



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



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ»

Σπουδάστρια: Βενετία Λιακουνάκου

Επιβλέπων Καθηγητής: Δημήτρης Μαγριπλής

Καλαμάτα 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1		
1.1	Εννοιολογικό περιεχόμενο της ψυχικής υγείας	4
1.2	Εννοιολογικό περιεχόμενο της κοινωνικής φροντίδας	8
1.3	Είδη ψυχολογικών-ψυχικών προβλημάτων	10
1.3.1	Κατάθλιψη	10
1.3.2	Διπολική διαταραχή	13
1.3.3	Άγχος	14
1.3.3.1	Ψυχολογικοί παράγοντες του άγχους	16
1.3.3.2	Κληρονομικοί παράγοντες του άγχους	17
1.3.4	Σχιζοφρένεια	18
1.4	Αντιλήψεις και στάσεις για την τρέλα-αντιμετώπιση	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2		
2.1	Ευρωπαϊκή πολιτική	25
2.2	Ψυχιατρική μεταρρύθμιση	39
2.3	ΨΥΧΑΡΓΩΣ	41
2.3.1	Κρίσιμες διαδρομές στην πορεία υλοποίησης	47
2.4	Η ψυχική υγεία σε περιφερειακό επίπεδο	49
2.4.1	Πελοπόννησος-χάρτης μονάδων ψυχικής υγείας	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3		
3.1	Νομός Μεσσηνίας –πληθυσμιακά χαρακτηριστικά	56
3.2	Νομός Μεσσηνίας-μονάδες ψυχικής υγείας	58
3.2.1	Κέντρο ημέρας για παιδιά με αυτισμό	60
3.2.2	Κέντρο ψυχικής υγείας	62
3.3	Μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης –δομές διαμονής	64
3.3.1	Ξενώνας « η Κιβωτός»	64
3.3.2	Β΄ Οικοτροφείο «Θάλλπος»	65
3.3.3	Προστατευόμενο διαμέρισμα 1 ^ο	66
3.4	ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ	66
3.5	ΚΕΔΔΥ	69
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση η Μαζική Αποϊδρυματοποίηση Χρόνιων Ψυχωτικών που επιχειρήθηκε το 1990 και η ψυχοκοινωνική επανένταξη στους τόπους καταγωγής τους, βελτίωσαν την ποιότητα ζωής τους στις ενδιάμεσες δομές.

Γενικότερα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία έχει υιοθετήσει πλήρως την κοινοτική μεταρρύθμιση και εφαρμόζεται πλήρως στα προγράμματα αποκατάστασης, διασφαλίζει την ποιότητα στις ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Αυτή η νέα μορφή ψυχιατρικής δεν είναι απλώς η μεταφορά ενός ψυχικά ασθενή από ένα ψυχιατρείο σε ένα νέο χώρο στέγασης, γιατί σαν μεμονωμένη πράξη δε λύνει το βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς, αλλά είναι η κοινωνική τους ένταξη.

Ο κοινωνικός ρατσισμός που υφίστανται λόγω της ασθένειάς τους είναι ένα βασικό πρόβλημα που, εκτός από τους ίδιους επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό και το οικογενειακό τους περιβάλλον και σε πολλές περιπτώσεις επιδεινώνει ακόμα περισσότερο το πρόβλημα.

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να μελετήσει τις μονάδες παροχής ψυχικής και κοινωνικής φροντίδας εστιάζοντας στο νομό Μεσσηνίας και συγκεκριμένα το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», τα Κέντρα Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες, τις μονάδες Ψυχικής Υγείας, το Κέντρο Ημέρας για Παιδιά με Αυτισμό, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, τον Ξενώνα, το Β΄ Οικοτροφείο και το Προστατευόμενο Διαμέρισμα 1.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γεγονός ότι σε κάθε πολιτισμό απαντάται η έννοια της συναισθηματικής και ψυχολογικής διαφορετικότητας. Σε κάθε πολιτισμό τα όρια της φυσιολογικής συμπεριφοράς διαφέρουν, ενώ συναισθηματικές διεργασίες που θα χαρακτηρίζονταν ως ψυχική πάθηση, για κάποιους λαούς είναι παντελώς φυσιολογικές¹.

Η ερμηνεία της ψυχικής αρρώστιας και η αντιμετώπισή της μεταβάλλεται σε κάθε ιστορική εποχή. Η μεταβολή σχετίζεται με την φιλοσοφία, τη θρησκεία, το επίπεδο ανάπτυξης των επιστημών, την ιδεολογία κάθε κοινωνίας.

Στο μεσαίωνα η ψυχική αρρώστια ήταν ταυτόσημη με την αμαρτία και οι ασθενείς καίγονταν στην πυρά, ενώ κατά την περίοδο της Αναγέννησης «τα πλοία των τρελών» γέμιζαν τα ποτάμια της Ευρώπης.

Δεισιδαιμονία, προκατάληψη και βαθύ σκοτάδι χαρακτήριζε την Ψυχιατρική στις αρχές του 18^{ου} αιώνα. Επιπλέον σε αρκετές χώρες όπως στην Ελλάδα, ο ψυχικά άρρωστος αντιμετωπιζόταν στα μοναστήρια, στις εκκλησίες οι οποίες είχαν αναλάβει την φύλαξη, «θεραπεία» της «τρέλας» και της «δαιμονοκατοχής»².

Η εξέλιξη της ψυχιατρικής, η ανάπτυξη κοινωνικών κινημάτων, διάφορες μελέτες - έρευνες - εφαρμογές, συνέβαλλαν στην προσέγγιση του ψυχικά αρρώστου.

Η παγκόσμια ψυχιατρική κοινότητα έχει κάνει πολλές προσπάθειες ώστε να ορίσει τι είναι ακριβώς η ψυχική υγεία και να δώσει τα χαρακτηριστικά εκείνα που θα δήλωναν την ύπαρξη κάποιας ψυχικής ασθένειας.

Η Μ. Jahoda το 1958 στην προσπάθειά της να ορίσει τα χαρακτηριστικά της καλής ψυχικής υγείας κατέληξε στα εξής έξι κριτήρια³.

¹ Ξανθόπουλος Χ., 2005, «Ψυχική υγεία και σχιζοφρένεια». Ανακτημένο 2/10/2009 από: <http://www.pharmakeion.gr/downloads/Psixikaprovlimata.doc>

² Ζακυνθινάκη Α., «Ψυχική υγεία». Ανακτημένο 2/10/2009 από: http://www.kke.gr/ygeia_-_pronoia/psychikh_ygeia?morf=0

³ Ξανθόπουλος Χ., 2005, «Ψυχική υγεία και σχιζοφρένεια». Ανακτημένο 2/10/2009

Ισορροπία του ψυχικού δυναμικού, αυτενεργοποίηση, αντοχή στο άγχος, αυτονομία, αυτάρκεια-ικανότητα, πρόσληψη πραγματικότητας.

Η σύνδεση της υγείας με την έλλειψη της ασθένειας, τον προηγούμενο αιώνα οδήγησε στη σύνδεση της ψυχικής υγείας με την έλλειψη ψυχικής νόσου, ψυχικής διαταραχής.

Για τους νεότερους κλινικούς ερευνητές οι καταστάσεις υγείας και ψυχικής υγείας αποτελούν φαινόμενα πολύ ευρύτερα από την απλή απουσία ασθένειας και ψυχικής νόσου αντίστοιχα διότι πέρα από την καθαυτό σωματική διάσταση, ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται από το συναίσθημα, τη σκέψη και την εν γένει προσωπικότητά του.

Η υγεία είναι ο παράγοντας που μετρά τη φυσική, ψυχολογική ή ακόμα την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Το μοντέλο του υγιούς ατόμου με σωματική λειτουργικότητα, ικανότητα για δράση και συμμετοχή στο περιβάλλον που περιγράφεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1964 «είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» μας οδηγεί στη διαπίστωση ότι η έννοια της υγείας δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική αλλά και από άλλους παράγοντες γενετικούς, περιβαλλοντικούς και οικονομικούς, εργασιακούς, παράγοντες που σχετίζονται με τις θρησκευτικές αντιλήψεις και την εκπαίδευση σε θέματα υγείας⁴.

Η έννοια της υγείας παραμένει θολή και απροσδιόριστη στη συνείδηση των ανθρώπων. Πόση υγεία έχει κάθε άνθρωπος δε μετράται εύκολα και ο καθένας κρίνει την υγεία ανάλογα με τα πρότυπα που υπάρχουν στον κοινωνικό χώρο που ζει ή ανάλογα με την πληροφόρηση που έχει.

Το 1986 η Π.Ο.Υ συμπεριέλαβε μια πιο κοινωνική αντίληψη για την υγεία: «Υγεία είναι ο βαθμός στον οποίο μπορεί ένα άτομο ή μία κοινωνική ομάδα να πραγματοποιεί τις φιλοδοξίες της και να ικανοποιεί τις ανάγκες της ώστε να αλλάξει και να αντιμετωπίσει με επιτυχία το περιβάλλον⁵ .»

Σύμφωνα με τους Twaddle και Hessler το 1987 η υγεία έχει τρεις διαστάσεις⁶.

⁴ Ιωάννου Σ., 2009 «Αγωγή Υγείας».

Ανακτημένο 3/10/2009 από: www.moec.gov.cy/dde/programs/oloimero/rppt/Health_edu.ppt

⁵ Nies M. and McEwen 2001, Community Health Nursing: «Promoting The Health Of Populations» Έκδοση 2^η, σελ. 95-99

⁶ Twaddle and R. Hessler, 1987, «A Sociology of Health» 2d edition New York: Macmillan Έκδοση 2^η, σελ. 32-41

1. Βιολογική υγεία.
2. Ψυχολογική υγεία.
3. Κοινωνική υγεία.

Κοινή είναι η διαπίστωση ότι η υγεία είναι μια δύσκολη έννοια ως προς τον προσδιορισμό της η οποία διαμορφώνεται τόσο από την κουλτούρα της κοινωνίας όσο και από τις περιβαλλοντικές παραμέτρους του κάθε ατόμου.

Η ψυχική υγεία δεν είναι απλώς η έλλειψη ψυχικής νόσου και τούτο διότι η απουσία μιας αναγνωρισμένης ψυχικής νόσου δεν είναι κατ' ανάγκη και ένας δείκτης της καλής ή της κακής ψυχικής υγείας. Είναι μια έννοια που αναφέρεται σε μια ανθρώπινη κατάσταση, την συναισθηματική και ψυχολογική ευεξία. Είναι όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα επίπεδο γνωστικής και συναισθηματικής ευεξίας, απουσίας μιας ψυχικής διαταραχής. Είναι η ισορροπία μεταξύ των διαφόρων πλευρών της ζωής μας (κοινωνική, συναισθηματική, πνευματική, σωματική), που μας επηρεάζει στον τρόπο που διαχειριζόμαστε το περιβάλλον μας και κάνουμε τις επιλογές μας. Άρα είναι μέρος της όλης υγείας μας.

Οι ειδικοί της ΠΟΥ συμφωνούν ότι ψυχική υγεία και ψυχική ασθένεια δεν είναι αντιφατικά.

Ο όρος της ψυχικής ασθένειας χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, στο συναίσθημα, στη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τους άλλους. Μπορεί να αναφέρεται σε καταστάσεις διαφορετικές μεταξύ τους από την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές ή τις φοβίες μέχρι τη σχιζοφρένεια. Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου⁷.

Σύμφωνα με την ΠΟΥ δεν υπάρχει ένας επίσημος ορισμός ψυχικής υγείας αν και πολλές προσπάθειες έχουν γίνει μέχρι σήμερα από την παγκόσμια ψυχιατρική κοινότητα ώστε να ορισθεί τι είναι ακριβώς η ψυχική υγεία. Πολιτιστικές διαφορές, υποκειμενικές εκτιμήσεις, ανταγωνιστικές επαγγελματικές θεωρίες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ορίζεται η ψυχική υγεία.

⁷ Δασκαλόπουλος Θ., 2009, «Η έννοια της ψυχικής υγείας» Ανακτημένο 3/10/2009 από: http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html

Μολονότι οι επιστημονικές έρευνες επικεντρώνονται στη γονιδιακή φύση των ψυχικών ασθενειών οι επικεφαλής του Π.Ο.Υ. δηλώνουν ότι υπάρχουν αδιάσειστα επιστημονικά δεδομένα για τις κοινωνικές αιτίες των ψυχικών προβλημάτων.

Στην προσπάθειά του ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας να ορίσει την ψυχική υγεία ως βιο-ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο ο έδωσε τελευταία τον εξής ορισμό:

«...είναι μία κατάσταση ευημερίας, κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα συνηθισμένα άγχη της ζωής, μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά και είναι ικανό να προσφέρει στο κοινωνικό του περιβάλλον⁸».

Ο πιο διαδεδομένος σήμερα τρόπος να εξετάζεται η ψυχική υγεία ενός ατόμου είναι το να διερευνάται η λειτουργικότητά του, πόσο αποτελεσματικός και επιτυχής είναι σε διάφορους τομείς. Είναι σε θέση να αντεπεξέρχεται στις πιέσεις, να διατηρεί ικανοποιητικές σχέσεις, να ζει ανεξάρτητα, να νιώθει ικανός, να βγαίνει μέσα από δύσκολες καταστάσεις, να χαίρεται την καθημερινότητα. Η ψυχική υγεία έχει να κάνει επίσης με το πώς νιώθει κάποιος για τον εαυτό του, πώς νιώθει για τους άλλους και πώς αντιδρά στις απαιτήσεις της ζωής.

⁸ Fansella M. and Thornicroft G. (1999), Common mental disorders in primary care. Έκδοση 2^η, σελ. 86-101

1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η κοινωνική φροντίδα αποσκοπεί στη στήριξη ατόμων και ομάδων που για κάποιους λόγους δεν μπορούν να συμμετέχουν ισότιμα στην κοινωνική και οικονομική ζωή ώστε να μπορούν με αξιοπρέπεια και με δικές τους δυνάμεις να έχουν ισότιμη πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.

Η ασφαλής εμπειρική διαπίστωση εμφανίζει σαν γεγονός αναμφισβήτητο ότι οι άνθρωποι όλων των φυλών, όλων των εποχών και όλων των τμημάτων της γης ευθύς όταν υπερέβησαν την πρωτόγονη μορφή ενώθηκαν σε μικρότερες ή μεγαλύτερες ομάδες για κοινωνική συμβίωση. Τα γνωρίσματα των ομάδων αυτών ήταν η κοινή δράση, όμοια αντίδραση και επομένως κοινή ψυχική ενέργεια για ένα κοινό σκοπό και η διαμόρφωση μιας υπερατομικής βούλησης, της κοινωνικής συνείδησης.

Από πολύ νωρίς, οι ανθρώπινες ομάδες φρόντιζαν για τη συνοχή τους και την φροντίδα των μελών τους, μιας και μέσα από αυτή επιβίωναν.

Όλες οι κοινωνίες ανέπτυξαν τρόπους να φροντίζουν τα πιο αδύναμα μέλη τους και να καθορίζουν έτσι τι είναι σωστό και τι όχι, τι πρέπει να κάνουμε και τι όχι. Στο σύνολό τους οι θρησκείες άντλησαν τη νομιμότητά τους από την ικανότητά τους να παρέχουν κοινωνική προστασία σε όλους⁹.

Τα σύγχρονα συστήματα κοινωνικής φροντίδας εξελίχθηκαν πάνω σε παλιότερες κοινωνικές βάσεις όπως φιλανθρωπία, αλφαβητισμός για να διαβάσουν οι πιστοί τα ιερά κείμενα, προστασία γερόντων, πτωχοκομεία και μοναστήρια- νοσοκομεία, άσυλα, καθώς και από τη συνεχώς μεγαλύτερη σημασία που άρχισε να έχει για τη Δυτική Ευρώπη το άτομο με τις ανάγκες του. Σύμφωνα με το Μαξ Βέμπερ, έναν από τους ιδρυτές της κοινωνιολογίας, για τους Προτεστάντες της Δυτικής Ευρώπης ο ατομικός πλούτος ήταν σημάδι εύνοιας του θεού. Ο θεός τους νομιμοποιούσε ως ηγέτες σε μια κοινωνία γιατί τους έδινε τη χρηματική δυνατότητα ώστε να μπορούν να είναι φιλάνθρωποι.

⁹ Αντωνάκης Ν., 2006 « Κοινωνική Φροντίδα»

Ανακτημένο 15/10/2009 από: <http://www.tasp.gr/Members/antonakis/epi3c7eifrisiako-s3c7edio-palio-kai-neo-yliko-toy-dokpy/Koinwniki%20Frontida.doc>

Αντίθετα στις χώρες της νότιας Ευρώπης και της ευρύτερης ανατολής η κοινωνική προστασία εξασφαλιζόταν με την υποταγή στον ηγεμόνα. Ο ηγεμόνας έχει το δικαίωμα να προστατεύει όσους υποτάσσονται και να τιμωρεί όσους του εναντιώνονται. προστατεύει όσους υποτάσσονται και να τιμωρεί όσους του εναντιώνονται.

Όσο οι κοινωνίες εκβιομηχανίζονταν τόσο προωθούνταν η αξία της ατομικότητας, της ανάγκης να ικανοποιούνται τα συμφέροντα του ατόμου και όχι της ομάδας ή του χωριού. Σταδιακά λειτουργίες φροντίδας και προστασίας που παλαιότερα κάλυπταν το σόι, η φυλή, η κοινότητα άρχισαν να είναι ευθύνη των κεντρικών εξουσιών που σιγά-σιγά εξελίσσονταν στα σημερινά έθνη-κράτη.

Υπάρχουν πολλές διαφορές στα συστήματα κοινωνικής προστασίας των διαφόρων χωρών. Κάθε τόπος ανάλογα με την φιλοσοφία, τη θρησκεία, το επίπεδο ανάπτυξης των επιστημών, την ιδεολογία, την εξέλιξη και την εκβιομηχάνισή του διαμόρφωσε διαφοροποιημένες λύσεις πάνω στα ερωτήματα των κοινωνιών για το πώς:

- προστατεύουν τα μέλη τους
- πετυχαίνουν να μην παίρνει επικίνδυνη τροπή η κοινωνική δυσαρέσκεια και η φτώχεια για τις εξουσίες
- αξιοποιούν με το καλύτερο τρόπο το ανθρώπινο δυναμικό

1.3 ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ – ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Όταν αναφερόμαστε στην ψυχική ασθένεια, μιλάμε για μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, τη διάθεση, τη συμπεριφορά και συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας.

Η ψυχική ασθένεια δεν κάνει διακρίσεις, προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας σε όλες τις περιοχές με κάθε κόστος, ψυχικό και κοινωνικό. Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν κάποιες μορφές ψυχολογικών-ψυχικών προβλημάτων.

1.3.1.ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο όρος κατάθλιψη έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούν όσοι τη χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους γλώσσα και άλλα όταν τη χρησιμοποιούν για να περιγράψουν ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία. Οι περισσότεροι άνθρωποι - τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες - έχουν αισθανθεί θλιμμένοι για μικρές περιόδους της ζωής τους. Το να αισθάνεσαι θλιμμένος ή δυστυχισμένος είναι μια φυσιολογική αντίδραση σε εμπειρίες και γεγονότα της ζωής που είναι στενάχωρα ή στρεσογόνα, όπως για παράδειγμα, ο τσακωμός με ένα φίλο, ο χωρισμός από ένα σύντροφο, η αναστάτωση στο σχολικό χώρο ή και ακόμη πιο σοβαρές δυσκολίες, όπως η αρρώστια στην οικογένεια ή ο χωρισμός των γονέων.

Τέτοιου είδους αντιδράσεις διαρκούν μερικές ώρες κάποιες ημέρες και φεύγουν χωρίς ιδιαίτερη βοήθεια, έστω και αν ξαναγυρίζουν από καιρό σε καιρό. Όταν όμως οι αντιδράσεις ή περίοδοι της θλίψης και της δυστυχίας διαρκούν περισσότερο ή γίνονται πιο συχνές ή επηρεάζουν τη ζωή του νεαρού ατόμου (για παράδειγμα δε μπορεί να συγκεντρωθεί στο σχολείο, κλείνεται στον εαυτό του) αυτό, μπορεί να δείχνει την παρουσία ενός υποβόσκοντος καταθλιπτικού επεισοδίου ή διαταραχής που μπορεί να χρειάζεται περισσότερη προσοχή, υποστήριξη ή ακόμα και θεραπεία¹⁰.

Στην καθομιλουμένη λοιπόν, όταν λέμε ότι «σήμερα έχω κατάθλιψη», «είμαι στενοχωρημένος», «νιώθω λυπημένος», «δεν έχω κέφι», στην ουσία αναφερόμαστε σε μια

¹⁰ Βαστόνης, Π. 2009 «Τι εννοούμε με τον όρο κατάθλιψη»
Ανοικτή πύλη 15/10/2009 από http://www.childmentalhealth.gr/index.php?category_id=58

κατάσταση που σχετίζεται με τη διάθεσή μας. Η κατάθλιψη με την έννοια αυτή, είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή κατάσταση ανεξάρτητα αν κάποιοι χρησιμοποιούν τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (μικρού βαθμού, πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουν περίπου τη σημασία της. Ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριοριζόμενη. Όλοι στεναχωριούνται για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή τους επανέρχεται. Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας.

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που δε συναντάται σε άλλη νόσο-οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά από ότι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομο. Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της Κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση. Δεν είναι όμως το μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει.

Σαν αρρώστια, η Κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία.

Η κατάθλιψη είναι μια ανωμαλία του εγκεφάλου η οποία επηρεάζει το άτομο στο σύνολό του, στο πως αισθάνεται, σκέφτεται και δρα. Τα άτομα που παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας στη μετέπειτα ζωή τους. Οι ερευνητές όρισαν την ήπια κατάθλιψη ως ηπιότερη από την κλινική κατάθλιψη, αλλά με διάρκεια τουλάχιστον δύο εβδομάδων και με συμπτώματα όπως δυσθυμία, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, προβλήματα ύπνου και πτωχή συγκέντρωση.

Η κατάθλιψη, δεν εμφανίζεται σ' όλους τους ασθενείς με τα ίδια συμπτώματα. Άλλοι είναι θλιμμένοι, απελπισμένοι, απογοητευμένοι και κατακλύζονται από τύψεις και ενοχές, άλλοι μεμψιμοιρούν και γκρινιάζουν διαρκώς, άλλοι παραπονιούνται για πλήθος σωματικών ενοχλημάτων. Μερικές φορές η διαταραχή εισβάλλει με ενοχλήματα από τη σωματική, κυρίως, σφαίρα, παραπλανώντας τους μη ειδικούς ιατρούς.

Στη βαριά κατάθλιψη ο ασθενής βαδίζει αργά, σέρνοντας τα βήματά του, με τον κορμό κυρτό και το κεφάλι σκυμμένο. Το πρόσωπό του αυλακώνεται από ρυτίδες. Το βλέμμα του

είναι ικετευτικό, οι λέξεις εκφέρονται με δυσκολία, αργά, ψιθυριστά, άτονα. Οι χειρονομίες και η μιμική του προσώπου είναι περιορισμένες. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, στους οποίους κυριαρχεί το άγχος, αγωνιούν, είναι ανήσυχοι, βαδίζουν διαρκώς τρίβοντας τις παλάμες τους και κάποιες φορές τραβώντας τα μαλλιά τους ¹¹.

