

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής
Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: Το ζήτημα της
αποτελεσματικότητας των Στεγαστικών Δομών για ασθενείς με ψυχικά
νοσήματα»**

**Ονοματεπώνυμο
Στέργιος Α. Παλάσκας**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

**Δρ Αγγελική Σταμούλη
Μέλος ΕΔΙΠ
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

Αθήνα 2021

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: Το ζήτημα της αποτελεσματικότητας των Στεγαστικών Δομών για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα»

Στέργιος Α. Παλάσκας
A.M.19082

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπουσα
Καθηγήτρια**

**Αγγελική Σταμούλη, μέλος ΕΔΙΠ
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

Μέλος

**Καθηγητής Μάρκος Σαρρής
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

Μέλος

**Αν. Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Στέργιος Παλάσκας του Αθανασίου, με αριθμό μητρώου 19082, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας" του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 Ιουνίου 2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών
Στέργιος Παλάσκας



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας, δεν θα είναι άρτια, αν παραλείψω να αναφερθώ στον άνθρωπο που ανέλαβε την επίβλεψη και καθοδήγηση μου για τη συγγραφή της. Θα ήθελα λοιπόν να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια Αγγελική Σταμούλη, τον καθηγητή Μάρκο Σαρρή και την καθηγήτρια Ασπασία Γούλα για την άριστη συνεργασία μας και την στήριξη τους, όλο το διάστημα εκπόνησης της εργασίας μου.

Επίσης, λόγω του ότι η εργασία πραγματοποιήθηκε σε μία ιδιαίζουσα χρονική στιγμή για μένα, θα ήθελα να ευχαριστήσω πρώην και νυν συναδέλφους, που με στήριζαν σε πολλά επίπεδα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	3
Abstract.....	4
Εισαγωγή	5
Μέρος Α΄	
Κεφάλαιο 1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	
1.1 Ορισμός Ψυχικής ασθένειας.....	7
1.1.1 Ορισμός Ψυχικής υγείας	8
1.2 Τύποι Ψυχικών διαταραχών	8
1.3 Ιστορική αναδρομή	15
Κεφάλαιο 2 Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΤΟΜΟΥ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	
2.1 Στίγμα	18
2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	19
2.3 Επιπτώσεις στην οικονομία και ποιότητα ζωής των ασθενών	21
2.4 Οικογένεια, βασικό υποστηρικτικό πλαίσιο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης .	23
Κεφάλαιο 3 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ	
3.1 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ευρώπη	25
3.2 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και Εθνικό Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	27
3.3 Σύμφωνο Spilda	28
3.4 Αρχές και αξίες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	30
Μέρος Β΄	
Κεφάλαιο 4 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ-ΨΚΑ	
4.1 Τομεοποίηση.....	32
4.2 Βασικοί πάροχοι Υπηρεσιών.....	42
4.2.1 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια	44

4.3 Στεγαστικές Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	46
4.3.1 Εγχειρίδιο αξιολόγησης.....	48
4.3.2 Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα	49
4.4 Οικονομικά στοιχεία	49

Κεφάλαιο 5 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ-ΨΚΑ

5.1 Τι είναι η ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	51
5.2 Αρχές και στόχοι Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	52
5.3 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση στα πλαίσια της αποασυλοποίησης	53
5.4 Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ως βασικό εργαλείο των Στεγαστικών Δομών	54
5.4.1 Το θεραπευτικό στοιχείο του ΑΘΠ και οι βασικοί άξονες.....	56

Κεφάλαιο 6 ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ-ΨΚΑ

6.1 Έρευνες για την αποτελεσματικότητα των Στεγαστικών Δομών.....	58
6.2 Αποτελέσματα Β φάσης «Ψυχαργώς»	65

Κεφάλαιο 7 Η ΕΚ ΤΩΝ ΕΣΩ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΚΑ

7.1 Το παράδειγμα λειτουργίας μιας μονάδας ΨΚΑ στην Αττική	68
7.2 Οι προσωπικές εμπειρίες των ενοίκων μιας Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	73
7.3 Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μιας Μονάδας ΨΚΑ	80
7.4 Επαγγελματική εξουθένωση	82
7.5 Κοινωνικός Αντίκτυπος.....	86

Κεφάλαιο 8 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

8.1 Συμπεράσματα	88
8.2 Προτάσεις	91

Βιβλιογραφία	94
--------------------	----

Περίληψη

Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών στη χώρα μας ολοένα και αυξάνεται λόγω της οικονομικής κρίσης και των σφοδρών συνεπειών που παρατηρούνται στην κοινωνία και στο ίδιο το άτομο. Αξιοσημείωτο, δε είναι πως στη παρούσα χρονική στιγμή που συγγράφεται η συγκεκριμένη Διπλωματική εργασία, ο πλανήτης μαστιίζεται από τη πανδημία του κορονοϊού (covid-19), με χιλιάδες νεκρούς και σοβαρές επιπτώσεις στη ψυχική υγεία. Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας επομένως είναι επιτακτική ανάγκη για το σύνολο του πληθυσμού. Τις τελευταίες δεκαετίες σε παγκόσμιο επίπεδο με το κίνημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης η φροντίδα των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές μεταφέρεται σε προστατευόμενους χώρους στέγασης στην κοινότητα με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την ψυχοκοινωνική τους επανένταξη. Στην Ελλάδα αντίστοιχα, η αποϊδρυματοποίηση λαμβάνει χώρα στις αρχές της δεκαετίας του '80 με την υλοποίηση στεγαστικών κοινοτικών προγραμμάτων.

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή της λειτουργίας υφιστάμενων στεγαστικών δομών στην Ελλάδα. Ακόμα αναλύονται παράμετροι όπως η ποιότητα ζωής, το στίγμα, η συμμετοχή και ενεργή εμπλοκή των ληπτών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στην συνέχεια γίνεται διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως προς την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχική νόσο. Στο τέλος παρατίθενται τα συμπεράσματα όπου εν μέρει επιβεβαιώνουν τους στόχους της «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης». Κλείνοντας τα Ψυχιατρεία και δημιουργώντας μονάδες ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης όπως οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα έχει αλλάξει η ζωή των χρόνιων ψυχικά πασχόντων, έχουν βελτιωθεί οι συνθήκες νοσηλείας και γενικότερα φροντίδας. Η λειτουργία των αποκαταστασιακών δομών μέσα στην κοινότητα αποτελούν ένα σταθερό δείγμα αντιμετώπισης του στίγματος για την ψυχική νόσο. Με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ελαττώνονται τα συμπτώματα της ψυχικής αρρώστιας, της μειονεξίας και της ανημποριάς, ενισχύοντας την εκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, «Ψυχαργός», Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, ψυχική ασθένεια, αποασυλοποίηση, Στεγαστικές Δομές

Abstract

«Psychosocial Rehabilitation Units: The issue of the effectiveness of Housing Structures for patients with mental illness»

The prevalence of mental disorders in our country is increasing due to the economic crisis and the severe consequences that are observed in society and in the individual. It is noteworthy that at the present time when this Diploma Thesis is being written, the planet is plagued by the coronavirus pandemic (covid-19), with thousands of deaths and serious mental health effects. The provision of mental health services is therefore an urgent need for the entire population. In recent decades worldwide with the Psychiatric Reform movement the care of people with chronic mental disorders has been transferred to sheltered shelters in the community with the aim of improving their quality of life and their psychosocial reintegration. In Greece, respectively, deinstitutionalization takes place in the early '80s with the implementation of community housing programs.

The object of this work is the description of the operation of existing housing structures in Greece. Parameters such as quality of life, position, participation and active involvement of recipients in mental health services are also analyzed. The effectiveness of community mental health services in the psychosocial rehabilitation of people with mental illness is then investigated. At the end, the conclusions are presented where they partially confirm the goals of the "Psychiatric Reform". Closing Psychiatric Hospitals and creating psychosocial and vocational rehabilitation units such as boarding schools, hostels, sheltered apartments has changed the lives of the chronically ill, conditions of hospitalization and general care have improved. mental illness. Psychosocial rehabilitation reduces the symptoms of mental illness, disability and helplessness, enhancing self-esteem and self-confidence.

