θα λάβουν μέρος στην παράσταση, σε αυτή την περίπτωση το θεατρικό έργο γράφτηκε από τους ίδιους τους ασθενείς που ταυτόχρονα ήταν και ηθοποιοί στην παράσταση. Η θεατρική παράσταση είχε ως θέμα πως έχουν βιώσει οι ασθενείς-ηθοποιοί τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Επομένως το στίγμα σαν θέμα του θεατρικού δρώμενου ήταν κάτι που αφορούσε και την ίδια την ομάδα των ηθοποιών. Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι δώσαμε στην ομάδα 3 μεγάλα χαρτιά διαστάσεων 1μ επί 1μ. Στο πρώτο τους ζητήσαμε να γράψουν τι περιλαμβάνει το Στίγμα και το σημαντικότερο αν και πως το έχουν βιώσει οι ίδιοι. Οι λέξεις που αποτυπώθηκαν στο χαρτί ήταν οι ακόλουθες: ταμπέλα, ρατσισμός, περιθώριο, βία, διαφορετικός, στόχος, μόνος, μειωμένος, μοναξιά, σημαδεμένος, προδοσία, σταυρός, διαφορετικότητα, παράνοια.

Στο δεύτερο χαρτί ζητήσαμε από τους θεραπευόμενους να γράψουν τα συναισθήματα που νοιώθει ο αποδέκτης του στίγματος τα οποία ήταν: πόνος, οργή, φόβος, αδιέξοδο, μοναξιά, λύπη, απομόνωση, αποξένωση, ντροπή, πίκρα, θυμός.

¹² Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, *Κοινωνική-Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005, σελ.64-71

Τέλος στο τρίτο, αποτυπώθηκε τι έχει ανάγκη το κοινωνικά αποκλεισμένο άτομο από το κοινωνικό σύνολο. Οι λέξεις που δόθηκαν ήταν: αποδοχή, φροντίδα, κατανόηση, ανθρωπιά, αλληλεγγύη, ισοτιμία, στοργή, περίθαλψη, ανθρώπους, βοήθεια, αγάπη, ενδιαφέρον, γνώση, «να ακούγονται».

Σ' αυτά τα τρία χαρτιά, οι θεραπευόμενοι κατάφεραν πολύ γρήγορα ν' αποτυπώσουν τα κύρια χαρακτηριστικά του στίγματος και το κυριότερο πώς νοιώθει κάποιος που ζει στο περιθώριο καθώς και το τι έχει ανάγκη.

Η δημιουργία στερεότυπων και προκαταλήψεων έχει σαν αποτέλεσμα την διάκριση και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Τα στερεότυπα αποτελούν «ταμπέλες» αρνητικού χαρακτήρα που δίνονται σε μια κοινωνική ομάδα που είναι διαφορετική. Αυτές οι ταμπέλες που αποτελούν τις κυρίαρχες κοινωνικές πεποιθήσεις και μεταδίδονται πολύ εύκολα, τροφοδοτούν προκαταλήψεις δηλαδή αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις όπως φόβο, θυμό κ.α. με αποτέλεσμα την κοινωνική διάκριση όπως άρνηση βοήθειας, έλλειψη ίσων ευκαιριών για επαγγελματική αποκατάσταση κ.α.¹³.

¹³ Κ. Μάτσα, Βία, Στιγματισμός. Οι Συντεταγμένες της Ζωής και της σχέσης των Τοξικομανιών Μητέρων και των Παιδιών τους, Τετράδια Ψυχιατρικής 82, 2003, σελ. 8-17

2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Όπως και στις άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα η ασυλιακή Ψυχιατρική εγκαταστάθηκε στον 19^ο κυρίως αιώνα. Ενώ όμως σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής ο 20^{ος} αιώνας έφερε την ανάπτυξη καινούργιων διαστάσεων της ψυχιατρικής, όπως η ψυχανάλυση, η κοινωνική-κοινοτική ψυχιατρική, το φάσμα των ψυχοθεραπειών, η δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία και κέντρων ψυχικής υγείας – «ανοιχτεί δηλαδή ψυχιατρική περίθαλψη», η Ελλάδα καθυστέρησε πολύ στην επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση των διαστάσεων αυτών. Το αποτέλεσμα ήταν η ψυχιατρική περίθαλψη ειδικά και η ψυχιατρική γενικότερα, μόνο πολύ πρόσφατα θ' αρχίσουν να κινούνται προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης των άλλων χωρών.

Έτσι μόλις στη δεκαετία του 1980, η ψυχιατρική σαν ειδικότητα χώρισε από τη νευρολογία και αποτέλεσε πλήρη και ανεξάρτητη ειδικότητα, η πολιτεία ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία και η νομοθεσία επιτέλους δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και τη συρρίκνωση των ψυχιατρείων, τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγείας κλπ¹.

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

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84) άρχισε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας².

¹Ν. Μάνου, *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press, αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 31-32

² <http://www.msu.gr/article.asp?actmen=LayerI&menuID=11>, *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, Κυριακή 21/8/2008, 19:00 μμ

Το 1992 ψηφίζεται ο νόμος 2017/92, όπου γίνεται προσπάθεια εναρμόνισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής με το νόμο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και με τις πρόσφατες επιστημονικές ανακαλύψεις. Παράλληλα, καθορίζονται και οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών, ένα μείζων ζήτημα που απασχολεί σε μόνιμη βάση τόσο επιστήμονες του χώρου όσο και άλλους επαγγελματίες που έχουν σχέση με θέματα αστικών και ατομικών δικαιωμάτων.

Πέντε χρόνια αργότερα (1997) ψηφίζεται ο νόμος 2716/97, ο οποίος καθορίζει το πλαίσιο του τρόπου παροχής ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα μας. Σύμφωνα με το νόμο αυτόν, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αναπτύσσονται με βάση τις αρχές της τομεοποίησης της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποιδρυματοποίησης και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Δημιουργούνται τομείς ψυχικής υγείας σε κάθε υγειονομική περιφέρεια, στους οποίους εντάσσονται οι μονάδες ψυχικής υγείας. Σ' αυτές τις μονάδες περιλαμβάνονται το κέντρο ψυχικής υγείας, τα ιατροπαιδγωγικά κέντρα για τη φροντίδα παιδιών και εφήβων, ο ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου, ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (π.χ. ξενώνες) και μονάδες επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης.

Παράλληλα, από το 1999 υλοποιείται ένα πρόγραμμα με κοινοτικούς κυρίως, αλλά και εθνικούς πόρους, υπό την ονομασία «Ψυχαργός», το οποίο προβλέπει την επανένταξη στην κοινότητα και την ταυτόχρονη εργασιακή αποκατάσταση 700 περίπου ασθενών που νοσηλεύονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας. Τέτοιου είδους προγράμματα στοχεύουν στην επιτάχυνση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, με σκοπό τη μείωση των ψυχιατρικών κλινών³.

Ο Νόμος 2716/99 για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.

³ Σ. Σταμουλη, *Δημόσια Υγεία και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα Στο: Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Β' Τόμος, επιμ. Κ. Σολδάτος, Α. Λύκουρας, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007, σελ 767-768

Τα τελευταία χρόνια μιλάμε για **ψυχιατρική μεταρρύθμιση**, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη⁴.

Για να καταφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση να έχει νόημα πρέπει να οργανωθεί κάτω από τους εξής άξονες:

1. Υπέρβαση του ψυχιατρείου. Δηλαδή, την πλήρη αντικατάσταση του από ένα εναλλακτικό σύστημα υπηρεσιών, που στηρίζουν (χωρίς ν' ασκούν κοινωνικό έλεγχο) τον ψυχικά πάσχοντα στον τόπο κατοικίας και στο ευρύτερο πεδίο των κοινωνικών του συναλλαγών.

2. Η υπέρβαση του ψυχιατρείου δεν είναι ένα απλό σύνθημα, αλλά συνεπάγεται την άρνηση και το πέρασμα στην πράξη των ιδρυματικών πρακτικών του «κλειστού ιδρύματος» και του εγκλεισμού, αρχίζοντας μέσα από το ψυχιατρείο υπό την παρούσα μορφή του, έτσι ώστε οι αλλαγές να μη διέπονται από την λογική της απλής κατάργησης, αλλά από διαδικασίες ουσιαστικού μετασχηματισμού της ψυχιατρικής πρακτικής. Μιλάμε για υπέρβαση και όχι για απλό κλείσιμο ή συρρίκνωση των ψυχιατρείων, που στοχεύει στην απλή μείωση το κόστους εις βάρος της ποιότητας (αλλά και των ποσοτικών μεγεθών) της φροντίδας – και με την ψυχιατρική πρακτική να παραμένει στα πλαίσια της παρούσας ιδρυματικής διαχείρισης του ψυχικού πόνου.

3. Το ξεπέραςμα στην πράξη των ιδρυματικών πρακτικών σημαίνει «ανοιχτή πόρτα», κατάργηση των μηχανικών καθηλώσεων και των απομονώσεων και όλων εν γένει των πρακτικών που ακυρώνουν την διαπραγματευτική εξουσία του ψυχικά πάσχοντα, μετατρέποντάς τον σε «αντικείμενο ίασης» και ελέγχου, αντί σε «υποκείμενο της αλλαγής του».

⁴ <http://www.msu.gr/article.asp?actmen=LayerI&menuID=11>, Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Κυριακή 21/8/2008, 19:00 μμ

4. Η κατάργηση των ψυχιατρείων δεν θα μπορέσει να γίνει ποτέ πραγματικότητα αν δεν πάψουν να θεωρούνται ως αναπόσπαστο μέρος της λειτουργίας του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ως ο τόπος της «έσχατης κύρωσης» - ο τόπος, δηλαδή, με την «κλειδωμένη πόρτα» ως όρος για να διατηρούν άλλες δομές δήθεν «ανοιχτή» την δική τους πόρτα (κάνοντας, προς τούτο, επιλογή του αιτήματος στο οποίο απαντούν). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, επομένως, δεν είναι νοητή χωρίς οι Ψυχιατρικοί Τομείς των γενικών νοσοκομείων, σε πανελλαδική κλίμακα, ν' αναλάβουν την ευθύνη αντιμετώπισης του πλήρους φάσματος των αναγκών για ψυχιατρική νοσηλεία, εντάσσοντας, παράλληλα, την λειτουργία τους στο πλαίσιο ενός δικτύου διασυνδεδεμένων υπηρεσιών με στόχο την απάντηση στις ανάγκες του πληθυσμού μιας ορισμένης γεωγραφικής περιοχής (τομέα ευθύνης).

5. Η στροφή στην κοινότητα και στην οργάνωση δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών δεν σημαίνει υπηρεσίες δορυφορικές και συμπληρωματικές στο άσυλο, αλλά ριζικά εναλλακτικές στον εγκλεισμό και στην νοσοκομειοκεντρική φροντίδα. Σημαίνει ολοκληρωμένο φάσμα παροχών, θεραπευτική συνέχεια στο χώρο και στο χρόνο, σφαιρική φροντίδα, ευθύνη για τις ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού μιας ορισμένης περιοχής (και επομένως, την άμεση εφαρμογή της τομεοποίησης), απόρριψη των πρακτικών της επιλογής, των παραπομπών και του αποκλεισμού, προσανατολισμός σε πρακτικές αναζήτησης και συνάντησης του αιτήματος στην κοινότητα (αντί της παθητικής αναμονής για την υποδοχή του σε κατ' όνομα κοινοτικές υπηρεσίες και σε εξωτερικά ιατρεία, γενική εφημερία νοσοκομείου κλπ), διαπραγμάτευση και ισότιμες σχέσεις με το ασθενή, θεραπευτική ομάδα που διέπεται από οριζόντιες και δημοκρατικές σχέσεις, επαναπροσδιορισμό των ρόλων στη βάση των αναγκών της σφαιρικής προσέγγισης στην ολότητα της ύπαρξης του ψυχικά πάσχοντα, στη σύνδεσή του με το κοινωνικό σώμα

6. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση νοείται (και πρέπει να ασκείται) όχι ως διαχωρισμένη και σε δεύτερο χρόνο θεραπευτική πρακτική («όταν ξεπεραστεί η κρίση»), αλλά ως αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης (σφαιρικής) θεραπευτικής πρακτικής από την πρώτη στιγμή της αντιμετώπισης της κρίσης. Και παράλληλα, η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση νοείται (και πρέπει να ασκείται) ως κατ' εξοχήν κοινοτική πρακτική, που στηρίζει τους ψυχικά πάσχοντες στον τόπο κατοικίας και σ'

όλα τα πεδία άσκησης των κοινωνικών του ρόλων και όχι ως μια πρακτική ταυτισμένη με τη λειτουργία στεγαστικών δομών, ξενώνων και οικοτροφείων.

7. Αντίσταση στην εμπορευματοποίηση της ψυχικής υγείας, καθώς το μεγαλύτερο μέρος των πρακτικών «μεταστέγασης» («απονοσοκομειοποίησης») σε ξενώνες και οικοτροφεία παραδόθηκε, με τις ευλογίες των διαδοχικών κυβερνήσεων και των Βρυξελλών, στον ιδιωτικό τομέα, στον οποίο, παράλληλα, εκχωρείται και η κοινοτική φροντίδα (πλήθος «κινητών μονάδων» στην επαρχία έχει ανατεθεί στις λεγόμενες «μη κερδοσκοπικές» εταιρείες), την ίδια στιγμή που απορρίπτονται ή ναρκοθετούνται προσπάθειες για ίδρυση κοινοτικών υπηρεσιών (ΚΨΥ, «κινητών μονάδων» κλπ) στον δημόσιο τομέα.

8. Ψυχική Υγεία και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση δεν νοούνται χωρίς διεύρυνση των κοινωνικών δικαιωμάτων και τέτοια είναι η κατοικία, η αμειβόμενη εργασία, το αξιοπρεπές εισόδημα, η εκπαίδευση, η ελευθερία της έκφρασης, η αναγνώριση (και ο σεβασμός) της διαφορετικότητας και της διαπραγματευτικής εξουσίας : δεν μπορεί να υπάρξει ψυχική υγεία, θεραπεία / αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη χωρίς την ελεύθερη και ισότιμη πρόσβαση όλων σ' αυτά τα θεμελιώδη δικαιώματα. Ειδικότερα, η απουσία θέσεων εργασίας και η έλλειψη ευκαιριών (δομών κλπ) για δημιουργική απασχόληση καταδικάζει τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας στην παθητικότητα, στην περιθωριοποίηση και στον νεο-ιδρυματισμό.

9. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι συνυφασμένη με την υιοθέτηση μιας κριτικής στάσης απέναντι στο κυρίαρχο βιολογικό / φαρμακολογικό μοντέλο και απέναντι στο ρόλο των φαρμακευτικών πολυεθνικών, που χειραγωγούν την συνταγογραφία, εμπλέκοντας και διαπλέκοντας τα ιατρικό σώμα σε πρακτικές διαμεσολαβητή για την διάχυση των ψυχοφαρμάκων όχι απλά στους ψυχικά πάσχοντες, αλλά σ' όλο τον πληθυσμό.

10. Με το ένα δέκατο του πληθυσμού, που ζει στη Ελλάδα, ν' αποτελείται από μετανάστες από διάφορες χώρες, είναι φανερό ότι οι επαγγελματίες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν και ν' αποκτήσουν τα μέσα για να κατανοούν και ν' απαντούν στην ιδιαιτερότητα των αναγκών που εκφράζουν αυτές οι ομάδες του πληθυσμού, έτσι ώστε να μην καταφεύγουν στην εύκολη ιατρικοποίηση αυτών των

αναγκών (που μπορεί να έχουν την πηγή τους σε μια διαφορετική κουλτούρα και σύστημα αξιών, στην υλική και συναισθηματική στέρηση, στην κοινωνική απομόνωση). Ενάντια σε κάθε είδους ρατσισμό και διακρίσεις κατά των μεταναστών και των μελών, εν γένει, άλλων φυλών, εθνοτήτων και θρησκευμάτων, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει ν' απορρίψουν άνωθεν οδηγίες που θέτουν εμπόδια και καταστρατηγούν το δικαίωμα στην ίση και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες, «νόμιμους» ή «παράνομους», βάζοντας ως πρώτη προτεραιότητα των αντιμετώπιση του όποιου ρατσισμού εκδηλώνεται στο σύστημα των υπηρεσιών, σε όποιο επίπεδο και αν εκφράζεται –γνωρίζοντας, μεταξύ άλλων, ότι ο ρατσισμός είναι μια αποδεδειγμένη πηγή ψυχικού πόνου και ψυχικών διαταραχών για τα μέλη διαφορετικών φυλών, εθνοτήτων και θρησκευμάτων, μειονοτήτων και μειοψηφιών κάθε είδους.

11. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση χωρίς δραστηριοποίηση των οικογενειών και των ίδιων των ψυχικά πασχόντων (των λεγόμενων «χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας») δεν είναι δυνατή. Η δραστηριοποίησή τους είναι αναπόσπαστο μέρος του κινήματος για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και την Ψυχική Υγεία γενικότερα. Η έλλειψη οργανώσεων και πρωτοβουλιών των ίδιων των ψυχικά πασχόντων για διεκδίκηση δικαιωμάτων, παρεμβάσεων στον τρόπο που ασκείται η ψυχιατρική φροντίδα (που υφίστανται) και λειτουργούν οι θεσμοί και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας (με τις οποίες συναλλάσσονται) σχετίζεται με την παραδοσιακή αδυναμία ισχυρών κινηματικών διαδικασιών για ζητήματα έξω από τα θεωρούμενα ως αμιγώς «πολιτικά» και αποτελεί, παράλληλα, μέτρο του πατερναλιστικού χαρακτήρα, που διατηρεί ακόμα το τοπίο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Η υπέρβαση του ψυχιατρείου είναι συνδεδεμένη με την εμφάνιση στο προσκήνιο νέων υποκειμένων : των προσώπων με την ψυχική διαταραχή και των οικογενειών. Η ιδρυματική ψυχιατρική επικαθορίζει την συγκρότηση της οικογένειας του ψυχικά πάσχοντα ως του πεδίου της κληρονομικότητας, του στίγματος, της προκατάληψης, της ντροπής, της απόσυρσης, της απόκρυψης, της σιωπής, της εγκατάλειψης. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, υπέρβαση του ψυχιατρείου και στροφή στην κοινότητα σημαίνει την αναγνώριση της οικογένειας ως φορέα αναγκών, που αλληλεπιδρά με τον ασθενή και την υπηρεσία. Σημαίνει την εγκαθίδρυση και στήριξη ενός «διαλόγου με τρεις φωνές». Η αναγνώριση των αναγκών της οικογένειας και η

απάντηση σ' αυτές (αντί για τις πρακτικές της αγνόησής της ή του ξεφορτώματος του προβλήματος σ' αυτήν χωρίς καμιά βοήθεια) προάγει την συνειδητοποίηση και την υπευθυνοποίηση όλων των παραγόντων που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση/στήριξη του ψυχικά πάσχοντα. Μόνο στη βάση αυτή είναι δυνατή η ουσιαστική συμμαχία με τις οικογένειες και η ενίσχυσή τους στην αυτόνομη (και όχι χειραγωγούμενη) οργάνωση για την διεκδίκηση της βελτίωσης της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οικονομικής στήριξης κλπ.

12. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τέλος, δεν είναι νοητή με τις τραγικές ελλείψεις σε προσωπικό όλων των κλάδων, που παρατηρούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας και με την έλλειψη αυτή να επιδεινώνεται όσο οι ανάγκες αυξάνουν και οι προσλήψεις γίνονται με το σταγονόμετρο. Εκτός από τη δραματική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού απουσιάζουν παντελώς φιγούρες επαγγελματιών (πέρα από τις παραδοσιακές), όπως δραματοθεραπευτές, εικαστικοί, χοροθεραπευτές, εμπυχωτές κλπ. Στροφή στην κοινότητα δεν θα είναι δυνατή χωρίς την επαναξιολόγηση του ρόλου ιδιαίτερα των νοσηλευτών, με την παροχή μιας εκπαίδευσης (και, ταυτόχρονα, ένταξης σ' ένα πλαίσιο λειτουργίας) πέρα από το φυλακτικό/βοηθητικό μοντέλο, από την μια και το ιατρό/κλινικό, από την άλλη – επιφέροντας μιαν αναγνώριση που θα πρέπει να επεκταθεί και στις απολαβές (όπως και για όλους τους επαγγελματίες).

Η εκπαίδευση όλων των κλάδων, συμπεριλαμβανομένων των ψυχιάτρων, πρέπει να έχει ως άξονα το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα, που εγκαθιδρύει, στο επίπεδο της λειτουργίας, την κεντρικότητα του προσώπου που πάσχει και την αξία της διατήρησης του δεσμού του μέσα την κοινωνία και, ως εκ τούτου, τον πρωτεύοντα ρόλο αυτών των αρχών στην ανάπτυξη νέων γνώσεων και απαντήσεων για παλιές και νέες ανάγκες. Εγκαθίδρυση της αξίας του προσώπου, ακόμα κι' όταν είναι ανάπηρος, ανοϊκός, ή ολοκληρωτικά μη παραγωγικός. Εγκαθίδρυση της αξίας του προσώπου σημαίνει να εκπαιδευτούμε να κάνουμε ότι είναι δυνατό ώστε να μη τους εναποθέτουμε σε ιδρύματα και χώρους εγκλεισμού εν γένει. Σημαίνει, επίσης, να εκπαιδευτούμε στην επινόηση εργαλείων που μας επιτρέπουν να δούμε ξανά ότι τα «αδύναμα» άτομα μπορεί να είναι ένας «πόρος αντί για βάρος».

Η εγκαθίδρυση πραγματικά θεραπευτικών και χειραφετητικών μεθόδων, προσεγγίσεων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να νοηθεί μόνο στο βαθμό που

αυτές εσωτερικά διατρέχονται και συνολικά συνδέονται με το αίτημα και την πάλη για την καθολική κοινωνική χειραφέτηση: δεν μπορεί να υπάρξει πραγματική «ανάκτηση του εαυτού» χωρίς την ριζική αμφισβήτηση και την ανατροπή, εν τέλει, των κοινωνικών σχέσεων που είναι θεμελιωμένες ακριβώς στην αλλοτρίωση από τον «εαυτό» και τους «άλλους».

«Μόνο μέσα από την πάλη μπορούμε να σκεφτούμε την αλλαγή της πραγματικότητας, μέσα απ' αυτήν μπορούμε να δούμε το μέλλον και μέσα απ' αυτήν το μέλλον αυτό μπορεί να γίνει πραγματικότητα»⁵.

⁵ <http://www.psvspirosi.gr/keimena/diakiriksi.htm>, Διακήρυξη της Πανελλαδικής Συσπείρωσης για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, «Τετράδια Ψυχιατρικής», Κυριακή 21/8/2008, 19:00μμ

3. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

Η Μεσσηνία είναι ένας Νομός που έχει αρκετές Ψυχιατρικές δομές στο ενεργητικό της. Ο κάθε Νομός πρέπει να μπορεί να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του πληθυσμού του. Οι ψυχιατρικές δομές της Μεσσηνίας περιλαμβάνουν και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Όλες οι ψυχιατρικές δομές στηρίζονται στο Πρόγραμμα του Υπουργείου "Ψυχαργώ".

Η μεταρρύθμιση στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, ξεκίνησε εδώ και αρκετά χρόνια στη χώρα μας με στόχο τη βέλτιστη φροντίδα της ψυχικής υγείας μέσα στην κοινωνία. Τα έργα που γίνονται από το Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοια» 2000 – 2006, συμβάλλουν στην ολοκλήρωση αυτής. Ο Νόμος 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μία νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση. Επιπλέον, και προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρική μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το Υπουργείο εκτόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός». Είναι ένα διαρκές πρόγραμμα δράσεων που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η Α' φάση του Προγράμματος υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001. Η Β' φάση του Προγράμματος (2002-2006) αφορά στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα. Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Οι δράσεις που πραγματοποιούνται περιλαμβάνουν:

- ❖ Δημιουργία οικοτροφείων, ξενώνων και διαμερισμάτων σε κάθε πόλη και γειτονιά, στα οποία φιλοξενούνται για διαβίωση, προστασία και υποστήριξη τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που ζούσαν προηγουμένως σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- ❖ Επαγγελματική κατάρτιση και δημιουργία Κοινωνικών Επιχειρήσεων και Συνεταιρισμών για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που θέλουν και μπορούν να εργαστούν

- ❖ Δημιουργία νέων και βελτίωση των υπάρχοντων ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία
- ❖ Δημιουργία Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων
- ❖ Λειτουργία ειδικών μονάδων και προγραμμάτων πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης παροχής συμβουλών και ευαισθητοποίησης¹.

3.1 ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (Κ.Α.Φ.Κ.Α.)

Το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (Κ.Α.Φ.Κ.Α) απευθύνεται σε άτομα με ειδικές ανάγκες και ειδικότερα σε άτομα με συγγενείς διαταραχές ή βλάβες μόνιμες ή προσωρινές του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφοριακού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος, καθώς και από νοητική στέρηση και έχουν ανάγκη φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης με στόχο την πρόληψη της αναπηρίας ή την μείωσή της.

Το συγκεκριμένο Κέντρο Αποθεραπείας - Αποκατάστασης χαρακτηρίζεται ως πλήρους μορφής δηλαδή υπάρχει η δυνατότητα διανυκτέρευσης των ασθενών στις εγκαταστάσεις μας. Αυτό άλλωστε το καθιστά και μοναδικό, προς το παρόν, στα πλαίσια της περιφέρειας Πελοποννήσου. Γι ' αυτό άλλωστε φιλοξενούνται αρκετοί ασθενείς από διάφορα μέρη της Ελλάδος, προσφέροντάς τους τις καλύτερες δυνατές συνθήκες ως περιφερειακή μονάδα Πρόνοιας του ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου.

Σκοπός του είναι η λειτουργία του Κ.Α.Φ.Κ.Α ως νοσηλευτικού ιδρύματος πρόνοιας, που σημαίνει ότι τα πρότυπα μας είναι οι αντίστοιχες Ευρωπαϊκές μονάδες και φυσικά ο απεγκλωβισμός του ιδρύματος από το παρελθόν του ασύλου το οποίο αντικαταστήσαμε ιστορικά και ουσιαστικά. Από την πρώτη Σεπτεμβρίου του 2003 μια νέα Επιτροπή Διοίκησης καλείται να υπηρετήσει το νέο καθεστώς στον χώρο της πρόνοιας, μετατρέποντας υπό την αιγίδα του ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου το άσυλο σε νοσηλευτικό ίδρυμα, έχοντας καθήκον να οργανώσει νέες οργανωτικές μορφές, να λειτουργήσει προσοδοφόρα την αποθεραπεία, να πολεμήσει τον κοινωνικό

¹ Πρόγραμμα «Ψυχαργός» Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006, Οικοτροφείο "Θάλλπος", πληροφορίες από ενημερωτικό φυλλάδιο

αποκλεισμό και τον κοινωνικό στιγματισμό σε αναφορά με τους ασθενείς μας, να προωθήσει την επιστημονική έρευνα, να αποτελέσει κομβικό σημείο για την υλοποίηση προγραμμάτων και ενεργειών με στόχο την καλύτερευση της ζωής των αναπήρων σε ολόκληρη την Μεσσηνία².

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ & ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Εν λόγω Κέντρο είναι σε θέση προς το παρόν να εξυπηρετήσει 10-15 ασθενείς οι οποίοι/ες έχουν και τη δυνατότητα παραμονής σ' αυτό.

Τα τμήματα που λειτουργούν είναι τα εξής:

1. Τμήμα κλινικής Αξιολόγησης Ασθενούς
2. Ιατρείο ελέγχου και αντιμετώπισης διαταραχών μυϊκού τόνου
3. Τμήμα φυσικοθεραπείας
4. Τμήμα εργοθεραπείας
5. Τμήμα θεραπευτικής Γυμναστικής

Το ΚΑΦΚΑ έχει ακόμα την δυνατότητα να προσφέρει τις Υπηρεσίες του και σε εξωτερικούς ασθενείς που πάσχουν από οξεία και χρόνια νοσήματα όπως:

- Οσφυαλγίες-Ισχιαλγίες
- Αυχενικά-Αυχενοβραχονικά σύνδρομα
- Παθήσεις του Μυοσκελετικού Συστήματος όπως οστεοαρθρίτιδες, τενοντίτιδες-διαστρέμματα-κατάγματα
- Αθλητικές κακώσεις, Νευρολογικές παθήσεις, Διαταραχές Βάδισης

Το τμήμα της Φυσικοθεραπείας είναι πλήρως εξοπλισμένο και διαθέτει μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας.

Όπως:

- Μηχανήματα ανάλυσης κίνησης βάδισης
- ΚΑΤ
- LASER
- Μηχανήματα-Ηλεκτροθεραπείας

² <http://homenages.pathfinder.gr/kafkafil/>, Δ. Μαγριπλής, Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ), Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2008, 19:00μμ

- Μαγνητικά πεδία-διαθερμίες-θεραπευτικό υπέρηχο
- Δινόλουτρα-παραφινόλουτρα-υδροκινησιοθεραπείας

Τμήμα μηχανοθεραπείας πλήρως εξοπλισμένο με διάδρομο-ηλεκτρονικό ποδήλατο-τροχαλίες.

Το τμήμα Θεραπευτικής Γυμναστικής³.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Η νοσηλευτική υπηρεσία του ΚΑΦΚΑ στελεχωμένη από νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση και υπηρετεί τους νοσηλευόμενους σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Διατίθενται συνολικά εκατό κλίνες με σύγχρονο εξοπλισμό, κρεβάτια, στρώματα κατακλίσεων, είδη και όργανα απαραίτητα για την κινητική αποκατάσταση. .

Οι περιθαλπόμενοι ακολουθούν ένα ημερήσιο πρόγραμμα. Οι αυτοεξυπηρετούμενοι, πρόσωπα με νοητική υστέρηση αρχίζουν με την ατομική υγιεινή-ένδυση και νοικοκύρεμα του χώρου τους. Αυτοσερβίρονται πρωινό στην τραπεζαρία του τμήματος της οποίας την καθαριότητα έχουν αναλάβει εκ περιτροπής οι ίδιοι.

Μετά το πρωινό απασχολούνται στα εργαστήρια υφαντικής, ταπητουργίας, πλεκτικής, χειροτεχνίας ως επίσης στο μαγειρείο-πλυντήριο-θυρωρείο. Πριν το μεσημεριανό φαγητό γυμνάζονται και προπονούνται από εθελοντή γυμναστή. Τις απογευματινές ώρες απασχολούνται από ομάδα εθελοντών και νοσηλευτών σε διάφορες δραστηριότητες όπως θέατρο, χορό, ανάγνωση, γραφή, ζωγραφική, βοηθούν τους νοσηλευτές στις εργασίες τους και κάνουν βόλτα στην αγορά της πόλεως.

Συμμετέχουν δε ενεργά στις κοινωνικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις του τόπου, εκκλησιάζονται κάθε Κυριακή ανά ομάδες. Έλαβαν μέρος στην δεντροφύτευση του προαυλίου χώρου και μετά από συστηματική προπόνηση

³ <http://homepages.pathfinder.gr/kafkafil/medical.html>. Τμήμα Φυσικής & Ιατρικής Αποκατάστασης, Δευτέρα 22 Σεπτεμβρίου 2008, 21:00μμ

απέσπασαν μετάλλια στους SPECIAL OLYMPICS του 2002. Διακοπές περνούν στην κατασκήνωση Ταΰγετου τα καλοκαίρια.

Οι ασθενείς της τρίτης ηλικίας οι περιπατητικοί ή οι μετακινούμενοι στα αμαξίδια μετά την ατομική υγιεινή με την βοήθεια των νοσηλευτών παίρνουν το πρωινό πρόγευμα, γεύμα και δείπνο στην τραπεζαρία του τμήματος. Εκεί παρακολουθούν και σχολιάζουν τα προγράμματα της TV, πίνουν καφέ, κάνουν περίπατο στον προαύλιο χώρο, απασχολούνται όσοι μπορούν σε μικρό ανθόκηπο-λαχανόκηπο και ακούνε μουσική στο κατάλληλα διαμορφωμένο κιόσκι.

Το φαγητό παρασκευάζεται βάσει διαιτολογίου που καταρτίζεται από τον Ιατρό και την Ν/Υ με Α' ποιότητας αγνά υλικά και ανταποκρίνεται στις διατροφικές ανάγκες των ασθενών. Η ώρα του νυχτερινού ύπνου γίνεται κατ' επιλογή. Το ΚΑΦΚΑ εκτός από στέγη-διατροφή-ένδυση και ψυχαγωγία προσφέρει πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Οι Ιατροί του Κ. Υ. Φίλιατρών και του Νοσοκομείου Κυπαρισσίας - όλων των ειδικοτήτων καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών . Επίσης το ΚΑ Φ ΚΑ έχει επιστημονικούς συνεργάτες ψυχίατρο και φυσίατρο.

Η Ν/Υ αποδίδει δυναμικό έργο παρ' ότι έχει να αντιμετωπίσει καθημερινώς προβλήματα από τις διαφορετικές κατηγορίες των περιθαλπομένων όπως κατάκοιτους, παραπληγικούς ασθενείς με άνοια, με νοητική στέρηση, με αυτισμό, με διαταραχές τις συμπεριφοράς και άτομα τρίτης ηλικίας.

Στόχο έχει την συνεχή ανοδική πορεία του νοσηλευτικού - θεραπευτικού ρόλου και ευρίσκεται σε άριστη συνεργασία με την ιατρική - κοινωνική υπηρεσία την εργοθεραπεία - φυσιοθεραπεία για πρόληψη της ιδρυματοποίησης για κοινωνικοποίηση, αποκατάσταση και αποθεραπεία των ασθενών⁴.

⁴ <http://homepages.pathfinder.gr/kafkafil/hospital.html>, Νοσηλευτική Υπηρεσία, Δράση στη ζωή των περιθαλπομένων στο ΚΑΦΚΑ, Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2008, 19:00μμ

3.2 ΞΕΝΩΝΑΣ “ΚΙΒΩΤΟΣ”

Το Υπουργείο Υγείας με την συνεργασία του Υπουργείου Εργασίας και το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα “Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας” σχεδίασε το Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ψυχαργός.

Το Πρόγραμμα Ψυχαργός περιλαμβάνει Ξενώνες βραχείας και μακράς παραμονής. Διαμερίσματα αυτόνομης/ημιαυτόνομης διαβίωσης και οικοτροφεία, για άτομα με χρόνια ψυχικά προβλήματα που για πολλά χρόνια παρέμειναν αποκλεισμένοι σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Μία από τις παραπάνω ψυχιατρικές δομές είναι ο Ξενώνας “Κιβωτός”. Η πρώτη ψυχιατρική δομή για το Νομό Μεσσηνίας, ξεκίνησε τη λειτουργία της στις 11 Δεκεμβρίου 2000.

Η Κιβωτός φιλοξενεί 14 άτομα, Μεσσήνιοι όλοι στην καταγωγή και προσφέρει επίσης εργασία σε 14 πολίτες της Καλαμάτας. Το προσωπικό του Ξενώνα που συνθέτει την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα αποτελείται από:

- Ψυχίατρο
- Ψυχολόγο
- Κοινωνική Λειτουργό
- Νοσηλεύτριες
- Εκπαιδευτριες-Τεχνίτριες
- Βοηθητικό Προσωπικό

Στόχος του Προγράμματος είναι η ενίσχυση της προσωπικότητας κάθε ενοίκου της «Κιβωτού», μέσα σ’ ένα πλαίσιο που παρέχει ασφάλεια και φροντίδα το οποίο μπορεί να εξομοιωθεί μ’ αυτό του οικογενειακού.

3.3 ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ “ΘΑΛΠΟΣ”

Το Οικοτροφείο “Θάλλπος” ανήκει στην Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρία «ΑΘΗΝΑ» συστήθηκε για να εξυπηρετήσει τους σκοπούς της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Το Οικοτροφείο είναι Μονάδα υψηλού βαθμού προστασίας, το οποίο φιλοξενεί για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία δεκαπέντε άτομα (άνδρες και γυναίκες), με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές

διαταραχές από το Δημόσιο Ψυχιατρείο Τρίπολης. Λειτουργεί από τον Σεπτέμβριο 2007 και απασχολεί 26 ειδικευμένα άτομα όλων των ειδικοτήτων υπό την καθοδήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου-Ψυχιάτρου και της Συντονίστριας.