Ο ασθενής αισθάνεται θλιμμένος, στενοχωρημένος, άκεφος, απογοητευμένος. Ο ψυχικός αυτός πόνος είναι βαρύτερος από οποιονδήποτε άλλο σωματικό. Το άτομο συγκινείται εύκολα, αναλύεται σε λυγμούς με ασήμαντα ερεθίσματα (π.χ. μια εκπομπή στην τηλεόραση). Άλλες φορές όμως η λύπη που τον καταπλακώνει δεν μπορεί να εκφραστεί. Δραστηριότητες, ασχολίες, ενδιαφέροντα με τα οποία χαιρόταν στο παρελθόν και τα απολάμβανε τον αφήνουν αδιάφορο, τον κουράζουν, τα αποφεύγει. Τα ευχάριστα γεγονότα τα παρακάμπτει, ενώ τα δυσάρεστα τα μεγεθύνει, ένα μαύρο πέπλο εξυφαίνεται γύρω από τη σκέψη του. Όλα φαντάζουν μάταια, τίποτα δεν τον θέλγει. Παντού αναδύονται εμπόδια και δυσκολίες ανυπέρβλητες. Νιώθει κουρασμένος, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, να θυμηθεί, να σκεφτεί και ν' αποφασίσει. Διαρκώς αναβάλλει. Η παραμικρή δραστηριότητα τον κουράζει, τη διεκπεραιώνει κοπάζοντας υπερβολικά ¹².

Όλα «φαίνονται βουνό». Παραμελεί την εμφάνισή του, αδιαφορεί για τη δουλειά του, απομακρύνεται από γνωστούς και φίλους και αποσύρεται στο κελυφός του. Δυσκολεύεται να κοιμηθεί, άλλοτε ο ύπνος είναι διακεκομμένος και ταραάζεται από εφιαλτικά όνειρα ή άλλες φορές ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί, νιώθοντας υπερβολικά κουρασμένος. Περιγράφει την κατάστασή του λέγοντας «αισθάνομαι σα να έσκαβα όλο το βράδυ». Η όρεξή του έχει μειωθεί, χάνει βάρος. Κάποιες όμως φορές, ιδιαίτερα στις γυναίκες, η όρεξη αυξάνει. Η επιθυμία για σεξουαλική επαφή είναι ανύπαρκτη. Ακαθόριστοι πόνοι κατασκηνώνουν στο σώμα του. Ένα υπερβολικό αίσθημα για επικείμενους κινδύνους δεν τον αφήνει να ησυχάσει. Ταχυκαρδίες, επιδρώσεις, κεφαλαλγίες και άλλα συμπτώματα συνοδεύουν την αγωνία που τον διαπερνά. Στην σκέψη του λιμνάζουν διαρκώς οι ίδιες μελαγχολικές ιδέες, που τις αναμασά και μονότονα τις εξωτερικεύει.

Ανακαλώντας ασήμαντα γεγονότα και σφάλματα του παρελθόντος νιώθει ενοχές και διακατέχεται από τύψεις, αισθάνεται άχρηστος, ανίκανος, ανάξιος και αποτυχημένος. Υποτιμά τον εαυτό του, τον επικρίνει. Παγιδευμένος και εγκλωβισμένος, αβοήθητος, καταστρώνει σχέδια και απεργάζεται την αυτοκαταστροφή του. Τα 2/3 των ασθενών

¹¹ Bowlby, J. 1973 New York « Attachment and loss » Έκδοση 2^η 1999, σελ. 31-38

¹² Bowlby, J. 1973 New York « Attachment and loss » Έκδοση 2^η 1999, σελ. 66-79

καταλαμβάνονται από ιδέες αυτοκαταστροφής και το 10-15% προβαίνει σε απόπειρες που τελεσφορούν.

Κάποιες φορές το σύμπτωμα «κατάθλιψη» απουσιάζει από την κλινική εικόνα και η καταθλιπτική διάθεση καλύπτεται πίσω από μια μάσκα ευφορίας. Άλλοτε η καταθλιπτική διάθεση δεν είναι προφανής αλλά αποτυπώνεται στη συμπεριφορά του ατόμου, με παρορμητικές ενέργειες και χρήση απαγορευμένων ουσιών.

Η κατάθλιψη δεν εμφανίζεται με τα ίδια συμπτώματα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Στα νήπια, ιδιαίτερα όταν έχει προηγηθεί αποχωρισμός από την μητέρα, εκδηλώνεται με καθυστέρηση στη σωματική, τη νοητική και τη συναισθηματική ανάπτυξη.

Στα μικρά παιδιά, επίσης με διαταραχές του ύπνου, ενούρηση ή εγκόπριση, έντονο κλάμα ή υπερβολική ενασχόληση με τα γεννητικά όργανα.

Στα παιδιά σχολικής ηλικίας με ενούρηση, ονυχοφαγία, ανυπακοή και σχολική φοβία. Στους εφήβους εμφανίζεται ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αντικοινωνική συμπεριφορά και χαμηλή επίδοση στο σχολείο.

1.3.2 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η Διπολική Διαταραχή ή μανιο-κατάθλιψη παρουσιάζεται με έντονες εναλλαγές της συναισθηματικής διάθεσης, της σκέψης, της ενεργητικότητας, της αυτοπεποίθησης της σεξουαλικότητας και γενικότερα της συμπεριφοράς του ατόμου. Μπορεί να έχει μορφή αλληπάλληλων κύκλων χωρίς να παρατηρούνται μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης μεταξύ δύο φάσεων ή να επαναλαμβάνονται χρονικά με ενδιάμεσες φυσιολογικές φάσεις.

Ειδικότερα η φάση της μανίας χαρακτηρίζεται από υψηλή ενεργητικότητα, παρορμητική συμπεριφορά, γρήγορη σκέψη και λόγο, μειωμένη κριτική ικανότητα και αίσθηση κατοχής ιδιαίτερων ικανοτήτων και ταλέντων όπου το άτομο δεν αντιλαμβάνεται την διαφορά από μια φυσιολογική φάση μετατρέπόμενη σε μελαγχολία και απελπισία, απώλεια ενέργειας, κόπωση, αίσθηση "επιβράδυνσης", αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, απώλεια ικανοποίησης από τη συμμετοχή του ατόμου σε προηγούμενες δραστηριότητες που του ήταν ευχάριστες, και συχνά σκέψεις αυτοκτονίας.

Η διπολική διαταραχή μπορεί να παραπλανήσει ότι είναι ένα πρόβλημα άλλου τύπου και

όχι ψυχική ασθένεια. Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί, επειδή το άτομο παρουσιάζει την τάση να εμπλέκεται με πάθος σε στοιχήματα και τυχερά παιχνίδια ή να κάνει χρήση ουσιών, να φανερώνει μειωμένη επαγγελματική δραστηριότητα και προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις. Στην πραγματικότητα όμως προβλήματα όπως τα παραπάνω μπορεί να είναι οίονοι μιας υποφέρουσας διαταραχής της διάθεσης.

1.3.3 ΑΓΧΟΣ

Όλοι οι άνθρωποι λένε ότι νιώθουν λένε πολλές φορές ότι νιώθουν άγχος, stress, πίεση, ένταση κ.λ.π., και πολύ συχνά φορτώνουν στο άγχος τους τις καθημερινές δυσκολίες που μπορεί να συναντήσουν στην δουλειά τους ή στο σπίτι τους.

Τι είναι όμως άγχος και ποιο κοινό θέμα βρίσκεται πίσω από τους απειράριθμους όρους που χρησιμοποιεί ο καθένας για να περιγράψει αυτή την πανανθρώπινη εμπειρία;

Το άγχος επιστημονικά αναφέρεται σε ένα είδος δυσάρεστης συγκίνησης. Άλλα είδη δυσάρεστων συγκινήσεων είναι π.χ. η θλίψη ή ο θυμός, αλλά το άγχος διακρίνεται από αυτά από το γεγονός ότι συνδέεται πάντοτε με έναν επαπειλούμενο κίνδυνο¹³. Όταν αισθανθούν ότι κάποια πτυχή της ύπαρξής τους κινδυνεύει, νιώθουν φυσιολογικά άγχος. Ένας άνθρωπος που βρίσκεται αντιμέτωπος με έναν ληστή είναι φανερό ότι θα νιώσει άγχος διότι κινδυνεύει η ίδια του η ζωή. Ο φοιτητής που έχει άγχος πριν από τις πανελλαδικές εξετάσεις νιώθει ότι κινδυνεύει διότι μια πιθανή αποτυχία μπορεί κατά την γνώμη του να έχει σοβαρές συνέπειες στην μελλοντική του καριέρα αλλά και στην προσωπική του υπόληψη. Άλλες φορές βεβαίως ο κίνδυνος δεν είναι τόσο εμφανής ή είναι φανερά υπερβολικός πάντα όμως το θέμα του «κινδύνου» όπως τον βιώνει το κάθε άτομο προκαλεί άγχος.

Όταν τα άτομα γνωρίζουν την πηγή προέλευσης του άγχους, τότε αυτό ονομάζεται φοβία. Μπορεί έτσι να έχουν φοβία για κάποιο ζώο, για το ύψος, για τους κλειστούς χώρους. Στις περιπτώσεις αυτές το άγχος συνδέεται με την παρουσία του «φοβογόνου» αντικειμένου, έχουν π.χ. άγχος όταν βρεθούν στην δύσκολη κατάσταση, αλλά με την απομάκρυνσή τους από αυτήν δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα.

Πολλές φορές δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί η αιτία του άγχους, τουλάχιστον με τον τρόπο που είναι εμφανής στις φοβίες. Οι άνθρωποι που παρουσιάζουν άγχος αυτής της

¹³ Yule W. 2000 «Developmental psychology through infancy». Έκδοση 1^η, σελ. 215-224

μορφής φαίνεται να ανησυχούν για τα πάντα και να μην μπορούν να ελέγξουν την ανησυχία τους αυτή. Αυτός ο τύπος άγχους που φαινομενικά δε συνδέεται με μια συγκεκριμένη κατάσταση ονομάζεται γενικευμένο άγχος. Τις περισσότερες φορές το άγχος είναι ήπιο και εισβάλλει σταδιακά χωρίς να φτάνει σε μεγάλες εντάσεις. Ορισμένες όμως φορές παρατηρούνται απότομες εισβολές σοβαρού και έντονου άγχους που τότε το ονομάζουμε πανικό. Ο πανικός μπορεί να έρχεται εντελώς ξαφνικά και απροειδοποίητα ή να συνδέεται με τις άλλες μορφές άγχους και ιδιαίτερα τις φοβίες.

Η σχετικά μικρή έρευνα πάνω στους γενετικούς παράγοντες και τα αντιφατικά τους αποτελέσματα, οδήγησαν τους ερευνητές να προτείνουν ως πιθανή αιτία της διαφορετικής αναλογίας με την οποία εμφανίζονται άνδρες και γυναίκες στο άγχος, κοινωνικούς ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα ο διαφορετικός ρόλος της γυναίκας εξαιτίας του διαφορετικού της φύλου ή γένους. Οι γυναίκες έχουν παροτρυνθεί να παρουσιάζονται ως ελκυστικές, ευαίσθητες σε άλλα άτομα, και παθητικές στις σχέσεις τους.

Επίσης, η έμφαση στην εξωτερική τους εμφάνιση την οποία ο κοινωνικός τους ρόλος επιτάσσει, οδηγεί τις περισσότερες γυναίκες να επενδύουν λιγότερο στην εκπαίδευση ή και την καριέρα.

Αυτή η υποτακτικότητα στους άνδρες έχει τις ρίζες της σε μια πατριαρχική κοινωνία που, σε ορισμένες περιπτώσεις επιβάλλει σκληρή πειθαρχία στις γυναίκες, όσον αφορά τους κανόνες της ανατροφής τους. Το παραπάνω πρόβλημα συνδεδεμένο με την έλλειψη επαγγελματικών ευκαιριών, τη σεξουαλική διαφοροποίηση στην αγορά εργασίας- μεγάλες επιχειρήσεις αποφεύγουν να προσλάβουν γυναίκες που έχουν μπροστά τους την προοπτική τεκνοποίησης, ώστε να γλιτώσουν τις «χαμένες εργατοώρες»-τα χαμηλά εισοδήματα και τις λιγότερες δυνατότητες εκπαίδευσης με επακόλουθα την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την έλλειψη ελέγχου πάνω στη ζωή τους και επομένως μεγαλύτερη προδιάθεση στην κατάθλιψη.

Οι γυναίκες που ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του κοινωνικού τους ρόλου έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να βιώσουν την έλλειψη ή την απώλεια του ελέγχου στις καθημερινές τους συνθήκες διαβίωσης. Εκείνες με τη σειρά τους, ίσως αποδώσουν την «έλλειψη ελέγχου» σε μια φανταστική έλλειψη προσωπικής αξίας¹⁴.

¹⁴ American Psychiatric Association, 1994 « Diagnostic and statistical manual of mental disorders» Έκδοση 4^η, σελ.150-160

1.3.3.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

Ζώντας το κάθε άτομο μέσα στην κοινωνία προσπαθεί να προσαρμοστεί στους δικούς του ρυθμούς και απαιτήσεις. Όμως αυτοί οι ρυθμοί και οι απαιτήσεις πολλές φορές είναι τέτοιας έντασης που τα άτομα δε μπορούν να ανταποκριθούν. Τότε δέχονται έντονες πιέσεις που τις ασκούν πιθανόν ο κοινωνικός ανταγωνισμός, οι δυσκολίες του επαγγέλματος, οι κανόνες μιας συμβίωσης κ.α. Αυτή η πίεση που δέχεται το άτομο από εξωτερικούς παράγοντες είναι γνωστή ως στρες. Το στρες προκαλεί άγχος που είναι τόσο μεγαλύτερο όσο πιο ισχυρό είναι το στρες.

Εκτός από την εξωτερική πίεση και το ίδιο άτομο ασκεί πάνω στον εαυτό του πίεση προερχόμενη από την ηθική του, τα ιδανικά του, τα κίνητρα του. Όταν οι εσωτερικές πιεστικές απαιτήσεις του δεν ικανοποιηθούν, τότε έχουμε και σε αυτή την περίπτωση την εμφάνιση των απειλητικών συναισθημάτων του άγχους.

Ο Freud ήταν από τους πρώτους που επεσήμανε την σημασία του άγχους και μάλιστα διαχώρισε το αντικειμενικό άγχος από το νευρωσικό¹⁵. Αντικειμενικό άγχος κατά τον Freud είναι ο φόβος απέναντι σε έναν υαρκτό και συγκεκριμένο κίνδυνο, ενώ το νευρωσικό άγχος είναι ο φόβος απέναντι σε μια αόρατη απειλή, που συχνά το άτομο δεν γνωρίζει από τι προέρχεται. Αυτό το άγχος πίστευε ο Freud ότι είναι αποτέλεσμα μιας ασυνείδητης σύγκρουσης ανάμεσα στις σεξουαλικές και επιθετικές ορμές του Id και στην προσπάθεια του Εγώ να μην το κατακλύσουν όλες αυτές οι ανάλογες επιθυμίες, που ζητούν πρόσβαση στη συνείδηση και ικανοποίησή τους. οι ανάλογες επιθυμίες, που ζητούν πρόσβαση στη συνείδηση και ικανοποίηση τους.

Κάθε φορά που το άτομο υφίσταται πίεση που του προκαλεί άγχος αναπτύσσει τέτοιους τρόπους συμπεριφοράς που το οδηγούν και στην λύση του προβλήματος, από το οποίο υφίσταται την πίεση, αλλά και στην αποφυγή της πίεσης.

Όμως σε εκείνες τις περιπτώσεις που πρέπει να αντιμετωπίσει εσωτερικές συγκρούσεις με κίνητρα ασυνείδητα και όχι υαρκτά, αντικειμενικά προβλήματα, αναπτύσσει άλλου είδους τρόπους συμπεριφοράς. Προσπαθεί να αμυνθεί με διάφορα τεχνάσματα που επινοεί το Εγώ για να ελαττώσει ή και να αποβάλλει το άγχος. Τα τεχνάσματα αυτά ο Freud τα

¹⁵ American Psychiatric Association, 1994 « Diagnostic and statistical manual of mental disorders» Έκδοση 4^η, σελ. 131-135

ονόμασε αμυντικούς μηχανισμούς με τους οποίους εξαπατά τον εαυτό του για να αντιμετωπίσει το άγχος. Και πράγματι με τους αμυντικούς μηχανισμούς, που είναι ασυνείδητοι και γίνονται αυτόματα, ελαττώνεται το υπέρμετρο άγχος και δίνεται στο άτομο απαιτούμενος χρόνος για να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα και πιθανόν να καταφέρει να λύσει και την σύγκρουση που του δημιουργεί όλη την κατάσταση.

Οι άμυνες του Εγώ χρησιμοποιούνται από όλους τους ανθρώπους, είναι δηλαδή φυσιολογικές αντιδράσεις. Όταν όμως ο άνθρωπος καταφεύγει συχνά σε αυτές τις άμυνες και τις μετατρέπει σε κυρίαρχο τρόπο αντίδρασης, τότε εμποδίζεται πλέον να αντιμετωπίσει τις πραγματικές αιτίες των προβλημάτων της ζωής και φθάνει να μην έχει αρμονική σχέση με το περιβάλλον του και σε πιο ακραίες περιπτώσεις διακόπτεται και η επαφή του με την πραγματικότητα.

1.3.3.2 ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

Η κληρονομικότητα παίζει βασικό ρόλο στην ανθρώπινη ευτυχία, υποστηρίζει έρευνα Βρετανών και Αυστραλών ερευνητών, σύμφωνα με την οποία τα γονίδια καθορίζουν, κατά το ήμισυ, τα επίπεδα ικανοποίησης κάθε ανθρώπου από τη ζωή του. Η έρευνα βασίστηκε στην υπόθεση ότι η ευτυχία εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από τρεις παραμέτρους της προσωπικότητας: τα επίπεδα άγχους, κοινωνικότητας και ευσυνειδησίας.

Προκειμένου να διαχωρίσουν τις γενετικές από τις περιβαλλοντικές επιδράσεις, οι ερευνητές μελέτησαν 900 ζευγάρια μονοζυγωτικών διδύμων. Επειδή τα μονοζυγωτικά δίδυμα φέρουν το ίδιο γενετικό υλικό, οι επιστήμονες συχνά βασίζονται σε συγκρίσεις τέτοιων διδύμων που ζουν χωριστά προκειμένου να εξακριβώσουν κατά πόσο μία πάθηση ή ένα χαρακτηριστικό οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες.

Το άγχος αρχικά σχετίζεται με την ιδιοσυγκρασία, τον χαρακτήρα ενός ατόμου στη γέννησή του. Άλλα παιδιά γεννιούνται νευρικά, άλλα ήρεμα. Οι παιδικές εμπειρίες και τα γονικά πρότυπα επηρεάζουν στη συνέχεια. Ο νευρικός, ενοχικός, απαιτητικός γονιός παίζει μεγάλο ρόλο στη εξέλιξη του άγχους. Στη συνέχεια έρχονται οι προσωπικές εμπειρίες (λάθη, αποτυχίες), οι αποφάσεις (φίλοι, επιλογή συντρόφου, μόρφωση) και τα αναγκαία-τυχαία γεγονότα της ζωής που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη ζωή ενός ατόμου και τις πιθανότητες ασθενειών που σχετίζονται με το άγχος.

1.3.4 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ο όρος σχιζοφρένεια χρησιμοποιείται στην ιατρική, προκειμένου να περιγράψει μια περίπλοκη, χρόνια και σοβαρή αναπηρική ψυχιατρική διαταραχή.

Προτάθηκε πρώτη φορά από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει ένα σύνδρομο, που νωρίτερα το 1860 ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια και με το όνομα αυτό διαδόθηκε από τον Kraepelin Emil το 1896 σε όλον τον κόσμο.

Αρκετά γρήγορα έγινε φανερό, ότι η συγκεκριμένη ασθένεια δεν επρόκειτο για άνοια αλλά για μια βαριά ψυχωτική διαταραχή, για «σχίσιμο του μυαλού», από όπου προήλθε και ο όρος σχιζοφρένεια¹⁶. Στην πραγματικότητα η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι μια ενιαία διαταραχή ή μια ομάδα διαταραχών με ποικίλες αιτιολογίες.

Ως σχιζοφρένεια καλείται το σύνδρομο εκείνο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του και τους άλλους. Η αλλοίωση αυτή και η παραμόρφωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, τη σκέψη, τα συναισθήματα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα. Οι διαταραχές αυτές αφορούν βασικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν κάθε ανθρώπινη ύπαρξη και τελικά οδηγούν σε μια αλλοίωση του αισθήματος της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του ελέγχου του εαυτού.

Όσον αφορά στις διαταραχές της αντίληψης αυτές εστιάζονται στις ψευδαισθήσεις και μάλιστα τις ακουστικές ψευδαισθήσεις. Ο ασθενής ακούει φωνές, να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω, οι οποίες είτε τον σχολιάζουν είτε αν είναι περισσότερες από μία διαλέγονται μεταξύ τους ή δίνουν εντολές. Το τελευταίο είναι πολύ σημαντικό δεδομένου ότι μπορεί να του δώσουν εντολές να πράξει κάτι κακό στον εαυτό του ή στα άτομα γύρω του. Προκειμένου να πούμε ότι ένα άτομο πάσχει από σχιζοφρένεια εφόσον έχει ακουστικές παραισθήσεις θα πρέπει αυτές να εμφανίζονται ανά τακτά συνεχή διαστήματα ή και συνέχεια¹⁷.

¹⁶ Wahl, O. 1996 «Schizophrenia in the news». Ανακτημένο 15/11/2009 από: http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html

¹⁷ American Psychiatric Association, 1994 « Diagnostic and statistical manual of mental disorders». Έκδοση 4^η, σελ.201-207

Όσον αφορά στις διαταραχές της σκέψης αυτές έχουν τη μορφή παραληρητικών ιδεών και είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες είναι οι παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης: π.χ. παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους κτλ. Κοινές είναι και οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης, ενώ παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, μηδενιστικές, σωματικές κτλ. είναι λιγότερο συχνές. Συχνά στη σχιζοφρένεια είναι παρούσα και η διαταραχή του ειρμού ή της μορφής της σκέψης (μορφολογική ή τυπική διαταραχή της σκέψης). Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φθάσει μερικές φορές την ασυναρτησία ή τη γλωσσική ανεπάρκεια¹⁸.

Άλλες διαταραχές της σκέψης που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια είναι η έλλειψη του λεξιλογίου, η συγκεκριμένη ή άκαμπτη σκέψη, οι νεολεξίες, η εμμονή, οι ηχητικοί συνειρμοί, η ανακοπή, η ηχολαλία κ.ά.

Η διαταραχή των συναισθημάτων σε άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι δύσκολο να εντοπιστεί και επομένως να διαγνωστεί, διότι είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Εντοπίζεται εύκολα μόνο όταν ενυπάρχει σε υπερβολικό βαθμό, όπως για παράδειγμα είναι ένα πρόσωπο ακίνητο σα μάσκα ή ένα ανόητο γέλιο. Ο ασθενής που πάσχει από σχιζοφρένεια δυσκολεύεται να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις. Συχνά αποσύρεται από τον εξωτερικό κόσμο και προσηλώνεται σε εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες.

Όσον αφορά τέλος τις διαταραχές της ψυχοκινητικότητας αυτές είναι ποικίλες. Εκτός από την έντονη διέγερση που μπορεί να χαρακτηρίζει τον ασθενή που βρίσκεται σε οξεία φάση -αρχική ή υποτροπής-η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας μπορεί να εμφανισθεί σαν αντίσταση σε εντολές ή προσπάθειες μετακίνησης - κατατονικός αρνητισμός, σαν κατατονικό stupor, σαν κατατονική διέγερση ή σαν ανάληψη απρόσφορων ή παράδοξων κατατονικών στάσεων.

Ως συνοδό σύμπτωμα καλείται οποιοδήποτε σύμπτωμα εμφανιστεί παράλληλα με τα παραπάνω. Πολύ συχνά εμφανίζονται ανωμαλίες στην ψυχοκίνηση του ασθενή όπως βάδισμα πάνω κάτω, κούνημα μπρος πίσω, απάθεια και ακινησία.

Πολλές φορές μια δυσφορική συναισθηματική διάθεση μπορεί να πάρει τη μορφή κατάθλιψης, άγχους, θυμού ή συνδυασμού τους.