Keywords: Psychiatric Reform, "Psihargos", Psychosocial Rehabilitation, Mental Illness, Deinstitutionalization, Housing Structures

Εισαγωγή

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως « η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία [ασθένειας](#) ή [αναπηρίας](#)». Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ορισθεί με σαφήνεια. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα διαχωριστικά και διαγνωστικά κριτήρια μεταξύ της ψυχικής υγείας και της ασθένειας έως και σήμερα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά επιτεύγματα

Στην εποχή μας, ο άνθρωπος εμφανίζεται ιδιαίτερα εύθραυστος όσον αφορά την ψυχική του υγεία, ενώ η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών αυξάνει διαρκώς. Οι επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, δείχνουν πως 10-20% του πληθυσμού ανά πάσα στιγμή υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές. Το οικονομικό κόστος που προκύπτει είναι τεράστιο και αφορά το άμεσο υγειονομικό κόστος και έμμεσο κόστος από την απώλεια παραγωγικότητας. Οι παρεμβάσεις λοιπόν από τα κράτη κρίνονται επιτακτικές, για την Ελλάδα η ψήφιση του Νόμου για το Εθνικό σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), σήμανε την έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Η ιδρυματική ψυχιατρική φροντίδα κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της αποδείχτηκε ότι επιφέρει αντιθεραπευτικά αποτελέσματα στην κατάσταση των ψυχικά ασθενών. Ειδικότερα , το ψυχιατρείο φάνηκε ότι σχετίζεται με το στίγμα για τους ασθενείς, την απόσυρση από τους κοινωνικούς ρόλους, τον περιορισμό των κοινωνικών τους προσδοκιών, την ρήξη των οικογενειακών δεσμών, την ρήξη με το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης τους, την εξάρτηση και την αποπροσωποποίηση. Επιπλέον, η λειτουργία του συνδυάστηκε με καταγγελίες για σκάνδαλα και γενικευμένα φαινόμενα εξαθλίωσης και κακοποίησης των ασθενών.

Στην Ελλάδα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού ήταν η αποκάλυψη την δεκαετία 1980, των απαράδεκτων συνθηκών διαβίωσης των ασθενών στο ψυχιατρείο της Λέρου με τις καταγγελίες για περίπτερα γυμνών και αλυσοδεμένους. Συνέπεια αυτών ήταν η κινητοποίηση ευρείας κριτικής προς τη ψυχιατρική ιδρυματική φροντίδα, με αποτέλεσμα την έναρξη διαδικασιών ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και στην χώρα μας. Το πέρασμα από την ασυλική ψυχιατρική σε μια διαφορετική ολιστική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα στην κοινοτική ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, αποτελεί

σήμερα κοινώς αποδεκτή εξέλιξη στο χώρο της Ψυχικής Υγείας. Για να διασφαλίσει τη συνέχιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης το Υπουργείο Υγείας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο έργο με την ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» αφορά στην ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.

Στόχος είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού. Με βάση αυτούς του στόχους, το Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» δημιουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου (Ξενώνας, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα αναπτύσσει στα Γενικά Νοσοκομεία Ψυχιατρικά Τμήματα και παράλληλα, κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας). Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.

Στα πλαίσια εκπόνησης της παρούσης διπλωματικής εργασίας θα γίνει προσπάθεια να μελετηθεί και καλυφθεί η ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία που αφορά την αποτελεσματικότητα των Στεγαστικών Δομών που φιλοξενούν ασθενείς με ψυχικά νοσήματα, αλλά και του παράγοντες που συμβάλλουν προς αυτή τη κατεύθυνση. Θα διερευνηθεί κατά πόσο συμβάλλουν πράγματι στην αποσυλλοποίηση των ατόμων ή αν αποτελούν χώρο «φύλαξης» τους, στα πλαίσια των οποίων ενδεχομένως, αναπαράγονται φαινόμενα «νεοϊδρυματισμού».

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

1.1 Ορισμός Ψυχικής ασθένειας

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR η ψυχική διαταραχή ορίζεται ως εξής « ένα κλινικά σημαντικό συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή μοτίβο που εμφανίζει κάποιος, το οποίο συνδέεται με δυσφορία (π.χ. ένα επώδυνο σύμπτωμα) ή με αναπηρία (δηλαδή με μείωση της λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής του ατόμου) ή με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο οδύνης ,θανάτου, πόνου ,αναπηρίας ή με σημαντική μείωση της ελευθερίας του ατόμου. Επιπλέον , το συγκεκριμένο σύνδρομο ή μοτίβο δεν πρέπει να αποτελεί απλώς μια αναμενόμενη και πολιτισμικά αποδεκτή αντίδραση σε ένας γεγονός όπως για παράδειγμα στο θάνατο ενός αγαπημένου πρόσωπου. Όποια και αν είναι η αρχική του αιτία, πρέπει στη παρούσα φάση να θεωρείται εκδήλωση συμπεριφορικής , ψυχολογικής ή βιολογικής δυσλειτουργίας του ατόμου.»

Στη πορεία της ζωής ενός ατόμου είναι πολύ πιθανό να περάσει από τέσσερις διαφορετικές καταστάσεις και είναι οι εξής: 1) κατάσταση ψυχικής ευεξίας,2) κατάσταση ψυχικής ενόχλησης 3) κατάσταση ψυχικής διαταραχής ,4) κατάσταση παγιωμένης ψυχικής διαταραχής. Με την αναφορά των παραπάνω φάσεων διαπιστώνουμε πως η μανιχαϊστική προσέγγιση της ψυχική κατάστασης, δηλαδή η τάση να διαιρούμε τον κόσμο σε δύο μέρη άσπρο-μαύρο, υγεία-ασθένεια, τρελοί –φυσιολογικοί, δεν είναι απόλυτη. Ο καθένας μας, μπορεί συχνά να μεταβαίνει από τη πρώτη κατάσταση στην δεύτερη και το αντίστροφο, ενώ η κατάσταση της ενόχλησης μπορεί να μεταβληθεί σε αληθινές διαταραχές με παρουσία συμπτωμάτων, όπου δίχως τη κατάλληλη θεραπεία είναι δυνατό να παγιωθεί και να γίνει χρόνια. (Γκιωνάκης ,Στυλιανίδης 2001)

Η έννοια της ψυχικής νόσου είναι ιδιαίτερα παρεξηγημένη, συχνά καταστάσεις της καθημερινότητας χαρακτηρίζονται «τρελές», άτομα και κοινωνικές εκφράσεις «υστερικές», κ.α. Η ποικιλομορφία των ψυχικών νοσημάτων σε συνδυασμό με τη δυνατότητα πολύπλευρης προσέγγισης τους ευνοούν τέτοιου είδους συγχύσεις. Ανεξάρτητα από όλα αυτά σαν ψυχική ασθένεια θεωρείται εξ αρχής μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας. Αυτό που έχει επικρατήσει για να προσεγγίσει τη ψυχική νόσο είναι το βίο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο, τονίζοντας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε θεωρίας. Οι βιολογικές θεωρίες

αναζητούν τα αίτια της ψυχική νόσου σε οργανικούς παράγοντες όπως η ανατομία του νευρικού συστήματος, η νευροφυσιολογία, η γενετική η βιοχημική σύσταση του οργανισμού. Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη ψυχική νόσο μέσα από ενδοψυχικές συγκρούσεις του ασθενή αλλά και μη ορθή επεξεργασία των συγκρούσεων αυτών. Τραυματικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια ψυχοκινητικής ανάπτυξης, ανωμαλίες στη συναισθηματική – σεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου, τα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον και ο τρόπος που τα βιώνει είναι μερικά από αυτά τα στοιχεία. Οι κοινωνιολογικές θεωρίες ερμηνεύουν τις συσχετίσεις της ψυχικής διαταραχής με διάφορους κοινωνικούς ,πολιτιστικούς και οικονομικούς παράγοντες. Προκύπτει λοιπόν ότι οι οικονομικές και κοινωνικό-πολιτικές συνθήκες στις οποίες ζει και αναπτύσσεται το άτομο , επηρεάζουν τη ψυχική του υγεία.(Παπαγεωργίου 2004)

1.1.1 Ορισμός ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με το Π.Ο.Υ. , ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στη κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Ο πλέον αποδεκτός ορισμός για τη ψυχική υγεία διατυπώθηκε το 1958 από τη Marie Jahoda και ορίζει τη θετική ψυχική υγεία σαν αποτέλεσμα φυσιολογικής συμπεριφοράς, σαν μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά:1) την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του,2) τη δυνατότητα αυτοδυναμίας του, 3) τη δυνατότητα αντίστασης στο στρές, 4) τη δυνατότητα του ατόμου να είναι δραστήριο και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές, 5) την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον, 6) τη δυνατότητα να αντιμετωπίζει και επιλύει τα προβλήματα του,7) την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει.(Μαδιανός 2000)

1.2 Τύποι ψυχικών διαταραχών

Με το πέρας των χρόνων δημιουργήθηκε ένα δημοφιλές σύστημα που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση νοητικών διαταραχών και αυτό είναι το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών γνωστό και ως DSM. Πρόκειται για ένα περιγραφικό και διαγνωστικό σύστημα όπου ταξινομεί τις ψυχικές διαταραχές και όχι τους ανθρώπους αναλόγως των χαρακτηριστικών μη φυσιολογικών τους συμπεριφορών.