Στεγάζεται σε ένα μισθωμένο ακίνητο, στην περιοχή Ξεροκάμπι-Γιαννιτσάνικα. Αποτελείται από τα υπνοδωμάτια των ενοίκων, κουζίνα, τραπεζαρία, σαλόνι, χώρους εργοθεραπείας, φυσιοθεραπείας και δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου, γραφεία, υπαίθριο χώρο και αποθήκες. Είναι κατάλληλα διαρρυθμισμένο, διαμορφωμένο και διακοσμημένο με τη συμμετοχή των ίδιων των ενοίκων, ώστε να εξασφαλίζεται η άνετη διαμονή τους, η διαφύλαξη της ατομικότητας αλλά και η ευχάριστη συνύπαρξή τους με τους άλλους.

Σκοπός του Οικοτροφείου είναι να εξυπηρετηθούν οι στόχοι της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που αφορούν στον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον αποϊδρυματισμό και στην κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ενοίκων, σύμφωνα με την συνολική οργάνωση και τον σχεδιασμό του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός στο Οικοτροφείο παρέχονται στεγαστικές, θεραπευτικές, κοινωνικές και πολιτιστικές υπηρεσίες, αναπτύσσονται δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ενισχύεται η συμμετοχή σε πολιτιστικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες καθώς και σε δραστηριότητες κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Το Οικοτροφείο δεν αποτελεί απλά μία μορφή προστατευόμενης στέγασης, αλλά μία Δομή που συντελεί στην διαδικασία μετάβασης από το άσυλο στην ζωή – στην κοινότητα, όπου το κύριο βάρος δίδεται στην κοινωνικού τύπου φροντίδα και στην υποστήριξη των φιλοξενούμενων στην καθημερινή τους πορεία προς την κοινωνικής ένταξη⁵.

3.4 ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΤΑΡΤΗΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

Ταυτότητα του κέντρου

⁵ Πρόγραμμα «Ψυχαργώς» Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια»2000-2006, Οικοτροφείο “Θάλλος”, πληροφορίες από ενημερωτικό φυλλάδιο

Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ.) Μεσσηνίας είναι αυτόνομη και «ανοιχτή» Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Διοικείται από πενταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο ελέγχεται και εποπτεύεται από τον Διοικητή της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Θέση

Το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ. Μεσσηνίας βρίσκεται στο Ανατολικό Κέντρο της Καλαμάτας, στην Πύλη του Παλαιού Στρατοπέδου, μέσα σε ιδιόκτητο οικόπεδο 4.320 τμ. Το κτίριο 1.200 τμ. είναι καινούργιο, φιλόξενο και καλαίσθητο. Διαθέτει σύγχρονες εγκαταστάσεις και εξοπλισμό όπου παρέχονται υπηρεσίες ενημέρωσης, εκπαίδευσης, υποστήριξης και αποκατάστασης στα άτομα με αναπηρίες και στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Ομάδες Στόχοι

Απευθύνεται:

- Σε όλους τους Ανθρώπους με Αναπηρία
- Στις οικογένειές τους

Σε όλους τους φορείς και πολίτες της περιοχής, ως εν δυνάμει εθελοντές, προκειμένου να εξαλειφθεί σταδιακά η περιθωριοποίηση των ΑμεΑ και να υιοθετηθούν νέες στάσεις ζωής, που να διευκολύνουν την ένταξη των ανθρώπων με αναπηρία στην κοινωνία μας και να επιτύχουν την προσβασιμότητα των ΑμεΑ στην πόλη της Καλαμάτας⁶.

Σκοποί Λειτουργίας

⁶ <http://www.kekykamea-m.gr/aboutus.htm>. Ταυτότητα του κέντρου, Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2008, 19:00μμ

- Η έγκαιρη εκτίμηση και αξιολόγηση των ΑμεΑ για τον σχεδιασμό εξατομικευμένων προγραμμάτων.
- Η παροχή υπηρεσιών και η ανάπτυξη προγραμμάτων για την Κοινωνική στήριξη των ΑμεΑ καθώς και για την πληρέστερη και ισότιμη ένταξη σε διάφορα επίπεδα της καθημερινής ζωής όπως: κατάρτιση, απασχόληση, κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες , αυτόνομη διαβίωση, άθληση κοκ
- Η έγκυρη πληροφόρηση και ενημέρωση των ΑμεΑ και των οικογενειών τους σε θέματα που συνδέονται με την αναπηρία.
- Η ενημέρωση –ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σε θέματα σχετικά με την αναπηρία και η ανάπτυξη δραστηριοτήτων για την άμβλυση και σταδιακή εξάλειψη προκαταλήψεων και στερεοτύπων εις βάρος των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους καθώς και την άμβλυση και σταδιακή εξάλειψη φαινομένων κοινωνικού και οικονομικού αποκλεισμού.
- Η δικτύωση, συνεργασία και συντονισμός με τοπικές υπηρεσίες καθώς και με αντιπροσωπευτικές οργανώσεις των ιδίων των ατόμων με αναπηρίες αλλά και την ευρύτερη κοινωνία, με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση πλήρους πρόσβασης των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους σε αγαθά και υπηρεσίες που τους αφορούν.
- Η οργάνωση συστήματος παραπομπής των ΑμεΑ σε εξειδικευμένες υπηρεσίες Νοσηλείας, αποκατάστασης, ψυχοκοινωνικής στήριξης και γενικά υγειονομικής, κοινωνικής και άλλης φροντίδας σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο.
- Η προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των ΑμεΑ, η λειτουργική τους αποκατάσταση και η υποστήριξη τους για ένταξη στον κοινωνικό ιστό.
- Η ανάδειξη αναγκών και προβλημάτων που σχετίζονται με την αναπηρία καθώς και των μεθόδων που σχετίζονται με την επίλυση αυτών.
- Η ανάπτυξη νέων εναλλακτικών υπηρεσιών φροντίδας και συνεργασίας με υπηρεσίες και φορείς σε κάθε επίπεδο και τομέα με στόχο τον συντονισμό δράσης.
- Η παραγωγή συστημάτων καταγραφής και έρευνας για την γενική κατάσταση των ΑμεΑ στον τομέα της δράσης του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ. Μεσσηνίας, τις επιμέρους κατηγορίες ΑμεΑ , τις συναφείς πολιτικές και προγράμματα.

- Η ανάπτυξη προγραμμάτων και δραστηριοτήτων για την προώθηση της ισότιμης συμμετοχής των αναπήρων στην οικονομική και κοινωνική ζωή.
- Η πρόληψη αναπηριών σε επιμέρους ή σε όλους τους τομείς ανάπτυξης και εξέλιξης (κινητικό, αντιληπτό, νοητικό, κοινωνικό ψυχικό) με παρεμβατικά προγράμματα στην κοινωνία⁷.

⁷ <http://www.kekykamea-m.gr/aims.htm>, Σκοποί λειτουργίας, Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2008, 19:00μμ

4. ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΔΟΜΗ

Η δομή ενός ΚΨΥ αποτελείται από τη Επιστημονική ομάδα που συμπεριλαμβάνει το προσωπικό του Κέντρου δηλαδή τον ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτη υγείας, εργοθεραπευτή, νοσηλεύτη και το διοικητικό μέλος που λαμβάνει μέρος στη σύσκεψη που πραγματοποιείται κάθε εβδομάδα (σύμφωνα με το καταστατικό). Επίσης η δομή αποτελείται από το διοικητικό, νοσηλευτικό κ.α. προσωπικό.

4.1.1 Η Διακλαδική Ομάδα του ΚΨΥ

Το θεραπευτικό, επιστημονικό προσωπικό του ΚΨΥ συνήθως αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές, νοσηλευτές καθώς και άλλες ειδικότητες που σχετίζονται με την ειδική αγωγή (π.χ. λογοθεραπευτής, ψυχοπαιδαγωγός). Σ' ένα κέντρο Ψυχικής Υγείας επίσης απασχολούνται διοικητικοί υπάλληλοι, οι οποίες επιφορτίζονται με θέματα οργάνωσης και γραμματειακής υποστήριξης καθώς και τεχνικοί. Στην παρούσα εργασία θα εστιάσουμε κυρίως στην ανάλυση των αρμοδιοτήτων και των ρόλων του επιστημονικού προσωπικού.

Η λειτουργία της ομάδας ψυχικής υγείας (θεραπευτική ομάδα) οφείλει να συντονίζει πολλά και διαφορετικά επαγγέλματα και να δίνει μία κατεύθυνση στο σύνολο της εργασίας χωρίς άκαμπτες ιεραρχικές σχέσεις¹.

Η αρχική συνέντευξη και η λήψη του κοινωνικού ιστορικού γίνεται συνήθως από τον κοινωνικό λειτουργό και σπανιότερα από τον νοσηλεύτη. Έπειτα, αφού το ιστορικό παρουσιαστεί στην διεπιστημονική ομάδα, ανάλογα με την φύση των προβλημάτων (αμιγώς ψυχιατρικά, κοινωνικά) αποφασίζονται οι χειρισμοί καθώς και το ποιοι επαγγελματίες θα αναλάβουν το συγκεκριμένο περιστατικό. Η συνήθης διαδικασία ανάληψης και διαχείρισης ενός περιστατικού σε ένα κέντρο ψυχικής

¹ Δ. Πλουμπίδης, *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα, Θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο 1850-1920*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 1995, σελ. 123

υγείας περιγράφεται στο Σχήμα 1. Ο πελάτης κλείνει ραντεβού στην γραμματεία του ΚΨΥ για συνέντευξη με κάποιον διαθέσιμο νοσηλευτή ή κοινωνικό λειτουργό. Από την συνέντευξη αυτή συμπληρώνεται ένα μέρος του ιστορικού που αφορά κυρίως στα δημογραφικά του στοιχεία και σε πληροφορίες για την τυχόν παραπομπή του. Μετά από την πρώτη συνέντευξη ο πελάτης βλέπει με ραντεβού, ακόμα και την ίδια μέρα, κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Στην συνέντευξη αυτή λαμβάνονται στοιχεία για το ψυχιατρικό ιστορικό, την παρούσα ψυχιατρική νόσο, ενώ μπορεί να συμπληρωθεί η διάγνωση και η θεραπεία. Ο πελάτης κλείνει και νέο ραντεβού για συνέντευξη. Κατά τις τακτικές αυτές συνεδρίες το ιστορικό του πελάτη ενημερώνεται ανά επίσκεψη. Το προσωπικό πραγματοποιεί εβδομαδιαίες συναντήσεις όπου συζητούνται οι περιπτώσεις και αναζητούνται λύσεις².

Η διακλαδική ομάδα συνεργάζεται σε τρία επίπεδα:

1) στο επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης, που μπορεί να έχει τη μορφή της παρέμβασης σε κρίση, ή της παρέμβαση με ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς μέσα στο πλαίσιο της δημιουργίας της θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένεια,

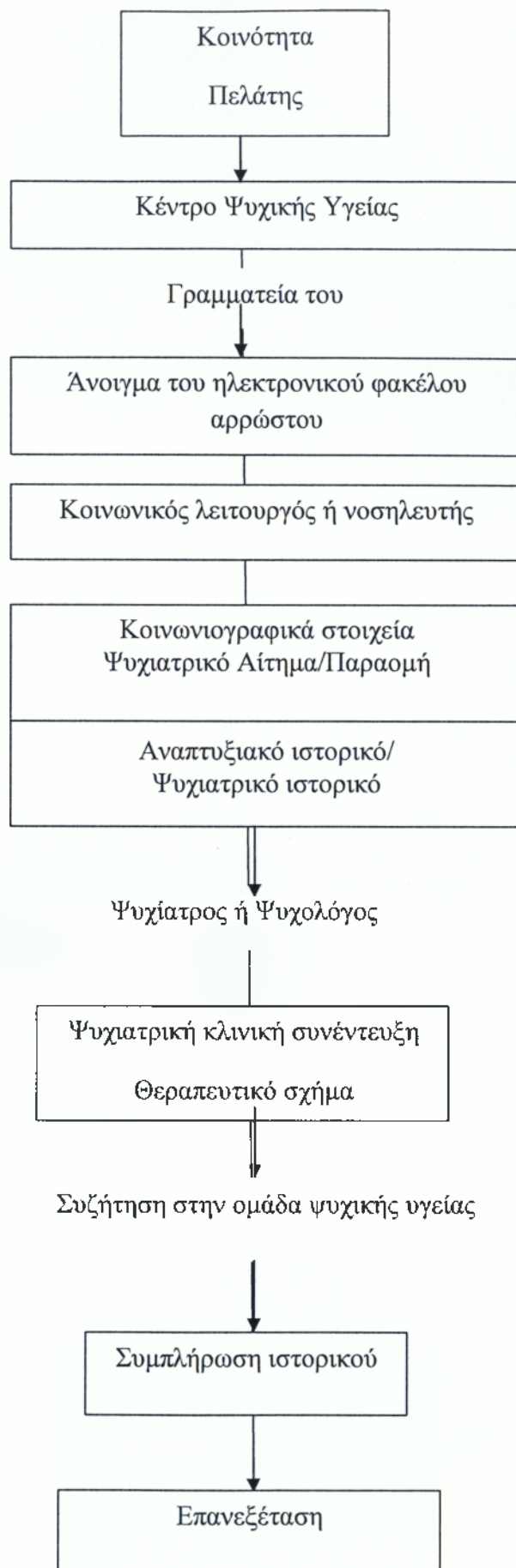
2) στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας, όπου το άτομο ακολουθεί τη θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του,

3) στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης του ατόμου.

Η συμβολή κάθε κλάδου για την αντιμετώπιση της περίπτωσης είναι ουσιαστική από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης του³.

²Μ. Μαδιανός, *Κλινική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2006, σελ. 616

³ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 39-40



Σχήμα 1. Διαδικασία λήψης και πορείας περιστατικού στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας
Πηγή: Μαδιανός, 2006, σελ 616

4.1.2 Ο Ψυχίατρος

Ο ψυχίατρος που εργάζεται στην Κοινωνική Ψυχιατρική, παρεμβαίνει κυρίως σε δύο επίπεδα: Α. Ατομική παρέμβαση, που αφορά το συγκεκριμένο, μεμονωμένο άτομο που ζητά βοήθεια και παρουσιάζει κλινικό πρόβλημα και Β. Κοινωνική παρέμβαση, στο επίπεδο της ίδιας της κοινότητας, με την έννοια ότι ο ψυχίατρος συμμετέχει στα προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης (καμπάνιες ενημέρωσης, ομιλίες σε σχολεία κτλ) με στόχο την πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας.

Η επιτυχημένη εργασία ενός κοινωνικού ψυχιάτρου εξαρτάται από την τήρηση των βασικών αρχών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, τη διαμόρφωση συγκεκριμένης ιδεολογίας, την έλλειψη «ελιτισμού», την ίδια την στάση του προς την κοινότητα και τις ικανότητές του. Θα πρέπει επίσης, να σημειωθεί το πρόβλημα της ευθυνοφοβίας, για παράδειγμα αν ένας άρρωστος αυτοκτονήσει στην κοινότητα. Η ευθυνοφοβία 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 λειτουργικών αναγκών στη λήψη μιας απόφασης, είναι το άλλο σκέλος το οποίο πρέπει να προσδιορίζει τον κοινωνικό ψυχίατρο. Η δουλειά του είναι επίπονη, πολυδιάστατη, έχει προβλήματα, αλλά τις περισσότερες φορές είναι γεμάτη από θετικές ενισχύσεις⁴.

4.1.3 Ο Ψυχολόγος

Ο ψυχολόγος σε ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι πολύ σημαντικό μέλος συνεργάζεται σε πολλές περιπτώσεις με τον ψυχίατρο. Μπορεί ένα περιστατικό που θεωρείται ψυχιατρικό να μην χρειαστεί ψυχιατρική βοήθεια αλλά ψυχολογική και το

⁴ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 40

αντίθετο. Γι' αυτό πρέπει ο ψυχολόγος να έχει την ικανότητα να διαχωρίζει τα περιστατικά και την πείρα να τα αντιμετωπίζει.

Η συμμετοχή του ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα του ΚΨΥ είναι ουσιαστική. Εργάζεται στα επίπεδα:

- 1) της διεύρυνσης των ποικίλων τύπων ψυχολογικών διεργασιών του πελάτη του κέντρου με τη χρήση π.χ. ψυχομετρικών τεστ
- 2) της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης στον ίδιο ή την οικογένειά του, και
- 3) της κοινότητας συμμετέχοντας στα προγράμματα πρόληψης, όπως η διοργάνωση Σχολών Γονέων και οι ομάδες ευαισθητοποίησης.

Η κλινική εμπειρία του ψυχολόγου συνεισφέρει στην πληρέστερη δυνατή εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του πελάτη και στον ορθολογικότερο προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής. Η συνεισφορά, τέλος, του ψυχολόγου στον τομέα της ανάληψης περιπτώσεων με εμφανές κοινωνικό-ψυχολογικό περιεχόμενο (επικείμενο διαζύγιο στο ζευγάρι), ή και όχι αναγκαστικά ψυχιατρικό, είναι μοναδική, αφού έτσι αποφεύγουμε την ψυχιατρικοποίηση του προβλήματος, η οποία σε άλλη περίπτωση μπορεί να αποπροσανατολίσει τη σωστή αντιμετώπισή του. Για τους ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και επισκέπτες υγείας που εργάζονται στην κοινότητα υπάρχουν δύο βασικά προβλήματα. Αυτό της επιδεξιότητας της επαφής και της επικάλυψης των αρμοδιοτήτων. Η λύση στο πρώτο είναι, ότι η επαφή με έναν κοινοτικό εκπρόσωπο πρέπει να χαρακτηρίζεται από ένα μήνυμα σαφές για τα όρια των δυνατοτήτων των μελών του ΚΨΥ και το πεδίο δράσης του κοινοτικού εκπροσώπου. Όσο για την επικάλυψη των αρμοδιοτήτων, κάθε εμπόδιο μπορεί να ξεπεραστεί με το ποσοτικό μοίρασμα της ευθύνης για το έργο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, και την ισότιμη συνεργασία τους όπου υπάρχει παράλληλη εργασία⁵.

Υπάρχουν δύο κλάδοι ψυχολόγων οι συμβουλευτικοί και οι κλινικοί. Όπως μας αναφέρει παρακάτω, συμβουλευτικός ψυχολόγος είναι ο επαγγελματίας που επέλεξε να ειδικευτεί στο συγκεκριμένο κλάδο και να ασχοληθεί με άτομα που

⁵ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαγωγός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 41-42

αντιμετωπίζουν προσωπικά, οικογενειακά ή εκπαιδευτικά προβλήματα μη κλινικής μορφής και έντασης. Τέτοια είναι θέματα εξελικτικών δυσκολιών (π.χ. εφηβικά προβλήματα), περιστασιακών αγχωτικών καταστάσεων. Μία λεπτή γραμμή χωρίζει τη δουλειά του συμβουλευτικού ψυχολόγου από εκείνη του κλινικού. Κατά κανόνα ο δεύτερος δέχεται πιο σοβαρά περιστατικά και συνεργάζεται με ψυχιάτρους. Οι ψυχολόγοι οι οποίοι έρχονται σε άμεση επαφή με άτομα που ζητούν τη βοήθειά τους πρέπει να κατέχουν δεξιότητες συμβουλευτικής⁶.