¹⁸ Μάνος Ν., 1997, «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» Θεσσαλονίκη, Έκδοση 1^η, σελ. 98-103

Συχνά παρατηρούνται αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις, υποχονδριακές ιδέες που μπορεί ή όχι να είναι παραληρητικού επιπέδου. Τυπικά, δεν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης. Σε περιόδους, όμως, οξείας αναζωπύρωσης μπορεί να εμφανισθεί σύγχυση, διαταραχή του προσανατολισμού ή ακόμη και διαταραχή της μνήμης.

Επίσης, πολλές φορές τα άτομα χάνουν το ενδιαφέρον τους ή την ευχαρίστησή τους, άλλο ένα αρνητικό σύμπτωμα. Μπορεί να παρουσιαστεί απώλεια του ενδιαφέροντος για φαγητό, απώλεια του libido, διαταραχές του σχήματος του ύπνου π.χ. να μην κοιμάται την ημέρα και ν' ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες τη νύχτα, διαταραχή της συγκέντρωσης.

Συχνά συνυπάρχουν Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες, πολύ κοινή είναι η εξάρτηση από νικοτίνη στους σχιζοφρενικούς. Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς συχνά αναπτύσσουν και σωματικά συμπτώματα: «μαλακά» νευρολογικά σημεία όπως σύγχυση αριστερού-δεξιού, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων ή φαινόμενο του καθρέφτη, αυτόματες κινητικές ανωμαλίες όπως ρουθουνίσματα, πλατάγισμα της γλώσσας ή γρυλλίσματα, χρόνια δυσκοιλιότητα κ.α.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μιας και μόνο μορφής ψυχική πάθηση. Εκδηλώνεται με πολλές μορφές. Οι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην κατηγορία των ψυρώσεων και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα. Εξ αιτίας του πολυμορφισμού των συμπτωμάτων της πάθησης, μόνο λίγες γενικεύσεις είναι αληθείς και επιτρεπτές για τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενή. Μερικές φορές, μπορεί κάποιος να εμφανίσει σχιζοφρενικά - ψυχωτικά συμπτώματα εξ αιτίας μιας άλλης αρρώστιας, εκτός της σχιζοφρένειας. Για το λόγο αυτό, οι ψυχίατροι, αφού πάρουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό, διενεργούν και τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις για να αποκλείσουν όλες τις άλλες πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων, προτού φθάσουν στο συμπέρασμα ότι κάποιος πάσχει από σχιζοφρένεια.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΝ ΚΟΙΝ. ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΑΠΟΙΚΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΩΝ ΛΕΡΟΥ
ΙΔΡΥΘΗ
ΕΝ ΕΤΕΙ 1957
ΥΠΟΥΡΓΟΥΝΤΟΣ ΙΩΑΝΝΟΥ ΨΑΡΡΕΑ

1.4 ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΕΛΑ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο ψυχικά ασθενής έχει να αντιμετωπίσει εκτός από την ασθένειά του, το κοινωνικό στίγμα, την προκατάληψη, τη δυσφήμιση και τον φόβο της κοινωνίας. Δίνοντας έναν ορισμό του στίγματος θα μπορούσαμε να πούμε ότι πρόκειται για μια δυσφημιστική ιδιότητα που μειώνει τη θέση και την αξία ενός ατόμου απέναντι στην κοινωνία, στερεί το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής και αναγκάζει κάποιον να κρύψει την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση.

Η κοινωνία υιοθετεί εσφαλμένες αντιλήψεις, δοξασίες, φόβους και μύθους για την ψυχική ασθένεια και κυρίως για όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια. Ο στιγματισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές οφείλονται κυρίως στην έλλειψη γνώσεων για τη νόσο και στο γεγονός ότι οτιδήποτε δε γνωρίζει ο άνθρωπος το φοβάται.

Στην ελληνική πραγματικότητα έχουν ακουστεί κατά καιρούς διάφορες στιγματιστικές-εσφαλμένες εκφράσεις όπως «κανείς δεν γιαιτρεύεται από τη σχιζοφρένεια», «η σχιζοφρένεια είναι μεταδοτική», «τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να είναι κλεισμένα σε ψυχιατρείο», «τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια, επικίνδυνα, επιθετικά», «τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν», «για τη σχιζοφρένεια είναι συνήθως υπεύθυνοι οι γονείς». Η πραγματικότητα όμως απέχει πάρα πολύ από τις παραπάνω αντιλήψεις:

- Η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική.
- Τα άτομα αυτά δεν είναι περισσότερο βίαια αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό.
- Δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον προκαλεί σχιζοφρένεια.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν ακόμη και αν παρουσιάζουν συμπτώματα, κάτι που συμβάλλει ιδιαίτερα στη θεραπεία τους.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο υπάρχει πραγματική ανάγκη, όταν για παράδειγμα τα συμπτώματα είναι σε οξεία φάση και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερική βάση.

Η σχιζοφρένεια σήμερα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά σε εξωνοσοκομειακές ψυχιατρικές δομές.

Σύμφωνα με έρευνες το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από κάποια

ψυχική ασθένεια αντιδρούν με θυμό, και νιώθουν πληγωμένοι. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό κινητοποιείται μέσα σε ομάδες για να αντιστρέψουν την αρνητική εικόνα.

Το στίγμα της ψυχικής ασθένεια έχει δυσμενείς επιπτώσεις στο άτομο όπως η κοινωνική απομόνωση των ατόμων που υφίστανται το στιγματισμό, ο περιορισμός των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών, οι αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου, και η μείωση της αυτοεκτίμησης των ασθενών. Τα άτομα αυτά υιοθετούν την ταμπέλα του «ανήμπορου» και «άχρηστου» και έτσι σιγά-σιγά αποσύρονται από την κοινωνία. Ακόμη, συνέπειες τους στίγματος υπάρχουν στον επαγγελματικό τομέα με περιορισμό των ευκαιριών για εργασία αλλά και πολλά προβλήματα στέγασης. Έτσι προκαλούνται συναισθήματα ματαιώσης, απογοήτευσης, ντροπής και η τάση να κλείνονται ακόμη περισσότερο στον εαυτό τους. Όμως οι επιπτώσεις του στίγματος δεν περιορίζονται μόνο στο άτομο, αλλά και στην οικογένειά του, που σηκώνει τόσο το συναισθηματικό βάρος από τη νόσο όσο και το βάρος της βοήθειας, φροντίδας και υποστήριξης του ατόμου. Παράλληλα, η έκφραση αποδοκιμασίας και αντίστασης μιας κοινότητας στο να συμφωνήσει στην συνύπαρξη των ψυχικά ασθενών στην τοπική κοινωνία, είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει παρατηρηθεί σε όλες τις χώρες οι οποίες πραγματοποίησαν ή επιχειρήσαν να εφαρμόσουν διαδικασίες αποϊδρυματισμού και ανάπτυξης υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής ασθένειας. Έρευνες δείχνουν ότι σε χώρες της Δ. Ευρώπης και της Β. Αμερικής οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και στήριξης ψυχικά ασθενών, σε κάποια φάση της λειτουργίας τους, αντιμετώπισαν δυσαρέσκεια και προβλήματα που προκάλεσε η τοπική κοινωνία, σε ποσοστό 22% - 50¹⁹.

Το ίδιο φαινόμενο συμβαίνει και στη χώρα μας. Στην Ελλάδα, κατά την περίοδο 2000-2001 περίπου οι 27 από τους 55 Ξενώνες και Οικοτροφεία που δημιουργήθηκαν μέσω της ενίσχυσης του προγράμματος «Ψυχαργώς», βρέθηκαν σε δύσκολη θέση επειδή είχαν να αντιμετωπίσουν εχθρική και έντονη αντίδραση. Πιο συγκεκριμένα, το 20% των περιπτώσεων των αντιδράσεων αυτών επέφεραν παρεμπόδιση, ακόμα και προσωρινή διακοπή της λειτουργίας των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στις συγκεκριμένες κοινότητες, με αποτέλεσμα να αναγκαστούν να μετακινηθούν σε άλλες περιοχές. Παρόμοια γεγονότα εξακολουθούν να υφίστανται και να παρατηρούνται σε έντονη συχνότητα ακόμη και σήμερα. Ενδεικτικό παράδειγμα, η έντονη δυσαρέσκεια από τους κατοίκους του Δήμου Ευόσμου στη Θεσσαλονίκη. Η εφημερίδα Ελευθεροτυπία της

¹⁹ Wenocur and Beleher, 1990, «Strategies for overcoming barriers to community – based housing for the chronical mentally ill». Άρθρο στην Community Mental Health Journal

8/3/2006 αναφέρει αυτό το γεγονός σε άρθρο-ρεπορτάζ δίνοντας τον τίτλο "μπλόκο στην αποασυλοποίηση από το Δ. Ευόσμου». Συνεχίζοντας το άρθρο αναφέρει: Συνεχίζοντας το άρθρο αναφέρει:

«δεν αντιστάθηκαν στις πέσεις των κατοίκων τα μέλη του δημοτικού συμβουλίου, τα οποία μέσα σε τεταμένη ατμόσφαιρα ψήφισαν ομόφωνα "όχι" στη λειτουργία ξενώνα για άτομα με προβλήματα ψυχικών διαταραχών στην περιοχή τους. Η συνεδρίαση έγινε παρουσία περίπου 200 δημοτών του Ευόσμου, που από την αρχή ήταν κατηγορηματικά αντίθετοι στη λειτουργία του ξενώνα. Μέλη της επιτροπής των κατοίκων ανέφεραν ότι στη συγκεκριμένη περιοχή -όπου βρίσκεται το επίμαχο κτίριο- υπάρχουν σχολεία και παιδικές χαρές και ότι δεν θα μπορούν να κυκλοφορούν τα παιδιά τους». Αυτής της μορφής οι αντιδράσεις θα πρέπει να αναφερθεί ότι αντιμετωπίζονται γενικά από τις Μονάδες ως απρόοπτα γεγονότα επειδή οι ίδιοι δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι να χειρίζονται τέτοιου είδους καταστάσεις.

Το γεγονός αυτό δείχνει πως οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών δεν εξετάζονται ως προβλέψιμη εκδήλωση αντίστασης στην αλλαγή του ψυχιατρικού συστήματος από το ίδρυμα στην κοινότητα, αλλά εκλαμβάνονται ως μεμονωμένα περιστατικά, τα οποία δεν έχουν αξία ούτε επιστημονικό ενδιαφέρον για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Ωστόσο οι επιπτώσεις τους είναι αρκετές διότι οι τοπικές κοινωνίες δεν είναι έτοιμες να υποδεχθούν την ύπαρξη των ψυχικά ασθενών, οι ψυχικά ασθενείς παραμένουν σε κοινότητες που δεν τους θέλουν ενώ το επιστημονικό προσωπικό ψυχικής υγείας είναι απροετοίμαστο όσον αφορά τον σωστό σχεδιασμό λειτουργίας των νέων Μονάδων στην κοινότητα και τη διαχείριση των αντιδράσεων.²⁰

Αυτές οι πραγματικά άσχημες αντιδράσεις εκ μέρους των τοπικών κοινωνιών περικλείουν άγχος και φόβους.²¹

Με το πέρασμα των χρόνων και την εμπειρία που αποκτήθηκε από τους ειδικούς, άλλαξε η εικόνα της ψυχικής νόσου. Και αυτό συνέβη γιατί αναπτύχθηκε ο τομέας της ψυχοφαρμακολογίας, η οποία ελέγχει και αντιμετωπίζει τα συμπτώματα, η χρήση των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων καθώς και η δημιουργία ψυχιατρικών υπηρεσιών στην

²⁰ Ασημόπουλος, Χ., 2006, «Από την προκατάληψη στην κοινωνικό αποκλεισμό: οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση» Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών, τεύχος 84, κωδ. 1345

²¹ Ασημόπουλος, Χ., 2006, «Από την προκατάληψη στην κοινωνικό αποκλεισμό: οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση» Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών, τεύχος 84, κωδ. 1345

κοινότητα. Οι τρεις αυτοί παράγοντες συνέβαλαν στην αλλαγή της αντίληψης και της προκατάληψης για την ψυχική νόσο και την εξέλιξή της. Για την καταπολέμηση των προκαταλήψεων, τη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων κάποιες σημαντικές πρωτοβουλίες είναι οι εκστρατείες ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης οι οποίες καταπολεμούν την άγνοια και αλλάζουν τις απόψεις και τις στάσεις του κοινού, η ενημέρωση ειδικών πληθυσμών, η συνεργασία με τα ΜΜΕ, η ενίσχυση του νομικού πλαισίου προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά νοσούντων, ώστε να περιορίζονται οι διακρίσεις και να ενισχύεται η νομική προστασία των ψυχικά ασθενών, η δημιουργία συλλόγων ασθενών και οικογενειών και οι προσπάθειες προσέγγισης των ίδιων των ασθενών από τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας.

Ωστόσο, όλοι μπορούν να κάνουν απλά πράγματα για το στίγμα όπως το να μάθουν περισσότερα σχετικά με την ψυχική ασθένεια, να ακούσουν τους ανθρώπους που έχουν κάποια ψυχική νόσο, να προσέχουν τη γλώσσα που χρησιμοποιούν ώστε να μην εξισώνουν τον άνθρωπο με την ασθένεια, αντί δηλαδή να λένε «σχιζοφρενής» να λένε «το άτομο που έχει σχιζοφρένεια», αντί για «καταθλιπτικός» να λένε το άτομο που έχει κατάθλιψη, να τονίζουν τις ικανότητες αυτών των ατόμων και όχι τους περιορισμούς. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικό αποτελεί το να εκφραζόμαστε δυναμικά απέναντι στο στίγμα, να μιλάμε ανοιχτά για την ψυχική ασθένεια και τέλος να υποστηρίζουμε οργανώσεις και προσπάθειες που μάχονται το στίγμα²².

The Dromokraitio hospital



²² Γκιουλιέ Ε., Λεοντάρη Δ., 2009, «Στίγμα και Ψυχική Ασθένεια». Ανακτημένο 11/12/2009 από: http://www.trikalinaea.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4295:2009-07-16-16-54-09&catid=2:2008-09-07-19-56-40&Itemid=3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Οι περισσότερες δυτικές χώρες ανέπτυξαν μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο μεταρρυθμιστικά προγράμματα προς την κατεύθυνση της υπέρβασης του ασυλιακού μοντέλου. Η εφαρμογή της νέας πολιτικής ψυχικής υγείας σε αυτές τις χώρες μεταφράστηκε σε προγράμματα κλεισίματος των μεγάλων εξειδικευμένων νοσοκομείων και δημιουργίας διαφοροποιημένων κοινοτικών θεσμών, οι οποίοι λειτουργούν είτε ανταγωνιστικά είτε, τις περισσότερες φορές, συμπληρωματικά με ασυλιακού τύπου ιδρύματα.

Στη Μεγάλη Βρετανία υπάρχει μια μακρά παράδοση ήπιας και ανθρωπιστικής αντιμετώπισης της επονομαζόμενης ψυχικής ασθένειας. Η δυνατότητα της εκούσιας εισαγωγής θεσμοθετείται ήδη το 1930 και η ψυχιατρική περίθαλψη εντάσσεται στο γενικό σύστημα υγείας πριν από τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο.

Η στροφή προς την κοινοτική ψυχιατρική πραγματοποιείται με το νόμο του 1959 για την ψυχική υγεία (Mental Health Act). Ο νόμος αυτός φιλοδοξούσε να αναπτύξει ένα δίκτυο ψυχιατρικής φροντίδας μέσα στην κοινότητα, να εγκαταστήσει ψυχιατρικές υπηρεσίες στο γενικό Νοσοκομείο, να επανεπιδείξει κοινωνικά τους πρώην νοσηλευόμενους και να κλείσει οριστικά τους μεγάλους εξειδικευμένους ψυχιατρικούς θεσμούς-ψυχιατρεία. Το βρετανικό μοντέλο βασίστηκε σε δύο άξονες:

- 1) στην ελαχιστοποίηση της νοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας και
- 2) στη ανάπτυξη δομών περιορισμένου μεγέθους, που εντάσσονται στο εσωτερικό του γενικού συστήματος υγείας.

Ενώ τη στιγμή που ξεκίνησε το πρόγραμμα φροντίδα στην κοινότητα (care in the community) υπήρχαν 130 μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία σήμερα εξακολουθούν να λειτουργούν ελάχιστα με την προοπτική να κλείσουν τα επόμενα χρόνια Παρατηρείται, ωστόσο, μια μικρή αύξηση της δυναμικότητας σε ψυχιατρικά κρεβάτια των γενικών και των πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Στον αντίποδα, έχουν δημιουργηθεί 300 κέντρα ψυχικής υγείας και έχει αναβαθμιστεί ο ρόλος των γενικών γιατρών, οι οποίοι λειτουργούν ως ηθμοί κατά τη διαδικασία αναζήτησης ψυχιατρικών υπηρεσιών. Επιπλέον, οι εθελοντικές οργανώσεις έχουν αναλάβει ενεργό ρόλο στα προγράμματα αποκατάστασης.

Από την άλλη, η στεγαστική ανεπάρκεια των νέων δομών έχει οδηγήσει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις στο δρόμο, όπου διαβιούν ως άστεγοι²³.

Στην Ιταλία, οι νόμοι 180 και 833 του 1978 προέβλεπαν τη γενίκευση στο σύνολο της επικράτειας του μοντέλου που αναπτύχθηκε στην Τεργέστη, την Περούντζια, την Πάρμα και την Γκορίτσια στις αρχές της δεκαετίας του '70.

Οι Basaglia, Jervis, Pirella και οι άλλοι πρωτεργάτες του κινήματος *psichiatria democratica* θεωρούνται από τους βασικούς εμπνευστές αυτών των επιμέρους εμπειριών, οι οποίες επηρέασαν σε πολύ μεγάλο βαθμό και την Ελλάδα, κυρίως τους εκφραστές του κριτικού ψυχιατρικού λόγου²⁴.

Η Ισπανική ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτέλεσε μέρος της γενικότερης μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας. Και στην Ισπανία το γενικό Νοσοκομείο γίνεται η βασική δομή υποδοχής στην περίπτωση που κριθεί αναγκαία η νοσοκομειακή φροντίδα και απαγορεύεται με νόμο κάθε νέα εισαγωγή σε ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Το 15% των ψυχιατρικών νοσοκομείων έκλεισε τις πόρτες του μεταξύ 1986 και 1990 και η πλειοψηφία των γενικών νοσοκομείων διαθέτει ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες. Κατά τη δεκαετία του '80 αναπτύχθηκαν 380 κέντρα ψυχικής υγείας, αριθμός που δεν επαρκεί, όμως από άποψη της γεωγραφικής κάλυψης του πληθυσμού.

Στη Γαλλία, η ψυχιατρική του τομέα (*psychiatrie du secteur*) αποσκοπούσε στην επανασύνδεση του υποκειμένου προς θεραπεία με το κοινωνικό του περιβάλλον, διατηρώντας ωστόσο σε παράλληλη λειτουργία τη μεγάλη δομή του ασύλου, ως βασική υποστηρικτική νοσοκομειακή υπηρεσία, προορισμένη στην αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών και των πολύ σοβαρών περιπτώσεων. Με την επιρροή του κινήματος της θεσμικής ψυχοθεραπείας και την εμπειρία του 13^{ου} διαμερίσματος του Παρισιού (οργάνωση ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών), η πολιτική του τομέα θεσμοθετείται το 1960 με το υπουργικό διάταγμα της 15^{ης} Μαρτίου, το οποίο, ωστόσο, θα ενεργοποιηθεί μόνο μετά το Μάη του 1968 και τη γενίκευση της κριτικής των ασύλων²⁵. Κάθε νομός της χώρας διαιρείται σε τομείς ευθύνης μιας συγκεκριμένης

²³ Μπαϊρακτάρης Κ., «Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση» Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 1994. Έκδοση 2^η σελ. 123-129

²⁴ Μαδιανός Μ. «Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα» Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου, Πανεπιστήμιο Αθηνών Ψυχιατρική 2002. Έκδοση 1^η σελ. 297-300

²⁵ Κούρος Ι., «Η εξέλιξη του γαλλικού μοντέλου σήμερα» Τετράδια ψυχιατρικής, τ. 43, 1993, σ. 79-83.

ιατρικοκοινωνικής ομάδας, η οποία εγγυάται τη θεραπευτική συνέχεια²⁶. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Dispensaire) βρίσκεται στο επίκεντρο του συστήματος της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας, η οποία απαρτίζεται από μια πληθώρα διαφοροποιημένων δομών, όπως είναι το Νοσοκομείο Ημέρας, τα προστατευόμενα επαγγελματικά εργαστήρια και οι ευέλικτες στεγαστικές δομές. Η χώρα έχει διαιρεθεί σε 812 ψυχιατρικούς τομείς ενηλίκων. Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο παραμένει μολτατούτα ενεργός παράγοντας του νέου συστήματος, για το οποίο υπογραμμίζεται ότι αρθρώθηκε ως πολιτική εφαρμογή από τα πάνω.

Στη Γερμανία υφίσταται η κληρονομιά του ακαδημαϊκού προσανατολισμού προς το βιολογικό-αιτιολογικό μοντέλο, ήδη από το 19^ο αιώνα. Εντούτοις, παράδοση αποτελούσε και η ενεργητική ιδρυματική εργοθεραπεία, η οποία είχε προταθεί από το Simon. Όμως, και αυτός ο εναλλακτικός προσανατολισμός ενσωματώθηκε στο κυρίαρχο ιδρυματικό μοντέλο, το οποίο παρά τον εκσυγχρονισμό του δε θα μεταβληθεί ουσιαστικά κατά τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου. Από τη δεκαετία του 1980, παράλληλα με την άσκηση κριτικής στην παραδοσιακή ψυχιατρική, γίνεται μια συστηματική προσπάθεια επούλωσης των πληγών που άφησε το γεγονός του αφανισμού 120.000 ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις κατά τη διάρκεια της ναζιστικής κυριαρχίας στη χώρα.

Η εξορία των ψυχαναλυτών, η κυριαρχία του βιολογικού παραδείγματος και η συνακόλουθη ιατρικοποίηση της ψυχιατρικής καθώς και οι ρατσιστικές θεωρίες περί κληρονομικότητας και οι ρατσιστικές ιδέες του εθνικοσοσιαλιστικού κινήματος θεωρούνται οι βασικοί παράγοντες που οδήγησαν στο θάνατο ένα τόσο μεγάλο αριθμό ατόμων²⁷. Πρόσφατα, μόλις στα τέλη του 20^{ου} αιώνα, επιχειρείται μια συστηματικότερη προσπάθεια υπέρβασης του ασυλιακού μοντέλου με τη δημιουργία ενός δικτύου θεσμών με προσανατολισμό στην κοινοτική ψυχιατρική²⁸.

Στην Ελλάδα τη συγκρότηση του ψυχιατρικού θεσμού μπορούμε να την παρακολουθήσουμε μέσω του ιστορικού της δημιουργίας των ασύλων. Τα ψυχιατρικά άσυλα και η δράση των πρώτων ασυλιακών ψυχιάτρων αποτέλεσαν στην Ελλάδα, όπως και αλλού, το βασικό παράγοντα συγκρότησης της ψυχιατρικής. Στην Ελλάδα, τα

²⁶ Σακκελαρόπουλος Π., «Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και δημόσια περίθαλψη στο Lempriere T., Feline A. et al» 1995, σελίδες 696-748.

²⁷ Ackerknecht E. H., «Ιστορία της ιατρικής» μτφρ. Πασχάλης Β., Ηλικιάδης Γ., Καρατζούλης Β., Αθήνα, 1998 Έκδοση 1^η, σελίδες 201-205

²⁸ Μπαϊρακτάρης Κ., «Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση» Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 1994.