Παρακάτω ακολουθούν οι πιο σημαντικές ψυχικές διαταραχές:

1. Διαταραχές άγχους, ψυχοσωματικές διαταραχές και διαταραχές διχασμού:

- Αγχώδης διαταραχή: είναι μία ψυχική διαταραχή που αφορά το άγχος και σκέψεις συναισθήματα και συμπεριφορά που συνδέονται με το άγχος και εμποδίζουν την φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπου.
- Γενικευμένη ανγχώδης διαταραχή: είναι μία διαταραχή άγχους που αφορά στην υπερβολική ανησυχία για διάφορα πράγματα όπως είναι τα οικονομικά, το σχολείο, η απόδοση στη δουλειά κλπ.
- Διαταραχή πανικού: είναι μία διαταραχή άγχους που χαρακτηρίζεται από συχνές και απροσδόκητες προσβολές πανικού οι οποίες κορυφώνονται σε διάστημα δέκα περίπου λεπτών. τα άτομα αυτά νιώθουν πως λιποθυμούν ή πως πνίγονται και νομίζουν ότι χάνουν τον έλεγχο ή τρελαίνονται ή πως θα πεθάνουν. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά δεν είναι τόσο επικίνδυνα όσο είναι η αίσθηση που δίνουν.
- Φοβική διαταραχή: είναι η διαταραχή που περιλαμβάνει υπερβολικούς και παράλογους φόβους με τάση προς αποφυγή. Η αποφυγή αφορά συγκεκριμένα αντικείμενα, δραστηριότητες ή καταστάσεις όπως τα ζώα, το ύψος, το αεροπλάνο κλπ. Επίσης άλλοι άνθρωποι υποφέρουν από αγοραφοβία δηλαδή φοβούνται να βρεθούν σε μέρη όπου πιστεύουν πως η διαφυγή τους θα είναι δύσκολη. Τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να φύγουν από το σπίτι να ταξιδέψουν και να βρίσκονται σε μέρη με πολύ κόσμο χωρίς συντροφιά.
- Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή: ο ψυχαναγκασμός είναι μία επαναλαμβανόμενη σκέψη ή μία παρόρμηση ή μία εικόνα που δημιουργεί άγχος π.χ. ότι θα κολλήσουμε κάποιο μικρόβιο και θα το μεταδώσουμε στην οικογένειά μας. Από την άλλη μεριά ο καταναγκασμός είναι μία συμπεριφορά ή ένα τελετουργικό που εκτελείται επανειλημμένως με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά π.χ. το πλύσιμο των χεριών, ο έλεγχος του πίνακα ασφαλείας.
- Σωματόμορφες διαταραχές: είναι οι ψυχικές διαταραχές κατά τις οποίες κάποιο σωματικό σύμπτωμα υποδεικνύει ότι υπάρχει σωματική διαταραχή για την οποία όμως δεν μπορεί να βρεθεί καμία ιατρική βάση. Οι πιο γνωστές σωματόμορφες διαταραχές είναι η διαταραχή μετατροπής και η υποχονδρίαση. Η πρώτη περιλαμβάνει συμπτώματα που επηρεάζουν την εκούσια κίνηση ή την αισθητηριακή λειτουργία π.χ. κάποιος να μην

μπορεί να κουνήσει κάποιο άκρο του ή να μιλήσει. Ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει τον υπερβολικό φόβο για την ύπαρξη μιας σοβαρής ασθένειας π.χ. κάποιος μπορεί να θεωρεί έναν απλό πονοκέφαλο ως όγκο στο κεφάλι.

- Οι διασχιστικές διαταραχές αφορούν δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία μιλά για τις αποσυνδεδετικές διαταραχές οι οποίες περιλαμβάνουν την απότομη αλλοίωση της συνείδησης, της μνήμης ή της ταυτότητας. είναι δηλαδή η ψυχική κατάσταση κατά την οποία χωρίζονται τα μέρη του μυαλού από τη συνείδηση. Η δεύτερη κατηγορία μιλά για την αποσυνδεδετική διαταραχή ταυτότητας ή αλλιώς διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας. Στην περίπτωση αυτή το άτομο έχει δύο ή περισσότερες ξεχωριστές ταυτότητες ή προσωπικότητες. Συχνά η κάθε προσωπικότητα δεν γνωρίζει την ύπαρξη των άλλων και έτσι το άτομο μπορεί να μη θυμάται τι έκανε η τι είπε για κάποιες ώρες και μέρες. Πιο παλιά θεωρούνταν σπάνια, αλλά τώρα θεωρείται ότι εμφανίζεται περισσότερο από ότι παλιά κυρίως μεταξύ ενηλίκων που υπήρξαν θύματα σωματικής η σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία.(Αυδύ και Ρούση 2010)

2. Διαταραχές που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών:

- Στην κατηγορία αυτή κάνουμε λόγο για μία ψυχική διαταραχή που περιλαμβάνει ένα δυσπροσαρμοστικό επαναλαμβανόμενο σχήμα χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Το σχήμα αυτό οδηγεί στη μείωση της αποδοτικότητας στην καθημερινή λειτουργία ενός ανθρώπου. Με άλλα λόγια ο άνθρωπος αποτυγχάνει να εκπληρώσει τις βασικές του υποχρεώσεις είτε στη δουλειά είτε στις σχέσεις κλπ. Τις περισσότερες φορές διαπληκτίζεται με την οικογένειά του. Πολλές φορές ακόμη το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε επικίνδυνες καταστάσεις αν για παράδειγμα οδηγεί υπό την επήρεια ουσιών. Τέτοιες ουσίες μπορεί να είναι το αλκοόλ, τα τσιγάρα, η μαριχουάνα, τα ψυχοδραστικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται χωρίς ιατρική συνταγή, η κοκαΐνη, ψευδαίσθησιογονα και εισπνεόμενες ουσίες.

3. Διαταραχές της διάθεσης: στην κατηγορία αυτήν ανήκουν επεισόδια κατάθλιψης ή μανίας ή εναλλαγής και των δύο.

- Μείζων καταθλιπτική διαταραχή: πρόκειται για μία διαταραχή της διάθεσης η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια. Όταν συμβαίνει το καταθλιπτικό επεισόδιο ο άνθρωπος νιώθει θλίψη και χάνει το ενδιαφέρον του για τα περισσότερα πράγματα. Επίσης δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και ενίοτε σκέφτεται την αυτοκτονία. Επιρροή έχει παρατηρηθεί και στον ύπνο τους καθώς δεν μπορούν να κοιμηθούν καλά και νιώθουν κουρασμένοι.
 - Διπολική διαταραχή: πρόκειται για μία διαταραχή της διάθεσης η οποία αφορά την διάθεση που μεταβάλλεται μεταξύ περιόδων κατάθλιψης και μανίας. Με την έννοια μανία μιλάμε για περιόδους όπου το άτομο παρουσιάζει μία συναισθηματική έξαρση μη φυσική. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα εκείνη την περίοδο της μανίας νιώθουν πολύ καλά και δεν έχουν ανάγκη από ύπνο θέλουν να μιλούν πολύ και η προσοχή τους αποσπάται πολύ εύκολα. Επιπλέον εμπλέκονται σε πολλές δραστηριότητες και μπορεί να ξεκινήσουν παρορμητικές επιχειρηματικές δραστηριότητες οι οποίες θα καταλήξουν σίγουρα σε αποτυχία μιας και δεν έχουν κάνει καλό σχεδιασμό. Οι άνθρωποι με μανιακά επεισόδια συνήθως είναι ρισκοκίνδυνοι κάνουν κατάχρηση ουσιών και οδηγούν επικίνδυνα. (Αυδύ και Ρούση 2010)
4. Σχιζοφρένεια: είναι μία ψύχωση που παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα στην κρίση, τη λογική, το συναίσθημα, την αντίληψη και την συμπεριφορά ενός ανθρώπου. Παρατηρείται σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητα ενός ανθρώπου, στην απώλεια των ορίων του εγώ και στην έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας. Επιπλέον μπορεί ο άνθρωπος να έχει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Φυσικά υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο άνθρωπος δεν έχει καθόλου εναισθησία του προβλήματος. Πιο απλά μπορούμε να πούμε ότι πρόκειται για «σκίσιμο του μυαλού» όπως είναι και ο όρος σχιζοφρένεια. Στις μέρες μας η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας όπου ο άνθρωπος απάντα με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν την συγκεκριμένη νόσο παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στην κλινική τους εικόνα. Κάνουμε δηλαδή λόγο για έντονη διέγερση ή απάθεια και απόσυρση ενώ από την άλλη πλευρά