4.1.4 Ο Κοινωνικός Λειτουργός

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, πολιτιστικών) που παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και αποδρομή της ψυχικής αρρώστιας. Παρεμβαίνει μαζί με τον ψυχίατρο και επηρεάζει θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές ως προς το άρρωστο μέλος.

Εργάζεται με την κοινότητα για την αποτελεσματική υποστήριξη των αρρώστων χωρίς υποστηρικτικό σύστημα. Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης. Τέλος, μπορεί να αναλαμβάνει μέρος του έργου της ανίχνευσης νέων περιπτώσεων. Μέσα από ειδική εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου, ο κοινωνικός λειτουργός ασκεί το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπευτικής με άτομα ή ομάδες⁷.

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 αφού ο κοινωνικός λειτουργός γνωρίζει το πρόβλημα και τη δυσλειτουργία του ατόμου, διαμορφώνει το στόχο μέσω χρησιμων προσφερόμενων πηγών ώστε να μπορέσει να οργανωθεί το σύνολο των στοιχείων για να μπορέσει να επιτευχθεί αποτελεσματική

⁶ Σ. Γεωργίου, *Εκπαιδευοντας ψυχολόγους στη συμβουλευτική*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003, σελ. 15-18

⁷ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαγωγός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 42

δράση. Και τέλος υπάρχει η ικανότητα εκπόνησης μίας σειράς εναλλακτικών σχεδίων με τις απαραίτητες προβλέψεις για πιθανή επιτυχία⁸.

4.1.5 Ο Επισκέπτης Υγείας

Ο επισκέπτης υγείας έχει έναν πολυδιάστατο ρόλο. Μπορεί και οφείλει να ασχολείται με τους ασθενείς που εισέρχονται στο κέντρο σε θέματα διαβίωσης και κατά πόσο ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης επιδιώκει τις επαφές με τους τοπικούς φορείς και διενεργεί ενημερωτικά προγράμματα για όλο τον κόσμο.

Ο επισκέπτης υγείας είναι σημαντικό στέλεχος της διακλαδικής ομάδας και έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- ✓ Ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου από πλευράς καθαριότητας των χώρων διαμονής, καταλληλότητας από πλευράς αερισμού, φωτεινότητας.
- ✓ Ελέγχει την κατάσταση του αρρώστου από πλευράς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και των πιθανόν παρενεργειών της. Συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και την οικογένεια πάνω σε κάθε ψυχοφαρμακευτικό σχήμα και την ανταπόκριση του αρρώστου.
- ✓ Συντονίζει το προσωπικό των διαφόρων υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας τις οποίες πιθανόν να χρησιμοποιεί ο άρρωστος, π.χ. τις υπηρεσίες του προστατευμένου εργαστηρίου, του νοσοκομείου ημέρας.
- ✓ Συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές, φορείς και οργανώσεις στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης.
- ✓ Συμμετέχει στο πρόγραμμα ανίχνευσης “περιπτώσεων” από κοινού με τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχίατρο.
- ✓ Συμμετέχει στα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα του ΚΨΥ⁹.

⁸ Κ. Παπαιωάννου, *Κλινική Κοινωνική Εργασία-Κοινωνική Εργασία με Άτομα*, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998, σελ. 24

⁹ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β’ φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 42

4.1.6 Ο εργοθεραπευτής

Ο εργοθεραπευτής οργανώνει και διευθύνει την κοινωνική θεραπευτική λέσχη που κοινωνικοποιεί και ψυχαγωγεί τα μέλη της. Ο εργοθεραπευτής εργάζεται επίσης στο προστατευμένο εργαστήριο (μέσα ή έξω από το ΚΨΥ) ή στο κέντρο επαγγελματικής αποκατάστασης.

Ο εργοθεραπευτής στο ΚΨΥ είναι το μέλος της διακλαδικής ομάδας που αναλαμβάνει:

1) την άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της αρρώστιας, ή δεν είχαν αποκτήσει ποτέ.

2) τη φροντίδα για τη γενικότερη κοινωνικοποίησή τους μέσα από την ομαδική εργασία.

3) την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης.

4) το γενικότερο προγραμματισμό της κοινοτικής αποκατάστασης.

Συνεργάζεται συχνά με τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό για την ψυχιατρική και κοινωνική κατάσταση του πελάτη και με τον ψυχολόγο του επαγγελματικού προσανατολισμού για την συνεκτίμηση των λειτουργικών ικανοτήτων του πελάτη. Τέλος, ο εργοθεραπευτής είναι επιφορτισμένος με τις επαφές με πιθανούς εργοδότες και βιοτέχνες, στο πλαίσιο ανάθεσης εργασίας «κατ' αποκοπή», που θ' αποφέρει οικονομικό όφελος στον πελάτη στο πλαίσιο της προστατευμένης εργασίας¹⁰.

¹⁰ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαγωγός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 43

4.1.7 Ο νοσηλευτής

Το ουσιαστικό έργο του νοσηλευτή είναι να συνδυάσει τις γνώσεις του για την σωματική και την ψυχική υγεία. Η κοινοτική ψυχιατρική καθιστά αναγκαία την παρουσία του νοσηλευτή ως βασικού μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

Ο νοσηλευτής εργάζεται στους ακόλουθους τομείς:

- ✓ Στην κλινική φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθησή του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες. Ο ίδιος διαχειρίζεται το μικρό φαρμακείο και την «κλινική φαρμάκων μακράς δράσης» καθώς και τη διατήρηση της συμμόρφωσης του αρρώστου στην αγωγή, με την εφαρμογή τυποποιημένων τεχνικών παρέμβασης.
- ✓ Στον τομέα της γενικότερης κλινικής παρακολούθησης της κατάστασης υγείας ενός ψυχικά αρρώστου, με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και την εκπαίδευσή του σε θέματα πρόληψης υποτροπών και μείωσης του στρες.
- ✓ Στην παρέμβαση στο άτομο και την οικογένεια, όταν υπάρχει κρίση, με στόχο τη λύση της κρίσης και την τεχνική της επίλυσης προβλημάτων.
- ✓ Στην νοσηλευτική διεργασία-φροντίδα σε προγράμματα ημερήσιας φροντίδας (day care programs) που μπορεί να υπάρχουν σε ένα ΚΨΥ.

Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της εργασίας του νοσηλευτή είναι:

- α) να συμμερίζεται την κοινή ιδεολογία της ομάδας
- β) να κάνει καλή επαφή και θεραπευτική προσέγγιση
- γ) να γνωρίζει καλή κλινική ψυχοπαθολογία-νοσολογία
- δ) να μπορεί να συνεργάζεται με άλλους στον τομέα του ή στον ιατρικό τομέα¹¹.

¹¹ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαγωγός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 43-44

4.1.8 Οι σχέσεις της διακλαδικής ομάδας

Οι σχέσεις της διακλαδικής ομάδας χαρακτηρίζονται από πνεύμα συνεργασίας, ειλικρίνειας και θετικού συναγωνισμού. Οι αποφάσεις έχουν ως μοναδικό προσανατολισμό την επίλυση του πρωταρχικού προβλήματος (problem solving) μέσα στο χώρο και το χρόνο, ώστε να καλυφθεί η ανάγκη του πελάτη και της οικογένειάς του.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες τύπων σχέσεων της διακλαδικής ομάδας:

- 1) σχέσεις συμβουλευτικού τύπου
- 2) σχέσεις συνεργασίας
- 3) σχέσεις εποπτικού χαρακτήρα.

Οι σχέσεις συμβουλευτικού τύπου βασίζονται στην εξακρίβωση του αιτήματος και την εξειδίκευσή του, ώστε να εμπλέκεται ένα μέλος της ομάδας. 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) στην βελτίωση της επικοινωνίας των μελών,
- 3) στην αύξηση της προσωπικής ανάπτυξης κάθε μέλους
- 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 σύνηθες 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 στην ομάδα, με αποτέλεσμα την πρόκληση δυσλειτουργιών¹².

4.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Η οργάνωση ενός Κέντρου αναφέρεται σε πολλά επίπεδα όπως είναι οι διασυνδέσεις με άλλες υπηρεσίες, οι σχέσεις του προσωπικού μεταξύ τους. Κατά πόσο δηλαδή μπορούν να συνεργαστούν πάνω σε ένα περιστατικό που πιθανόν θα τους τύχει και η ομαδική προσπάθεια για την ικανοποίηση των ασθενών και η επαγγελματική εξουθένωση που πιθανόν να αισθανθεί κάποιος από το ιατρικό προσωπικό.

4.2.1 ΟΙ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΨΥ)

Στη χώρα μας τα ΚΨΥ υπάγονται στα Γενικά Νοσοκομεία η διασύνδεση των ΚΨΥ στη χώρα μας με το Γενικό Νοσοκομείο έχει το χαρακτήρα της υποτελείας, τα ΚΨΥ είναι παραρτήματα των Νοσοκομείων και δεν υπάρχει αυτοτελής διεύθυνσή τους, ούτε έχουν δικό τους προϋπολογισμό, εξαρτώνται πλήρως από τα Νοσοκομεία που ανήκουν.

Πρέπει να τονιστεί ότι το ΚΨΥ λειτουργεί συμπληρωματικά και όχι ανταγωνιστικά προς τις υπάρχουσες υπηρεσίες και ακόμη περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες της περιοχής¹³.

¹² Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 44

¹³ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 49

Η διοίκησή τους ασκείται σύμφωνα με τα νοσοκομειακά πρότυπα με κάθετη επικοινωνία αντί της οριζόντιας που απαιτείται. Η έλλειψη αυτοτελούς προϋπολογισμού είναι πλέον το βασικό πρόβλημα, αφού λόγω των ελλειμμάτων των νοσοκομείων τα ΚΨΥ υποχρηματοδοτούνται. Σε αντίθεση με τις ΗΠΑ, την Αγγλία, τη Γαλλία, την Ιταλία και άλλες χώρες της Ευρώπης τα ΚΨΥ είναι αυτόνομοι οργανισμοί που ελέγχονται από το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας ή από την Τοπική Αυτοδιοίκηση¹⁴.

Η ιδανική λύση, από ιδεολογικής πλευράς, είναι το ΚΨΥ να ανήκει στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, όπως το Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Με αυτό δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι το ΚΨΥ θα χάσει την ψυχιατρική λειτουργία του και θα μετατραπεί σε κοινωνική υπηρεσία, όπως ίσως συνέβη σε μερικά ΚΨΥ στις ΗΠΑ.

Η προσφορότερη λύση είναι εκείνη της διοικητικής αυτονομίας του ΚΨΥ, με παράλληλη τη συμμετοχή στην επιστημονική διοίκηση της κεντρικής μονάδας, π.χ. ψυχιατρείου ή τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου με 10-12 κρεβάτια, τα οποία διατίθενται για την κάλυψη των ενδονοσοκομειακών αναγκών των κατοίκων στον τομέα ευθύνης του ΚΨΥ. Έτσι εφαρμόζεται στην πράξη η βασική αρχή της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, δηλαδή το συνεχές της παροχής υπηρεσιών, αφού ο ίδιος ο θεραπευτής παρακολουθεί το ίδιο άτομο σε όλη την πορεία της αντιμετώπισης της ψυχοπαθολογίας του. Η διοίκηση του ΚΨΥ παραμένει αυτοτελής, αλλά η επιστημονική και θεραπευτική γενικά διάρθρωση ακολουθεί το σχήμα που έχει ήδη περιγραφεί.

Η εναλλακτική λύση είναι: «Η ενσωμάτωση του ΚΨΥ στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου, έτσι ώστε το κέντρο να αποτελεί ένα παράρτημα του νοσοκομείου με στοιχειώδη επιστημονική αυτονομία αλλά και δυνατότητα του προσωπικού να εργάζεται περιοδικά στην μία ή στην άλλη μονάδα. Η λύση αυτή, ωστόσο, διαιώνίζει την απομόνωση του ψυχιατρείου, ενώ η διαμόρφωση δύο μεγάλων μονάδων που περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό προσωπικού δημιουργεί διοικητικό υδροκεφαλισμό, δυσκαμψία στους διοικητικούς χειρισμούς και στην αντίληψη των ειδικών διοικητικών αναγκών του ΚΨΥ. Ούτε η βασική αρχή του συνεχούς της παροχής υπηρεσιών μπορεί να εκπληρώνεται, γιατί άλλο θα είναι το

¹⁴ Μ. Μαδιανός, *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχικής Υγείας*, εκδόσεις Καστανιώτη, 6^η έκδοση συμπληρωμένη, Αθήνα 2000, σελ. 67

προσωπικό του ΚΨΥ και άλλο το προσωπικό της Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο».

Βάση όσων αναφέρονται παραπάνω φαίνεται ότι μπορεί να διαμορφώνονται τρεις τύποι ΚΨΥ: 1) αυτό που έχει πρόσβαση στο ψυχιατρείο, 2) εκείνο που είναι συνδεδεμένο με την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου και 3) εκείνο που διαθέτει δικά του κρεβάτια για ολιγοήμερη νοσηλεία καθώς και τις άλλες γνωστές παράλληλες υπηρεσίες. Και οι τρεις τύποι των κέντρων είναι αστικοί, εξυπηρετούν πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο των 50.000 κατοίκων και είναι διοικητικά αυτόνομες μονάδες, συντονισμένες μέσα στο Σύστημα Υγείας¹⁵.

4.2.2 ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΚΨΥ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

❖ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΚΨΥ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η διασύνδεση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (ΥΠΠ) και του ΚΨΥ είναι ένα από τα βασικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τέσσερα είναι τα βασικά σημεία των θετικών αποτελεσμάτων: η βελτίωση της ικανότητας αναγνώρισης περιπτώσεων, η αύξηση των επιτυχημένων παραπομπών, η βελτίωση του συντονισμού του προσωπικού και η βελτίωση της ιατρικής παρακολούθησης του αρρώστου.

Από σειρά μελετών έχει διαπιστωθεί ότι ένας αριθμός από τους ακόλουθους παράγοντες ευνοούν τη θετική διασύνδεση των ΥΠΠ με τα ΚΨΥ:

- Αλληλεξάρτηση σε κοινές ανάγκες
- Ανάγκη για επιβίωση των υπηρεσιών
- Αποδοτικότητα μέσα από μοίρασμα του διαχειριστικού κόστους

¹⁵ Μ. Μαδιανός, *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχικής Υγείας*, εκδόσεις Καστανιάτη, 6^η έκδοση συμπληρωμένη, Αθήνα 2000, σελ. 68-70

- Αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση ποικίλων προβλημάτων
- Ολοκληρωμένη χρήση πόρων
- Σταθερότητα μέσα από άλλες πηγές σταθερότητας
- Η ίδια ιδεολογία

Επίσης έχουν άλλοι γενικοί παράγοντες που αναστέλλουν και τη διασύνδεση, όπως:

- Ο φόβος να χαθεί ο έλεγχος και η αυτονομία των υπηρεσιών
- Το οικονομικό κόστος της διασύνδεσης
- Η αντίληψη ότι υπάρχουν ασύμβατες αξίες και στόχοι
- Κίνητρα ανταγωνιστικότητας, επιστημονικά και οικονομικά
- Έλλειψη ευαισθησίας για τα οφέλη της διασύνδεσης
- Έλλειψη διοικητικών και κλινικών ικανοτήτων ή γνώσεων, που είναι αναγκαίες για να επιτευχθεί η διασύνδεση¹⁶.

❖ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

Η επαφή με ιατρο-κοινωνικούς φορείς και τοπική αυτοδιοίκηση θεωρείται θεμελιώδους σημασίας, δηλαδή οι προκαταρκτικές επαφές είναι πάντοτε αναγκαίες και χρήσιμες για την αποτελεσματικότητα του έργου του ΚΨΥ.

Είναι βασική προϋπόθεση καλής λειτουργίας ενός ΚΨΥ η ανάπτυξη διασυνδετικών σχέσεων με:

- Τους προνοιακούς φορείς της κοινότητας
- Την Εκκλησία της κοινότητας

¹⁶ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαγωγός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 49-50

- Τους φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που έχουν ιατροκοινωνικό χαρακτήρα (Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ΚΑΠΗ, Πρόγραμμα Σίτισης Απόρων, Στεγαστικές Δομές)
- Τις υπηρεσίες Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Τις εθελοντικές Συννοικιακές Οργανώσεις
- Τους Συλλόγους Καθηγητών Μέσης Εκπαίδευσης (ΕΛΜΕ)
- Τους συλλόγους Γονέων Τοπικών Σχολείων
- Τις εκδοτικές επιχειρήσει τοπικού τύπου

Η διασύνδεση επιτυγχάνεται με επαφές των μελών της Διακλαδικής Ομάδας του ΚΨΥ, συζητήσεις και έντυπο υλικό.

Στόχοι είναι:

- Η κατανόηση του σκοπού και του έργου του ΚΨΥ
- Η ευαισθητοποίηση των μελών των φορέων για την έγκαιρη αντίληψη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και έγκαιρη παραπομπή τους στο ΚΨΥ
- Η ενίσχυση και υποστήριξη πελατών του ΚΨΥ σε θέματα επιβίωσης
- Η υποστήριξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης¹⁷.

Το πρόβλημα στην χώρα μας, βρίσκεται αλλού και ανάγεται στον τοπικό «χρωματισμό», σε ορισμένους Δήμους, των υπηρεσιών τους ή των δραστηριοτήτων τους. Αυτό σημαίνει ότι εξυπηρετούν κάποια κομματικά συμφέροντα και έτσι πιθανόν να δημιουργηθεί ο κίνδυνος του αποκλεισμού από το δημοτικό ΚΨΥ μερίδας κομματικών αντίθετων προς τη δημιουργική αρχή δημοτών¹⁸.