ψυχιατρικά άσυλα αποτελούσαν στον τομέα τους μια σαφή προσπάθεια κοινωνικού εκσυγχρονισμού προς την κατεύθυνση του εξευρωπαϊσμού. Οι δυσκολίες που συνάντησε αυτή η προσπάθεια και οι ιδιομορφίες της, αντανακλούν το γενικό χαρακτήρα των εγχειρημάτων αστικού εκσυγχρονισμού που επιχειρήθηκε και τελικά αναπτύχθηκε στα ακροτελεύτια της χερσονήσου του Αίμου.

Η ψυχιατρική σαν ιατρική πρακτική και σαν κοινωνικός θεσμός διαμορφώθηκε στη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα. Στη χώρα μας έγινε γνωστή αρκετά πρώιμα αλλά και αποσπασματικά, δηλαδή όπως όλες σχεδόν οι εισαγόμενες γνώσεις και πρακτικές και διαμόρφωσε τη φυσιογνωμία της στις αρχές του 20^{ου} αιώνα²⁹.

Πριν από τη διάδοση των ασύλων-φρενοκομείων, τόσο στην ελληνική επικράτεια όσο και στις ελληνικές κοινότητες της Οθωμανικής αυτοκρατορίας, η αντιμετώπιση της ψυχοπάθειας βασιζόταν στην εκκλησιαστική-θρησκευτική παράδοση, η οποία επιβιώνει ως ένα βαθμό μέχρι σήμερα³⁰. Στις παραδοσιακές, αγροτικές κατά βάση, κοινωνίες του γεωγραφικού αυτού χώρου οι τρελοί διατηρούσαν μια περιθωριακή θέση, εάν και εφόσον η συμπεριφορά τους δε σκανδάλιζε και δεν εκτιμούνταν ως επικίνδυνη, οπότε οι οικογένειές τους φρόντιζαν είτε να τους περιορίσουν (δέσιμο, προσωρινό ή μόνιμο) είτε να τους αποπέμψουν. Τόσο στη Βυζαντινή παράδοση όσο και στη μουσουλμανική, η τρέλα θεωρούνταν ως φορέας θείου μηνύματος ή έκφραση δαιμονισμού (δαιμονοκατοχής, possession demoniaque). Στον ελλαδικό χώρο πολλοί τόποι λατρείας, όπως εκκλησίες και μοναστήρια, θεωρήθηκαν ως τόποι εξαγνισμού της τρέλας, με την έννοια της απαλλαγής της ψυχής από τα δαιμόνια που την κατακυριεύαν.

Στους χώρους αυτούς αναπτύχθηκαν τελετουργικά και ειδικές πρακτικές εξαγνισμού, εν είδει θεραπευτικού κύκλου, όπως η νηστεία, ο ξυλοδαρμός, η προσευχή ολόκληρης της οικογένειας και η ακινητοποίηση με ειδικούς κρίκους που συναντούμε μέχρι τις μέρες μας σε πολλές παλιές εκκλησίες. Πολλά μοναστήρια λειτούργησαν σαν μικρά άσυλα, ακόμα και μετά την επίσημη παρουσία των τυπικών ψυχιατρικών ασύλων³¹.

Στη Κέρκυρα, που τότε αποτελούσε μέρος της Αγγλικής επικράτειας, δημιουργείται το πρώτο φρενοκομείο το 1838. Σε συνθήκες που θύμιζαν περισσότερο κράτηση παρά

²⁹ Πλουμπίδης Δ., «Η ιδιαιτερότητα της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής και το αίτημα του αρρώστου, Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης» Αθήνα, Κέδρος 1993. Έκδοση 1^η, σελ. 46-51.

³⁰ Πλουμπίδης Δ., «Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα» Αθήνα, Εξάντας, 1989

³¹ Καραμανωλάκης, Β., Η ανάλυση των ιδρυματικών θεσμών. Το Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο: 1880-1903, Αθήνα, Πανεπιστήμιο Αθηνών: αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, 1997.

θεραπεία, το κτίριο που χρησιμοποιήθηκε ήταν παλιός στρατώνας, με καταστατικό όμως πλήρως εναρμονισμένο με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, δημιουργείται το πρώτο ψυχιατρικό ίδρυμα από την αγγλική αρμοστεία, το οποίο θα κληρονομηθεί από το ελληνικό κράτος με την προσάρτηση των Ιονίων Νήσων. Την περίοδο 1856-62 έγιναν οι πρώτες προσπάθειες για ίδρυση ψυχιατρικού ιδρύματος. Από διάφορες προτεινόμενες λύσεις τελικά προκρίθηκε η επισκευή του ορφανοτροφείου του Καποδίστρια στην Αίγινα, προκειμένου να δεχτεί 60 ψυχοπαθείς από τους 442 που είχαν καταγραφεί στην επικράτεια. Από αυτούς οι 120 είχαν θεωρηθεί και ταξινομηθεί ως επικίνδυνοι³². Με την εκθρόνιση του Όθωνα το σχέδιο ματαιώθηκε και δεν έμεινε παρά ο νόμος του 1862, που υπήρξε ο βασικός νόμος μέχρι το 1973 που καταργήθηκε.

Σε γενικές γραμμές έως το 1920 διατηρήθηκαν οι παραδοσιακές πρακτικές, παράλληλα με τη γενίκευση της χρήσης των ασύλων: Εκείνο που είναι βέβαιο είναι ότι το μεγαλύτερο μέρος των ψυχοπαθών δεν είχε ακόμα σχέσεις με την ψυχιατρική³³. Η θεσμική ωστόσο πενία δε συνοδεύονταν από μεγάλες αντιδράσεις ή από ιδεολογικούς αγώνες που θα αντιστρατεύονταν την ψυχιατρική σε επίπεδο αρχών. Παρά την περιθωριακότητα της ψυχιατρικής, γι' αυτή την περίοδο, είναι εντυπωσιακό το ότι κανένας άλλος λόγος (π.χ. θρησκευτικός) δεν αντιπαρατέθηκε στη δικιά της ιδρυματική-ιατρική λογική³⁴. Ωστόσο, αυτή η προσπάθεια για άμεση και ολοκληρωμένη εισαγωγή του ψυχιατρικού λόγου οδήγησε σε ορισμένα παράδοξα.

Σαν εισαγόμενο μοντέλο έφερε μέσα του μια σημαντική αντίφαση, που δεν αφορά μόνο την Ελληνική ψυχιατρική, δηλαδή οι ιδέες του ιασιμίου των ψυχικών νόσων και του ψυχικά πάσχοντος ως υποκειμένου ικανού να συμμετάσχει στη θεραπεία του, που διαδόθηκαν στις πρώτες δεκαετίες του 19^{ου} αιώνα, εισήχθηκαν ταυτόχρονα με τις αντιλήψεις για τα μεγάλα άσυλα, τα οργανωμένα για μακροχρόνια παραμονή (γιατί τι

³² Πλουμπίδης Δ., Η ιδιαιτερότητα της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής και το αίτημα του αρρώστου, στο Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης, 1993α, σ. 46-51 Φαφαλιού Μ., Ιερά οδός 343. Μαρτυρίες από το Δρομοκαϊτείο, Αθήνα, Κέδρος, 1995.

³³ Πλουμπίδης Δ., «Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα», Αθήνα, Εξάντας, 1989. Έκδοση 2^η, σελ. 103-109

³⁴ Πλουμπίδης Δ., «Η ιδιαιτερότητα της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής και το αίτημα του αρρώστου, στο Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης» Αθήνα, Κέδρος 1993. Έκδοση 1^η σελ. 46-51.

άλλο σήμαιναν οι διαιρέσεις, σε διάφορα τμήματα, η εργασιοθεραπεία κλπ.)³⁵. Η περίοδος της θεραπευτικής αισιοδοξίας και η περίοδος της θεραπευτικής απαισιοδοξίας θεωρήθηκε σαν ένας ενιαίος προσανατολισμός, και ως τέτοιος εισήχθη.



Το πρώτο ίδρυμα που δημιουργήθηκε στο Ελληνικό κράτος εξαρχής ήταν το Δρομοκαΐτειο το 1887: τυπικό για την εποχή του και κατά συνέπεια μοντέρνο, υπόδειγμα εκσυγχρονισμού και εξευρωπαϊσμού. Ένα ίδρυμα ιδιωτικού δικαίου, εφόσον επρόκειτο για δημιούργημα που βασίστηκε σε κληροδότημα, με ένα μόνο μέρος του πληθυσμού που απευθύνονταν άπορο, του οποίου τα έξοδα πληρώνονταν από το κράτος³⁶.

Το 1886 στο Σκυλίτσειο νοσοκομείο της Χίου ιδρύεται ξεχωριστό τμήμα για ψυχοπαθείς. Το Σκυλίτσειο μαζί με αυτό της Κωνσταντινούπολης και της Σμύρνης αποτελούν τα μόνα ιδρύματα που εκσυγχρόνισαν, την ίδια εποχή, σύμφωνα με τα δυτικοευρωπαϊκά πρότυπα, μια παλιά τους λειτουργία, αυτή της υποδοχής μερικών ψυχοπαθών, μαζί με τους σωματικούς ασθενείς και τους διάφορους περιθωριακούς (φαυλόβιες γυναίκες και παιδιά, ορφανά, γέροντες κ.α.). Αυτού του είδους τα ιδρύματα, με μια μακραίωνη παράδοση, αλλά και πολύ κακή φήμη, δε χρησιμοποιήθηκαν καθόλου σαν πρότυπα στους προσανατολισμούς κοινωνικού εκσυγχρονισμού που αφορούσε στη θεσμική αντιμετώπιση της τρέλας από το νεοσύστατο ελληνικό κράτος. Είναι ενδεικτικό ότι ο νόμος ΨΜΒ' του 1862 απαγόρευε τη νοσηλεία ψυχοπαθών στα νοσοκομεία³⁷.

Μεταξύ 1880 και 1910 εκσυγχρονίστηκε κτιριακά και λειτουργικά το ψυχιατρείο της Κέρκυρας και ιδρύθηκαν μια σειρά από μικρά άσυλα χωρίς ιατρικό χαρακτήρα (τμήμα ψυχοπαθών του εβραϊκού νοσοκομείου Χιρς στη Θεσσαλονίκη το 1908, άσυλο ψυχοπαθών Σύρου το 1906, νέο άσυλο Κεφαλονιάς Βέγιο το 1910).

Η πανεπιστημιακή κλινική της Αθήνας, το Αιγινήτειο, ιδρύθηκε το 1905, με κληροδότημα του καθηγητή αστρονομίας Δημητρίου Αιγινήτη, και λειτούργησε σαν χώρος εκπαίδευσης στη Νευρολογία και την Ψυχιατρική δια της εισαγωγής οξέων περιστατικών³⁸.

³⁵ Πλουμπίδης Δ., «Η ιδιαιτερότητα της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής και το αίτημα του αρρώστου, στο Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης» Αθήνα, Κέδρος 1993,σελ. 46-51

³⁶ Φαφαλιού Μ., «Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο» Αθήνα, Κέδρος, 1995, σελ. 35-40

³⁷ Πλουμπίδης Δ. «Εισαγωγικά γύρω από την εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα» Σύγχρονα Θέματα, 1983, τ. 19 σελ. 21-29.

³⁸ Χαρτοκόλλης Π., «Εισαγωγή στην ψυχιατρική», Αθήνα, Θεμέλιο, 1991, σελ. 31-35

Η πανεπιστημιακή κλινική της Θεσσαλονίκης ιδρύθηκε πολύ αργότερα, τη δεκαετία του 1950. Η συγκρότηση του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών, όπως άλλωστε και των ιατρικών υπηρεσιών εν γένει, βασίστηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική φιλανθρωπία.

Αρκετά χρόνια αργότερα το κράτος θα αναλάβει τη διοργάνωση ενός ευρέως συστήματος ιατρικής φροντίδας προς την κατεύθυνση της ολοκληρωμένης κοινωνικής πρόνοιας³⁹.

Είναι ενδεικτικό ότι η πρώτη νομοθετική υγειονομική πράξη αφορά στον Οργανισμό του Φρενοκομείου της Κέρκυρας, η οποία δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της κυβέρνησεως το 1866 ως πλήρης αναδημοσίευση του αντίστοιχου εσωτερικού κανονισμού του εν λόγω ιδρύματος, το οποίο είχε ψηφιστεί από την Γερουσία της Ιονίου Πολιτείας στο 1860⁴⁰. Εκτός από το ψυχιατρείο της Κέρκυρας όλα τα άλλα ιδρύματα



βασίστηκαν σε ιδιωτικές δωρεές και κοινοτικούς πόρους. Η συνεισφορά της κεντρικής εξουσίας, όσον αφορά τους πόρους, ήταν ελάχιστη. Το ίδιο ισχύει για όλα σχεδόν τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ανεξαρτήτως ειδικότητας, ως τη δεκαετία του 1920.

Το 1904 ιδρύονται η ιδιωτική κλινική Σ. Βλαβιανού και η χειρουργική του καθηγητή Αφεντούλη. Ως τον πρώτο παγκόσμιο οι ιδιωτικές κλινικές είχαν αυξηθεί σε πέντε, το 1929 σε εννέα (συνολική δύναμη 232 κλίνες) και το 1941 σε 12 (293 κλίνες). Γεωγραφικά μετατοπίστηκαν από το Ν. Φάληρο και τα Πατήσια, προς το Χαλάνδρι και το Μαρούσι και μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο προς τα Μελίτσια και την Κηφισιά⁴¹. Η αύξηση των ιδιωτικών κλινικών προπολεμικά αποτελεί ένδειξη της στερέωσης της ντόπιας αστικής τάξης που μόλις διαμορφωνόταν, από την οποία προερχόταν η πελατεία των ιδιωτικών αυτών ιδρυμάτων.

Οι πυρήνες των μελλοντικών δημόσιων ψυχιατρείων της Σούδας, της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, ιδρύθηκαν από την Κρητική πολιτεία το πρώτο και από την ελληνική

³⁹ Μαδιανός Μ., Ζάρναλη Ό. «Υγεία και ελληνική κοινωνία», Αθήνα, Ε.Κ.Κ.Ε, 1988.

⁴⁰ Πλουμπίδης Δ., «Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα» Αθήνα, Εξάντας, 1989

⁴¹ Πλουμπίδης Δ., «Η ιδιαιτερότητα της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής και το αίτημα του αρρώστου, στο Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης» Αθήνα, Κέδρος 1993,σελ. 51-57

κυβέρνηση τα άλλα δύο από το 1910 ως το 1915-16. Η λειτουργία τους τα πρώτα χρόνια δεν ήταν ούτε κατ' όνομα ιατρική, καθώς επισήμως ονομάστηκαν δημόσια ψυχιατρεία με το νομοθετικό διάταγμα της 31-7-1925, ενώ η φυσιογνωμία τους, εσωτερική οργάνωση και διοίκηση, προσδιορίστηκε με τον νόμο 6077 του 1934.

Η ίδρυση όλων αυτών των ιδρυμάτων καταδεικνύει τη σταδιακή αποδιοργάνωση των παραδοσιακών κοινωνικών δομών. Όμως, παρά τις αυξημένες ανάγκες που προέκυπταν εξαιτίας του κοινωνικού μετασχηματισμού, η εκφραζόμενη κάθε φορά πολιτική δεν ήταν ενταγμένη σε ένα ενιαίο θεραπευτικό προσανατολισμό αλλά είχε ευκαιριακό χαρακτήρα. Για παράδειγμα, το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, το σημερινό Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, σχεδιάστηκε με πρότυπο τη φημισμένη Κλινική Μπουργκχόλζλι της Ζυρίχης, ως αγροτικό άσυλο με προοπτική εφαρμογής προγραμμάτων εργασιοθεραπείας, σχέδιο που ματαιώθηκε εξαιτίας του υπερπληθυσμού των τροφίμων⁴².

Σε σχέση με τις εκφρασμένες ανάγκες καταγραφή ψυχοπαθών, εντοπισμός των επικίνδυνων, υπήρξε μια πολύ μεγάλη καθυστέρηση της διάδοσης των ασύλων.

Από την άλλη, η πρόωρη ανάπτυξη των ιδιωτικών και πανεπιστημιακών κλινικών είναι αυτή που δημιούργησε την καλή τους φήμη, η οποία διατηρείται έως και σήμερα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ιδιωτικές κλινικές δεν υπάγονταν στον νόμο ΨΜΒ' με αποτέλεσμα να ασκούν αναγκαστική νοσηλεία υπό την εποπτεία της οικογένειας, ζήτημα που αντιμετωπίστηκε πολύ αργότερα, με το Ν.Δ. 104 του 1973, όταν διευθετήθηκε οριστικά το

ζήτημα της εκούσιας νοσηλείας (όπου πάλι όμως η οικογένεια ασκούσε το ρόλο του κηδεμόνα).

Ακόμα και στις περιπτώσεις που οι υπεύθυνοι ψυχίατροι δηλώνουν ότι οι νοσηλευόμενοι έχουν θεραπευτεί, η οικογένεια έχει τον τελευταίο λόγο (άρθρα περί παραλαβής των εξερχομένων)⁴³.

Τα υπόλοιπα ιδρύματα που συγκροτούν το δημόσιο τομέα ιδρύθηκαν μετά το 1950. Το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Πεντέλης (Νταού) ιδρύθηκε το 1958, η

Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου το 1957, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης το 1967 και το

⁴² Χαρτοκόλλης Π. «Εισαγωγή στην ψυχιατρική», Αθήνα, Θεμέλιο, 1991, Έκδοση 1^η σελ. 36-40

⁴³ Πλουμπίδης Δ., «Η ιδιαιτερότητα της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής και το αίτημα του αρρώστου, στο Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκοτάστασης» Αθήνα, Κέδρος 1993, σελ.51-59

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου το 1972. Οι ιδιωτικές κλινικές είναι σήμερα 45 και βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.

Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό της εγκατάστασης της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, εκτός από τη σχετική καθυστέρηση της διάδοσης του θεσμού των ασύλων, είναι η χαλαρή συγκρότηση των επαγγελματικών ομάδων που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία. Η Ψυχιατρική και Νευρολογική Εταιρία ιδρύθηκε μόλις το 1936 και είχε 21 μέλη επί πιθανού συνόλου 35-40 ψυχιάτρων. Επίσημως η ειδικότητα της νευρολογίας-ψυχιατρικής αναγνωρίστηκε μετά το 1950 και η ειδικότητα του ψυχιάτρου διαχωρίζεται από αυτή του νευρολόγου μόλις στις αρχές της δεκαετίας του '80.

Σχολή ψυχιατρικών νοσοκόμων δεν υπήρξε ποτέ, έως τις τελευταίες δεκαετίες του εικοστού αιώνα, πέρα από ορισμένα προγράμματα στο Αιγινήτειο και το Δρομοκαϊτειο. Ο μεγαλύτερος αριθμός των νοσηλευτών, έως τις μέρες μας, αποτελείται από πρακτικούς νοσοκόμους. Άλλα επαγγέλματα όπως οι ψυχολόγοι, οι λογοπαιδικοί, οι εργασιοθεραπευτές συγκροτήθηκαν επαγγελματικά μόνο την τελευταία δεκαετία, αλλά και σήμερα ακόμα το ειδικό τους βάρος στα μεγάλα δημόσια ιδρύματα είναι πολύ μικρό⁴⁴.

Η ρευστότητα στην εκπαίδευση αποτελεί ένα δείκτη του τρόπου με τον οποίο εφαρμόζονται θεραπευτικοί προσανατολισμοί: ως εφαρμογές ξένων ανακαλύψεων και ιδεών που άκμασαν, και ακμάζουν, σε άλλες χώρες. Τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η προσπάθεια μετατροπής με το νόμο 6077 του 1934 των δημοσίων ψυχιατρείων σε αγροτικές αποικίες ψυχοπαθών, σύμφωνα με το πρότυπο του Simon στη Γερμανία, με μόνο απτό αποτέλεσμα να γίνουν μερικές καλλιέργειες κι ένα χοιροτροφείο στην Αθήνα.

Παρόλο που η κίνηση για τη μελέτη του παιδιού ως ξεχωριστής οντότητας άρχισε γύρω στο 1909, η Παιδοψυχιατρική ως ξεχωριστή ειδικότητα δημιουργήθηκε γύρω στο 1960 και στην Ελλάδα το πρώτο σχετικό Προεδρικό διάταγμα εκδόθηκε το 1962. Ωστόσο ακόμη και σήμερα τα εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν τους Παιδοψυχιάτρους είναι εξαιρετικά περιορισμένα και ο αριθμός των μελών της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας δεν είναι μεγάλος. Οι περισσότεροι έχουν εκπαιδευτεί στο εξωτερικό

Η όλη μέριμνα της πολιτείας για την Ψυχική Υγεία των παιδιών υλοποιείται μέσα από 9 Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες στη μείζονα περιφέρεια Αθηνών, 2 στη Θεσσαλονίκη, 2 στον Πειραιά. Ένα Παιδοψυχιατρικό τμήμα σε Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας και 1 στη

⁴⁴ Πλουμπίδης Δ., «Η ιδιαιτερότητα της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής και το αίτημα του αρρώστου, στο Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης», Αθήνα, Κέδρος 1993,σελ.51-59

Θεσσαλονίκη. Πρόσφατα 2 ενδονοσοκομειακές μονάδες για παιδιά σε Γενικά Νοσοκομεία της Αθήνας ή Θεσσαλονίκης.

Νοσοκομεία ημέρας για παιδιά με ψυχικές διαταραχές δεν υπάρχουν. Υπάρχει περίπου παντελής έλλειψη θεραπειών για τους εφήβους, οι οποίοι συνήθως νοσηλεύονται σε τμήματα ενηλίκων και σε Ιδιωτικές Κλινικές. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει πρόβλεψη για τη δημιουργία τέτοιων Υπηρεσιών στα μεγάλα αστικά κέντρα. Ήδη άρχισαν να λειτουργούν μερικά.

Στην περιοχή Αθηνών υπάρχει ένα Κρατικό Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο όπου νοσηλεύονται παιδιά με νοητική καθυστέρηση και σοβαρές αναπηρίες και έχει πολύ χαμηλό ποσοστό εξόδων.

Στην επαρχία υπάρχουν διάφορα Ιδρύματα (Ασυλα) για παιδιά με σοβαρές διανοητικές καθυστερήσεις που μπορεί να συνδέονται και με ψυχικές διαταραχές. Τα Ιδρύματα αυτά υπάγονται στη Διεύθυνση Αναπήρων του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σχετικά με την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη, από τα 350 εξωτερικά Ιατρεία, μόνο το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης και Ιωαννίνων έχουν από μια ψυχιατρική μονάδα και μόνο ένα Νοσοκομείο Παίδων στην Αθήνα και πρόσφατα ένα στη Θεσσαλονίκη έχουν Παιδοψυχιατρικά τμήματα.

Τα Κεντρικά Πολυιατρεία που ανήκουν στο ΙΚΑ καλύπτουν τις ανάγκες της Ψυχιατρικής. Διαθέτουν 1 Ιατροπαιδαγωγικό Σταθμό στην Αθήνα με περιορισμένο προσωπικό και επικεφαλής το μοναδικό Παιδοψυχίατρο του Ιδρύματος. Το ΙΚΑ διαθέτει πρόσφατα έναν παρόμοιο Σταθμό στη Θεσσαλονίκη, με επικεφαλής μη Παιδοψυχίατρο και με ελάχιστο προσωπικό.

Το ΠΙΚΠΑ έχει 96 Κέντρα Υγείας σ' όλη τη χώρα που παρέχουν δωρεάν περίθαλψη στα παιδιά. 2 Κεντρικά Πολυιατρεία χωρίς τμήμα Παιδοψυχιατρικής - στην Αθήνα και στον Πειραιά, μια Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία καθώς και ένα ημερήσιο ειδικό σχολείο στον Πειραιά για παιδιά με νοητική καθυστέρηση ή και με διαταραχές συμπεριφοράς.