εκκεντρικότητά έως και αλλόκοτη συμπεριφορά. Για τον λόγο αυτόν οι τύποι σχιζοφρένειας ταξινομήθηκαν σε κατηγορίες. Πιο συγκεκριμένα:

- Κατατονικός τύπος: η διαταραχή παρουσιάζεται στην κίνηση όπως η διέγερση και ο αρνητισμός.
 - Αποδιοργανωμένος τύπος: η διαταραχή παρουσιάζεται μέσω του ασυνάρτητου λόγου την χάλαση των συνειρμών, την παράλογη σκέψη και την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
 - Παρανοϊκός ή παρανοειδής τύπος: η διαταραχή παρουσιάζεται μέσω της έντονης ενασχόλησης με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες, συχνές είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, το περιεχόμενο των οποίων είναι συχνά διωκτικό, μεγαλειώδες. Οι παραληρητικές ιδέες αφορούν θέματα ζήλιας, θρησκείας, σωματοποίησης κλπ.
 - Αδιαφοροποίητος τύπος: αποτελείται από πολλά συμπτώματα και διάφορα που όμως δεν εμπίπτουν στους άλλους τύπους.
5. Υπολειμματικός τύπος: είναι η περίπτωση όπου η διαταραχή στον άνθρωπο συνεχίζεται χωρίς όμως να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Αντί για όλα αυτά υπάρχουν σημεία που εκδηλώνουν την πάθηση μέσω αρνητικών συμπτωμάτων όπως είναι η αβουλία η απροθυμία και οι ασυνήθιστες πεποιθήσεις κλπ.
6. Διαταραχές της προσωπικότητας: σε αυτήν την κατηγορία Ψυχικής διαταραχής υπάρχουν δυσπροσαρμόστηκα άκαμπτα και ενοχλητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Το δύσκολο σημείο σε αυτή την κατηγορία είναι ότι τα στοιχεία αυτά τις περισσότερες φορές θεωρούνται ως γνωρίσματα που καθορίζουν την ατομικότητα ενός ανθρώπου και όχι τόσο ένα πρόβλημα που έχει ένας άνθρωπος και χρειάζεται θεραπεία. Αξιοσημείωτο δε είναι οι προβληματικές καταστάσεις όπου τα άτομα αυτά βρίσκονται συνεχώς εξαιτίας των γνωρισμάτων αυτών. Επιπλέον η διαταραχή προσωπικότητας συχνά συνδέεται και με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως για παράδειγμα το άγχος, η κατάχρηση ουσιών και οι ψυχωτικές διαταραχές κλπ. Οι διαταραχές της προσωπικότητας ταξινομούνται στους παρακάτω τύπους:
- Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας: είναι η διαταραχή με δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά, έλλειψη εμπιστοσύνης, καχυποψία,

φόβο και ζήλεια. Τα άτομα αυτά δεν εμπιστεύονται τους άλλους και είναι καχύποπτοι για τα κίνητρά τους επίσης φοβούνται να μιλήσουν ανοιχτά μην τυχόν και κάποιος τους προδώσει. Οι παρανοϊκοί τύποι είναι αρκετά ζηλιάρηδες. Σε αντίθεση με τους παρανοϊκούς σχιζοφρενείς οι άνθρωποι αυτοί δεν βιώνουν ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Συνήθως είναι παράξενοι και εκκεντρικοί.

- Αντικοινωνική/μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας: η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από αντικοινωνική συμπεριφορά όπως τα ψέματα, οι συγκρούσεις, η κλοπή και η σκληρότητα. Οι άνθρωποι αυτοί δεν έχουν σε μεγάλη υπόληψη τα δικαιώματα τα αισθήματα και την ιδιοκτησία των άλλων. Αρκούνται στο να χειραγωγούν και να βλάπτουν τους άλλους χωρίς να το μετανιώνουν ή να νιώθουν τύψεις για αυτό. Συνήθως εμπλέκονται σε διάφορα εγκλήματα ή είναι χρήστες ναρκωτικών ουσιών και βίαιων συμπεριφορών. Υπάρχουν πολύ Serial killer με αυτήν τη διαταραχή. Οι μεταιχμιακοί ασθενείς ή αλλιώς οριακοί ασθενείς έχουν την τάση να παρορμούν και να αυτοκαταστρέφονται. Η πάθηση τους χαρακτηρίζεται από έντονες εναλλαγές τόσο στα συναισθήματα όσο στη σκέψη και τη συμπεριφορά. Ενώ τη μία στιγμή αισθάνονται χαρά μπορεί ξαφνικά να αισθανθούν λύπη. Συνήθως χαρακτηρίζονται από αστάθεια.
- Δραματική και ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας: η πρώτη διαταραχή αφορά την υπερβολική συναισθηματικότητα και επιζήτηση της προσοχής του πάσχοντος από τους άλλους. Στην ναρκισσιστική διαταραχή ο άνθρωπος που πάσχει έχει την αίσθηση μεγαλείου και συνέχεια νιώθει την ανάγκη για θαυμασμό και ταυτόχρονα υπάρχει έλλειψη εναισθησίας.
- Εξαρτητική, αποφευκτική, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας: στην κατηγορία αυτή οι άνθρωποι έχουν υπερβολική εξάρτηση από τους άλλους και παρουσιάζονται ανίκανοι να λάβουν σημαντικές αποφάσεις. Συνήθως η συμπεριφορά τους είναι υποτακτική και φοβούνται έντονα τον αποχωρισμό. Οι αποφευκτικοί ασθενείς νιώθουν κοινωνική αναστολή καθώς και ανεπάρκεια και η υπερευαισθησία τους έγκειται κυρίως στην αρνητική αξιολόγηση. Ενώ η ψυχαναγκαστικοί ή καταναγκαστικοί ασθενείς έχουν έντονη ενασχόληση

με την τάξη την τελειότητα και τον έλεγχο. Το προφίλ της κατηγορίας αυτής συνήθως παρουσιάζεται με αγχώδεις/φοβισμένους ασθενείς.

7. Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής: στην κατηγορία αυτή κάνουμε λόγο για ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία. Η κατηγορία αυτής της διαταραχής έχει προκαλέσει αρκετό ενδιαφέρον λόγω της σύνδεσής της με την παχυσαρκία.

- Ψυχογενής ανορεξία: ο όρος αναφέρεται στην απώλεια της όρεξης ενώ το επίθετο ψυχογενής υποδηλώνει πως η απώλεια οφείλεται σε συναισθηματικούς λόγους. Τα άτομα με αυτή την πάθηση δεν χάνουν στην πραγματικότητα την όρεξή τους ή το ενδιαφέρον τους για φαγητό αντίθετα ενώ επιβάλλουν στον εαυτό τους ασιτία ασχολούνται έντονα με το φαγητό είτε ετοιμάζοντας ωραία γεύματα για την οικογένεια τους , είτε βλέποντας πολύ συχνά εκπομπές μαγειρικής κ.α. Με άλλα λόγια το άτομο αρνείται να διατηρήσει το φυσιολογικό σωματικό του βάρος και προσπαθεί να είναι αυτό χαμηλότερο από το 85% του φυσιολογικού καθώς διακατέχεται από φόβο μήπως παχύνει και διαταραχθεί η εικόνα του. Στις γυναίκες φυσικά έχει ως αποτέλεσμα την αμηνόρροια.
- Ψυχογενής βουλιμία: η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζει ανθρώπους όπου σε μικρό χρονικό διάστημα καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής και ακολουθούνται αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως είναι για παράδειγμα ο εμετός. Οι άνθρωποι αυτοί έχουν ως στόχο να αποτρέψουν την αύξηση του βάρους. Πιο απλά οι άνθρωποι με τη συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζουν επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και αντισταθμιστικών συμπεριφορών με το σχήμα και το βάρος του σώματός να αποτελούν για εκείνους σημαντικά και ιδιαίτερα στοιχεία για την αυτοεκτίμησή τους.