❖ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΚΨΥ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΤοΨΥ)

¹⁷ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 50-51

¹⁸ Μ. Μαδιανός, *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχικής Υγείας*, εκδόσεις Καστανιώτη, 6^η έκδοση συμπληρωμένη, Αθήνα 2000, σελ. 69

Είναι επιτακτική η ανάγκη διασύνδεσης και συνεργασίας του ΚΨΥ με τις υπόλοιπες μονάδες που συγκροτούν τον ΤοΨΥ και ιδιαίτερα με:

1. Το Ψυχιατρικό και Παιδαγωγικό Τμήμα Γενικού ή Ψυχιατρικού Νοσοκομείου (όσο το τελευταίο συνεχίζει να υπάρχει)
2. Τις μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα)
3. Τα εξειδικευμένα Κέντρα και Μονάδες (Κέντρο Ημέρας, Εργαστήριο Επαγγελματικής Κατάρτισης, κλπ.)
4. Τις άλλες μονάδες ή υπηρεσίες (π.χ. Κοινωνική Λέσχη, κλπ.)¹⁹.

4.2.3 ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ-BURNOUT

Σε εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας καθώς και σε θεραπευτικές κοινότητες έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής εξουθένωσης (burnout). Πρόκειται για μια αντίδραση στρες, που αναπτύσσεται σε ένα άτομο που εργάζεται σε έναν τομέα με υψηλές απαιτήσεις. Μεταξύ των συμπτωμάτων παρουσιάζονται: μείωση της απόδοσης στην εργασία, εξουθένωση, ευαλωτότητα σε σωματικές αρρώστιες, χρήση ηρεμιστικών-οινοπνευματωδών που δρουν ως αγχολυτικά. Ως άμεση ανάγκη θεωρείται η απομάκρυνση του εργαζομένου από το χώρο που προκαλεί τα φαινόμενα εξουθένωσης. Η πρόληψη της ψυχικής εξουθένωσης επιτυγχάνεται με την κατάλληλη οργάνωση των συνθηκών εργασίας: ευελιξία στο ωράριο, παροχές εκπαιδευτικών αδειών, παροχή επιστημονικών ενισχύσεων (feedback), εναλλαγή στους χώρους εργασίας. Ο ρόλος της ομάδας είναι

¹⁹ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαγωγός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005, σελ. 51-52

επίσης σημαντικός στην υποστήριξη του μέλους που αισθάνεται την ψυχική εξουθένωση²⁰.

Ένας από τους ευρύτερα αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης διατυπώθηκε από την Christine Maslach το 1982. Είναι ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους ή πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά και την απόδοσή του και αναπτύσσει μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό του²¹.

Τρεις είναι οι κυριότεροι παράγοντες που διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση, είναι:

α) η συναισθηματική εξάντληση, που εκδηλώνεται με μία αίσθηση ψυχικής κόπωσης του επαγγελματία που δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στη δουλειά του,

β) η αποπροσωποίηση, που εκδηλώνεται με την απομάκρυνσή του από τους αρρώστους και την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων μαζί τους

γ) η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, που εκδηλώνεται με τη μείωση της απόδοσής του και την παραίτησή του από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών²².

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Αντίθετα, θεωρείται το αποτέλεσμα χρόνιου, συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου²³.

²⁰ Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», ό.π., σελ. 40

²¹ C. Maslach, *Burnout: The Cost of Caring*, Prentice Hall Inc, New Jersey, 1982

²² C. Maslach, Jackson, *Maslach Burnout Inventory*, (2nd Edition) Ca: Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1986

²³ Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, (β' έκδοση) εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1999

Η ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από τέσσερα διαδοχικά στάδια:

- Κατά το πρώτο στάδιο, του ενθουσιασμού, ο πρωτοδιορισμένος επαγγελματίας μπαίνει στο χώρο της υγείας έχοντας υψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, από τους αρρώστους που θα φροντίσει, από τους συναδέλφους και από τις συνθήκες εργασίας. Αφιερώνει ώρες και ενέργεια, και υπερεπενδύει στις σχέσεις του με τους ασθενείς. Ο μικρόκοσμος της δουλειάς γίνεται όλος ο κόσμος του, με αποτέλεσμα να προσδοκά ότι θα αντλήσει μέσα από αυτόν κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή.
- Σ' ένα δεύτερο στάδιο, αμφιβολίας και αδράνειας, ο επαγγελματίας αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ούτε στις βαθύτερες ανάγκες του. Αρχίζει να αναρωτιέται μήπως φταίει ο ίδιος και προσπαθεί να καλύψει την απογοήτευσή του δουλεύοντας σκληρότερα, επενδύοντας περισσότερο στις σχέσεις με τους αρρώστους και αυξάνοντας τις γνώσεις και δεξιότητές του μέσα από τη συμμετοχή του σε σεμινάρια και προγράμματα κατάρτισης. Με την πάροδο όμως του χρόνου, αρχίζει και αναζητά τις αιτίες της απογοήτευσης του έξω από τον εαυτό του, στο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο και από-ιδανικοποιεί. Θέματα που δεν τον απασχολούσαν στο παρελθόν αρχίζουν και προβάλλουν σημαντικά προβλήματα. Ενοχλείται που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται, εκφράζει παράπονα για το χαμηλό μισθό, το εξουθενωτικό ωράριο, την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους κ.λπ. Στη διαδικασία αποφεύγει να αναθεωρήσει τις υπερβολικά υψηλές ή παράλογες προσδοκίες του.
- Κατά το τρίτο στάδιο, της απογοήτευσης και ματαιώσης, ο επαγγελματίας αναρωτιέται αν και πόσο αξίζει να κάνει μία δουλειά που του δημιουργεί άγχος και από την οποία δεν αντλεί την ικανοποίηση που προσδοκούσε. Αποθαρρύνεται και συχνά βιώνει κατάθλιψη, καθώς πιστεύει ότι οι προσπάθειές του είναι μάταιες. Αντλαμβάνεται την πραγματικότητα ως αδιέξοδη και νοιώθει παγιδευμένος μέσα σε αυτή. Στην ουσία αυτό το στάδιο θεωρείται μεταβατικό, καθώς η απογοήτευση τον ωθεί είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους και τις προσδοκίες του και να τροποποιήσει τη

συμπεριφορά του, είτε να απομακρυνθεί από τους αρρώστους και το χώρο εργασίας που του προκαλούν έντονο στρες.

- Στο τέταρτο στάδιο, της απάθειας, ο επαγγελματίας της υγείας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών καθώς νοιώθει ανεπαρκής να ανταποκριθεί σε αυτές, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, αλλαγή ή καινοτομία στο χώρο εργασίας και διατηρεί τη θέση του για λόγους επιβίωσης²⁴.

²⁴ J. Edelwich , A. Brodsky, *Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions*, Human Sciences Press, New York 1980

5. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΨΥ) ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

5.1 Γενικά

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) Καλαμάτας στεγάζεται στο κτίριο Λαλέα όπου δωρίστηκε στο δήμο από τον κ. Λαλέα. Στη συνέχεια παραχωρήθηκε στο Νοσοκομείο Καλαμάτας για να στεγαστεί το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Το ΚΨΥ βρίσκεται πίσω από τον Ι.Ν. Αγίου Νικολάου, Περρωτού 3. Το κτίριο είναι ένα νεοκλασικό κτίριο ανακαινισμένο. Η επιλογή του κτιρίου είναι πολύ καλή διότι βρίσκεται στο κέντρο της πόλης και μπορούν να έχουν πρόσβαση όλοι οι κάτοικοι της Καλαμάτας και των γύρω περιοχών.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας άρχισε τη λειτουργία του το Μάρτιο του 2007, είναι αποκεντρωμένη μονάδα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Δ.Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου που λειτουργεί στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ανήκει διοικητικά και χρηματοδοτείται από το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, στο οποίο δεν έχει δημιουργηθεί ακόμα Ψυχιατρικό Τμήμα. Η χρηματοδότηση που γίνεται είναι ελλιπής και έχει ως αποτέλεσμα ο εξοπλισμός να καθυστερεί να ολοκληρωθεί.

Όσον αφορά το προσωπικό του Κέντρου, μέχρι στιγμής έχουν προσληφθεί και εργάζονται στο κέντρο οι εξής ειδικοί: (1) Ψυχίατρος, (3) Ψυχολόγοι, (1) Ειδικός Παιδαγωγός, (1) Επισκέπτρια Υγείας, (1) Νοσηλεύτρια, (1) Κοινωνική Λειτουργός. Διοικητικό προσωπικό δεν έχει ακόμα προσληφθεί. Ενώ τις διοικητικές αρμοδιότητες τις έχει αναλάβει προσωρινά το επιστημονικό προσωπικό. Στην γραμματειακή υποστήριξη ανά διαστήματα εκπαιδεύονται άτομα που διεκπεραιώνουν την πρακτική τους άσκηση από το τμήμα του ΤΕΙ Καλαμάτας Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας. Επίσης δεν υπάρχει επάρκεια στελέχωσης του επιστημονικού προσωπικού, με την πιο έντονη έλλειψη αυτή του παιδοψυχιάτρου. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο κτίριο έχουν ως αποδέκτες ενήλικες αλλά και παιδιά, αυτός είναι ένας επιπλέον λόγος που η επιλογή του κτιρίου είναι σωστή, λόγω της μορφής του. Το κτίριο είναι διώροφο και χωρίζεται ως εξής: στο ισόγειο είναι η υποδοχή και ο χώρος όπου μπορούν να περιμένουν οι πελάτες-ασθενείς μέχρι να εισέλθουν στο ραντεβού

τους, στον πρώτο όροφο βρίσκονται οι ειδικότητες που ασχολούνται με τα παιδιά και στον δεύτερο οι ειδικότητες που ασχολούνται με τους ενήλικες.

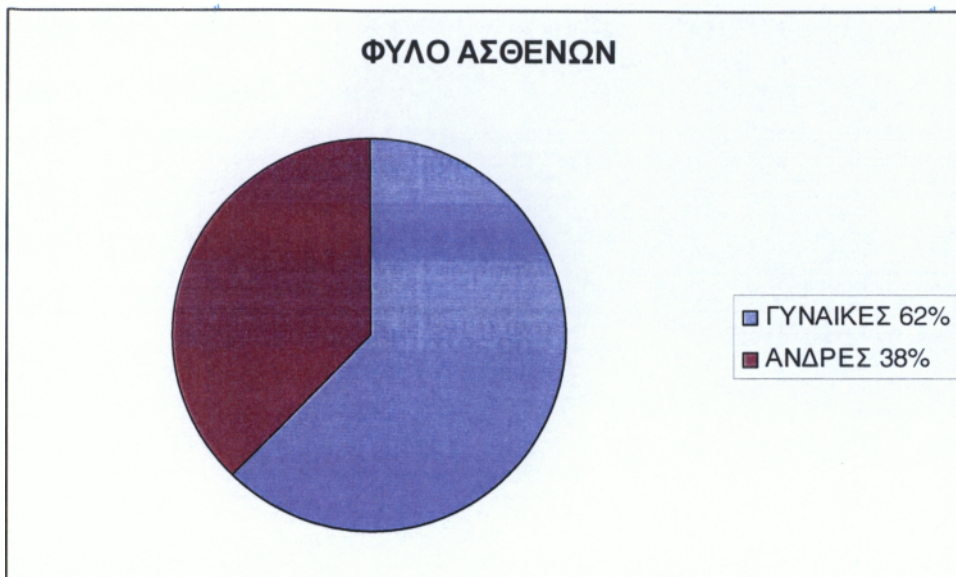
5.2 Η δομή του Κέντρου Ψυχικής υγείας Καλαμάτας

5.2.1 Ο Ψυχίατρος

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας υπεύθυνος είναι ο Ψυχίατρος του Κέντρου. Ο ίδιος ηγείται και στην Διακλαδική Ομάδα που πραγματοποιείται μία φορά την εβδομάδα στο Κέντρο. Το έργο του ψυχιάτρου είναι δύσκολο και επίπονο. Για να μπορέσει κάποιος ασθενής να έρθει σε επαφή με το γιατρό, κλείνει ένα ραντεβού τηλεφωνικό ή αυτοπροσώπως στη γραμματεία του Κέντρου και τότε μπορεί να προσέλθει στο προκαθορισμένο ραντεβού του. Στην περίπτωση που κάποιο περιστατικό είναι επείγον και θέλει άμεσα να δει ψυχίατρο τότε θα πρέπει να απευθυνθεί στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου όπου υπάρχει πάντα ψυχίατρος για την εξυπηρέτηση των ασθενών.

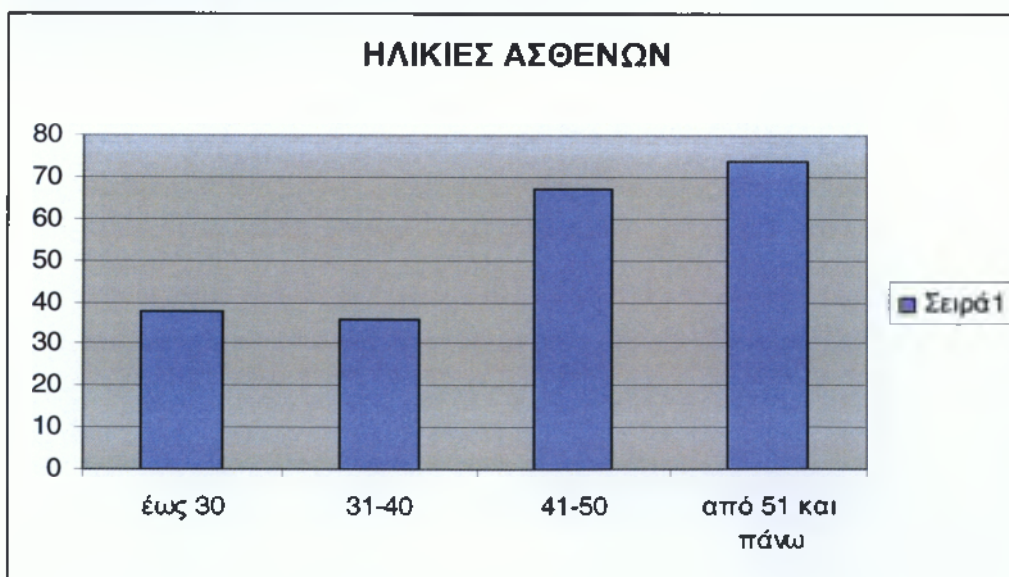
Ο ψυχίατρος είναι μία ειδικότητα που η δράση του μπορεί να επεκταθεί σε όλα τα επίπεδα της πρόληψης αλλά συνήθως επικεντρώνεται στην τριτογενή πρόληψη. Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την ψυχιατρική αξιολόγηση καθώς και την θεραπευτική παρέμβαση, δηλαδή την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την ψυχολογική υποστήριξη και την ψυχοθεραπείας του ασθενούς καθώς και της οικογένειάς του. Όλα τα άτομα που εργάζονται στο κέντρο είναι πιθανόν να έρθουν αντιμέτωποι με το αίσθημα της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), αλλά τον Ψυχίατρο είναι πιθανότερο να τον διακατέχει συχνά αυτό το αίσθημα λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας σε καθημερινή βάση.

Τα περιστατικά που δέχεται ο Ψυχίατρος ποικίλουν και σε θέμα πάθησης και σε θέμα ηλικίας (Παράρτημα Α). Στο διάγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 5.1) είναι εμφανής η μεγάλη διαφορά στα ποσοστά των γυναικών ασθενών και των ανδρών ασθενών, το 62% των ασθενών είναι γυναίκες και το 38% είναι άνδρες.



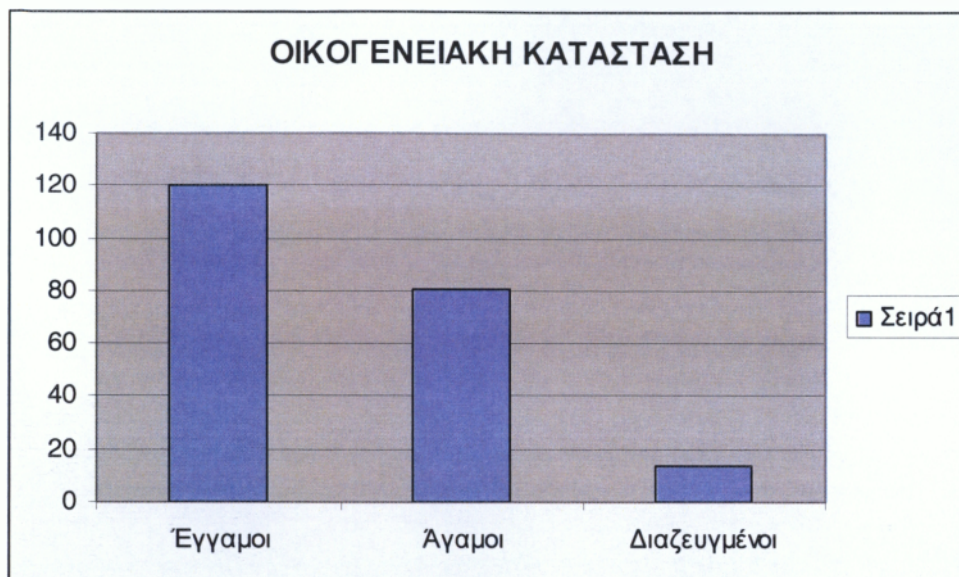
Διάγραμμα 5.1. Φύλο ασθενών που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας

Στο παρακάτω διάγραμμα 5.2 παρουσιάζονται οι ηλικίες των ασθενών που επισκέπτονται τον Ψυχίατρο. Όπως παρατηρούμε το 17,5% των ασθενών είναι έως 30 ετών, το 16,5% είναι 31-40 ετών, το 31,5% είναι 41-50 ετών και το 34,5% είναι από 51 ετών και πάνω. Παρατηρούμε ότι το 65% των ψυχιατρικών περιστατικών που επισκέπτονται το Κέντρο είναι από 41 χρονών και πάνω.