Η Σχολιατρική Υπηρεσία θα μπορούσε να παίζει καθοριστικό ρόλο στον τομέα της Υγειονομικής μέριμνας των παιδιών σχολικής ηλικίας, αλλά υπάρχουν πολλοί παράγοντες που εμποδίζουν τη σωστή λειτουργία της, όπως ανεπαρκής οργάνωση, στελέχωση, ύπαρξη κατάλληλου προσωπικού, ανεπαρκής εκπαίδευση, ειδίκευση και επιμόρφωση των Σχολιάτρων και επιβάρυνσή τους με διάφορες διοικητικές ευθύνες.

Τα προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας εφαρμόζονται από τους ακόλουθους φορείς⁴⁵:

- Από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
- Άλλα Υπουργεία όπως Δικαιοσύνης, Παιδείας, Εργασίας
- Κοινωφελή Ιδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας (ΠΙΚΠΑ, Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας, Εθνικό Ίδρυμα «Βασιλεύς Παύλος»)
- Την εκκλησία. Καθεμιά από τις 90 Μητροπόλεις έχει προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας
- Οργανώσεις Ιδιωτικής Πρωτοβουλίας
- Διάφορους Διεθνείς οργανισμούς (ΟΗΕ, Διεθνής Κοινωνική Υπηρεσία, Συνομοσπονδία για τη σωτηρία του παιδιού, παγκόσμιο συμβούλιο υπηρεσιών).

Ο δημόσιος προϋπολογισμός για τα προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας είναι χαμηλός. Για το 1977 ήταν 1,6% του ακαθάριστου εθνικού εισοδήματος (ΚΕΠΕ, 1979).

Η Διεύθυνση Παιδικής Προστασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας έχει την ευθύνη για τη μελέτη, κατάρτιση και παρακολούθηση της εφαρμογής των προγραμμάτων. Υπάρχουν κρατικά προγράμματα Παιδικής Προστασίας καθώς και προγράμματα Κοινωφελών Ιδρυμάτων που επιχορηγούνται από το κράτος.

Τα προγράμματα Παιδικής Προστασίας διακρίνονται σ' αυτά που παρέχουν κλειστή και ανοιχτή περίθαλψη.

Κλειστής περίθαλψης είναι⁴⁶

- Βρεφοκομεία (3 Δημοτικά, 2 Ιδιωτικά επιχορηγούμενα από το κράτος).
- Ιδρύματα για απροστάτευτα παιδιά (δημόσια, κοινωφελή, της εκκλησίας και άλλων οργανώσεων ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Συνολικά 104).
- Οικοτροφεία.

Μερικές από τις ανεπάρκειες του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας απορρέουν από την οργανωτική του δομή, όπως πολλαπλότητα υπηρεσιών, έλλειψη συντονισμού, εξάλειψη Υπηρεσιών που δεν εκτελούν πλέον αντικειμενικό έργο και αντικατάσταση τους με νέες

⁴⁵ Τσιάντης, Γαζεριάν, Σιπητάνου, Τατά, «Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού στην Ελλάδα», Παιδιατρική, 1982, τεύχος 5, σελ. 321-408

⁴⁶ Τσιάντης, Γαζεριάν, Σιπητάνου, Τατά, «Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού στην Ελλάδα», Παιδιατρική, 1982, τεύχος 5, σελ. 321-408

υπηρεσίες. Επίσης χαμηλές δημόσιες δαπάνες, χαμηλού επιπέδου ιδρυματική περίθαλψη, ανεπαρκή αριθμό Παιδικών Σταθμών, ανεπάρκεια του αριθμού και της εκπαίδευσης του προσωπικού.

Από την άλλη μεριά τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα άρχισαν να λειτουργούν στην Ελλάδα από το 1956 περίπου και μέσα σε 30 χρόνια δεν έχουν επεκταθεί στο βαθμό που χρειάζεται.

Μόνο μετά το 1982 αρχίζει μια προοδευτική αύξηση των Κέντρων, η οποία πάλι περιορίζεται σε μεγάλα αστικά κέντρα. Μια πρόοδος βέβαια που σημειώνεται είναι η προσπάθεια να λειτουργήσουν σε κοινοτικό επίπεδο αλλά ακόμη δεν μπορούν να καλύψουν τις πραγματικές ανάγκες του παιδικού πληθυσμού.

Η τομεοποίηση που άρχισε να εφαρμόζεται στη Θεσσαλονίκη το 1984, μοιάζει να λειτουργεί όσον αφορά την προσέλευση του κοινού στα αντίστοιχα κέντρα αλλά τα κοινοτικά προγράμματα υπολείπονται κυρίως λόγω μεγάλων ελλείψεων σε ειδικευμένο προσωπικό.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί η ανάγκη της Παιδοψυχιατρικής να είναι ανεξάρτητη, συγκεκριμένη ειδικότητα. Η Παιδοψυχιατρική καταλαμβάνει το δικό της κλινικό και ερευνητικό ρόλο. Ειδικά στον τελευταίο δεν πρέπει να γίνονται μεταφορές μοντέλων από τους ενήλικες.

Χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση του κοινού και των «ειδικών» σχετικά με τον κλάδο αυτό, γιατί λόγω της έλλειψης πληροφόρησης και της έλλειψης σωστών γνώσεων δεν γίνονται οι δέουσες παραπομπές, με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός παιδιών, εφήβων και οικογενειών να ταλαιπωρούνται χωρίς τη σωστή διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων⁴⁷.

Έτσι λοιπόν ο Παιδοψυχιατρικός τομέας σε Γενικό Νοσοκομείο με ενισχυμένη Παιδιατρική Κλινική και παράλληλη λειτουργία Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου είναι η πρέπουσα λύση.

Επίσης ο Παιδοψυχιατρικός Τομέας πρέπει να έχει συνεργασία με Πανεπιστημιακά Τμήματα που εκπαιδεύουν φοιτητές σε ειδικότητες συναφείς φοιτητές Γεν. Ιατρικής, Ψυχολογίας, Παιδαγωγικής Κοινων. Επιστημών ή συναφών επαγγελματιών Υγείας καθώς επίσης και με μετεκπαιδευόμενους και ειδικευόμενους σε ειδικότητες που αφορούν το παιδί. Το γεγονός αυτό θα διευκολύνει από εκπαιδευτική και ερευνητική σκοπιά όλους

⁴⁷ Απόφαση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (23η ολομέλεια / 22.4.85)

τους φορείς που ασχολούνται με το παιδί και θα κάνει πιο αποτελεσματική και τη δουλειά της παιδοψυχιατρικής αυτή καθαυτή.

Επίσης είναι επιβεβλημένη η συνεργασία με φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, π.χ. αστικά κέντρα, με σχολεία, συμβούλους, σχολιατρικές υπηρεσίες, επιστημονικές εταιρείες και γενικότερα με οποιοδήποτε φορέα ασχολείται με το παιδί⁴⁸.

Με την ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας σε διάφορες περιοχές γίνεται επιβεβλημένη η ανάγκη κινητών Ιατροπαιδαγωγικών Μονάδων για να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα και συντομότερα τα προβλήματα παιδιών της επαρχίας, π.χ. έχουν κατακλυσθεί τελευταία τα κέντρα τουλάχιστον στη Θεσσαλονίκη με περιπτώσεις παιδιών με καθυστερήσεις για χορήγηση επιδομάτων. Αυτές οι περιπτώσεις θα αντιμετωπίζονταν καλύτερα από τις κινητές μονάδες και δεν θα παρακόλυαν το έργο των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων⁴⁹.

Οι ξεχωριστές κλινικές για εφήβους δεν μπορούν να θεωρηθούν αποκομμένες από τον Παιδοψυχιατρικό Τομέα, γιατί αποτελούν λειτουργικό μέρος του, σύμφωνα και με τις σύγχρονες απόψεις περί εξελικτικής θεώρησης των προβλημάτων των παιδιών.

Ενώ η Παιδοψυχιατρική έχει περίπου 30 περίπου χρόνια λειτουργίας και είναι γενικά αποδεκτό ότι διαφέρει σημαντικά από την Ψυχιατρική των Ενηλίκων, δυστυχώς ακόμη, όπως φαίνεται και απ' τις στατιστικές, καλύπτεται στη χώρα μας σε μεγάλο βαθμό από την Ψυχιατρική. Αυτό βέβαια έχει τη δικαιολογία του γιατί η ειδικότητα της Παιδοψυχιατρικής είναι ανεπαρκής. Πρέπει να τονίσουμε ότι μόνο το Πανεπιστήμιο Κρήτης έχει στις βαθμίδες των Καθηγητών του την Ειδικότητα της Παιδοψυχιατρικής, με αποτέλεσμα στα Πανεπιστήμια η Παιδοψυχιατρική να διδάσκεται από Ψυχιάτρους.

Η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας έχει περάσει από τη φάση της παραδοσιακότητας στη μεταβατική. Η φάση αυτή διαρκεί ακόμα, αν και στις άλλες δυτικές χώρες δεν υπερέβη τη δεκαετία. Η κατάσταση αυτή αποτελεί την αιτία για την ανεπάρκεια στην ανάπτυξη ικανού αριθμού εναλλακτικών κοινοτικών ψυχιατρικών δομών, καθώς και υπηρεσιών επαγγελματικής αποκατάστασης, που να λειτουργήσουν στο πλαίσιο ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την κάλυψη πραγματικών αναγκών του πληθυσμού.

⁴⁸ Απόφαση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (23η ολομέλεια / 22.4.85)

⁴⁹ Τσιάντης, Γαζεριάν, Σιπητόνου, Τατά, «Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού στην Ελλάδα», Παιδιατρική 1982, τεύχος 5, 321-408,

Συγκεκριμένα, με βάση έγκυρα ελληνικά επιδημιολογικά δεδομένα, περίπου 1.500.000 άτομα νοσούν από κάποια συγκεκριμένη ψυχική νόσο, από τα οποία 105.000 πάσχουν από σχιζοφρένεια. Στον αριθμό αυτόν πρέπει να προσθέσουμε και άλλες νοσολογικές οντότητες, όπως οι συναισθηματικές ψυχώσεις και οι οργανικές και αναπτυξιακές διαταραχές, η νοητική καθυστέρηση, καταστάσεις με χρόνια διαδρομή. Όλες αυτές οι νοσολογικές οντότητες απαιτούν, σε μικρό ή μεγάλο βαθμό, παρεμβάσεις στο άτομο ή στην οικογένειά του για την ψυχοκοινωνική αποκατάστασή του και την ισότιμη ένταξη στην κοινότητα.

Ορόσημο στην ανάπτυξη του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα υπήρξε η υλοποίηση του Προγράμματος του Κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ με αφορμή την κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λερού, κόστους 120 εκατομμυρίων ECU. Σύμφωνα με το Πρόγραμμα αυτό, για την περίοδο 1984-1995 αναπτύχθηκαν 260 νέες δομές, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Νοσοκομεία Ημέρας, Εργαστήρια Αποκατάστασης, ξενώνες, οικοτροφεία και άλλες υπηρεσίες. Το πρόγραμμα αυτό πέρασε από πολλές θετικές και αρνητικές φάσεις που έχουν ήδη αναλυθεί.

Παρά την ανάπτυξη των νέων δομών, στη χώρα μας δεν είχε τομεοποιηθεί ούτε είχε οργανωθεί ένα περιφερειακό σύστημα ψυχικής υγείας, ενώ οι υπηρεσίες οι εναλλακτικές στο ψυχιατρείο ήταν λιγότερες από το 50% αυτών που απαιτούνται και οι θέσεις προεργασιακής - εργασιακής αποκατάστασης δεν υπερέβαιναν τις 2.000 και της στεγαστικής αποκατάστασης 2.300. Όλες αυτές οι θέσεις έχουν ήδη καταληφθεί, στην πλειονότητά τους, από χρόνιους αρρώστους. Άρα, οι ανάγκες των νέων περιπτώσεων και των 2.500 χρόνιων ακόμη εγκλείστων των ασύλων, που θα πρέπει να αποϊδρυματιστούν, π.χ., στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργώς», δεν καλύπτονται από το υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών αποκατάστασης.

Έτσι φαίνεται ότι στην οικογένεια και στην ίδια την κοινότητα πέφτει το βάρος για την επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων αρρώστων, ένα φαινόμενο που κατατάσσει τη χώρα μας στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες. Το φαινόμενο αυτό δεν είναι ολότελα θετικό, γιατί έχει και παρενέργειες.

2.2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Η μετάβαση από την ασυλική Ψυχιατρική έχει προ πολλού λήξει.

Η μεταρρύθμιση η οποία πραγματοποιήθηκε είχε ως σκοπό την κοινωνική-κοινοτική Ψυχιατρική καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς, όπου αυτό επιδιώκεται μέσω οργανωμένου συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο Νόμος 1397/83 επέτυχε τη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας. Επίσης ο νόμος 2716/99 επέτυχε την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας χάρη στην

χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας επετεύχθη σε ικανοποιητικό βαθμό η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Μετά το τέλος του Κανονισμού 815 το 1995, η χρηματοδότηση και η συνέχιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη Ελλάδα βασίζεται σε προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχωτικών μέσω του προγράμματος «Ψυχαργώ», ένα ολοκληρωμένο δεκαετές σχέδιο που δόθηκε για πρώτη φορά το έτος 1997 και το οποίο περιγράφει 2 κατηγορίες δράσεων:

- Παρέμβαση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Ανάπτυξη δομών στην κοινότητα (Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης)

Προκειμένου να υλοποιηθούν απρόσκοπτα οι παραπάνω στόχοι, εκδόθηκε ο Νόμος 2716/1999 περί «Ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.»

Στο άρθρο 9 προβλέπεται ότι: «Οι Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες.»

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα Προστατευμένα Διαμερίσματα παρέχονται σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του νδ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες.

Οι αρχές, οι προϋποθέσεις, η στελέχωση, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Μ. Ψ. Α. και των Π. Π. Δ. για άτομα με ψυχικές διαταραχές και νοητική υστέρηση με



δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές καθορίζονται από την ΥΑ Α3Α/ΟΙΚ.876/00 (ΦΕΚ 661 Β'/00) που εκδόθηκε κατ' εφαρμογή του Νόμου 2716/1999.

Σύμφωνα με το άρθρο 7 «Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια ενέργεια όπου δίνονται δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.»

Στο πρόγραμμα της ΕΟΚ 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία.



2.3 ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ « ΨΥΧΑΡΓΩΣ»



Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκτόνησε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργώς⁵⁰».

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

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (τομεοποίηση). Πρόκειται ουσιαστικά για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παρεχόμενη ασυλικού τύπου περίθαλψη, όπως συνέβαινε μέχρι σήμερα, στην κοινοτική φροντίδα. Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» είναι ένα διαρκές 10ετούς ανάπτυξης πρόγραμμα δράσεων, το οποίο παρατείνεται, που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο στον τομέα ψυχικής υγείας.

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

Μέρος της Α' Φάσης του προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «Ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων). Αυτό το μέρος της Α' φάσης του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα

⁵⁰ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανακτημένο 16/4/2009 από: <http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/toprogramma-psychargos>

Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. την υλοποίηση της Α' φάσης του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Βασικοί στόχοι του Μέτρου ήταν:

- Η παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα και στους αντίστοιχους Τομείς Ψυχικής Υγείας στο σύνολο της χώρας. Επιδιώκεται η έξοδος μεγάλου μέρους χρόνιων ασθενών των ψυχιατρείων, διαμέσου μιας διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα έχει ως στόχο την ισότιμη και πλήρη εργασιακή και κοινωνική ένταξη για το μεγαλύτερο αριθμό από αυτούς.
- Η ανάπτυξη ειδικών και ενδεχομένως σε άλλους φορείς που παρουσιάζουν συναφή προβλήματα και η συνέχιση δράσεων κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.) στο Δαφνί, στο Ψυχιατρείο της Λέρου και η ολοκληρωμένη προετοιμασία για την έξοδο των ασθενών στην κοινότητα.

Οι προτεραιότητες στο πλαίσιο αυτού του Μέτρου, αφορούσαν σε τρία αλληλοσυμπληρούμενα επίπεδα. Συγκεκριμένα:

- Πρόκειται για ενέργειες υποστήριξης υπηρεσιών και φορέων που εμπλέκονται στην υλοποίηση των δράσεων αποασυλοποίησης και κοινωνικο-οικονομικής (επαν)ένταξης των ασθενών.
- Προβλέπεται η ενίσχυση των εργαζομένων που εμπλέκονται στην αποασυλοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, ώστε να διαχειριστούν με επιτυχία δικές τους ενδεχόμενες προϋδεάσεις, προκαταλήψεις και να υποστηρίξουν το καθημερινό έργο τους με βελτίωση των δεξιοτήτων τους.
- Προβλέπεται λειτουργία δομών αποασυλοποίησης.

Τα αποτελέσματα εφαρμογής της Α' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώς» είναι τα εξής:

- Δημιουργία 92 ξενώνων και 13 οικοτροφείων αποασυλοποίησης.
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών.
- Προκατάρτιση, κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία) 769 ασθενών.
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών.
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Πίνακας 1: Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001⁵¹

Ξενώνες αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	92
Οικοτροφεία αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	13
Προστατευμένα Διαμερίσματα	94
Ενδονοσοκομειακοί Ξενώνας αποκατάστασης	3

Τα διαγράμματα που ακολουθούν είναι ενδεικτικά της εικόνας απορρόφησης που παρουσίαζε το μέτρο στα μέσα της εφαρμογής του.

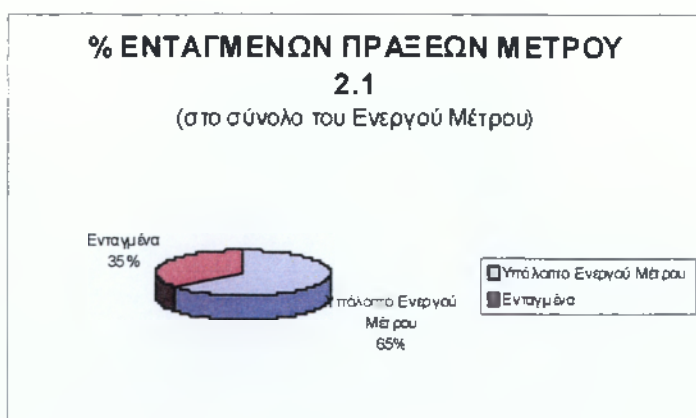
Συνολικά, στο Μέτρο 2.1 μέχρι τότε είχαν ενταχθεί 31 πράξεις, προϋπολογισμού 21.640.147,46 Ευρώ, ενώ παράλληλα, βρίσκονταν σε διαδικασία συντονισμού 21 πράξεις συνολικού προϋπολογισμού 18.026.156,80 Ευρώ.

Η πορεία υλοποίησης του Μέρου περιγράφεται στα διαγράμματα που ακολουθούν:



Απεικονίζεται το ποσοστό ενεργοποίησης του Μέρου, δηλαδή το ποσοστό του προϋπολογισμού του Μέρου για το οποίο έχουν γίνει Προσκλήσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος

Παρουσιάζεται ο προϋπολογισμός των ενταγμένων έργων ως ποσοστό του προϋπολογισμού που έχει ενεργοποιηθεί



⁵¹ α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας β) Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύλισης & Παρακολούθησης "Ψυχαργός - Α' φάση"

Ανακτημένο 16/4/2009 από: <http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-drasesis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos-to-programma-psychargos>

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

Η Β' Φάση του προγράμματος "Ψυχαργός" αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2009 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και χρηματοδοτείται με το συνολικό ποσό των 218,64 εκατομμυρίων ΕΥΡΩ.

Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006 περιελάμβανε την υλοποίηση πράξεων που χρηματοδοτούμενες από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ). Αφορούσαν κυρίως, τα μεν έργα ΕΤΠΑ, στον εκσυγχρονισμό των υποδομών (περιλαμβανομένου του εξοπλισμού) και νέες ειδικές κτιριακές εγκαταστάσεις, ενώ το ΕΚΤ χρηματοδοτούσε κυρίως, εκτός από τις ενέργειες κατάρτισης και υποστήριξης ευπαθών ομάδων, την ανάπτυξη και λειτουργία δομών αποασυλοποίησης ψυχικά ασθενών και τη λειτουργία προνοιακών δομών.

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

Ουσιαστικά αναφερόμαστε σε δύο άξονες. Ο πρώτος αφορά στη συνέχιση της αποασυλοποίησης, ο δεύτερος στη δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Η αρχική πρόβλεψη διάρκειας της φάσης ήταν μέχρι το 2007, διάρκεια η οποία παρατάθηκε και για λόγους παράτασης του Γ' ΚΠΣ και των συγχρηματοδοτήσεων για τις πυρόπληκτες περιοχές της 5^{ης}, 6^{ης} και 1^{ης} ΥΠΕ.

Σύμφωνα με το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Θεσμικό πλαίσιο για την Ψυχική Υγεία⁵²» στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, προτάθηκε να αναπτυχθούν και οι ακόλουθες κατηγορίες πράξεων:

- ✓ Στελέχωση με ικανό αριθμό εξειδικευμένου προσωπικού υφισταμένων δομών που υπολειπονταν και αυτών που πρόκειται να λειτουργήσουν.
- ✓ Λειτουργία δομών. Σύμφωνα με το σχεδιασμό, έως το τέλος του 2007 προβλέπεται η κατάργηση πέντε (5) Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και η δραστική μείωση του αριθμού των νοσηλευομένων στα υπόλοιπα. (Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που σχεδιάστηκε να

⁵² Διαχειριστική αρχή εθνικού προγράμματος «Υγεία και πρόνοια», μονάδα Ελέγχου.
Ανακτήθηκε 3/7/2009 από: http://www.mpsy.gr/gr/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=24&showall=1

κλείσουν είναι της Πέτρας Ολύμπου, των Χανίων, της Κέρκυρας, της Τρίπολης και το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Νταού Πεντέλης).

- ✓ Λειτουργία δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης.
- ✓ Λειτουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, που απευθύνονται σε ειδικούς πληθυσμούς (άτομα με αυτισμό, χρήστες τοξικών ουσιών, αλκοολικοί).
- ✓ Υλοποίηση ενεργειών κατάρτισης, που απευθύνονται σε ψυχικά ασθενείς.
- ✓ Λειτουργία Κοινωνικών Επιχειρήσεων και Συνεταιρισμών, με στόχο την εργασιακή αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.
- ✓ Κατάρτιση εκπαιδευτών και στελεχών του τομέα Ψυχικής Υγείας.
- ✓ Διαμόρφωση εναλλακτικών μεθόδων διδασκαλίας και διδακτικού υλικού.
- ✓ Εκπαιδευτικές επισκέψεις και ανταλλαγές με φορείς, που στοχεύουν στη μεταφορά τεχνογνωσίας
- ✓ Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία
- ✓ Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- ✓ Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης κ.α.