8. Σεξουαλικές διαταραχές και διαταραχές ταυτότητας φύλου: οι διαταραχές αυτές διακρίνονται στις σεξουαλικές δυσλειτουργίες και στις παραφυλίες (ή σεξουαλικές παρεκκλίσεις)

- Οι πρώτες χαρακτηρίζονται από διαταραχή στη σεξουαλική λειτουργία ενώ οι παραφυλίες χαρακτηρίζονται από διαταραχή του σεξουαλικού σκοπού ή στόχου. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι ενώ στις παρεκκλίσεις υπάρχει καλή και ευχάριστη σεξουαλική λειτουργικότητα, στις δυσλειτουργίες η λειτουργικότητα είναι διαταραγμένη.

- Οι διαταραχές της ταυτότητας φύλου δηλαδή ο τρανσέξουαλισμός, χαρακτηρίζονται από έντονη και επιμονή δυσφορία του ατόμου για το ανατομικό φύλο του και έντονη και επιμονή επιθυμία να γίνει μέλος του αντίθετου φύλου. (Μάνου 1997)

1.3 Ιστορική αναδρομή

Αξίζει να παρατηρήσουμε την ιστορική διαδρομή και εξέλιξη του πεδίου της ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας από την εποχή των ασύλων έως και σήμερα. Είναι εντυπωσιακή η ανάπτυξη των δομών ψυχιατρικής φροντίδας, των επαγγελματιών καθώς και των ληπτών, τα ανωτέρω διαφαίνονται μέσα από την εξέλιξη του φάσματος των θεραπευτικών παρεμβάσεων, την κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε σημείο να λειτουργούν ψυχοθεραπευτικά και τέλος τα δικαιώματα και τη συμμετοχή των ληπτών στη θεραπεία.

Από την Αρχαιότητα αντικείμενο ενδελεχούς παρατήρησης , από τους Ιπποκράτη, Ασκληπιό ,Αριστοτέλη είναι οι παρεκκλίνουσες μορφές συμπεριφοράς που σήμερα τις συνδέουμε με ψυχικές διαταραχές. Η ιατρική για πρώτη φορά εισήλθε στο χώρο της επιστημονικής σκέψης με την παρατήρηση, την αιτιολογία , τη περιγραφή και πρόγνωση των νόσων. Την έναρξη για αυτή τη περίοδο έκανε ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης ,ο οποίος προσδιόρισε τα αίτια των νοσημάτων σωματικών και ψυχικών, θεωρώντας πως οφείλονται στην ανισορροπία των 4 χυμών του οργανισμού με τη επίδραση του εξωτερικού περιβάλλοντος. Αρκετοί ψυχιατρικοί όροι που χρησιμοποιούσε ο Ιπποκράτης έχουν επικρατήσει έως και σήμερα ,όπως: μανία, παράκρουση , επιληψία, υστερία κ.α..

Αργότερα κατά τη περίοδο της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας, όπως προκύπτει από αξιόπιστες ιστορικές πηγές , οι Βυζαντινοί γιατροί ,πολλοί εξ αυτών ήταν παράλληλα ιερωμένοι, κατά την ιατρική τους πρακτική έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων. Οι πρακτικές αντιμετώπισης είχαν θετικό ανθρωπιστικό πρόσημο προστατεύοντας τα δικαιώματα και αποφεύγοντας ανώφελες αναγκαστικές νοσηλείες. Υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ αντιλήψεων και πρακτικών δαιμονισμού και ψυχικής ασθένειας , σε αντίθεση με τη μεσαιωνική Δύση. Άξιο αναφοράς ακόμα είναι πως κατά τη διάρκεια της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας οι ιδρυματικοί χώροι είχαν κυρίως αποκαταστασιακό και θεραπευτικό ρόλο και λιγότερο αποτελούσαν χώρους φύλαξης.(Στυλιανίδης και συν 2014)

Το 1409 ιδρύθηκε στη Βαλένθια το πρώτο γνωστό άσυλο για χρόνιους ασθενείς. Δεν άργησε η εξάπλωση τέτοιων ασύλων και στην υπόλοιπη Ευρώπη, τα οποία τελούσαν υπό την αιγίδα της Καθολικής εκκλησίας και παρείχαν ασυλικού τύπου φροντίδα. Το 1656 κατασκευάστηκε στο Παρίσι το Γενικό Νοσοκομείο με σκοπό τον εγκλεισμό των ανέργων, των φτωχών και γενικότερα όσων δεν ήταν παραγωγικοί και δημιουργούσαν κοινωνικές αναταράξεις. Εκείνη την εποχή ήταν ευρέως αποδεκτό πως όσοι δεν σέβονταν τη κοινωνική τάξη και την έννοια της παραγωγικότητας, θεωρούνταν «τρελοί» και έπρεπε να εγκλειστούν σε ιδρύματα με στόχο να υπακούσουν στους ηθικούς κανόνες. Κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα επικρατούσε η κουλτούρα του «ιάσιμου», τα άσυλα προοδευτικά αποκτούσαν πιο θεραπευτικό χαρακτήρα, δίχως όμως να συνδυάζεται με τη εξέλιξη της ψυχιατρικής θεωρίας.

Μετά το 1960 αναπτύχθηκαν εναλλακτικές θεωρήσεις και ερμηνείες για τη ψυχική ασθένεια, όπως η αντί – ψυχιατρική και το κίνημα του αποϊδρυματισμού, όπου αμφισβητούσαν τη παραδοσιακή ψυχιατρική φροντίδα, κατά συνέπεια την ιδρυματική κουλτούρα. Ενδεικτικά αναφέρουμε τον Franco Basaglia ο οποίος ήταν από τους θεμελιωτές της αντί-ιδρυματικής πρακτικής. Τα κινήματα αυτά συνέβαλαν αποφασιστικά τόσο στην ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας όσο και στη καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας. (Στυλιανίδης και συν 2014)

Κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα η θεραπευτική κουλτούρα προσανατολίζεται στο βιοϊατρικό μοντέλο κυρίως λόγω της εμφάνισης αποτελεσματικών ψυχοφαρμάκων, καθώς οι άλλες θεραπείες(ψυχοχειρουργική,shock) δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα με αποτέλεσμα να δεχτούν επικρίσεις. Το 1952 ανακαλύφθηκε το πρώτο αντιψυχωτικό φάρμακο, η χλωροπροζαμίνη. Από τότε μέχρι σήμερα η ψυχοφαρμακολογία έχει δώσει αρκετά ηρεμιστικά και αντιψυχωτικά φάρμακα πιο αποτελεσματικά και με όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες, συντελώντας στην αποφυγή υποτροπής των ασθενών και ανάγκη για εισαγωγή στο Νοσοκομείο.(Μάνου 1997)

Την ίδια εποχή έχουμε την απαρχή των συστημάτων κοινοτικής ψυχικής υγείας και ιδρύονται μονάδες ημερήσιας νοσηλείας και εξωτερικά ιατρεία στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Ακόμα κάνουν την εμφάνιση τους έννοιες όπως η «τομεοποίηση», ο «αποϊδρυματισμός» και «κοινοτικό σχέδιο φροντίδας», οι οποίες εξελίχθηκαν και επικράτησαν. Με το πέρασμα στον 21^ο αιώνα οι κυβερνήσεις στρέφονται σε πολιτικές και στρατηγικές που αφορούν τη ψυχική υγεία., όπου σταδιακά παύει να είναι υποκεφάλαιο της υγείας. Το 2001 για πρώτη φορά η παγκόσμια έκθεση για την υγεία του ΠΟΥ ήταν αφιερωμένη στη ψυχική υγεία με τίτλο «Ψυχική υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα

ελπίδα». Το 2005 εκδίδεται από την Ευρωπαϊκή ένωση η πράσινη βίβλος για τη ψυχική υγεία και στη συνέχεια το 2008 το Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για τη Ψυχική Υγεία και Ευεξία , βασικοί πυλώνες του οποίου είναι ο μακροχρονίως σχεδιασμός για τη παροχή ποιοτικών, αποτελεσματικών και καθολικών υπηρεσιών , έλεγχος από εξωτερικούς φορείς και καλύτερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ψυχικής υγείας για την ορθή διαχείριση ψυχικών και οργανικών προβλημάτων. Τέλος αξιοσημείωτο είναι το Σχέδιο Δράσης για τη Ψυχική Υγεία 2013-2020 που υπερψηφίστηκε από τον ΠΟΥ το Μάιο του 2013.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΤΟΜΟΥ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