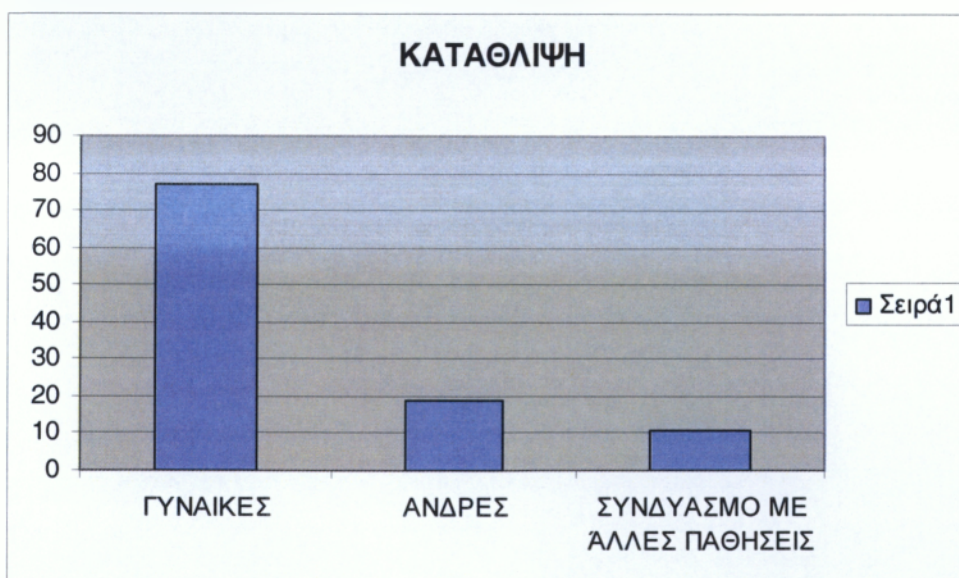


Διάγραμμα 5.2. Ηλικία ασθενών που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας

Δεδομένου ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών είναι 46 ετών, είναι αναμενόμενο ότι η πλειονότητα τους θα είναι έγγαμοι. Όντως το 61% των ανθρώπων που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας έχουν οικογένεια, ενώ ένα 32% είναι άγαμοι.



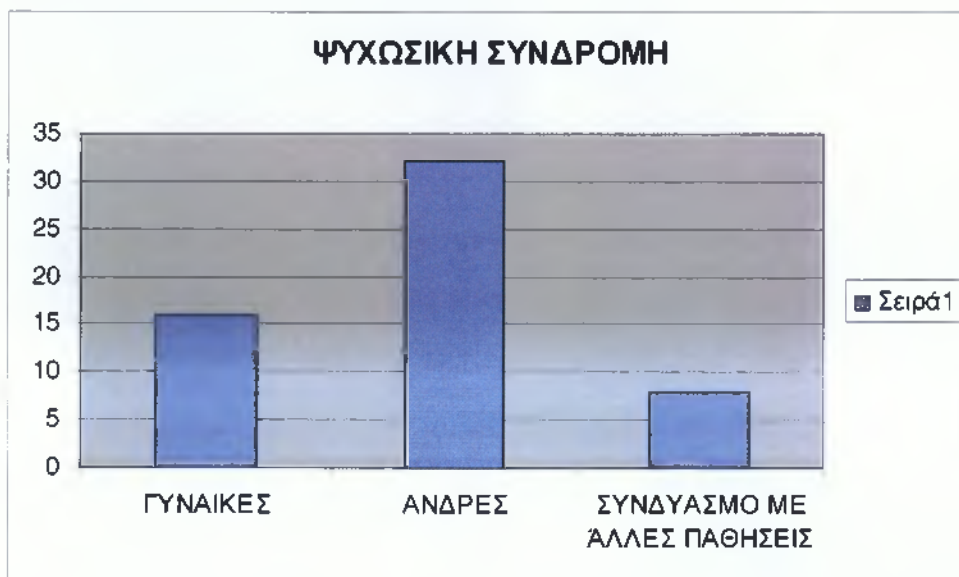
Διάγραμμα 5.3. Οικογενειακή κατάσταση των ασθενών που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του ΚΨΥ Καλαμάτας



Διάγραμμα 5.3 Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη και συνοσσηρότητα καταθλιπτικών ασθενών που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας

Παρατηρώντας το διάγραμμα 5.3 διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη είναι σχεδόν τέσσερις φορές περισσότερες (77) από τους άνδρες (19). Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη αποτελούν το 44,7% του συνόλου των ασθενών που έχουν κάνει χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του ΚΨΥ Καλαμάτας.

Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή που επηρεάζει τη διάθεση και τις σκέψεις, και συνοδεύεται συνήθως από σωματικές ενοχλήσεις. Το άτομο με κατάθλιψη βιώνει αλλαγές στις διατροφικές του συνήθειες, στον ύπνο, στον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του αλλά και τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις. Η κατάθλιψη δεν είναι φυσιολογικό συναίσθημα θλίψης που περνά γρήγορα και έχει μικρότερη ένταση. Στην κατάθλιψη το συναίσθημα αυτό έχει μεγάλη ένταση, διαρκεί περισσότερο και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του¹.



Διάγραμμα 5.4. Τα άτομα που πάσχουν από ψυχωσική συνδρομή και συνοσηρότητα ψυχωσικών ασθενών που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας

¹ Μ. Κουλουβάρη, Κ. Ευθυμίου, *Κατάθλιψη*. Στο: *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας*, (επιμ.: Ευθυμίου Κ. & Μαυροειδή Α. & Παυλάτου Ε. & Καλαντζή-Αζίζι Α.), Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006, σελ. 54-68

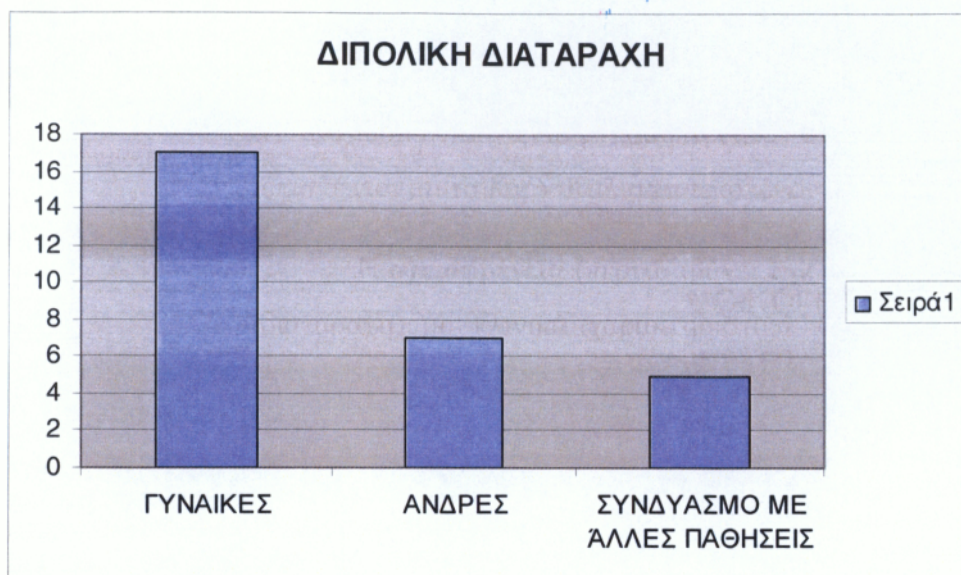
Εντύπωση μας κάνει στο παραπάνω διάγραμμα 5.4 όπου φαίνεται ότι είναι διπλάσιοι (32) οι άνδρες που πάσχουν από ψυχωσική συνδρομή από τις γυναίκες (16). Η ψυχωσική συνδρομή καλύπτει το 22,3% του συνόλου των ασθενών που επισκέπτονται το ΚΨΥ Καλαμάτας.

Η **σχιζοφρένεια** (περιλαμβάνει την ψυχωσική συνδρομή) είναι μία περίπλοκη διαταραχή, με κλινικά χαρακτηριστικά που ποικίλλουν. Η διάγνωσή της είναι ουσιαστικά «διάγνωση αποκλεισμού». Αυτό σημαίνει ότι η σχιζοφρένεια διαγιγνώσκεται αφού πρώτα απορριφθούν άλλου είδους ψυχωσικές, συναισθηματικές ή οργανικές διαταραχές. Ο λόγος είναι ότι κανένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής δεν συνδέεται ευθέως με τη διάγνωσή της και οι δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση δεν είναι αρκετά «ευαίσθητες». Η ενδεχόμενη σταδιακή επιδείνωση της νόσου, οι συχνές προοπτικές και η παρατεταμένη δυσλειτουργία των ασθενών στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα καθιστούν τη σχιζοφρένεια μία σοβαρή διαταραχή².

Τα άτομα με σχιζοφρένεια, συνήθως δεν δημιουργούν ή δεν διατηρούν σημαντικές σχέσεις και γι' αυτό πολλά άτομα με σχιζοφρένεια δεν παντρεύονται και δεν κάνουν παιδιά. Για τους άνδρες, η πιθανότητα έναρξης της διαταραχής μειώνεται με την ηλικία αλλά μπορεί να εμφανιστεί για πρώτη φορά ακόμη και μετά την ηλικία των 75 ετών. Η έναρξη διαταραχής για τις γυναίκες κυμαίνεται σε χαμηλότερα ποσοστά από ότι για τους άνδρες έως την ηλικία των 36 ετών, όπου ο κίνδυνος της έναρξης μεταβάλλεται, με μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών να εμφανίζει αυτή τη διαταραχή αργότερα στη ζωή τους από ότι το αντίστοιχο των ανδρών³.

² Χ. Τσέκου, Κ. Ευθυμίου, *Σχιζοφρένεια. Στο: Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας*, (επιμ.: Ευθυμίου Κ. & Μαυροειδή Α. & Παυλάτου Ε. & Καλαντζή-Αζίζι Α.) Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006, σελ. 40-51

³Β. Durand, *Ψυχολογία & Παθολογική Συμπεριφορά: Μια συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*, (επιμ. Μεσσήνης Λ.), Β' τόμος, 2η έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ 258-259

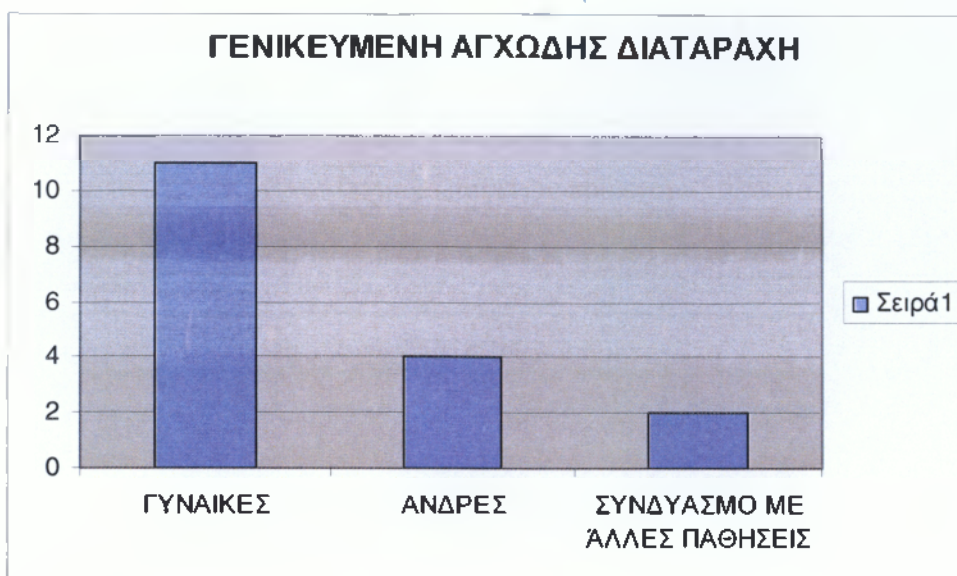


Διάγραμμα 5.5. Τα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή και συνοσσηρότητα διπολικών διαταραχών που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας

Τα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα 5.5 οι γυναίκες είναι διπλάσιες (17) από τους άνδρες (7). Σε ποσοστό 11,2% του συνόλου των ασθενών που επισκέπτονται το ΚΨΥ Καλαμάτας για την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών, πάσχουν από διπολική διαταραχή.

Το αναγνωριστικό στοιχείο των **διπολικών διαταραχών** είναι η τάση εναλλαγής των μανιακών επεισοδίων με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια και η διάθεση του ατόμου να μεταπηδά από τη συναισθηματική ευφορία στην απόγνωση. Πέρα από αυτό, οι διπολικές διαταραχές παραβάλλονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα ένα επεισόδιο μανίας μπορεί να συμβεί μία μόνο φορά ή να επαναλαμβάνεται. Μία ηπότερη αλλά περισσότερο χρόνια μορφή των διπολικών διαταραχών που ονομάζεται κυκλοθυμική διαταραχή μοιάζει σε πολλά σημεία με τη δυσθυμική διαταραχή⁴.

⁴ B. Dugand, *Ψυχολογία & Παθολογική Συμπεριφορά: Μια συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*, (επιμ. Μεσσήνης Λ.), Β' τόμος, 2η έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ 8



Διάγραμμα 5.6. Τα άτομα που πάσχουν από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και συνοσηρότητα γενικευμένων αγχώδων διαταραχών που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας

Παρατηρώντας το παραπάνω διάγραμμα 5.6 που αναφέρεται στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή διακρίνουμε ότι οι γυναίκες είναι περισσότερες (11) από τους άνδρες (4). Σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού που επισκέπτεται το ΚΨΥ Καλαμάτας είναι το 7%.

Οι αγχώδεις διαταραχές περιπλέκονται από τις προσβολές πανικού ή από άλλα χαρακτηριστικά, τα οποία αποτελούν το επίκεντρο του άγχους. Στην περίπτωση της **Γενικευμένης Αγχώδης Διαταραχής (ΓΑΔ)**, το επίκεντρο γενικεύεται σε γεγονότα της καθημερινής ζωής. Πρέπει να είναι πολύ δύσκολο να σταματήσει ή να ελέγξει κανείς την ανησυχία του. Αυτό είναι το στοιχείο που διακρίνει την παθολογική ανησυχία από την φυσιολογική, που όλοι μας βιώνουμε κάποιες φορές, όταν ετοιμαζόμαστε για ένα επερχόμενο γεγονός ή όταν αντιμετωπίζουμε μία πρόκληση. Οι περισσότεροι από εμάς ανησυχούμε για κάποιο χρονικό διάστημα, αλλά μπορούμε να αφήσουμε το πρόβλημα και να προχωρήσουμε σε κάτι καινούργιο. Ακόμα και όταν η επερχόμενη κρίση είναι μεγάλη, όταν αυτή περάσει, η ανησυχία σταματά.

Τα σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με το γενικευμένο άγχος και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή διαφέρουν κάπως με εκείνα που σχετίζονται με τις προσβολές πανικού και τις διαταραχές πανικού. Ενώ ο πανικός σχετίζεται με τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ως αποτέλεσμα ενός ορμητικού

κύματος στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, η ΓΑΔ χαρακτηρίζεται από μυϊκή ένταση, ψυχική διέγερση, κούραση, ευερεθιστικότητα και δυσκολίες στον ύπνο. Η εστίαση της προσοχής είναι δύσκολη, καθώς το μυαλό κινείται γρήγορα από κρίση σε κρίση. Για τα παιδιά, μόνο ένα σωματικό σύμπτωμα απαιτείται και μία πρόσφατη μελέτη ισχυροποιεί αυτό το κριτήριο⁵.



Διάγραμμα 5.7. Τα άτομα που πάσχουν από οργανικό ψυχοσύνδρομο και συνοσηρότητα οργανικών ψυχοσυνδρόμων που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας

Στο οργανικό ψυχοσύνδρομο οι γυναίκες είναι περισσότερες από τους άνδρες όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από το διάγραμμα 5.7. Το 3% του συνόλου των ασθενών που επισκέπτονται το ΚΨΥ Καλαμάτας πάσχουν από οργανικό ψυχοσύνδρομο.

Δεν υπάρχει ακριβής ορισμός για τον **Οργανικό Ψυχοσύνδρομο**, είναι ένας συνδυασμός ψυχοσωματικών διαταραχών. Πρόκειται για μία ομάδα ψυχικών διαταραχών των οποίων βασικό χαρακτηριστικό είναι η παρουσία συμπτωμάτων – γι' αυτό και ονομάζονται σωματόμορφες. Τα συμπτώματα αυτά ενώ δίνουν την εντύπωση ότι εκφράζουν κάποια παθολογική βλάβη, δεν έχουν οργανική βάση, ούτε

⁵ B. Durand, *Ψυχολογία & Παθολογική Συμπεριφορά: Μια συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*, (επιμ. Α. Μεσσήνης), Α' τόμος, 2η έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ 116-117

μπορούν να αποδοθούν για χρήση ουσιών ή σε κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Επιπλέον σε αντίθεση με άλλες ομάδες ψυχικών διαταραχών, τα συμπτώματα εδώ δεν παράγονται σκόπιμα ή προσποιητά από το άτομο μάλλον του προκαλούν μεγάλη δυσφορία ή επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργία του στον κοινωνικό, επαγγελματικό και τους άλλους τομείς της ζωής του.

Στις σωματόμορφες διαταραχές περιλαμβάνονται οι ακόλουθες:

- **Σωματοποιητική διαταραχή.** Χαρακτηρίζεται από πολλαπλά σωματικά συμπτώματα, όπως γαστρεντερικά, σεξουαλικά και ψευδονευρολογικά, τα οποία συνήθως αρχίζουν πριν από την ηλικία των 30 ετών, διαρκούν πολλά χρόνια και οδηγούν επανειλημμένα στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.
- **Αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή.** Χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα σωματικά ενοχλήματα, που διαρκούν τουλάχιστον έξι μήνες. Εδώ όμως δεν πληρούνται τα κριτήρια για διαταραχή σωματοποίησης ή για κάποια άλλη σωματόμορφη διαταραχή.
- **Διαταραχή μετατροπής.** Χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα συμπτώματα ή ελλείμματα που έχουν να κάνουν με κινητική ή αισθητηριακή δυσλειτουργία, γεγονός που υποδηλώνει μία νευρολογική ή άλλη γενική παθολογική κατάσταση. Θεωρείται ότι η έναρξη ή η επιδείνωση των συμπτωμάτων συνεχίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες.
- **Διαταραχή πόνου.** Βασικό χαρακτηριστικό της είναι ο πόνος σε μία ή περισσότερες περιοχές του σώματος. Και σ' αυτή την περίπτωση σημαντικό ρόλο θεωρείται ότι παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες. Ο πόνος προκαλεί μεγάλη δυσφορία και δυσλειτουργία στον κοινωνικό, επαγγελματικό και σε άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής.
- **Υποχονδρίαση.** Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η έντονη ενασχόληση του ατόμου με την ιδέα ή το φόβο ότι πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια παρερμηνεύοντας τα σωματικά συμπτώματα ως παθολογικά. Το υποχονδριακό άτομο εμμένει σε αυτή την άποψη παρά τις επανειλημμένες ιατρικές εξετάσεις και διαβεβαιώσεις. Η πεποίθησή του αυτή δεν παίρνει τη

μορφή παραληρήματος, καθώς μπορεί τελικά να δεχτεί ότι είναι πιθανό να μην πάσχει από την αρρώστια που φοβάται ότι έχει.