Τα αποτελέσματα εφαρμογής της Β' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» σύμφωνα με την απογραφή της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης του έργου το 2005 είναι τα εξής:

- Έχουν δημιουργηθεί 377 μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για την αποσυλοποίηση 2659 χρόνιων ασυλικών ασθενών από τα ψυχιατρεία.
- Έχουν αναπτυχθεί 29 μονάδες ψυχικής υγείας στην κοινότητα
- Έχουν γίνει 7 κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.
- Τον Ιανουάριο του 2004 έκλεισαν οριστικά όλα τα τμήματα των χρόνιων ψυχικά ασθενών στο νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου.
- Τον Οκτώβριο του 2005 μετασηματίστηκε το ψυχιατρικό νοσοκομείο Χανίων και ένα έτος μετά έκλεισε το ψυχιατρείο Κέρκυρας

Οι Πίνακες είναι ενδεικτικοί της εξέλιξης των μέτρων:

Πίνακας 1:			
«Ψυχαργώς - β' φάση»: Δομές αποασυλοποίησης που δημιουργήθηκαν και λειτουργούν από το 2002 έως σήμερα (Οκτώβριος 2005)			
Τύπος Δομής	Πλήθος	Ένοικοι	Προσωπικό
Ξενώνες	10	113	154
Οικοτροφεία	63	940	1.425
Προστατευμένα Διαμερίσματα	73	236	0*
Σύνολα	146	1.289	1.589
* Υποστηρίζονται από το προσωπικό άλλων δομών			

Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας

β) Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης "Ψυχαργώς - Β' φάση", Βάση Δεδομένων Έργων

Τα επιτεύγματα στον τομέα της ανάπτυξης μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα, που λειτουργούν μέχρι τον Οκτώβριο του 2005 παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα:

Πίνακας 2:		
«Ψυχαργώς - β' φάση»: Κοινοτικές Δομές ψυχικής υγείας, που δημιουργήθηκαν και λειτουργούν από το 2002 έως σήμερα (Οκτώβριος 2005)		
Τύπος Δομής	Πλήθος	Προσωπικό
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	2	21
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	1	11
Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες Βραχείας Παραμονής	1	17
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	4	44
Κέντρα Ημέρας	14	110
Μονάδες αντιμετώπισης Νόσου Alzheimer	2	71
Ξενώνες για άτομα με Αυτισμό	1	22
Ολοκληρωμένο Κέντρο αντιμετώπισης Αυτισμού	1	40
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	3	34
Σύνολα	29	370

Για την επίτευξη των στόχων του σχεδιασμού μέχρι το τέλος της Γ΄ προγραμματικής περιόδου (Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης) είχε προγραμματιστεί να λειτουργήσουν οι εξής κοινοτικές δομές⁵³:

Πίνακας 3:		
«Ψυχαργώς - β΄ φάση»: Κοινοτικές Δομές ψυχικής υγείας, που πρόκειται να λειτουργήσουν έως το 2007.		
Τύπος Δομής	Πλήθος	Προσωπικό
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	29	616
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	4	91
Ψυχιατρικά Τμήματα Εφήβων σε Γενικά Νοσοκομεία	5	124
Μονάδες Οξέων σε Γενικά Νοσοκομεία	2	42
Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες Βραχείας Παραμονής	16	217
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	24	371
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	8	145
Κέντρα Ημέρας	11	97
Νοσοκομεία Ημέρας	2	27
Προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας	2	23
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	16	268
Σύνολα	119	2.021

2.3.1 ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΔΙΑΔΡΟΜΕΣ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η αποτελεσματική εφαρμογή του Μέτρου εξαρτήθηκε σε μεγάλο βαθμό από την εξασφάλιση συγκεκριμένων προϋποθέσεων, οι οποίες είχαν αποτυπωθεί στα εγκεκριμένα Συμπληρώματα Προγραμματισμού.

Ενδεικτικά, οι πιο σημαντικές σχετίζονταν με την ολοκλήρωση του θεσμικού και διοικητικού πλαισίου για την ύπαρξη και λειτουργία των δομών Ψυχικής Υγείας, την ολοκλήρωση των προσλήψεων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, την κατάρτιση του

⁵³ Ξενώνας «Χαραυγή» .Ανάκτηση 21/5/2009 από:

http://www.xaraygi.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=36

προσωπικού που προσλαμβάνεται (Μέτρο 2.4) και την ολοκλήρωση των κτιριακών παρεμβάσεων και του εξοπλισμού των δομών αποασυλοποίησης (Μέτρο 2.2). κ.α.

Οι προϋποθέσεις αυτές, ωστόσο, προκύπτουν συνήθως μέσα από χρονοβόρες διαδικασίες. Σε κάποιες περιπτώσεις, μάλιστα, η αυτονόητη διασφάλιση της χρονικής αλληλουχίας τους, προκαλούσε περαιτέρω καθυστερήσεις στην αποτελεσματική υλοποίηση του Προγράμματος.

Παράδειγμα, η περίπτωση της αδειοδότησης και σύνταξης του κτιριακού προγράμματος νέων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ή νέων δομών στην κοινότητα, οι οποίες πρέπει να προηγούνται διαδικαστικά της στελέχωσης και της λειτουργίας των δομών αυτών.

Συγκεκριμένα, είναι δυνατό να προσδιοριστούν δύο κατηγορίες παραγόντων οι οποίοι καθόρισαν, σε μεγάλο βαθμό, την πορεία υλοποίησης του Μέρου:

1. παράγοντες θεσμικού και διοικητικού τύπου και
2. παράγοντες εγγενείς που αφορούν στους εμπλεκόμενους φορείς

Ειδικότερα:

1. Οι παράγοντες θεσμικού και διοικητικού τύπου αφορούν σε:
 - ο Στη σύνταξη κτιριολογικού προγράμματος των νέων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα).
 - ο Στην έγκριση / τροποποίηση Οργανισμών των Ψυχιατρικών και Γενικών Νοσοκομείων σε σχέση με τις νέες δραστηριότητες των Φορέων.
 - ο Στην επιτάχυνση της διαδικασίας αδειοδότησης δομών Ψυχικής Υγείας των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.)
2. Οι εγγενείς παράγοντες αφορούσαν:
 - ο Στις δυνατότητες των διαφορετικών Τελικών Δικαιούχων, ακόμη και των πιο έμπειρων, να λειτουργήσουν αποτελεσματικά στο νέο και αυστηρότερο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ.
 - ο Στις δυνατότητες της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στο σύνθετο ρόλο που καλείτο να διαδραματίσει κατά τη νέα προγραμματική περίοδο ως Τελικός Δικαιούχος, αλλά και ως θεσμικά αρμόδια υπηρεσία για το συντονισμό, την υποστήριξη και την εποπτεία των φορέων του τομέα ψυχικής υγείας. Αν και η εμπειρία υπήρχε από τη μέχρι τότε υλοποίηση του μεταρρυθμιστικού προγράμματος των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε εθνικό

επίπεδο (Α΄ φάση «Ψυχαργός»), ωστόσο, δε διέθετε επαρκή αριθμό στελεχών, με δεδομένο, μάλιστα, το σύνθετο και εξαιρετικά απαιτητικό πλαίσιο που διαμορφωνόταν από τους νέους όρους εφαρμογής.

2.4 Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η κοινοτική ψυχιατρική αναλαμβάνει να προσεγγίσει την κοινότητα να την ενημερώσει, να την αναμορφώσει αν χρειάζεται, να συνεργαστεί μαζί της για την αποκατάσταση ενός ή περισσοτέρων μελών που πάσχουν από ψυχική νόσο, να φροντίσει – σε συνεργασία με τους κοινοτικούς φορείς – την προληπτική θεώρηση και εφαρμογή της ψυχικής υγείας γενικότερα και έτσι συνολικά να ενταχθεί – σαν αναπόσπαστο κομμάτι της – μέσα στην κοινότητα και να διάγει «Βίο παράλληλο με τις κοινοτικές εξελίξεις σε θέματα ψυχικής υγείας και υγιεινής».

Αν τώρα λάβουμε υπ' όψιν και την ύπαρξη του Τομέα, τότε η εφαρμογή της κοινοτικής ψυχιατρικής και γενικά η θεώρηση των πραγμάτων απ' την σκοπιά της, γίνονται πιο επιστημονικά και πιο εμπειριστατωμένα και κατά συνέπεια έχει και τα ανάλογα αποτελέσματα.

Ο Μαδιανός υποστηρίζει ότι, στη χώρα μας μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70 επικρατούσε ο συγκεντρωτισμός των ψυχιατρικών υπηρεσιών με έντονα παγιωμένη και ανεπτυγμένη νοοτροπία του εγκλεισμού. Από το 1970 και μετά παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές εξελίξεις στην ψυχιατρική στην Ελλάδα. Και τότε άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής έναντι στην παραδοσιακή ψυχιατρική στον Ελλαδικό χώρο καθώς και ομάδες συμπαράστασης στους ψυχιατρικούς έγκλειστους των ασύλων.

Παρ' ότι είχε ήδη, απ' το 1985, ξεκινήσει η λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στη Νοταρά με στόχο την πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη, δεν λειτουργούσε με βάση την εξυπηρέτηση ενός γεωγραφικού τομέα και την ιδεολογία και τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής⁵⁴.

Με βάση τα παραπάνω οι Στυλιανίδης και Καρακώστας το 1984 με ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, υποστηρίζουν ότι μέσα στο ίδιο

⁵⁴ Μαδιανός Γ. Μ., «Το κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα σήμερα: η πρώτη εμπειρία στην Καισαριανή – Βύρωνα», ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ.97.

εντάσσεται η εμφάνιση νέων δομών στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Βέβαια οι «νέες δομές» υποκινήθηκαν – σε μεγάλο βαθμό από ομάδες ψυχιάτρων και γενικότερα λειτουργών της ψυχιατρικής πολύ πιο πριν απ’ τον Ν.1397/83 που αναφερόταν στη σύσταση Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και Ψυχιατρικών Τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία. Οι νέες αυτές δομές ονομάζονται «ενδιάμεσες» γιατί αφορούν τη δημιουργία κάθε κοινοτικού χώρου σε μικρή κλίμακα, ενσωματωμένου στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό στην κοινωνική ζωή, που μπορεί να χρησιμεύει σαν ενδιάμεσος σ’ όλες τις καταστάσεις αποκοπής απ’ αυτή, δηλαδή σαν διέξοδος σε παραμονή σε ίδρυμα, σε πρώιμο οικογενειακό «ξερίζωμα», σε κοινωνική ή ψυχιατρική αναπηρία ή σε οποιαδήποτε κατάσταση κρίσης.

Ο Ν. Μώρος αναφερόμενος στις ενδιάμεσες δομές το 1983 επεσήμανε τους στόχους τους στις ακόλουθες θεωρήσεις⁵⁵:

- 1) Σαν μια προσέγγιση της ψυχιατρικής που αντιπροσωπεύουν και στοχεύουν σε μια συρρίκνωση των ασύλων γιατί η δημιουργία των δομών αυτών επιτρέπει την αντιμετώπιση όλων σχεδόν των περιστατικών που συχνά καταλήγουν στα άσυλα. Έτσι ο ρόλος του ασύλου περιορίζεται στο απολύτως αναγκαίο και είναι αναπόφευκτα εύλογο πως η προσπάθεια για συρρίκνωση του ασύλου είναι στενά συνδεδεμένη με την αποασυλοποίηση. Επίσης συνδέεται με τον εκσυγχρονισμό της ψυχιατρικής περίθαλψης και αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενή καθώς και την ενεργητική συμμετοχή της κοινωνικής ομάδας στην προάσπιση της ψυχικής υγείας.
- 2) Σαν αποκέντρωση της ψυχιατρικής περίθαλψης που ουσιαστικά σημαίνει εφαρμογή κοινοτικής ψυχιατρικής σε επιστημονική βάση με την ύπαρξη τομέα και σωστού σχεδιασμού και οργάνωσης προκειμένου να επιτευχθεί η κάλυψη αναγκών των «εν ενεργεία» και των «εν δυνάμει» καταναλωτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- 3) Σαν μια ολοκληρωμένη ψυχιατρική περίθαλψη, δηλαδή δημιουργία των δομών εκείνων που το σύνθετο φάσμα των προβλημάτων ψυχικής υγείας καθιστά απαραίτητο. Αυτό σημαίνει – έστω και μακροπρόθεσμα – τη λειτουργία πλέγματος παροχής υπηρεσιών που καθιστά την ψυχική κάλυψη συνεχή με βάση τις ανάγκες και θα εξαπλώνεται, απ’ τον γενικό γιατρό μέχρι το απόλυτα εξειδικευμένο κέντρο και μέχρι την υπηρεσία αποκατάστασης και θα επιτρέπει την αξιοποίηση όλων των θεραπευτικών δυνατοτήτων που η ψυχιατρική διαθέτει σήμερα.

⁵⁵ Μώρος Ν., «Για την αναμόρφωση της ψυχιατρικής περίθαλψης» Τετράδια Ψυχιατρικής, Γενάρης, Φλεβόρης, Μάρτης 1985, σελ.5 -7.

- 4) Σαν μια κοινωνικοποίηση των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Με λίγα λόγια είναι η δημιουργία εκπαιδευτικών θεσμών και η παροχή εκπαιδευτικών δυνατοτήτων που να επιτρέπουν στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να ανταποκριθούν στις ανάγκες ενός συστήματος ψυχιατρικής με διαφορετική λογική, αντιλήψεις και ποιότητα.
- 5) Σαν μια προτεραιότητα στην προληπτική ψυχιατρική και την ανοικτή περίθαλψη. Δηλαδή παρέμβαση στην κοινότητα και τις κοινωνικές ομάδες, με απώτερο σκοπό την ενεργοποίηση των ενδιαφερόμενων ομάδων, ή κοινωνικών – κοινοτικών φορέων.

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα «Λέρος 1» και «Λέρος 2» ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού.

Η πρώτη φορά κατά την οποία έγινε προσπάθεια αποαποϊδρυματοποίησης χρόνιων ψυχωτικών, ως προσπάθεια ψυχοκοινωνικής επανένταξης στους τόπους καταγωγής τους ήταν το 1990 με σκοπό την αναζήτηση κατάλληλων στοιχείων τα οποία θα βοηθούσαν στην πραγματοποίηση του στόχου.

Πολλά άρθρα του νόμου 2071/92 αφορούν στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την εναρμόνιση του νομικού πλαισίου της ψυχιατρικής πρακτικής με τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα.

Σταθμό για την ψυχική υγεία σε περιφερειακό επίπεδο θεωρείται η ψήφιση του νόμου 2716 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Η διαίρεση της χώρας σε Τομείς ψυχικής υγείας(τομεοποίηση) αν και άρχισε να εφαρμόζεται, τύποις τουλάχιστον, με καθυστέρηση είκοσι κα σαράντα χρόνια σε σύγκριση με την Ιταλία και τη Γαλλία αντίστοιχα αποτελεί βασικό συστατικό της οργάνωσης συστήματος ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας.

2.4.1 ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ-ΧΑΡΤΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Η εικόνα στην Πελοπόννησο έχει αλλάξει. Κατά το παρελθόν, σύνηθες φαινόμενο ήταν οι κακοντυμένοι ασθενείς που ζητούσαν από επισκέπτες και περαστικούς τσιγάρα ή χρήματα. Δεν είχαν αίσθηση του χώρου, του χρόνου, δεν είχαν κανέναν ρόλο, καμία κοινωνική επαφή, ούτε καν προσωπικά αντικείμενα. Ήταν απλώς ασθενείς, που μετά από χρόνια νοσηλεία η οικογένεια είτε δεν υπήρχε είτε δεν τους δεχόταν πίσω. Με την αποασυλοποίηση, η εικόνα άλλαξε. Πλέον απολαμβάνουν περισσότερα, έχουν λόγο έστω για απλά πράγματα όπως τι θα φάνε και πώς θα μαγειρέψουν, έχουν ασχολίες. Η ποιότητα ζωής τους έχει αλλάξει πραγματικά.

Με τη μετάβαση η κοινωνία έχει αποφύγει να αναπαράγει τα ίδια, να δημιουργεί μικρά άσυλα. Το ζητούμενο που ήταν να μην παρέχουμε τα πάντα στους ασθενείς αλλά να τους αφήνουμε χώρο για πρωτοβουλίες έχει, εν μέρει, επιτευχθεί. Οι κοινωνία της Πελοποννήσου άλλαξε και έχει απαλλαγεί από την «αναπηρία» της. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να εργάζονται, να συμμετέχουν σε δραστηριότητες, να έχουν κοινωνική ζωή, να χρησιμοποιούν τις δομές όπως εμείς το σπίτι μας.

Δυστυχώς όμως, κάποιοι νομοί υπολείπονται των άλλων. Αυτή τη στιγμή στο Νοσοκομείο Καλαμάτας δε λειτουργεί το Ψυχιατρικό Τμήμα παρόλο που εργάζονται σε αυτό δύο ψυχίατροι. Τα κρεβάτια της ψυχιατρικής κλινικής δυστυχώς χρησιμοποιούνται από την παθολογική.

Σύμφωνα με την έκθεση του 2006 του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας «η κίνηση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης θα μειωθεί αν λειτουργήσουν τα νοσοκομεία Ηλείας και Μεσσηνίας, που διαθέτουν έτοιμες ψυχιατρικές κλινικές και αναμένουν το απαραίτητο προσωπικό. Έχουν επίσης προβλεφθεί σε μελλοντικό χρόνο 30 κλίνες στο Παναρκαδικό νοσοκομείο».

Βάσει στοιχείων της Εκθέσεως, η προέλευση των εισαγωγών του 2006 έχει ως εξής για το νοσηλευτήριο στο Βαλτέτσι: Αχαΐα 123, Ηλεία 120, Μεσσηνία 163, Αργολίδα 97,

Κορινθία 91, Λακωνία 76, Αιτωλοακαρνανία 92, Αρκαδία 112, Κεφαλονιά και Ζάκυνθος 43. Τουλάχιστον γι' αυτή τη χρονιά, οι προερχόμενοι από τη Μεσσηνία ασθενείς ήταν οι περισσότεροι.

Αν αναλογιστούμε ότι ένα στα τέσσερα άτομα θα αντιμετωπίσουν κάποια ψυχική διαταραχή τουλάχιστον μία φορά κατά την διάρκεια της ζωής τους, ότι η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις πιο συχνές διαταραχές-επηρεάζει 1 στις 6 γυναίκες στην Ευρώπη- και εκτιμάται ότι το 2020 θα αποτελεί την συχνότερη ασθένεια στον αναπτυσσόμενο κόσμο και την δεύτερη αιτία αναπηρίας, ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση σημειώνονται κάθε χρόνο περίπου 59.000 αυτοκτονίες, 90% των οποίων οφείλονται σε ψυχικές διαταραχές, ότι ευάλωτες και περιθωριοποιημένες ομάδες όπως άνεργοι, μετανάστες, ΑμεΑ , άτομα που υφίστανται κακομεταχείριση, χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν πρόβλημα ψυχικής υγείας συμπεραίνουμε ότι στο μέλλον ότι πολίτες που θα αντιμετωπίσουν κάποια ψυχική διαταραχή και στην Πελοπόννησο θα διαρκώς περισσότεροι.

Η απρόσκοπτη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο ν. Μεσσηνίας με την καλύτερη δυνατή διασφάλιση των δικαιωμάτων των ωφελουμένων και των εργαζομένων , η εξασφάλιση σημαντικών πόρων για τη στήριξη του κόστους λειτουργίας των υπαρχουσών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και η δημιουργία πρέπει διαρκώς να βρίσκονται στα πλαίσια διεκδίκησης των Μεσσηνίων.

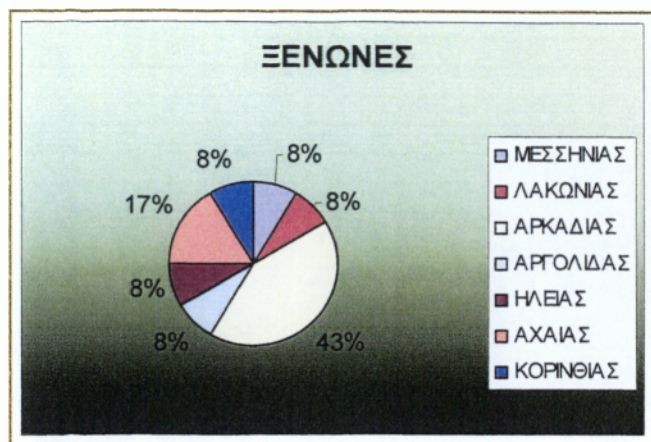
ΧΑΡΤΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ⁵⁶

ΔΟΜΕΣ	ΝΟΜΟΙ						
	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	ΔΑΚΩΝΙΑΣ	ΑΡΚΑΔΙΑΣ	ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	ΗΛΕΙΑΣ	ΑΧΑΪΑΣ	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ
Κέντρα ημέρας	1		2				
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	1		1			2	
Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας	1	1		1		1	
Ξενώνες	1	1	5	1	1	2	1
Οικοτροφεία	1		3			2	2
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	1		4	2		2	2
Ψυχιατρείο			1				
Ψυχιατρικό Τμήμα		1			1	1	1
Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο						1	
Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης						1	
Κοινωνικό Συνεταιρισμό Φορέας Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας και Ερευνών						1	



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ

Ανάκτηση στις 21/5/2009 από <http://www.mentalhealthmap.gr/>

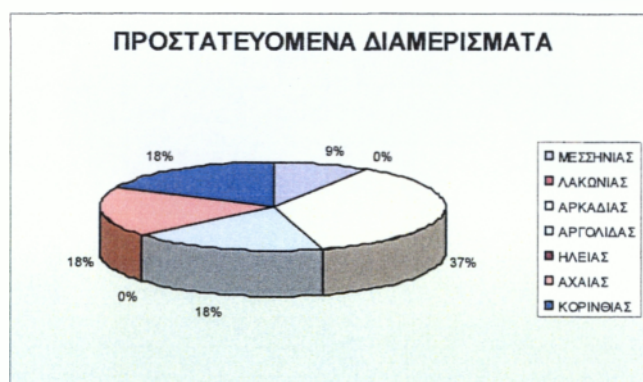
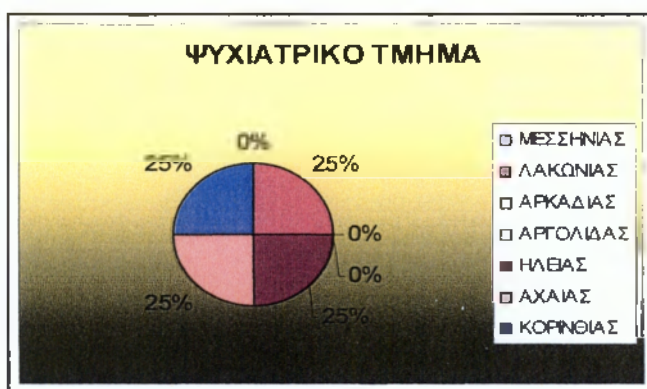


ΓΡΑΦΗΜΑ 1

Το μεγαλύτερο ποσοστό ξενώνων βρίσκεται στους νομούς Αχαΐας και Αρκαδίας ενώ στους υπόλοιπους η κατανομή είναι ισόποση.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2

Μηδενικό το ποσοστό ψυχιατρικών τμημάτων στους νομούς Μεσσηνίας, Αρκαδίας και Αργολίδας.

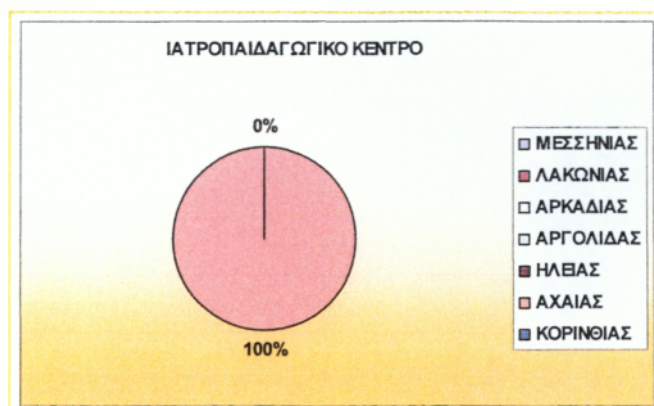


ΓΡΑΦΗΜΑ 3

Χαμηλό το ποσοστό των προστατευόμενων διαμερισμάτων στη Μεσσηνία σε σχέση με τους άλλους νομούς.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4

Με εξαίρεση την Αχαΐα κανένα Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο στους νομούς της Πελοποννήσου.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΝΟΜΟΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ-ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η Μεσσηνία είναι νομός της Ελλάδας που βρίσκεται στη νοτιοδυτική Πελοπόννησο. Περικλείεται στα βόρεια από τον ποταμό Νέδα και τα Αρκαδικά Όρη, στα ανατολικά από το όρος Ταΰγετος, στα νότια από τον Μεσσηνιακό Κόλπο και στα δυτικά από το Ιόνιο Πέλαγος. Συνορεύει στα βόρεια με το νομό Ηλείας, στα βορειοανατολικά με το νομό Αρκαδίας και στα ανατολικά με το νομό Λακωνίας.