2.1 Στίγμα

Το στίγμα ως φαινόμενο καταγράφηκε για πρώτη φορά από τον κοινωνιολόγο Erving Goffman (1963) ο οποίος μιλά για «μια ανεπιθύμητη και δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στο άτομο και του στερεί το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει, όταν είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση». Στο παρελθόν στιγματίζονταν ασθένειες με «ορατά σημάδια» όπως η λέπρα, η σύφιλη κ.α..τη θέση αυτών στις πιο σύγχρονες κοινωνίες πήραν το AIDS, ο καρκίνος και αναμφίβολα οι ψυχικές ασθένειες. Τα στερεότυπα οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες αλληλένδετες με την έννοια του στίγματος. Το στίγμα που συνοδεύει τη ψυχική ασθένεια αποτυπώνεται ανεξίτηλα στη ταυτότητα του ανθρώπου, προδιαγράφει την αρνητική αντιμετώπιση του από τη κοινωνία μέσω αντιλήψεων, συμπεριφορών και πρακτικών που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό. Οι επιπτώσεις του στίγματος επηρεάζουν όχι μόνο τη ζωή του ασθενή αλλά και του οικογενειακού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος, βιώνοντας και εκείνοι σε ένα βαθμό τη κοινωνική απόρριψη. Επιπλέον το στίγμα επεκτείνεται και σε αυτούς με τους οποίους το άτομο σχετίζεται, όπως τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα, τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Δεν είναι λίγα τα παραδείγματα όπου η εγκατάσταση δομών ψυχικής υγείας μέσα στη κοινότητα προκαλεί τις αντιστάσεις της τοπικής κοινωνίας, υπό το φόβο της υποβάθμισης της περιοχής και της «επικινδυνότητας» που μπορεί να ενέχει ένα τέτοιο εγχείρημα και είναι απόρροια της άγνοιας τους για τη ψυχική ασθένεια. Είναι ευρέως γνωστό το φαινόμενο NIMBY (Not in back yard), «Μακριά από τη γειτονία μου» όπου αποτυπώνει εναργώς τις ακραίες αντιλήψεις και στάση των κατοίκων μιας περιοχής ενάντια στην εγκατάσταση στεγαστικών δομών που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (Οικονόμου Μ. από Συνήγορος του Πολίτη 2009)

Βάσει αποτελεσμάτων διεθνούς έρευνας με συμμετοχή και Ελλήνων ασθενών, προκύπτει πως σχεδόν τα 2/3 των ασθενών που είχαν κάποιο επεισόδιο κατάθλιψης βίωσαν διακρίσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Συχνότερες ήταν από τον οικογενειακό περίγυρο (40%), από φίλους (33%), από τον/την σύντροφο τους (23%) και από τον εργασιακό τους χώρο (21%). Παραπάνω από τους μισούς που συμμετείχαν στη έρευνα θα προτιμούσαν να αποκρύψουν τη διάγνωση ώστε να μην βρεθούν αντιμέτωποι με τις

επιπτώσεις του στίγματος οι οποίες αντικατοπτρίζονται στο ίδιο το άτομο με την κοινωνική απομόνωση, τη δυσκολία εύρεσης εργασίας, την αρνητική πορεία της νόσου, αλλά και στη λειτουργία της οικογένειας ,με την αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της και τη σχέση τους με το κοινωνικό σύνολο. Οι συμπεριφορές που οδηγείτε το κοινωνικό σύνολο συχνά επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που ήδη έχει ο καταθλιπτικός ασθενής κάνοντας την νόσο ακόμα πιο δυσβάστακτη. Η άγνοια , ο φόβος , η έλλειψη σεβασμού προς τον συνάνθρωπο καλλιεργούν το στίγμα, καταλυτικό όπως ρόλο παίζουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης όπως η τηλεόραση, ο τύπος αλλά και επιτυχημένες ταινίες του σινεμά, που αποτελούν πηγή παραπληροφόρησης για τη ψυχική ασθένεια ,σκιαγραφώντας το προφίλ ενός ψυχικά ασθενή ως επικίνδυνου για τον ίδιο ή το περίγυρο του.

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει πως μεγάλος αριθμός ασθενών που θα μπορούσαν να λάβουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν ζητούν ποτέ βοήθεια ή εγκαταλείπουν τη θεραπεία , υπό το φόβο να στιγματιστούν ως ψυχικά ασθενείς. Ωστόσο με αυτό τον τρόπο αρνείται τη ταμπέλα του ψυχικά ασθενή αλλά ταυτόχρονα αρνείται και την ίδια την ασθένεια όπου δεν παύει να είναι εκεί με ένταση των συμπτωμάτων και επιβαρυντικές επιπτώσεις για τον ίδιο.

Το στίγμα είναι ένα φαινόμενο κοινωνικής αδικίας που συμβάλει στο κοινωνικό αποκλεισμό και οξύνει τις κοινωνικές ανισότητες, αποτελεί λοιπόν πρόκληση για τις σύγχρονες κοινωνίες. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης θα πρέπει να στραφούν στη διαμαρτυρία , την επαφή και τη εκπαίδευση Σε αυτό συμβάλλουν οι ΜΨΑ μέσω δράσεων και ομιλιών από επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή ακόμα και από τους ίδιους τους λήπτες με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας, (Κορδώση, Σαρίδη και Σουλιώτης 2015)

2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι αποκλειστικότητα κάποια πληθυσμιακής ομάδας , δεν κάνουν διακρίσεις βάσει του φύλλου , εθνικότητας κ.α., προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις περιοχές , χώρες και κοινωνίες. Είναι παρούσες μεταξύ πλούσιων και φτωχών , είναι λανθασμένη η πεποίθηση πως η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών σε αγροτικές κοινωνίες είναι μικρότερη ,λόγω των ηπιότερων ρυθμών ζωής. Παρουσιάζονται σε όλες τις φάσεις της ζωής αντρών και γυναικών.

Προκειμένου να εκτιμηθούν οι ανάγκες σε επίπεδο ψυχικής υγείας και να οργανωθούν προγράμματα εστιασμένα στη πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν, οι επιδημιολογικές έρευνες στο γενικό πληθυσμό αποτελούν βασικό εργαλείο. Βασικοί άξονες των ερευνών συνήθως είναι η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων ψυχιατρικών διαταραχών αλλά και κατά πόσο σχετίζονται τα συμπτώματα με διαφόρους κοινωνικούς, οικονομικούς, δημογραφικούς παράγοντες. Στην Ευρώπη τέτοιου είδους έρευνες είναι αρκετά συνηθισμένες, αναδεικνύοντας ποικίλα και ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Το 2001 στο Όσλο της Νορβηγίας σε δείγμα 2.066 ατόμων του γενικού πληθυσμού πραγματοποιήθηκε μια διαχρονική έρευνα για την εμφάνιση συχνότητας των ψυχιατρικών διαταραχών. Οι επικρατέστερες διαταραχές ήταν η μείζων κατάθλιψη και η εξάρτηση από το ποτό, όπου μόνο η δεύτερη ήταν συχνότερη στους άντρες, στις υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη νοσηρότητα.

Άλλη ενδιαφέρουσα επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε μεταξύ του Βελγίου, της Ιταλίας, της Ολλανδίας, της Ισπανίας, της Γερμανίας και της Γαλλίας σε δείγμα 21.425 ατόμων ηλικίας >18 ετών μελέτησε την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε όλη τη ζωή των ατόμων. Τα αποτελέσματα που απορρέουν από αυτή την έρευνα κατέδειξαν πως το 14% κατά τη διάρκεια της ζωής τους έχουν εμφανίσει κάποια μορφή διαταραχής διάθεσης, το 13,6% κάποια αγχώδη διαταραχή και το 5,2% διαταραχή σχετιζόμενη με το οινόπνευμα. Τα κοινά στοιχεία με τη προηγούμενη έρευνα είναι πως και εδώ οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν διαταραχές της διάθεσης ή άγχους, ενώ οι άντρες περισσότερα ποσοστά διαταραχών που σχετίζονται με το οινόπνευμα.