- **Σωματοδυσμορφική διαταραχή.** Χαρακτηρίζεται βασικά από την έντονη ενασχόληση του ατόμου με κάποιο φανταστικό ελάττωμα στην εμφάνισή του. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί και υπάρχει κάποιο μικρό σωματικό ελάττωμα, αλλά η ανησυχία του ατόμου για αυτό είναι σαφώς υπερβολική. Η σωματοδυσμορφική διαταραχή συνήθως αρχίζει στην εφηβεία, αλλά μπορεί να περάσουν χρόνια πριν διαγνωσθεί, αφού το άτομο δεν αποκαλύπτει τα συμπτώματά του. Η σωματοδυσμορφική διαταραχή, ενδέχεται να οδηγήσει σε περιορισμό των δραστηριοτήτων, κοινωνική απομόνωση, εγκατάλειψη σπουδών ή εργασίας, ακόμη και σε χειρουργικές, οδοντιατρικές ή πλαστικές επεμβάσεις.
- **Σωματόμορφη διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.** Περιλαμβάνει διαταραχές με σωματόμορφα συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη σωματόμορφη διαταραχή⁶.

5.2.2 Ο Ψυχολόγος

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας εργάζονται τρεις (3) Ψυχολόγοι, όπου αναλαμβάνουν το σύνολο των ανθρώπων που καταφεύγουν στο Κέντρο ζητώντας ψυχολογική βοήθεια. Η πρώτη επαφή του ασθενή που θέλει να επισκεφτεί Ψυχολόγο γίνεται συνήθως μέσω τηλεφώνου ή και αυτοπροσώπως. Η πρώτη επαφή του ασθενή με τον Ψυχολόγο είναι μία σύντομη συνέντευξη, intake, (Παράρτημα Β) όπου ο ειδικός θα σημειώσει τα πλήρη στοιχεία του ασθενή (ονοματεπώνυμο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τι προβλήματα είχε ή εξακολουθεί να έχει κ.α.). Το επόμενο βήμα είναι να συζητήσει ο Ψυχολόγος με την επιστημονική ομάδα τον τρόπο με τον οποίο θα χειριστεί το συγκεκριμένο περιστατικό. Μετά τηλεφωνεί στον ασθενή και προγραμματίζουν το πρώτο τους ραντεβού για να αρχίσει η παρακολούθηση και συμβουλευτική θεραπεία του.

⁶ Μ. Πενέση, *Σωματόμορφες διαταραχές*. Στο: *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας*, (επιμ.: Ευθυμίου Κ. & Μαυροειδή Α. & Παυλάτου Ε. & Καλαντζή-Αζίζι Α.) Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006, σελ. 212-214

Οι Ψυχολόγοι επεμβαίνουν σε όλα τα στάδια της πρόληψης. Στην πρωτογενή, παραχωρώντας κάποια ομιλία πάνω σε κάποια θέματα που απασχολούν την κοινωνία. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει την συμβουλευτική εργασία. Γενικά ο ψυχολόγος πρέπει να είναι προετοιμασμένος να ανταποκριθεί σε ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων, πιο οξέων αλλά και πιο ήπιων. Πιθανόν, αυτός που θα ζητήσει το βοήθεια από τον Ψυχολόγο να μην έχει εμφανίσει ακόμα κάποια ψυχική νόσο και το έργο του Ψυχολόγου είναι να μπορέσει να προλάβει ώστε το πρόβλημα του πελάτη να μην οξυνθεί και μετά απαιτείται ψυχιατρική παρέμβαση.

Η συμβουλευτική απευθύνεται σε κάποιον ατομικά, αλλά και στην περίπτωση που έχουν πρόβλημα και άλλα μέλη της οικογένειας τότε ο ψυχολόγος δρα συμβουλευτικά σε όλη την οικογένεια. Στη συμβουλευτική που παρέχει ο Ψυχολόγος μπορεί να απευθυνθούν άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σχέση τους, είτε σαν ζευγάρι είτε ατομικά.

Ο ψυχολόγος μπορεί να βοηθήσει ένα άτομο να διαχειριστεί το θυμό του ή το άγχος του μέσω πολλών τεχνικών (π.χ. ασκήσεις χαλάρωσης, ενόραση στην συναισθηματική αιτία που προκαλεί το πρόβλημα ή αλλαγής της δομής και του τρόπου της επικοινωνίας στην οικογένεια). Επίσης ένας λόγος που πιθανόν κάποιος να επισκεφτεί το Κέντρο και πιο συγκεκριμένα ένα Ψυχολόγο είναι η απώλεια ενός προσφιούς προσώπου. Το άτομο εκείνη τη χρονική περίοδο θέλει μία υποστήριξη για να μπορέσει να επεξεργαστεί την απώλεια και το πένθος. Άλλα είδη απώλειας αφορούν το διαζύγιο ή τον χωρισμό μιας χρόνιας σχέσης, την απόλυση από την εργασία και την έναρξη μιας χρόνιας ασθένειας.

Επιπλέον στο Κέντρο δημιουργήθηκαν το έτος 2007-2008 από τους Ψυχολόγους οι Ομάδες Γονέων. Σε αυτές έγιναν δύο (2) διαφορετικές ομάδες, χωρισμένες στους γονείς που έχουν παιδιά σχολικής ηλικίας (6-12) και σε αυτούς που τα παιδιά τους είναι στην εφηβεία (12-18 ετών) με θέμα "Επικοινωνία". Μέσω αυτών των Ομάδων οι Ψυχολόγοι προσπαθούν να εκπαιδεύσουν τους γονείς πώς να φέρονται στα παιδιά τους και πώς να αντιμετωπίζουν τα διάφορα προβλήματα που πιθανόν να εμφανιστούν.

5.2.3 Ο Ειδικός Παιδαγωγός

Ο Ειδικός Παιδαγωγός στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας προσφέρει τις υπηρεσίες του σε παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές, νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές δυσκολίες, προβλήματα λόγου και νευρολογικές διαταραχές. Συνεργάζεται με τις σχολικές μονάδες της περιοχής και παρέχει συμβουλευτική στις οικογένειες των μαθητών. Ο ειδικός παιδαγωγός αποτελεί κατά μία έννοια τον δάσκαλο ενός παιδιού με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Έργο του λοιπόν είναι η υποστήριξη και η εκπαίδευση ενός παιδιού το οποίο δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο τυπικό αναλυτικό πρόγραμμα⁷.

Για να έρθει κάποιος σε επαφή με τον ειδικό παιδαγωγό μιλάει τηλεφωνικώς (συνήθως), με την Κοινωνικό Λειτουργό που συνεργάζεται με το ιατροπαιδαγωγικό τμήμα, λαμβάνει τα στοιχεία (Παράρτημα Γ) και καταγράφει τις δυσκολίες των παιδιών. Μόλις η Κοινωνική Λειτουργός έχει συλλέξει όλα τα στοιχεία σχετικά με το παιδί τότε παραπέμπετε στον ειδικό παιδαγωγό όπου και κλείνεται το πρώτο ραντεβού τους ώστε να αρχίσουν τα “μαθήματα” με το παιδί που έχει τις μαθησιακές δυσκολίες.

5.2.4 Ο Κοινωνικός Λειτουργός

Ο Κοινωνικός Λειτουργός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας συνεργάζεται με το ιατροπαιδαγωγικό τμήμα. Συνομιλεί με τους γονείς των παιδιών, λαμβάνει τα στοιχεία τους και καταγράφει τις δυσκολίες των παιδιών τους. Αυτή η πρώτη επικοινωνία συνήθως είναι τηλεφωνική. Έπειτα κλείνεται ραντεβού για τη λήψη του ιστορικού του παιδιού (γέννηση, ψυχοκινητική εξέλιξη, επικοινωνία κ.α.), το οποίο διαρκεί περίπου 45 λεπτά (Παράρτημα Δ). Σε περιπτώσεις που χρειάζεται λαμβάνει και κοινωνικό ιστορικό της οικογένειας. Μετά γίνεται παραπομπή της περίπτωσης στον ειδικό παιδαγωγό μαζί με όλα τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί.

Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με τους ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα (άνεργοι, ανασφάλιστοι κ.λπ.) πληροφορεί και κατευθύνει προς τις κατάλληλες υπηρεσίες που υπάρχουν ανάλογα με τις ανάγκες

⁷ Π. Γκούβερης, Προσωπική Συνέντευξη, 19 Σεπτεμβρίου 2008

του κάθε ατόμου. Τέλος, πραγματοποιούνται κατ'οίκον επισκέψεις όπου κρίνεται απαραίτητη η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού⁸.

5.2.5 Ο Επισκέπτης Υγείας

Ο επισκέπτης υγείας έχει ως στόχο την πρόληψη. Ο επισκέπτης υγείας ελέγχει τον χώρο και τον τρόπο διαβίωσης των ασθενών μέσω των κατ'οίκον επισκέψεων. Επιπλέον παρακολουθούν τον ασθενή αν ακολουθεί τη φαρμακευτική αγωγή και πως ανταποκρίνεται σε αυτή, επίσης ο επισκέπτης υγείας χορηγούν ενέσεις μετά από υπόδειξη του Ψυχιάτρου. Διοργανώνουν ενημερωτικά προγράμματα προς όλο τον κόσμο, συνεργάζεται με τους τοπικούς φορείς για προγράμματα ενημέρωσης σε σχολεία, ΚΑΠΗ κα.

Λόγω της έλλειψης διοικητικού προσωπικού ο επισκέπτης υγείας μέχρι σήμερα, εκτός από τις κατ'οίκον επισκέψεις και τα σύμφωνα με την ειδικότητά τους καθήκοντα (παρακολούθηση φαρμακευτικής αγωγής συγκεκριμένων ψυχιατρικών ασθενών, χορήγηση ενέσεων), έχει αναλάβει τη γραμματειακή υποστήριξη, και συγκεκριμένα την υποδοχή των ασθενών και τον προγραμματισμό των ραντεβού του Ψυχιάτρου.

5.2.6 Ο Νοσηλευτής

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας είναι να χορηγεί τις ενέσεις που έχει υποδείξει ο Ψυχίατρος στους ασθενείς. Οι βασικές ενέργειές του είναι οι ίδια σχεδόν με του επισκέπτη υγείας. Επίσης συμβάλει στην γραμματειακή υποστήριξη. Λόγω των γνώσεών του στη σωματική υγεία είναι χρήσιμη η συμβολή της στον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενή, τις παρενέργειες των φαρμάκων και την

⁸ Α. Χριστοπούλου, Προσωπική Συνέντευξη, 22 Σεπτεμβρίου 2008

ανταπόκριση του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, αναλαμβάνει τη διαχείριση του φαρμακείου.

5.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας είναι ακόμα στα πρώτα στάδια της επέκτασής του αφού λειτουργεί μόνο ενάμιση (1 ½) χρόνο. Κάνει πολλές προσπάθειες για να πετύχει διασυνδέσεις με φορείς της Καλαμάτας και των γύρων περιοχών. Έχει διεξάγει ομιλίες σε ΚΑΠΗ με θέμα την ενημέρωση μεγαλύτερων ατόμων ηλικιακά για το Κέντρο, για το προσωπικό και τις υπηρεσίες που προσφέρει, την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία και άλλες παθήσεις που λόγοι της εμφάνισής τους είναι ψυχολογικοί.

Επιπλέον, στις 26 Μαΐου 2008 πραγματοποιήθηκε στο Πνευματικό Κέντρο Καλαμάτας μία ημερίδα για την ενημέρωση του κοινού για το Κέντρο, το προσωπικό και τις υπηρεσίες που προσφέρει. Στόχος της ομιλίας ήταν η ενημέρωση και η συνεργασία του Κέντρου με άλλους φορείς όπως ΚΑΠΗ, σχολεία, κα, η διαξεγωγή ομιλιών σε σχολεία πάνω στην αγωγή υγείας ενώ στα ΚΑΠΗ μπορούν να γίνουν ομιλίες σε προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους.

Το προσωπικό του Κέντρου επιδιώκει να αναπτύξει σωστές συνεργασίες με του τοπικούς φορείς. Έχει γίνει ενημέρωση και τα πρώτα στάδια της συνεργασία μεταξύ τους. Ο ειδικός παιδαγωγός συνεργάζεται με δασκάλους σε σχολεία, νηπιαγωγεία ακόμα και με παιδικούς σταθμούς γιατί σε ένα παιδί μπορούν να διαγνωστούν από αυτή την ηλικία κάποιες διαταραχές λόγου, αναπτυξιακές και νευρολογικές. Το προσωπικό του Κέντρου επίσης επιδιώκει μία άρτια συνεργασία με τη Νομαρχία.

Στόχος της ανάπτυξης συνεργασιών με τους τοπικούς φορείς είναι η ευαισθητοποίηση τους για την έγκαιρη διάγνωση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των μελών της κοινωνίας. Μέσω της ενημέρωσης μπορούν όλοι να μάθουν πως πρέπει να αντιμετωπίζουν στα άτομα με προβλήματα και να τα παροτρύνουν να επισκεφτούν το

ΚΨΥ. Επίσης η Εκκλησία της κοινότητας πρέπει να γνωρίζει την ύπαρξη του Κέντρου γιατί μπορεί να ασκήσει εξουσία στα άτομα της κοινότητας.

Τέλος, το Κέντρο πρέπει να συνεργάζεται με τα κοινά Ψυχιατρεία, για πιθανή παραπομπή κάποιου ασθενούς στο ψυχιατρείο. Μετά την έξοδο των ασθενών από το ψυχιατρείο πρέπει να παρακολουθείται η αποθεραπεία του και αν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή. Λόγω της καλής συνεργασίας του προσωπικού επιτυγχάνονται τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε με σκοπό να παρουσιαστεί η δομή και η οργάνωση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας. Η ψυχική νόσος εμφανίστηκε από τα αρχαία χρόνια, τότε δεν υπήρχε η κατάλληλη μόρφωση για τη σωστή αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Η άγνοια οδηγεί τους ανθρώπους να βγάζουν λάθος συμπεράσματα και να έχουν ένα λάθος χειρισμό απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Ως αποτέλεσμα να στιγματίζουν τα άτομα που πάσχουν και τα αποκλείουν από την ομαλή ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία.

Σκοπός της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης είναι η επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, η ομαλή ενσωμάτωσής τους δημιουργώντας ξενώνες και διαμερίσματα με αυτόνομη ή ημιαυτόνομη διαμονή. Η αποασυλοποίηση και το κλείσιμο των ψυχιατρείων είναι ένα βήμα που πραγματοποιείται σταδιακά. Τον ίδιο σκοπό έχουν οι μονάδες βάση του Προγράμματος “Ψυχαργώ” για τη δημιουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας όλες οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, υπηρεσίες όπως η συμβουλευτική, η θεραπεία και η αποκατάσταση. Οι φροντίδες που παρέχονται στα Κέντρα είναι ψυχιατρική, ψυχολογική, κοινωνική, νοσηλευτική και βοήθεια στα παιδιά που έχουν μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης, σκοπός των Κέντρων είναι η ενημέρωση των πολιτών για τη σωστή αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας προσφέρει τις παραπάνω φροντίδες και επιδιώκει την ενημέρωση των πολιτών. Αναπτύσσει συνεργασίες με τους τοπικούς φορείς, την εκκλησία και τις άλλες ψυχιατρικές δομές. Παρόλο την πρόσφατη έναρξη λειτουργίας του και τις εύλογες ελλείψεις που εμφανίζει σε αρκετούς τομείς και την υποχρηματοδότηση του παρέχει υπηρεσίες σε έναν μεγάλο αριθμό κατοίκων της Μεσσηνίας. Ο κυρίως λόγος που υπολειτουργεί το Κέντρο είναι η έλλειψη πρόσληψης διοικητικού προσωπικού όπως ελλείψεις υπάρχουν και στο επιστημονικό προσωπικό πχ απουσία εργοθεραπευτή, παιδοψυχιάτρου. Οι υπάρχουσες ελλείψεις εν μέρει καλύπτονται από το αίσθημα διεπιστημονικής

συνεργασίας που διακατέχει το προσωπικό, που είναι εξάλλου απαραίτητη προϋπόθεση για τον σωστό χειρισμό των περιστατικών.