Με πρωτεύουσα την Καλαμάτα, ο νομός Μεσσηνίας συγκεντρώνει ποσοστό 1,6% του πληθυσμού της χώρας και παράγει 1,1% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Είχε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά φυσικής μείωσης του πληθυσμού τα έτη 1998 -2001 (υπεροχή γεννήσεων/1.000 κατοίκους: -4,6 το 2001) και χαμηλή αναλογία μαθητών Δημοτικού ανά 1.000 κατοίκους (52 έναντι μέσου όρου χώρας 59).

Μεταξύ των απογραφών 1991 και 2001 ο πληθυσμός του αυξήθηκε 5,9%. Στη γεωργία αναλογεί το 1/5 του προϊόντος του νομού και εκεί παράγεται 2,9% του συνολικού γεωργικού προϊόντος της χώρας. Στη μεταποίηση αναλογεί το 1,6%, εκεί δε παράγεται μόνο 0,1% της συνολικής μεταποιητικής παραγωγής της χώρας. Οι επενδύσεις των βιομηχανικών επιχειρήσεων του νομού, αφού διατηρήθηκαν σε χαμηλά επίπεδα τη 2ετία 1998-99, το 2000 αυξήθηκαν σημαντικά, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ετήσιας Βιομηχανικής Έρευνας της ΕΣΥΕ. Με κατά κεφαλή προϊόν 2,8 εκατ. δρχ. κατατάσσεται 47ος με βάση το κριτήριο αυτό με 69% του μέσου Ελλάδας το 2001. Ανά 100 κατοίκους του αναλογούν 0,9 νέες κατοικίες και 47 τηλεφωνικές συνδέσεις (μέσος όρος χώρας 1 το 2001 και 54 αντίστοιχα το 2000) και 14 αυτοκίνητα (μέσος χώρας 31 το 2001).

Το 2002 οι πωλήσεις νέων επιβατικών Ι.Χ. μειώθηκαν 1,9%, με μείωση 3,2% στο σύνολο της χώρας. Με δηλωθέν εισόδημα 1,1 εκατ. ανά κάτοικο το 2001 (άνοδος 10%, 65% του μέσου όρου της Ελλάδας) και καταθέσεις 1,4 εκατ. δρχ. ανά κάτοικο το 2000, οι κάτοικοί του πλήρωσαν το 2001 κατά μέσο όρο για φόρο εισοδήματος 68 χιλ. δρχ., έναντι μέσου όρου για τη χώρα 142 χιλ. δρχ. Σε αυτόν αναλογεί 1,3% των φορολογουμένων (άνοδος 2,1% το 2002), 1,1% του δηλωθέντος εισοδήματος της χώρας (+9,6%) και 0,8% του φόρου εισοδήματος φυσικών προσώπων (+10,4%). Είναι η 5η παραγωγός περιοχή ελαιολάδου (η 1η το 2001) με 6% της παραγωγής της χώρας και η 8η στην παραγωγή

πατάτας με 4% το 2002. Η αναλογία τροχαίων ατυχημάτων ανά 1.000 κατοίκους το 2001 ήταν 1 με μέσο χώρας 1,8, ενώ τα ατυχήματα μειώθηκαν 9% το 2002

Δείκτες Ευημερίας

	Νομός Μεσσηνίας	Μέσος όρος χώρας	Κατάταξη σε σχέση με τους 52 νομούς
ΑΕΠ κατά κεφαλή 2001	2,77 εκατ.δρχ.	4,05	47
Κατά κεφαλή αποταμιευτικές καταθέσεις 2000	1,40 εκατ.δρχ.	1,79	23
Δηλωθέν εισόδημα ανά κάτοικο 2001	1,11 εκατ.δρχ.	1,69	37
Φόρος εισοδήματος ανά κάτοικο 2001	68 χιλ.δρχ.	142	34
Φυσική αύξηση πληθυσμού/ 1000 κατοίκους 2001	-4,61	-0,01	48
Μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/ 1000 κατοίκους 2001	64	68	32
Μαθητές δημοτικού/ 1000 κατοίκους 2001	52	59	40
Συμμετοχή στα συνολικά μεγέθη της χώρας			
ΑΕΠ	1,1 %		21
Φορολογούμενοι	1,3 %		16
Δηλωθέν στην εφορία εισόδημα	1,1 %		18
Φόρος εισοδήματος φ.π.	0,8 %		18
Αποταμιευτικές καταθέσεις	1,3 %		13

Πηγή: ΠΕΠ Πελοποννήσου, 2006

3.2 ΝΟΜΟΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ- ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ν. Μεσσηνίας ανήκει στην 6^η Υγειονομική Περιφέρεια.

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας δημόσιου χαρακτήρα που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και με χρηματοδότηση από εθνικούς πόρους και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στον. Μεσσηνίας σύμφωνα με το Χάρτη Μονάδων Ψυχικής Υγείας είναι:

- Κέντρο Ημέρας (Διακριτικό Τίτλο Κέντρο Ημέρας για Παιδιά με αυτισμό) στην πόλη της Καλαμάτας για παιδιά και εφήβους το οποίο παρέχει:
 - Διάγνωση - Εκτίμηση
 - Συμβουλευτική
 - Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση
 - Ημερήσια φροντίδα
 - Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη

- Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Διακριτικό Τίτλο Κέντρο Ψυχικής Υγείας ενηλίκων, παιδών και εφήβων) στην πόλη της Καλαμάτας για παιδιά, εφήβους και ενήλικες το οποίο παρέχει:
 - Διάγνωση - Εκτίμηση
 - Θεραπεία
 - Συμβουλευτική
 - Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

- Ξενώνας (Διακριτικό Τίτλο Ξενώνας "Η Κιβωτός") στην πόλη της Καλαμάτας για ενήλικες και ηλικιωμένους ο οποίος παρέχει:
 - Διάγνωση - Εκτίμηση
 - Θεραπεία
 - Ψυχιατρική / Ψυχολογική παρακολούθηση
 - Ψυχοκοινωνική Φροντίδα
 - Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση
 - Ημερήσια φροντίδα

- Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη
 - Φιλοξενία
- Οικοτροφείο (Διακριτικό Τίτλο Β' Οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης 15 ατόμων) στην πόλη της Καλαμάτας για ενήλικες και ηλικιωμένους το οποίο παρέχει:
- Εκτίμηση
 - Θεραπεία
 - Ψυχιατρική / Ψυχολογική παρακολούθηση
 - Ψυχοκοινωνική Φροντίδα
 - Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση
 - Ημερήσια φροντίδα
 - Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη
 - Φιλοξενία
- Προστατευόμενο Διαμέρισμα (Διακριτικό Τίτλο Προστατευόμενο Διαμέρισμα 1^ο) στην πόλη της Καλαμάτας για ενήλικες και ηλικιωμένους το οποίο παρέχει:
- Διάγνωση - Εκτίμηση
 - Θεραπεία
 - Ψυχιατρική / Ψυχολογική παρακολούθηση
 - Ψυχοκοινωνική Φροντίδα
 - Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση
 - Ημερήσια φροντίδα
 - Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη
 - Φιλοξενία

3.2.1 ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ – ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Φορέας υλοποίησης του έργου είναι ο Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φύλων Ατόμων με Αυτισμό Ν. Μεσσηνίας. Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κατά 75% και από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά 25% στο πλαίσιο του Ε.Π. "Υγεία - Πρόνοια 2000 - 2006" στον Άξονα Προτεραιότητας 2, "Ψυχική Υγεία" Μέτρο 2.3 Ιδρύθηκε και λειτουργεί από τον Ιούνιο του 2009 στην είναι ένα από τα πρώτα εξειδικευμένα για τον αυτισμό εκπαιδευτικά κέντρα στην Ελλάδα και το πρώτο στην Περιφέρεια Πελοποννήσου. Στεγάζεται στην Πλατεία Υπαπαντής στη Καλαμάτα και ήδη παρακολουθούν τα θεραπευτικά του προγράμματα – εντελώς δωρεάν - 15 παιδιά.

Το Κέντρο Ημέρας είναι μονάδα ημερήσιας θεραπευτικής φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ενηλίκων που ζουν στην κοινότητα, έχουν ιστορικό ψυχικής διαταραχής και αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Είναι χώρος συνάντησης ανθρώπων, οι οποίοι μοιράζονται μια σειρά από ομαδικές δραστηριότητες. Το Κέντρο Ημέρας προσφέρει τις υπηρεσίες τους στα πλαίσια της κοινότητας. Τα μέλη που συμμετέχουν στα προγράμματα του Κέντρου Ημέρας συνεχίζουν να ζουν στο οικείο τους περιβάλλον και έχει αποδειχτεί πως η συμμετοχή τους αυτή συμβάλλει στην βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και της ποιότητας ζωής, τόσο των ιδίων όσο και των οικογενειών τους. Το Κέντρο Ημέρας παρέχει υπηρεσίες:

- Σε παιδιά και εφήβους που παρακολουθούνται από το κέντρο ημέρας και είναι σε σχολεία. Γίνεται αξιολόγηση, θεραπευτικός σχεδιασμός, παρακολούθηση, εκπαίδευση και συμβουλευτική γονέων.
- Σε παιδιά και εφήβους που είναι σε σχολικά- εκπαιδευτικά πλαίσια και παράλληλα παρακολουθούν το πρόγραμμα του Κέντρου Ημέρας. Γίνεται θεραπευτική-εκπαιδευτική παρέμβαση με παράλληλες παρεμβάσεις τόσο σε ατομική όσο και ομαδικά βάση. Λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχοκινητική ειδική εκπαίδευση, υποβοήθηση της κοινωνικής επικοινωνίας, τροποποίηση της συμπεριφοράς, συμβουλευτική υποστήριξη γονέων και θεραπευτική υποστήριξη του προγράμματος στα εκπαιδευτικά πλαίσια.
- Στην εκπαίδευση στελεχών με αυτισμό, στην πρακτική άσκηση φοιτητών σπουδαστών σε θέματα αυτισμού και στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας με την

ανάπτυξη προγραμμάτων εθελοντισμού.

Το Κέντρο που λειτουργεί μέσα στη κοινότητα είναι αποκεντρωμένη δομή Ψυχικής Υγείας και εποπτεύεται από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η Επιστημονικά Υπεύθυνη του Κέντρου είναι Παιδοψυχίατρος.

Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα (Π.Θ.Ο.)

Στη διεπιστημονική ομάδα που αποτελεί τον "πυρήνα" του Κέντρου συμμετέχουν:

- ο ψυχολόγος
- ο κοινωνική λειτουργός
- ο λογοθεραπευτής
- ο ειδική εκπαιδευτρια, γυμνάστρια – ψυχοκινητικός
- ο εργοθεραπευτής

Τη διεπιστημονική ομάδα πλαισιώνει το υπόλοιπο διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, οι απασχολούμενοι με ειδικά προγράμματα, οι εθελοντές, οι ειδικευόμενοι ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, γυμναστές, παιδαγωγοί και άλλα στελέχη ψυχικής υγείας, κοινωνικής αλληλεγγύης και παιδείας, που εκπαιδεύονται στον Αυτισμό καθώς και οι φοιτητές σπουδαστές που κάνουν την πρακτική τους άσκηση στο Κέντρο.

Επόπτης του όλου θεραπευτικού έργου και της δυναμικής της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι κλινικός ψυχολόγος⁵⁷.

Συμπερασματικά το Κέντρο Ημέρας είναι μια υπηρεσία που απευθύνεται σε άτομα τα οποία έχουν ανάγκη από συμμετοχή σε προγράμματα που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας.

Λειτουργεί πρωί κι απόγευμα, συμμετέχουν στις δραστηριότητές του επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων που συγκροτούν μια διεπιστημονική ομάδα και μέσα από ένα δομημένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει πολλές από τις δυσκολίες της καθημερινής ζωής. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δραστηριότητες που αφορούν στην αυτοφροντίδα, στην κοινωνικοποίηση, στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και στην προετοιμασία του ατόμου για συμμετοχή σε εργασιακού χαρακτήρα δραστηριότητες.

⁵⁷ Πληροφορίες από το Συλλόγου Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Αυτισμό Μεσσηνίας, Ιούλιος 2009

3.2.2 ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ



Όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην προσωπική αξιοπρέπεια, στον σεβασμό και στο μεγαλύτερο βαθμό ανεξαρτησίας.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ενηλίκων, παιδών και εφήβων ν. Μεσσηνίας είναι αποκεντρωμένη μονάδα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας που λειτουργεί στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Διοικητικά σήμερα υπάγεται στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας.

Λειτουργεί από το Μάρτιο του 2007 σε διατηρητέο που παραχωρήθηκε από το Δήμο Καλαμάτας, από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή, 7:00π.μ.-2:00μ.μ. και στόχος των παρεχόμενων υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι να προάγουν την ποιότητα ζωής του ατόμου με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, να τιμούν τα δικαιώματά του, να καλύπτουν τις ανάγκες του.

Αποτελεί υπηρεσία φροντίδας ψυχικής υγείας που εφαρμόζει ολοκληρωμένη παρέμβαση στην κοινότητα μέσω ψυχιατρικών, ψυχολογικών, ψυχοκοινωνικών και ιατροπαιδαγωγικών υπηρεσιών προσαρμοσμένων στις ανάγκες του γενικού πληθυσμού του νομού Μεσσηνίας.

Η ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας του κέντρου αποτελείται από έναν ψυχίατρο, τρεις ψυχολόγους, έναν ειδικό παιδαγωγό, επισκέπτριες υγείας, μία λογοθεραπεύτρια, μία κοινωνική λειτουργό, νοσηλευτές καθώς και εκπαιδευόμενους διαφόρων ειδικοτήτων.

Η διεπιστημονικότητα και η ποιότητα διασφαλίζονται με: τακτικές συναντήσεις προσωπικού, εκπαίδευση κατάρτιση, εποπτεία, αξιολόγηση υπηρεσιών, δικτύωση με την κοινότητα, διασφάλιση της θεραπευτικής συνέχειας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλαμάτας εφαρμόζει θεραπευτικά προγράμματα σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που πάσχουν από ψυχικές αρρώστιες ή παρουσιάζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Βοηθά όσους έχουν επηρεαστεί από την ψυχική αρρώστια,

ενώ παράλληλα καθοδηγεί και συμβουλεύει τις οικογένειες που έχουν ανάγκη. Παρέχει υπηρεσίες σε ζευγάρια, οικογένειες, ομάδες με σκοπό να απαντήσει όσο το δυνατόν πιο σφαιρικά (άτομο, οικογένεια, κοινότητα) στα αιτήματα των ενδιαφερομένων που απευθύνονται στο Κέντρο.

Η επισκεψιμότητα του Κέντρου είναι μεγάλη. Σύμφωνα με τον αρμόδιο ψυχίατρο Ανδρέα Υφαντή κάθε μήνα βλέπουν περίπου 400 περιστατικά και υπάρχει ήδη λίστα αναμονής⁵⁸. «Το βάρος της δικής μας δουλειάς είναι η απορρόφηση εξωτερικών ασθενών και τελικά η αποφυγή και η πρόληψη των νοσηλειών. Προσπαθούμε να αποφύγουμε υποτροπές και νοσηλείες κρατώντας τους ανθρώπους σε εξωτερική βάση πάντα, στο σπίτι τους»

⁵⁸ Ανδρέας Υφαντής, Ψυχίατρος «ΘΑΡΡΟΣ»Καθημερινή Εφημερίδα Μεσσηνίας, 9 Μαρτίου 2008, Αρ.φύλλου 32656

3.3 ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ - ΔΟΜΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Πρόκειται για υπηρεσίες που διασφαλίζουν το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα.

Οι δομές διαμονής διακρίνονται, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές, σε Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα. Η συνεισφορά των δομών διαμονής στην κοινότητα είναι μεγάλη διότι ενισχύουν την τοπική οικονομία, εμψυχώνουν, συμβουλεύουν και υποστηρίζουν τις οικογένειες με άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα και επιπλέον ενημερώνουν και ευαισθητοποιούν την κοινότητα για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με την ψυχική νόσο.

3.3.1 ΞΕΝΩΝΑΣ « Η ΚΙΒΩΤΟΣ⁵⁹»

Σύμφωνα με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 2^ο Αριθμός φύλλου 1887, 14 Σεπτεμβρίου 2007, Σύσταση 13 μονάδων Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ξενώνων) σε νοσοκομεία της χώρας, ξενώνας « Η ΚΙΒΩΤΟΣ» Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, το άρθρο 2 σκοπός – πλαίσιο λειτουργίας ορίζει:

«Οι ξενώνες είναι χώροι μακράς διάρκειας παραμονής και υψηλού βαθμού υποστήριξης, η δυναμικότητα τους δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα παρέχεται δε σε αυτούς φιλοξενία σε ενήλικα άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας του στην κοινότητα και τελικό σκοπό την πλήρη κοινωνική τους επανένταξη.

Ο Ξενώνας στην Καλαμάτα στεγάζεται στο χώρο του Παλαιού Νοσοκομείου και αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου. Υπάγεται στους ξενώνες μακράς διάρκειας παραμονής, υψηλού βαθμού, με 24ωρη δηλαδή παρουσία του προσωπικού.

Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Για αυτό το λόγο επιβάλλεται η παρουσία του στη συγκεκριμένη περιοχή.

⁵⁹ Πληροφορίες από το Προσωπικό της ΚΙΒΩΤΟΥ,15/4/2009

Αποτελεί σημαντικό βήμα, των 15 φιλοξενούμενων ψυχικά ασθενών, εξόδου από το ψυχιατρείο, αποτελεί μια μοναδική και δύσκολη πρόκληση, επαγγελματική και επιστημονική για το προσωπικό που στελεχώνει την δομή, περιβάλλεται δε και υποστηρίζεται από την ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας στην κοινωνική ψυχιατρική. Η θεραπευτική ομάδα ασκεί έναν ρόλο εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό και δημιουργεί στη δομή ένα διαφορετικό τύπο συμπεριφοράς στον ασθενή από εκείνον που θα είχε στο ψυχιατρείο. Ο ρόλος του κάθε μέλους της θεραπευτικής ομάδας είναι ξεκάθαρος αλλά και εύκαμπτος, ώστε να επιτρέπει την ελεύθερη έκφραση της προσωπικότητάς του.

Όταν μέλος ή μέλη βρεθούν σε κατάσταση κρίσης ενδοπροσωπικής, διαπροσωπικής ή κοινωνικής, η θεραπευτική ομάδα ενεργοποιείται με τρόπο θετικό αλλά όχι εξουσιαστικό, προσπαθώντας να διερευνήσει και να αναλύσει τα αίτια της κρίσης και σε συνεργασία με το μέλος ή τα μέλη, να αποκαταστήσει την ισορροπία, ώστε να συνεχιστεί με ομαλό τρόπο η εξελικτική πορεία του ατόμου αλλά και όλης της ομάδας.

Οι ένοικοι και ο ρόλος τους «δοκιμάζονται» σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο συμβίωσης και συνεργασίας, τόσο στο χώρο δουλειάς, όσο και στον χώρο συγκατοίκησης.

3.3.2 Β' ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ⁶⁰ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ 15 ΑΤΟΜΩΝ (ΘΑΛΠΟΣ)

Το Β' Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης 15 Ατόμων με φορέα υλοποίησης το σύλλογος Γονέων και Φίλων Ατόμων με αυτισμό Ν. Μεσσηνίας στεγάζεται στο Ευροκάμπι Γιαννιτσανίκων και υπάγεται στην 6^η Υγειονομική Περιφέρεια.

Είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στην οποία φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Τα άτομα που φιλοξενούνται χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα. Είναι άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας.

⁶⁰ Πληροφορίες από το Προσωπικό του Οικοτροφείου,21/4/2009

3.3.3 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ 1^ο

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι χώροι στέγασης - σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες - ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα.

Στη Λεωνίδου 7 και Κορώνης στεγάζεται το Προστατευόμενο Διαμέρισμα 1. Αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και υπάγεται στην 6^η Υγειονομική Περιφέρεια. Φιλοξενούνται 2 άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση.

3.4 ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ



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.

Στο Κέντρο έχουν διατεθεί οι ακόλουθες δέκα (10) θέσεις :

- Μια (1) θέση του κλάδου ΠΕ Ψυχολόγων
- Μια (1) θέση του κλάδου ΤΕ Φυσικοθεραπευτών
- Μια (1) θέση του κλάδου ΤΕ Λογοθεραπευτών
- Μια (1) θέση του κλάδου ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας
- Μια (1) θέση του κλάδου ΤΕ Εργοθεραπευτών

- Μια (1) θέση του κλάδου ΤΕ Επισκεπτών/τριών Υγείας
- Δύο (2) θέσεις του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών/τριών
- Μια (1) θέση του κλάδου ΔΕ Οδηγών, έμμεση ΑμεΑ.
- Μια (1) θέση του κλάδου ΔΕ Διοικητικού – Λογιστικού

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 τ.μ.. Το κτίριο 1.200 τ.μ. 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.



Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες 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 Καλαμάτας.

Η δημιουργία ενός πρότυπου και σύγχρονου Κέντρου προσφοράς ποιοτικών υπηρεσιών, ευκαιριών και δράσεων για τους ανθρώπους με αναπηρία, αναγνωρισμένο πανελλήνια, που θα είναι σε θέση να προσφέρει εκτός από φροντίδα, κατάρτιση και επαγγελματική αποκατάσταση.

Στο Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ. Μεσσηνίας μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί εκατόν εξήντα (160) άνθρωποι με αναπηρία, από τους οποίους εξυπηρετούνται εκατόν είκοσι (120) άτομα.

Το Κέντρο έχει αναπτύξει προγράμματα ατομικών θεραπειών, ομαδικών δραστηριοτήτων και εκδηλώσεων ψυχαγωγικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα, που σχεδιάστηκαν με

βάση τις υπάρχουσες δυνατότητες και πραγματοποιούνται σε πρωινή και απογευματινή βάση.

Αναλυτικά παρέχεται⁶¹:

- Πληροφόρηση και ενημέρωση σε θέματα, που σχετίζονται με την αναπηρία και τα προγράμματα που υλοποιούνται σε σχέση με αυτήν.
- Καταγραφή των Ανθρώπων με αναπηρίες και των κοινωνικών αναγκών τους, προκειμένου να προσαρμοστούν δράσεις στις ανάγκες τους.
- Συμβουλευτική σε θέματα διαπροσωπικών σχέσεων και αγωγής υγείας.
- Κοινωνική Υποστήριξη.
- Ψυχολογική θεραπεία.
- Φυσιοθεραπεία – Υδροθεραπεία.
- Εργοθεραπεία.
- Λογοθεραπεία.
- Εκπαίδευση.

Η αξιολόγηση των δυνατοτήτων κάθε μέλους από την εργοθεραπεύτρια και την Ψυχολόγο βοηθάει σημαντικά στην ένταξη του σε κάποια ομάδα δραστηριοτήτων, καθώς επίσης και στο σχεδιασμό - καθορισμό εξατομικευμένων εκπαιδευτικών και θεραπευτικών στόχων.

Η Κοινωνική Υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την καταγραφή των περιστατικών, λήψη πλήρους ιστορικού, πληροφόρηση και ενημέρωση για τις υπηρεσίες που παρέχονται στο Κέντρο μας αλλά και γενικότερα για τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής στο τομέα της αναπηρίας, την στήριξη – συμβουλευτική των μελών και των οικογενειών τους, την παραπομπή περιστατικών σε άλλες δομές, όταν και όπου χρειάζεται, την οργάνωση των δραστηριοτήτων του Κέντρου, την δικτύωση με την κοινότητα καθώς και την καταγραφή και επικοινωνία με τους εθελοντές.

Η Ψυχολογική Υποστήριξη παρέχεται σε ατομικό επίπεδο σε ανθρώπους με αναπηρία αλλά και σε πρόσωπα στήριξης αυτών, σε επίπεδο οικογενειακό και Ομάδας Στήριξης Γονέων. Υλοποιείται μετά από αίτημα του ενδιαφερομένου σε δέκα συνεδρίες (μια συνεδρία εβδομαδιαίως με συνεχή ακολουθία). Μετά την ολοκλήρωση των δέκα συνεδριών, σχεδιάζεται ένα Follow – up σε ένα διάστημα χρόνου, που καθορίζεται ανάλογα με την περίπτωση.