Στην Ελλάδα παρότι το σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών έχει υποστεί αρκετές αλλαγές με θετική επίπτωση, η «φτωχή» συλλογή σχετικών δεδομένων και διενέργεια επιδημιολογικών ερευνών παραμένει πρόβλημα. Το 2005 πραγματοποιήθηκε έρευνα από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας στα πλαίσια της έρευνας «Ψυχική υγεία στον γενικό πληθυσμό: εικόνες και πραγματικότητες» του Συνεργαζόμενου Ερευνητικού Κέντρου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας της Lille που πραγματοποιήθηκε σε διάφορες περιοχές στη Γαλλία και σε άλλες χώρες. Σύμφωνα με τη παρούσα μελέτη που έγινε σε περίπου 900 κατοίκους της Ευβοίας, ποσοστό 29% του πληθυσμού δήλωσαν πως υποφέρουν από τουλάχιστον μια ψυχιατρική διαταραχή. Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών που καταγράφηκε στη Εύβοια ήταν υψηλότερος

από τον αντίστοιχο που βρέθηκε σε άλλες μελέτες στη Ελλάδα και ανάμεσα στις υψηλότερες στη Νότια Ευρώπη.(Stylainidis et al 2014)

Σε μία άλλη μελέτη σε τυχαίο δείγμα 4700 ατόμων ηλικιακού φάσματος 18-74 ετών, προκύπτει πως το 14% των Ελλήνων πάσχει από κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή, οι μισοί περίπου δηλαδή 7% χρήζουν θεραπευτικής παρέμβασης, αξιοσημείωτο δε είναι πως μόνο ¼ εξ αυτών έρχεται σε επαφή με κάποιον Ψυχίατρο ώστε να λάβει θεραπεία. Ένα άλλο σημαντικό εύρημα είναι η σχέση των ψυχικών διαταραχών και συμπτωμάτων με διάφορες κοινωνικές ομάδες. Άνεργοι και συνταξιούχοι εμφανίζουν διπλάσια επεισόδια κατάθλιψης σε σχέση με τους εργαζόμενους (5,4% προς 2,2%), ενώ η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε άτομα που βρίσκονται σε δυσχερή οικονομική θέση είναι εφταπλάσια από άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (22% προς 3%). (ΥΥΚΑ 2011α)

Σύμφωνα με δημοσίευση του ΠΟΥ (2017) , εκτιμάται πως για το 2015 το 4,4% παγκόσμιου πληθυσμού υποφέρει από κατάθλιψη, η οποία συχνότερα εμφανίζεται στις γυναίκες 5,1% και λιγότερο στους άντρες 3,6%. Επίσης ο επιπολασμός ποικίλει ανάλογα τη γεωγραφική περιοχή , για παράδειγμα στις αφρικανικές χώρες τα ποσοστά είναι υψηλότερα. Ένα ακόμα σημαντικό στατιστικό αυτής της έρευνας είναι πως το διάστημα μεταξύ 2005 και 2015 ο εκτιμώμενος αριθμός ανθρώπων με κατάθλιψη αυξήθηκε κατά 18,4%.WHO (2017)

Στην ίδια δημοσίευση γίνεται αναφορά και στις διαταραχές άγχους όπου προκύπτει πως το 2015 το 3,6% του παγκόσμιου πληθυσμού υποφέρει από κάποιας μορφής διαταραχή άγχους με υψηλότερα επίπεδα και εδώ στις γυναίκες 4,6% έναντι των αντρών 2,6%.Οι διαταραχές αυτές δεν φαίνεται να είναι επικρατέστερες σε κάποια ηλικιακή ομάδα. Για το χρονικό διάστημα 2005-2015 υπάρχει αύξηση των διαταραχών άγχους κατά 14,9%, ως αποτέλεσμα της αύξησης του πληθυσμού και της γήρανσης.WHO(2017)

Παρά το μέγεθος των προβλημάτων, η προαγωγή της ψυχικής υγείας συνεχίζει να μην αποτελεί προτεραιότητα στις περισσότερες χώρες. Αντίθετα, έμφαση δίνεται στη θεραπεία των ψυχικών προβλημάτων, χωρίς να δίνεται η πρέπουσα σημασία στις ευρύτερες κοινωνικές τους συνέπειες.

2.3 Επιπτώσεις στην οικονομία και ποιότητα ζωής των ασθενών

Η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών στην οικονομία είναι διαρκής και τεράστια, τόσο για τα άτομα τις οικογένειες τους αλλά και ολόκληρες κοινωνίες. Το οικονομικό βάρος έγκειται στις ανάγκες των κοινωνιών και υγειονομικών υπηρεσιών, την ανεργία , τη

μείωση της παραγωγικότητας, την επίδραση στις οικογένειες και τους φροντιστές. Στη μελέτη των Gustavsson και συνεργατών(2011) ένα μέρος της μελέτης αφορούσε το οικονομικό κόστος που απορρέει για τη φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, το συνολικό ετήσιο κόστος στις 30 ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα, υπολογίστηκε στα 798 δις, εκ των οποίων 37% αφορούσε άμεσο υγειονομικό κόστος, 23% σε άμεσο μη υγειονομικό κόστος και το 40% σε έμμεσο υγειονομικό κόστος που προκύπτει από την απώλεια παραγωγικότητας. Οι εκτιμήσεις των οικονομικών στοιχείων υποτιμούν το πρόβλημα καθώς οι χαμένες ευκαιρίες κοστίζουν στα άτομα και τις οικογένειες τους.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών πλήττεται επίσης αρκετά, οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν μεγάλη αναστάτωση στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους.

Σύμφωνα με τον Lehman όπου ασχολήθηκε ιδιαίτερα με το χώρο της ψυχικής υγείας υποστηρίζει ότι παρότι η ποιότητα ζωής ορίζεται ποικιλοτρόπως, προσεγγίζει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις: 1) τι είναι ικανό το άτομο να κάνει, 2) πρόσβαση σε πόρους και ευκαιρίες και χρήση αυτών για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του, 3) το αίσθημα της ψυχικής ευεξίας που βιώνει. Οι δύο πρώτες διαστάσεις θεωρούνται αντικειμενικοί δείκτες της ποιότητας ζωής ενώ η τρίτη εμπίπτει στη κατηγορία των υποκειμενικών δεικτών. (LEHMAN 1997 από Οικονόμου και συν 2001)

Είναι δύσκολο να μετρηθούν οι επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής των ατόμων, ωστόσο αυτό επιτυγχάνεται μέσω εργαλείων που έχουν στα χέρια τους οι επαγγελματίες, όπως η χρήση ερωτηματολογίων για τη ποιότητα ζωής (Quality of life instruments), εξετάζοντας ποια στοιχεία της ποιότητας ζωής για τους ασθενείς είναι σημαντικά, ώστε στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία τους. Οι τομείς που εξετάζονται και αξιολογούνται περιλαμβάνουν εργασία, ψυχαγωγία, εκπαίδευση κοινωνικές σχέσεις, ποιοτικά δεδομένα κατοικίας, θρησκεία. Οι μετρήσεις αφορούν διάφορους τομείς, όπου εκτιμάται σε ποίο βαθμό έχει επηρεαστεί η ποιότητα ζωής του ατόμου λόγω των συμπτωμάτων από την ασθένεια. Αρκετές μελέτες έχουν συμπεράνει πως οι αρνητικές επιπτώσεις δεν είναι μόνο σοβαρές αλλά και διαρκείς, φαίνεται η ποιότητα ζωής να είναι χαμηλή και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, σε αυτό συμβάλουν διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες όπως το στίγμα και οι διακρίσεις που ακολουθούν τον ψυχικά πάσχον. Ακόμα η ποιότητα ζωής των μακροχρόνιων ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία είναι σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές της κοινότητας. Τέλος αξίζει να αναφερθεί πως οι αρνητικές επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής δε περιορίζονται μόνο στις

σοβαρές ψυχικές διαταραχές, οι διαταραχές άγχους και πανικού επιδρούν επίσης αρνητικά στη καθημερινότητα των ατόμων και κατ' επέκταση στη ποιότητα ζωής τους. Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούμε στην ποιότητα ζωής και επιβάρυνση που έχουν υποστεί το συγγενικό, υποστηρικτικό περιβάλλον των ασθενών και ευρύτερα όσων έχουν επωμιστεί τη φροντίδα τους. Η σχετική βιβλιογραφία είναι φτωχή, οι μελέτες επικεντρώνεται κυρίως στους φροντιστές ηλικιωμένων και χρόνιων πασχόντων. Όσο αφορά το χώρο της ψυχικής υγείας οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και Συλλόγους Φίλων και Οικογενειών Ψυχικής Υγείας(Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.), αναφέρονται στην οικογενειακή επιβάρυνση. Από αυτές προκύπτει ότι οι συγγενείς και φροντιστές βιώνουν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση , έντονο άγχος και κατ' επέκταση υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής. Βιώνουν ένα αίσθημα μη ικανοποίησης καθώς η συνεισφορά τους στη ψυχική υγεία συνήθως δεν αναγνωρίζεται και δεν ανταμείβεται είτε υλικά είτε συναισθηματικά.(Οικονόμου και συν 2001)