Η άμεση πρόσληψη διοικητικού και επιστημονικού προσωπικού θα επέφεραν καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη εξυπηρέτηση των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1** Γεωργίου Σ., *Εκπαιδύοντας ψυχολόγους στη συμβουλευτική*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003
- 2** Γκούβερης Π., Προσωπική Συνέντευξη, 19 Σεπτεμβρίου 2008
- 3** Κουλουβάρη Μ., Ευθυμίου Κ., *Κατάθλιψη. Στο: Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας*, (επιμ.: Ευθυμίου Κ. & Μαυροειδή Α. & Παυλάτου Ε. & Καλαντζή-Αζίζι Α.), Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006
- 4** Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2006
- 5** Μαδιανός Μ., *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχικής Υγείας*, εκδόσεις Καστανιώτη, 6^η έκδοση συμπληρωμένη, Αθήνα 2000
- 6** Μάνου Ν., *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press, αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη 1997
- 7** Μάτσα Κ., *Βία, Στιγματισμός. Οι Συντεταγμένες της ζωής και της σχέσης των Τοξικομανών Μητέρων και των Παιδιών τους*, Τετράδια Ψυχιατρικής 82, 2003
- 8** Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' φάση», Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγείας – Πρόνοιας 2000-2006», Υπουργείο και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2005
- 9** Οικονόμου-Λαλιώτη Μ., *Ψυχική ασθένεια και στίγμα, εισήγηση στην ημερίδα Υγεία της Ψυχής Οικογένεια και Κοινωνία*, Καλαμάτα 26 Μαΐου 2008
- 10** Π.Ο.Υ., *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγείας, Ψυχικής Υγείας: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001
- 11** Π.Ο.Υ., *Σχέδια δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας, πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004

- 12** Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α., *Κοινωνική-Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005
- 13** Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*,(β' έκδοση) εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1999
- 14** Παπαιωάννου Κ., *Κλινική Κοινωνική Εργασία-Κοινωνική Εργασία με Άτομα*, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998
- 15** Πενέση Μ., *Σωματόμορφες διαταραχές. Στο: Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας*, (επιμ.: Ευθυμίου Κ. & Μαυροειδή Α. & Παυλάτου Ε. & Καλαντζή-Αζίζι Α.) Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006
- 16** Πλουμπίδης Δ., *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα, Θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο 1850-1920*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 1995
- 17** Πρόγραμμα «Ψυχαργώς» Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006, Οικοτροφείο "Θάλλπος", πληροφορίες από ενημερωτικό φυλλάδιο
- 18** Σταμουλη Σ., *Δημόσια Υγεία και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα Στο: Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Β' Τόμος, επιμ. Κ. Σολδάτος, Α. Λύκουρας, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007
- 19** Τσέκου Χ., Ευθυμίου Κ., *Σχιζοφρένεια. Στο: Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας*, (επιμ.: Ευθυμίου Κ. & Μαυροειδή Α. & Παυλάτου Ε. & Καλαντζή-Αζίζι Α.) Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006
- 20** Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π., Οικονόμου Μ.Π., *Προληπτική Ψυχιατρική*, Β' έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
- 21** Χριστοπούλου Α., Προσωπική Συνέντευξη, 22 Σεπτεμβρίου 2008

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 22** Blue A., *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 1999

23 Blum R., Blum E., *Health and Healing in Rular Greece*, Stanford University Press, Stanford 1965

24 Durand B., *Ψυχολογία & Παθολογική Συμπεριφορά: Μια συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*, (επιμ. Μεσσήνης Λ.), Β' τόμος, 2η έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999

25 Durand B., *Ψυχολογία & Παθολογική Συμπεριφορά: Μια συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*, (επιμ. Λ. Μεσσήνης), Α' τόμος, 2η έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999

26 Edelwich J., Brodsky A., *Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions*, Human Sciences Press, New York 1980

27 Maslach C., *Burnout: The Cost of Caring*, Prentice Hall Inc, New Jersey, 1982

28 Maslach C., Jackson, *Maslach Burnout Inventiry*, (2nd Edition) Ca: Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1986

ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

29 <http://www.msu.gr/article.asp?actmen=Laver1&menuID=11>, Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Κυριακή 21/8/2008, 19:00 μμ

30 <http://www.psypirosi.gr/keimena/diakiriksi.htm>, Διακήρυξη της Πανελλαδικής Συσπείρωσης για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, «Τετράδια Ψυχιατρικής», Κυριακή 21/8/2008, 19:00μμ

31 <http://homepages.pathfinder.gr/kafkafil/>, Δ. Μαγριπλής, Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ), Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2008, 19:00μμ

32 <http://homepages.pathfinder.gr/kafkafil/medical.html>, Τμήμα Φυσικής & Ιατρικής Αποκατάστασης, Δευτέρα 22 Σεπτεμβρίου 2008, 21:00μμ

33 <http://homepages.pathfinder.gr/kafkafil/hospital.html>, Νοσηλευτική Υπηρεσία, Δράση στη ζωή των περιθαλπόμενων στο ΚΑΦΚΑ, Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2008, 19:00μμ

34 <http://www.kekykamea-m.gr/aboutus.htm>, *Ταυτότητα του κέντρου*, Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2008, 19:00μμ

35 <http://www.kekykamea-m.gr/aims.htm>, *Σκοποί λειτουργίας*, Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2008, 19:00μμ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ

Παράρτημα Α	σελ. 53
Παράρτημα Β	σελ. 63
Παράρτημα Γ	σελ. 64
Παράρτημα Δ	σελ. 65

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Στατιστικά ασθενών που έκαναν χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας

Α/Α	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ
1	23	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
2	41	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
3	45	Γυναίκα	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
4	28	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
5	44	Γυναίκα	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
6	43	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
7	52	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
8	73	Άνδρας	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
9	31	Άνδρας	Άγαμος	Τοξικομανία
10	39	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
11	46	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
12	29	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
13	27	Γυναίκα	Άγαμος	Κατάθλιψη & Τοξικομανία
14	31	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
15	65	Γυναίκα	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
16	45	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Κατάθλιψη
17	39	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
18	42	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
19	45	Γυναίκα	Έγγαμος	Διπολική Διαταραχή
20	46	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
21	28	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
22	28	Άνδρας	Άγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
23	62	Άνδρας	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
24	29	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
25	24	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
26	18	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
27	48	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
28	45	Άνδρας	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση & Αλκοολισμός
29	57	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
30	28	Γυναίκα	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση
31	32	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
32	23	Άνδρας	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση & Ψυχωσική Συνδρομή
33	55	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
34	61	Άνδρας	Έγγαμος	Οργανικό Ψυχωσύνδρομο & Αλκοολισμός
35	61	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
36	51	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
37	73	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη
38	82	Γυναίκα	Χήρα	Οργανικό Ψυχωσύνδρομο
39	62	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
40	47	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη
41	35	Γυναίκα	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή & αλκοολισμός
42	27	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
43	42	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
44	42	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
45	66	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
46	60	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη

47	49	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
48	60	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
49	35	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
50	45	Γυναίκα	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
51	44	Γυναίκα	Άγαμος	Κατάθλιψη
52	43	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
53	49	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
54	58	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
55	37	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
56	60	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
57	41	Γυναίκα	Άγαμος	Κατάθλιψη
58	18	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή Νοητική Υστέρηση
59	38	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
60	20	Άνδρας	Άγαμος	Διαταραχή
61	45	Άνδρας	Διαζευγμένος	Νοητική Υστέρηση
62	62	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
63	19	Άνδρας	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση & Διαταραχή
64	78	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη
65	30	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
66	47	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
67	45	Γυναίκα	Έγγαμος	Διπολική Διαταραχή
68	35	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Κατάθλιψη
69	64	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
70	60	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
71	48	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
72	68	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
73	66	Γυναίκα	Έγγαμος	Οργανικό Ψυχοσύνδρομο
74	41	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
75	25	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή & Νοητική Υστέρηση
76	42	Γυναίκα	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
77	45	Γυναίκα	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
78	43	Γυναίκα	Άγαμος	Κατάθλιψη
79	27	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
80	56	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
81	67	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη & Διπολική Διαταραχή
82	45	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
83	25	Άνδρας	Άγαμος	Κατάθλιψη
84	12	Άνδρας	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση
85	32	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
86	73	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη & Οργανικό Ψυχοσύνδρομο
87	70	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
88	34	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
89	60	Γυναίκα	Έγγαμος	Διπολική Διαταραχή
90	41	Γυναίκα	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση
91	76	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
92	40	Άνδρας	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
93	52	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
94	42	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Κατάθλιψη
95	58	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη
96	53	Άνδρας	Διαζευγμένος	Κατάθλιψη
97	79	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
98	22	Γυναίκα	Άγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
99	28	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
100	36	Άνδρας	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή

101	31	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
102	64	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη & Αλκοολισμός
103	36	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
104	22	Άνδρας	Άγαμος	Κατάθλιψη
105	69	Γυναίκα	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
106	41	Γυναίκα	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
107	49	Άνδρας	Έγγαμος	Διαταραχή
108	57	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
109	26	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
110	46	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
111	17	Γυναίκα	Άγαμος	Κατάθλιψη
112	24	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή Κατάθλιψη & Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
113	48	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
114	46	Γυναίκα	Άγαμος	Κατάθλιψη
115	56	Άνδρας	Άγαμος	Κατάθλιψη & Νοητική Υστέρηση
116	42	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
117	42	Γυναίκα	Έγγαμος	Διαταραχή
118	40	Άνδρας	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση & Ψυχωσική Συνδρομή
119	55	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
120	23	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
121	43	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
122	18	Άνδρας	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση
123	53	Γυναίκα	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
124	35	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή & Νοητική Υστέρηση
125	48	Γυναίκα	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
126	75	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
127	38	Γυναίκα	Άγαμος	Διαταραχή
128	78	Άνδρας	Άγαμος	Κατάθλιψη
129	43	Γυναίκα	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
130	41	Γυναίκα	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση
131	35	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
132	42	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
133	33	Γυναίκα	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
134	68	Άνδρας	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
135	43	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
136	49	Άνδρας	Έγγαμος	Διπολική Διαταραχή
137	58	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
138	69	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
139	49	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
140	70	Γυναίκα	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
141	74	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
142	21	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
143	64	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
144	76	Γυναίκα	Έγγαμος	Οργανικό Ψυχοσύνδρομο
145	70	Γυναίκα	Έγγαμος	Διαταραχή
146	20	Γυναίκα	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση & Διαταραχή
147	27	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
148	18	Άνδρας	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση
149	51	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
150	49	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη
151	40	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
152	62	Άνδρας	Διαζευγμένος	Ψυχωσική Συνδρομή
153	52	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη

154	41	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
155	49	Γυναίκα	Έγγαμος	Διαταραχή
156	50	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
157	31	Γυναίκα	Άγαμος	Κατάθλιψη
158	71	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
159	61	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη
160	36	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
161	23	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
162	69	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
163	57	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη
164	41	Γυναίκα	Έγγαμος	Διαταραχή
165	41	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Ψυχωσική Συνδρομή
166	32	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
167	50	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
168	54	Γυναίκα	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
169	75	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη
170	47	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
171	37	Γυναίκα	Έγγαμος	Διπολική Διαταραχή
172	53	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη
173	48	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
174	40	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
175	82	Γυναίκα	Χήρα	Κατάθλιψη Κατάθλιψη & Γενικευμένη Αγχώδης
176	48	Γυναίκα	Έγγαμος	Διαταραχή
177	50	Άνδρας	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
178	48	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Κατάθλιψη
179	57	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
180	32	Άνδρας	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
181	47	Άνδρας	Άγαμος	Αλκοολισμός
182	75	Άνδρας	Διαζευγμένος	Κατάθλιψη
183	42	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
184	28	Άνδρας	Άγαμος	Τοξικομανία
185	42	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη & Αλκοολισμός
186	36	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
187	16	Άνδρας	Άγαμος	Νοητική Υστέρηση & Διαταραχή
188	47	Γυναίκα	Έγγαμος	Διαταραχή
189	38	Άνδρας	Άγαμος	Διαταραχή
190	29	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
191	23	Άνδρας	Άγαμος	Κατάθλιψη
192	33	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
193	79	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
194	60	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Διαταραχή
195	34	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή & Νοητική Υστέρηση
196	65	Γυναίκα	Έγγαμος	Διπολική Διαταραχή
197	72	Γυναίκα	Χήρα	Διαταραχή
198	43	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Κατάθλιψη
199	80	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη & Οργανικό Ψυχοσύνδρομο
200	52	Άνδρας	Έγγαμος	Τοξικομανία
201	40	Άνδρας	Έγγαμος	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
202	33	Άνδρας	Άγαμος	Τοξικομανία
203	43	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
204	68	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη & Διαταραχή
205	77	Γυναίκα	Χήρα	Διαταραχή
206	40	Γυναίκα	Έγγαμος	Διαταραχή

207	54	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη
208	38	Άνδρας	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή
209	58	Γυναίκα	Έγγαμος	Κατάθλιψη & Διπολική Διαταραχή
210	46	Γυναίκα	Έγγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή & Νοητική Υστέρηση
211	61	Άνδρας	Έγγαμος	Κατάθλιψη
212	65	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Κατάθλιψη
213	25	Γυναίκα	Άγαμος	Τοξικομανία
214	42	Γυναίκα	Διαζευγμένος	Ψυχωσική Συνδρομή
215	71	Γυναίκα	Άγαμος	Ψυχωσική Συνδρομή

ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΚΨΥ:

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ:

ΑΝ ΖΗΤΕΙΤΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ:	λόγος:
---	--------

ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

INTAKE

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
ΣΧΟΛΕΙΟ:..... ΤΑΞΗ:.....
ΗΛΙΚΙΑ:.....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:.....
ΑΣΦΑΛΕΙΑ:.....
ΠΟΙΟΣ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:.....
ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΠΟ:.....

ΑΙΤΗΜΑ:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΑΠΟ:.....
ΔΟΘΗΚΕ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΣΤΙΣ:.....
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ: ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ:.....
ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ:.....
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ:.....
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ:.....
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ:.....
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:.....
ΑΛΛΟΣ:.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ημερομηνία συνεδρίας:

Οικογενειακό Ιστορικό

Όνοματεπώνυμο:.....

Όνομα μητέρας:.....

Όνομα πατέρα:.....

Ημερομηνία Γέννησης:..... Ηλικία:.....

Τόπος Γέννησης:.....

Διεύθυνση Κατοικίας:.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....

Επάγγελμα Γονιών (μόρφωση / επάγγελμα):

.....

.....

Σχολείο:..... Τάξη:.....

Αδέλφια (ηλικίες):.....

.....

Ιστορικό παρούσας διαταραχής:.....

.....

.....

.....

Περιγεννητικά Στοιχεία

Αποβολές :.....

Δίδυμο παιδί:.....

Διάρκεια εγκυμοσύνης

Αιμορραγίες:.....

.....

Μολύνσεις.....

Μαιευτήριο:.....

Είδος γέννας (καισαρική):.....

Δυσκολίες κατά το τοκετό:.....

.....

.....

Θέση εμβρύου (κεφαλική προβολή):

Καρδιακοί χτύποι νεογνού (κανονικοί):.....

Έκλαψε αμέσως:.....

Παρουσίασε ίκτερο:.....

Μπήκε σε θερμοκοιτίδα:..... Χρονικό διάστημα.....

..... Με οξυγόνο:.....

Ειδική φροντίδα από γιατρό (νοσηλεία σε νοσοκομείο):.....

.....

.....

.....

.....

Βάρος:.....

Παιδίατρος:.....

Ιατρικό Ιστορικό

Αρρώστιες:.....

.....

.....

Μολύνσεις:.....

.....

Περιπλοκές από εμβολιασμό:.....

Σπασμοί από πυρετό.....

.....

.....

Αλλεργίες:.....

.....

Ατυχήματα:.....

.....

Ιατρικές εξετάσεις:.....

Παραμονή στο νοσοκομείο (ποιο, πόσο καιρό):.....

.....
.....
.....

Ακοή:.....
.....

Όραση:.....

Δόντια:.....
.....

Άλλα ιατρικά προβλήματα:.....
.....
.....
.....

Σχολικό Ιστορικό

Σχολική βαθμίδα:.....
.....

Εκπαιδευτικός φορέας:.....

Εξωσχολικές ασχολίες:.....
.....
.....

Πρότερες διαγνώσεις – επισκέψεις:.....

1. ΚΔΑΥ:.....

.....

2. Νοσοκομείο / Ιατροπαδαγωγικό.....

.....

.....

3. Ιδιωτικά Κέντρα:.....

.....

.....

.....

.....

Ψυχοκινητικό Ιστορικό

Πρώτο γέλιο:.....

Έπαιξε με τα χέρια:.....

Θηλασμός:.....Χρονικό διάστημα:.....

Δυσκολίες κατά την διακοπή:.....

Χρήση πιπίλας:.....Χρονικό διάστημα:.....

Πότε έγινε η μεταβίβαση από ρευστή σε στερεά τροφή:.....

.....

Πότε έμαθε να μασάει :.....

Επιλογή και αντιπάθεια σε φαγητά:.....

.....

Σιτίζετε μόνο του:.....

Με λίγη βοήθεια:.....

Με πολλή βοήθεια:.....

Πότε καθάρισε (πάντα) την ημέρα:

Πότε καθάρισε (πάντα) την νύχτα:.....

Δυσκολίες:.....

.....

.....

Δυσκολίες ύπνου ως νεογνό:.....

.....

Ωράριο ύπνου:.....

.....

Συνήθειες στον ύπνο (αντικείμενο προσκόλλησης / δάχτυλο στο στόμα):

.....

.....

Νυχτερινοί τρόμοι:.....

Νυχτερινές ενουρήσεις:.....

Λήψη φαρμάκων:.....

Άλλες δυσκολίες ύπνου:.....

.....

Ντόνεται και ξεντόνεται μόνο του:.....

Βάζει κάλτσες –παπούτσια μόνο του:.....

Με λίγη βοήθεια:.....

Οι πρώτες λέξεις:.....

.....

Χρήση φράσεων (2-3 λέξεις):.....

.....
Χρήση διαλόγου:.....
.....
Κατανόηση εντολών:.....
.....
Δομή λόγου (πρότασης):.....
.....
Αρθρωτικές δυσκολίες:.....
.....
.....
Τρόπος επικοινωνίας:.....
.....
.....
Βλεματική επαφή:.....
.....
Διαταραχή φωνής:.....
.....
.....
Κάθισε ελεύθερα :.....Πότε:.....
.....
Στάθηκε μόνο του:.....Πότε:.....
.....
Περπάτησε με βοήθεια:.....Πότε:.....
.....
Περπάτησε μόνο του:.....Πότε:.....
.....
Κίνηση ολοκληρωμένη:.....
.....
Ανεβαίνει / κατεβαίνει σκάλες:.....
.....
Ελέγχει τα ατυχήματα:.....
.....
Κίνηση ανασφαλής:.....
.....
Χωρίς συντονισμό και οργάνωση:.....
.....
Πέφτει πάνω σε αντικείμενα:.....

Υπερκινητικότητα:.....

Ζωγραφίζει:.....

Πιάνει αντικείμενα:.....

Άλλες δυσκολίες κίνησης:.....

.....

Τι παιχνίδια προτιμά:.....

.....

Παίζει μόνο του:.....Χρονικό διάστημα:.....

Παίζει με αδέρφια:.....

Έχει φίλους:.....Σταθερός:.....

Τόπος συναναστροφής με φίλους:.....

.....

.....

Βλέπει τηλεόραση:.....Πόσο:.....

Κοινωνικές – οικογενειακές επισκέψεις:.....

.....

Διακοπές με οικογένεια:.....

Παραμονή σε συγγενείς:.....

.....

Προσαρμόζεται εύκολα:.....

Αν όχι, γιατί:.....

.....

Αθλητικές δραστηριότητες:.....

.....

Εξωσχολικές δραστηριότητες:.....

.....

.....

Χρόνος με μητέρα:.....

Χρόνος με πατέρα:.....

Παρακολουθεί κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης-θεραπείας:.....

.....

.....

Χρονικό διάστημα:.....

Προτεινόμενες ιατρικές εξετάσεις:

- Ψυχολογική.....
- Νευρολογική.....
- Παιδιατρική.....
- Ακουολογική.....
- Λογοθεραπεία.....
- Εργοθεραπεία.....
- Φυσικοθεραπεία.....
- Κοινωνική διερεύνηση.....
- Ψυχιατρική εκτίμηση γονέα.....
- Άλλες.....

Γενικές παρατηρήσεις:.....

.....

.....

.....