⁶¹ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Μεσσηνίας.Ανακτημένο στις 25/4/2009 από: <http://www.kekykamea-m.gr/activities.htm>

Το τμήμα αποκατάστασης του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ. Μεσσηνίας εξυπηρετεί άτομα με κινητικά προβλήματα, που οφείλονται σε τραυματισμούς ή ασθένειες (ορθοπαιδικά και νευρολογικά περιστατικά). Παρέχονται εξατομικευμένα προγράμματα αποκατάστασης, που περιλαμβάνουν κινησιοθεραπεία, μηχανοθεραπεία και υδροθεραπεία. Τα προγράμματα υδροθεραπείας πραγματοποιούνται σε θερμαινόμενη κολυμβητική δεξαμενή (πισίνα) εσωτερικού χώρου⁶².

3.5 ΚΕΔΔΥ



Τα Κέντρα Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης είναι υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας και Δια Βίου Μάθησης με στόχο τη διάγνωση, αξιολόγηση και υποστήριξη των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, αλλά και για την υποστήριξη, πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών, των γονέων και της κοινωνίας. Τα μέσα και οι διαδικασίες αξιολόγησης διαφέρουν ανάλογα με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των μαθητών.

Το ΚΕΔΔΥ στεγάζεται στο κέντρο της Καλαμάτας (Καπετάν Κρόμπα 11) και έχει στελεχωθεί από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό και διοικητικό προσωπικό. Οι αρμοδιότητες του ΚΕΔΔΥ⁶³ σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2 και 15, παρ 3 του Ν. 2817/2000 είναι οι εξής :

- α) Η έρευνα για τη διαπίστωση του είδους και του βαθμού των δυσκολιών των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο σύνολο των παιδιών σχολικής και προσχολικής ηλικίας. Οι περιφερειακές υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας των περιφερειών έχουν υποχρέωση να παρέχουν συνδρομή όταν τους ζητηθεί. Τα αντικείμενα στα οποία

⁶² ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Μεσσηνίας. Ανακτημένο στις 25/4/2009 από: <http://www.kekykamea-n.gr/activities.htm>

⁶³ Κέντρα Διάγνωσης Αξιολόγησης & Υποστήριξης. Ανακτημένο 6/11/2009 από: http://www.pischools.gr/special_education_new/html/gr/8emata/kday/gen/kday_kanonism_main.htm

παρέχεται η συνδρομή αυτή καθορίζονται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας.

- β) Η εισήγηση για την εγγραφή, κατάταξη και φοίτηση στην κατάλληλη σχολική μονάδα, καθώς και την παρακολούθηση και αξιολόγηση της εκπαιδευτικής πορείας των μαθητών, σε συνεργασία με τους σχολικούς συμβούλους ειδικής αγωγής και τους αρμόδιους κατά περίπτωση σχολικούς συμβούλους προσχολικής αγωγής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τους διευθυντές των σχολικών μονάδων, καθώς και το ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό που υπηρετεί στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής.
- γ) Η εισήγηση για την κατάρτιση προσαρμοσμένων εξατομικευμένων ή ομαδικών προγραμμάτων ψυχοπαιδαγωγικής και διδακτικής υποστήριξης, δημιουργικής απασχόλησης, καθώς και την εφαρμογή άλλων επιστημονικών κοινωνικών και λοιπών υποστηρικτικών μέτρων για τα άτομα με ειδικές ανάγκες στα σχολεία στην έδρα του ΚΕΔΔΥ ή στο σπίτι.
- δ) Η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης και ενημέρωσης στο διδακτικό προσωπικό και σε όσους συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία και επαγγελματική υποστήριξη, σε όλη την έκταση της εκπαίδευσης και τη διοργάνωση προγραμμάτων ενημέρωσης και συμβουλευτικής για τους γονείς των μαθητών και τους ασκούντες τη γονική μέριμνα.
- ε) Ο καθορισμός του είδους των τεχνικών βοηθημάτων και οργάνων που έχει ανάγκη το παιδί στο σχολείο ή στο σπίτι, καθώς και η κατάρτιση προτάσεων για την καλύτερη παραμονή του στους χώρους της εκπαίδευσης
- στ) Η εισήγηση για την αντικατάσταση των γραπτών δοκιμασιών των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες με προφορικές ή άλλης μορφής δοκιμασίες στις εξετάσεις της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
- ζ) Η εισήγηση για την αντικατάσταση και εφαρμογή προγραμμάτων πρώιμης εκπαιδευτικής παρέμβασης για όλες τις περιπτώσεις του άρθρου 1 παράγραφος 2 του Ν. 2817/2000.
- η) Η εισήγηση στις αρμόδιες υπηρεσίες για την ίδρυση, την κατάργηση, την προαγωγή, τον υποβιβασμό, τη μετατροπή ή τη συγχώνευση των αυτοτελών σχολείων ειδικής αγωγής, όπως αυτά ορίζονται στην παρ. 13 του άρθρου 1 και των τμημάτων ένταξης, την προσθήκη τομέων και τμημάτων ειδικοτήτων των ΤΕΕ και στελέχωση αυτών καθώς και την ανάλογη αύξηση ή μείωση των οργανικών θέσεων του προσωπικού.

- θ) Εισηγούνται στις αρμόδιες υπηρεσίες, για την λειτουργία υπό ενιαία διεύθυνση των σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής Β/βάθμιας εκπαίδευσης που συλλειτουργούν ή συστεγάζονται.
- ι) Η σύνταξη ετήσιας έκθεσης πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και στο Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, με βάση την οποία πραγματοποιείται ανά διετία αξιολόγηση του έργου τους από το Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου.
- κ) Η αξιολόγηση και η διάγνωση προβλημάτων μαθητών όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης.

λ) Η υποστήριξη και η συμβουλευτική στις οικογένειες των μαθητών.

Χρησιμοποιούνται ψυχομετρικά εργαλεία όπως:

- WISC III(αξιολόγηση νοητικού δυναμικού)
- Raven (αξιολόγηση νοητικού δυναμικού)
- Bender Gestalt test(αξιολόγηση ψυχοπαθολογίας και νευρολογικής ωρίμανσης)
- Αθηνά τεστ(διάγνωση δυσκολιών μάθησης)

Για την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, το ΚΕΔΔΥ εκδίδει:

- Ενημερωτικά δελτία έντυπα φυλλάδια και οργανώνει ημερίδες, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της τοπικής κοινωνίας σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς σε θέματα ειδικής αγωγής και ψυχικής υγείας
- Οργανώνει τις υπηρεσίες του έτσι ώστε να αποτελούν πηγή έγκυρης ενημέρωσης και πληροφόρησης για όλα τα θέματα που αφορούν τα άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Λειτουργεί ως διαμεσολαβητικό δίκτυο μεταξύ των υπηρεσιών εκπαίδευσης, υγείας-πρόνοιας και ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Το Κέντρο δέχεται μαθητές από τα σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης όλες τις εργάσιμες ημέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με τους γονείς των μαθητών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι προσπάθειες, σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, για την μεταρρύθμιση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας και του τρόπου που παρέχεται η ψυχιατρική φροντίδα, συνεχίζονται για είκοσι και πλέον έτη στη χώρα μας. Το σύστημα ψυχιατρικής υγείας είναι βελτιωμένο σε σχέση με το παρελθόν και έχουν γίνει σημαντικά βήματα ώστε οι ψυχικά ασθενείς να μη αντιμετωπίζονται σαν « απόβλητοι» της κοινωνίας.

Μετά την ολοκλήρωση της δεύτερης φάσης του «Ψυχαργώς» και με εκτίμηση του αριθμού των ψυχικά ασθενών σε ποσοστό 1,5% του πληθυσμού, σε ολόκληρη τη χώρα λειτουργούν περίπου 420 δομές (ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα κ.ά.), περισσότερα από 230 κέντρα παροχής υποστηρικτικών υπηρεσιών και ενημέρωσης ενώ, στο πλαίσιο του «Ψυχαργώς» και τα εμπλεκόμενα ΝΠΙΔ απασχολούνται περίπου 3.000 εργαζόμενοι.

Παρόλο που αναγνωρίζεται η αξία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης⁶⁴ αφενός, σε σχέση με τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και αφετέρου σε σχέση με τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει για τον εκσυγχρονισμό των προνοιακών υπηρεσιών, που έχουν ως επίκεντρο το άσυλο και ως μοντέλο, που οφείλει να αποτελέσει πρότυπο για την εκκίνηση αντίστοιχων διαδικασιών σε ολόκληρο τον χώρο των Βαλκανίων (John Henderson), η μέχρι τώρα εξέλιξη της έχει αποδειχθεί ημιτελής.

Σύμφωνα με τις εισηγήσεις ειδικών η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει ακόμα εδραιωθεί στην Ελλάδα. Μολονότι έγιναν σοβαρές τομές, ειδικά στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, και βελτιώθηκαν αισθητά οι όροι παροχής υπηρεσιών και φροντίδας στους ασθενείς, δεκάδες ράντζα υπάρχουν στα ψυχιατρεία και τις ψυχιατρικές κλινικές, διότι η μείωση κλινών δε συνοδεύτηκε από εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες.

Μέχρι σήμερα δεν έχει επιτευχθεί η επιδιωκόμενη ιδεολογική και θεσμική αλλαγή που θα οδηγήσει στην αποδόμηση της έννοιας και της πρακτικής του εγκλεισμού και άλλων περιοριστικών για την ελευθερία μεθόδων. Η αποασυλοποίηση, χωρίς τη συνδυαστική λήψη μέτρων για την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, έχει οδηγήσει σε πολλές περιπτώσεις απλώς στη μετεγκατάσταση και όχι στην αποϊδρυματοποίησή τους, με συνέπεια αυτά να εξακολουθούν να τελούν σε συνθήκες de facto εγκλεισμού και περιθωριοποίησης.

⁶⁴ Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Συνήγορος του Πολίτη. Ανακτημένο στις 20/10/2009 από: http://psi-action.blogspot.com/2010/01/blog-post_25.html

«Η πολλά υποσχόμενη ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα λειτουργούσε εύρυθμα μέχρι το 2004, δηλαδή μέχρι τη λήξη της συγχρηματοδότησης από την Ε.Ε. Το ελληνικό κράτος δεσμεύτηκε να χρηματοδοτεί το πρόγραμμα μέσω του τακτικού προϋπολογισμού για τουλάχιστον δέκα χρόνια μετά τη λήξη της συγχρηματοδότησης. Αντ' αυτού, όπως σημειώνουν τα σωματεία εργαζομένων στις μονάδες υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η κυβέρνηση περικόπτει από το 2005 έως και σήμερα τη χρηματοδότηση. Το έλλειμμα το 2005 ήταν 1,2 εκατ. ευρώ, το 2006 το έλλειμμα εκτοξεύτηκε στα 5 εκατ. ευρώ, ενώ το 2007 το έλλειμμα αγγίζει τα 20 εκατ. ευρώ. Το συνολικό έλλειμμα ανέρχεται στο 42% της χρηματοδότησης. Το 1/4 όπως καταγγέλλουν εργαζόμενοι υπάρχουν δομές που υπολειτουργούν, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να περιορίζονται στο «χώρο τους» και να μην έχουν επαφή με την κοινότητα. Υπάρχει κίνδυνος να μετατραπούν οι ανοιχτές δομές σε κλειστές και να γίνεται αναπαραγωγή του ιδρυματισμού, αλλά σε πιο μικρά άσυλα αυτή τη φορά.»

Δυστυχώς, ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό έργο που υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» και που οδήγησε στο κλείσιμο τεσσάρων ψυχιατρικών (Πέτρα Ολύμπου, Χανιά, Κέρκυρα, Τρίπολη) και την παράλληλη ποιοτική διαβίωση τουλάχιστον 3500 χιλιάδων ψυχικά ασθενών σε στεγαστικές δομές, ενταγμένων ισότιμα στην κοινωνία, κινδυνεύει με κατάρρευση λόγω της αδυναμίας των κυβερνώντων να αντιληφθούν την αναγκαιότητα του όλου εγχειρήματος, αφήνοντας για μήνες απλήρωτους τους εργαζόμενους και δημιουργώντας τεράστια χρέη για λειτουργικές δαπάνες και δράσεις επανένταξης. Η παρατεταμένη υποχρηματοδότηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της αποασυλοποίησης των ψυχικά πασχόντων, δημιούργησε πολύ σοβαρές καθυστερήσεις στην εξέλιξη του προγράμματος "Ψυχαργώ", με πρώτα θύματα τη δημιουργία νέων ψυχιατρικών και παιδοψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία της χώρας, αλλά και τη δημιουργία νέων Κέντρων Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ), Κέντρων για ασθενείς με αυτισμό, με Αλτσχάιμερ κ.λπ.

«Θύμα» της χρηματοδότησης είναι και η ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, που αν και στεγάζεται στο ισόγειο του νοσοκομείου στην πραγματικότητα δεν λειτουργεί.

Στις 26 Φεβρουαρίου 2010 οι ελεγκτές της Ε.Ε. διαπίστωσαν τις δραματικές καθυστερήσεις, έθεσαν θέμα αξιοπιστίας της Ελλάδας και υπενθύμισαν στη χώρα μας τις υποχρεώσεις της, σύμφωνα με το μνημόνιο του υπουργείου υγείας και του επιτρόπου

Κοινωνικών Υποθέσεων της Ε.Ε. Σπίντλα(7-4-2009) για την εξέλιξη του προγράμματος «Ψυχαργώς»

Μετά από τη δραματική υποχρηματοδότηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, που οδήγησε σε κατάρρευση τις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας, η παρέμβαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής βάζει τέλος στην αυθαιρεσία του Υπουργείου Υγείας.

Στη συμφωνία αυτή γίνεται σαφές ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα συνεχιστεί και η πορεία της θα παρακολουθείται από ομάδα διεθνών ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων. Οι Ελληνικές αρχές δεσμεύονται, μεταξύ άλλων, να προχωρήσουν άμεσα στην πιστοποίηση και την έκδοση αδειών λειτουργίας για το σύνολο των δομών ψυχικής υγείας, να εξασφαλίσουν την πλήρη στελέχωσή τους, να υπογράψουν συμβάσεις με τους μη-κερδοσκοπικούς φορείς που λειτουργούν κοινοτικές δομές και να εξασφαλίσουν τη στήριξη και τη λειτουργία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών (ΚοιΣΠΕ).

Το μέλλον της μεταρρύθμισης εξαρτάται από την αποπληρωμή των συσσωρευμένων χρεών, τη συνέχιση της χρηματοδότησης μέσω του ΕΣΠΑ, «Στην επόμενη φάση δίνουμε έμφαση όχι τόσο σε ξενώνες και οικοτροφεία, αλλά στην ένταξη των ασθενών στην κοινότητα, καθώς και σε «παραμελημένα» ζητήματα, όπως ο αυτισμός και η νόσος Αλτσχάιμερ. Το σύμφωνο Spidla του 2009, που πήρε το όνομα του αρμόδιου επιτρόπου της Ε.Ε. ο οποίος απέτρεψε την κατάρρευση της μεταρρύθμισης χάρη στην ευαισθησία του, συνδέει σαφώς την καθημερινή εξέλιξη στον τομέα της ψυχικής υγείας με τη διάθεση των κοινοτικών πόρων - ποσό που αναμένεται να φτάσει συνολικά στα 400 εκατ. ευρώ. Ως χώρα δεν έχουμε πείσει ότι έχουμε προσαρμοστεί. Λόγω γραφειοκρατίας, κάνουμε βήματα χελώνας», αναφέρει κ. Θεοδωρουλάκης⁶⁵ και την αλλαγή νοοτροπίας των πολιτών, που λόγω άγνοιας και φόβου θεωρούν την ψυχική ασθένεια «αδίκημα», για το οποίο ο πάσχοντας τιμωρείται με μια σχεδόν αυτονόητη ακύρωση του λόγου, της προσωπικότητάς του, των ικανοτήτων, των επιθυμιών, των ονείρων του, των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του, του ελέγχου πάνω στην ίδια του τη ζωή.

Η Ψυχική Υγεία είναι κατ' εξοχήν ο χώρος ο οποίος έχει ανάγκη από ηρεμία, συνέχεια, συνέπεια και χαμηλούς τόνους, καθώς κάθε κραδασμός έχει οδυνηρό αντίκτυπο στους ψυχικώς πάσχοντες, αλλά και τους θεραπευτές τους. Η κυριαρχία των πελατειακών σχέσεων και ο ανέξοδος λαϊκισμός, επηρεάζουν αρνητικά την εφαρμογή διαφόρων προγραμμάτων με αποτέλεσμα σε αρκετές περιπτώσεις να είναι όχι μόνο αδιάφορη, αλλά και αρνητική η στάση των τοπικών κοινωνιών και των εκπροσώπων τους.

⁶⁵ Της Μαρίας Τερζούδη. Ανάκτηση στις 1/2/2010 από: http://www.epohi.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=211

Γι' αυτό, λοιπόν, η αναγκαιότητα της συνεχούς ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν είναι μόνο η αξιοποίηση και δημιουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά επίσης και η προσδοκία να δώσει το πραγματικό όραμα μιας κοινωνίας χωρίς διακρίσεις, αποκλεισμούς, παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και με στόχο μια δίκαιη δημόσια.



«Με κάνει πολύ θυμωμένο», λέει ο Τζίμι, ένας από τους κατοίκους στο “Αθηνά Φροντίδα”
«Η κυβέρνηση δεν ενδιαφέρεται για μας. Δεν είναι σωστό.»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Nies M. and McEwen 2001, Community Health Nursing: «Promoting The Health Of Populations» Έκδοση 2^η, σελ. 95-99
2. Yule W. 2000 «Developmental psychology through infancy». Έκδοση 1^η, σελ. 215-224
3. Tansella M. and Thornicroft G. (1999), Common mental disorders in primary care Έκδοση 2^η, σελ. 86-101
4. American Psychiatric Association, 1994 « Diagnostic and statistical manual of mental disorders» Έκδοση 4^η, σελ.150-160
5. American Psychiatric Association, 1994 « Diagnostic and statistical manual of mental disorders» Έκδοση 4^η, σελ.131-135
6. American Psychiatric Association, 1994 « Diagnostic and statistical manual of mental disorders» Έκδοση 4^η, σελ.131-135
7. Μάνος Ν., 1997, «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» Θεσσαλονίκη. Έκδοση 1^η, σελ. 98-103
8. Ασημόπουλος, Χ., 2006, «Από την προκατάληψη στην κοινωνικό αποκλεισμό: οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση» Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών, τεύχος 84, κωδ. 1345
9. Γκιουλέ Ε., Λεοντάρη Δ., 2009, «Στίγμα και Ψυχική Ασθένεια» .
10. Μπαϊρακτάρης Κ., «Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση» Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 1994. Έκδοση 2^η σελ. 123-129
11. Μ. Μαδιανός «Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα» Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου, Πανεπιστήμιο Αθηνών Ψυχιατρική 2002 .Έκδοση 1^η σελ. 297-300
12. Κούρος Ι., «Η εξέλιξη του γαλλικού μοντέλου σήμερα»Τετράδια ψυχιατρικής, τ. 43, 1993, σ. 79-83.
13. Σακκελαρόπουλος Π., «Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και δημόσια περίθαλψη στο Lempiere T., Feline A.et al»1995, σελίδες 696-748.
14. Ackerknecht E. H., «Ιστορία της ιατρικής» μτφρ. Πασχάλης Β., Ηλικάδης Γ., Καρατζούλης Β., Αθήνα, 1998 Έκδοση 1^η, σελίδες 201-205

15. Πλουμπίδης Δ., «Η ιδιαιτερότητα της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής και το αίτημα του αρρώστου, Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης» Αθήνα, Κέδρος 1993. Έκδοση 1^η, σελ. 46-51.
16. Πλουμπίδης Δ., «Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα» Αθήνα, Εξάντας, 1989
17. Καραμανωλάκης, Β., Η ανάλυση των ιδρυματικών θεσμών. Το Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο:1880-1903, Αθήνα, Πανεπιστήμιο Αθηνών: αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, 1997.
18. Φαφαλιού Μ., «Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο» Αθήνα, Κέδρος, 1995, σελ. 35-40
19. Πλουμπίδης Δ. «Εισαγωγικά γύρω από την εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα» Σύγχρονα Θέματα, 1983, τ. 19 σελ. 21-29.
20. Χαρτοκόλλης Π., «Εισαγωγή στην ψυχιατρική», Αθήνα, Θεμέλιο, 1991, σελ. 31-35
21. Μαδιανός Μ., Ζάρναλη Ό. «Υγεία και ελληνική κοινωνία», Αθήνα, Ε.Κ.Κ.Ε, 1988.
22. Τσιάντης, Γαζεριάν, Σιπητάνου, Τατά, «Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού στην Ελλάδα», Παιδιατρική, 1982, τεύχος 5, σελ. 321-408
23. Τσιάντης, Γαζεριάν, Σιπητάνου, Τατά, «Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού στην Ελλάδα», Παιδιατρική, 1982, τεύχος 5, σελ. 321-408
24. Απόφαση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (23η ολομέλεια / 22.4.85)
25. Τσιάντης, Γαζεριάν, Σιπητάνου, Τατά, «Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού στην Ελλάδα», Παιδιατρική 1982, τεύχος 5, 321-408,
26. Μαδιανός Γ. Μ., «Το κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα σήμερα: η πρώτη εμπειρία στην Καισαριανή – Βύρωνα», ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ.97.
27. Μώρος Ν., «Για την αναμόρφωση της ψυχιατρικής περίθαλψης» Τετράδια Ψυχιατρικής, Γενάρης, Φλεβάρης, Μάρτης 1985, σελ.5 -7.
28. Bowlby, J. 1973 New York « Attachment and loss» Έκδοση 2^η 1999, σελ. 31-38

ΑΝΑΚΤΗΜΕΝΑ ΑΠΟ INTERNET

1. Ξανθόπουλος Χ., 2005, «Ψυχική υγεία και σχιζοφρένεια». Ανακτημένο 2/10/2009 από: <http://www.pharmakeion.gr/downloads/Psixikaprovlimata.doc>
2. Ζακυνθινάκη Α., «Ψυχική υγεία». Ανακτημένο 2/10/2009 από: http://www.kke.gr/yegeia_-_pronoia/psychikh_ygeia?morf=0
3. Ιωάννου Σ., 2009 «Αγωγή Υγείας». Ανακτημένο 3/10/2009 από: www.moec.gov.cy/dde/programs/oloimero/ppt/Health_edu.ppt

4. Δασκαλόπουλος Θ., 2009, «Η έννοια της ψυχικής υγείας» Ανακτημένο 3/10/2009 από: http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html
5. Αντωνάκης Ν., 2006 « Κοινωνική Φροντίδα». Ανακτημένο 15/10/2009 από: <http://www.tasp.gr/Members/antonakis/epi3c7eirisiako-s3c7edio-palio-kai-neo-yliko-toy-dokpy/Koinwniki%20Frontida.doc>
6. Βοστανής, Π. 2009 «Τι εννοούμε με τον όρο κατάθλιψη». Ανακτημένο 15/10/2009 από <http://www.childmentalhealth.gr/index.php?categoryId=58>
7. Wahl, O. 1996 «Schizophrenia in the news». Ανακτημένο 15/11/2009 από: http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html
8. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανακτημένο 16/4/2009 από: <http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-drasesis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/to-programma-psychargos>
9. Διαχειριστική αρχή εθνικού προγράμματος «Υγεία και πρόνοια», μονάδα Ελέγχου. Ανακτήθηκε 3/7/2009 από: http://www.mpsy.gr/gr/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=24&showall=1
10. Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Συνήγορος του Πολίτη. Ανακτημένο στις 20/10/2009 από: http://psi-action.blogspot.com/2010/01/blog-post_25.html