2.4 Οικογένεια, βασικό υποστηρικτικό πλαίσιο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Οι οικογένειες των ληπτών συνδέονται άρρηκτα με τη ΨΚΑ διαδραματίζοντας καταλυτικό ρόλο στην έκβαση της ασθένειας και τη συνέχιση της θεραπείας, ωστόσο θα πρέπει να αγωνιστούν για να διεκδικήσουν το λόγο που τους έχει αφαιρεθεί από την κοινωνία, τους επαγγελματίες , τη πολιτεία. Οι δυσκολίες που ενέχει η φροντίδα ενός ψυχικά ασθενή και η αδυναμία πολλές φορές των οικογενειών να αντεπεξέλθουν στο βάρος που επωμίζονται, οδήγησε στην ίδρυση συλλόγων οικογενειών και χρηστών από το 1992 και στην ίδρυση της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Οικογενειών για τη ψυχική υγεία, την ΠΟΣΟΨΥ το 2003. Οι στόχοι και οι αρχές της Ομοσπονδίας συντονίζονται με αυτούς του Παγκόσμιου και Ευρωπαϊκού κινήματος Οικογενειών και Χρηστών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών. Η ΠΟΣΟΨΥ αντιπροσωπεύει εθελοντικές οργανώσεις οικογενειών φίλων κι χρηστών σε διάφορους νομούς της Ελλάδας, είναι κίνημα που το κυρίως σώμα του αποτελούν οι οικογένειες και οι ίδιοι οι χρήστες με απώτερο στόχο ισότιμες και αξιοπρεπείς υπηρεσίες υγείας στους χρήστες. Παρακολουθεί τα γεγονότα στο χώρο της ψυχικής υγείας, τα προβλήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, έχει επαφή με λήπτες που φιλοξενούνται σε στεγαστικές δομές αλλά και με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Αυτό που θέλουν να αναδείξουν αυτές οι οργανώσεις είναι πως δεν υπάρχει μέριμνα και σχεδιασμός για τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων που ζουν με τις οικογένειες τους και όχι σε κάποια κοινοτική δομή. Οι οργανώσεις αυτές που απαρτίζονται κυρίως από

οικογένειες αναλαμβάνουν το βάρος της φροντίδας χωρίς υποστήριξη και εκπαίδευση. Με μοναδικό όπλο την αγάπη για τον άνθρωπο τους αλλά και την αγωνιά του αύριο αγωνίζονται για την αποκατάσταση του, το σεβασμό στα δικαιώματά του και τη πορεία προς τη χειραφέτησή του. Επίσης λειτουργούν οργανώνοντας τους χρήστες, διαμορφώνοντας ένα υποστηρικτικό πλαίσιο που θα τους προετοιμάσει, θα τους ενδυναμώσει και θα τους δώσει τη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης του προβλήματός τους. Συμπερασματικά μέσω της παρέμβασης τους και λειτουργίας τους συμβάλλουν στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων, στη πρόληψη φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού, στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση η τοπικής κοινωνίας για θέματα ψυχικής υγείας, ενδυνάμωση και υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων. Προάγουν τη δικτύωση με στεγαστικές δομές δίνοντας την ευκαιρία στους φιλοξενούμενους των δομών να ωφεληθούν από τις υπηρεσίες τους αλλά και οι ίδιοι οι φροντιστές(οικογένειες) να υποστηριχτούν και εκπαιδευτούν από τους επαγγελματίες των δομών. Αυτό που πρέπει να τους αναγνωριστεί είναι πως αγωνίζονται για την επίτευξη της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης(Νομίδου από Συνήγορος του Πολίτη 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

3.1 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ευρώπη

Το μεγαλύτερο διάστημα του τελευταίου αιώνα, τα άσυλα αποτέλεσαν το κέντρο της φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ευρώπη. Ιστορικά, έδιναν μεγάλη έμφαση στον φυσικό περιορισμό των ασθενών, αλλά και περιορίζοντας τα δικαιώματα τους ενώ έδιναν ελάχιστη προσοχή στην αποκατάστασή τους. Παρόλα αυτά, τα τελευταία 30 χρόνια συντελέστηκαν σημαντικές κινήσεις προς την αποϊδρυματοποίηση, δηλαδή, προς την μείωση της χρήσης αυτών των ασύλων, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Αυτές οι κινήσεις δεν συνοδεύονταν πάντα από την ανάπτυξη κατάλληλων κοινοτικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα τα ιδιαίτερα ευάλωτα άτομα να μην λαμβάνουν πάντα επαρκή υποστήριξη. Πράγματι, η ψυχική υγεία δεν αποτέλεσε προτεραιότητα της πολιτικής, όπως φάνηκε από ότι το κλείσιμο των δαπανηρών ασυλικών δομών εκλήφθηκε, σε ορισμένες περιπτώσεις, ως ευκαιρία μείωσης του προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία αντί να σημαίνει μεταφορά πόρων σε επενδύσεις για την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Σημαντικό ρόλο στη μετατόπιση των πολιτικών υγείας προς την αποϊδρυματοποίηση συντέλεσε το κίνημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων καθώς και το υψηλό κόστος συντήρησης των ασυλικών ιδρυμάτων. Τα σχέδια δράσης για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μεταξύ των χωρών μπορεί να διαφέρουν, ωστόσο έχουν εκπονηθεί βασικές κατευθυντήριες αρχές οργάνωσης προς εφαρμογή από όλες τις χώρες, οι οποίες παρατίθενται παρακάτω:

- Προστασία ανθρωπίνων δικαιωμάτων, με έμφαση στις λιγότερες περιοριστικές θεραπείες και σεβασμό στην αυτονομία των ωφελούμενων.
- Καθολικά προσβάσιμες από το σύνολο του πληθυσμού, θα πρέπει να είναι διαθέσιμες και σε αποκεντρωμένες περιοχές.
- Περιεκτικότητα ,οι υπηρεσίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλες τις απαιτούμενες υποδομές και προγράμματα για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού.
- Συντονισμός και διασφάλιση συνέχειας της φροντίδας.
- Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα απαραίτητα στοιχεία για την ανάπτυξη των υπηρεσιών και κατανομή των πόρων.
- Ισότητα στη πρόσβαση.(YYKA 2011 β)

Ως επί το πλείστον οι Χώρες της Ευρώπης έχουν χαράξει σχέδια για τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με βασικό άξονα τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ώστε να εξαλειφθεί ο ιδρυματικός και νοσοκομειοκεντρικός τρόπος φροντίδας. Χώρες όπως η Αγγλία, η Πορτογαλία, η Ιταλία, η Ιρλανδία με 20ετή εμπειρία σε μεταρρυθμιστικά προγράμματα, έχουν να προσφέρουν καλές πρακτικές αλλά και σημαντικά εμπόδια και λάθη. Παρακάτω θα γίνει αναφορά στο μοντέλο της Ιταλίας καθώς είναι αυτό με τη μεγαλύτερη επιρροή στο ελληνικό ψυχιατρικό σύστημα. Σημείο αναφοράς για τη μεταρρυθμιστική εμπειρία στην Ιταλία, διετέλεσε το παράδειγμα της Τεργέστης με έναρξη από τη δεκαετία του 1980. Κάποια θετικά στοιχεία προς παράδειγμα είναι η ευρεία προβολή αυτού του καινοτόμου κινήματος για τη ψυχική υγεία στον Ιταλικό λαό, η απήχηση του και ενσωμάτωση στην ακαδημαϊκή κοινότητα, διεθνής απήχηση και θέληση από τους Ιταλούς να προάγουν το μοντέλο και σε χώρες εκτός Ευρώπης. Συνοπτικά η εμπειρία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη Ιταλία ανέδειξε ότι μόνο το κλείσιμο των ψυχιατρείων δεν προάγει τη κοινοτική φροντίδα, απαιτεί πολιτική βούληση, δέσμευση και προσήλωση στο στόχο. Ακόμα βασικοί πυλώνες είναι η παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος, παράλληλα ο νόμος για τη μεταρρύθμιση πρέπει να περιγράφει με σαφήνεια τις διαδικασίες και να προβλέπει κριτήρια ποιότητας. Υπάρχουν όμως και προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χώρες στη προσπάθεια για τη μεταρρύθμιση και είναι τα εξής:

- Η παράλληλη λειτουργία παλιού και νέου συστήματος
- Ελλιπής χρηματοδότηση
- Οι αντιστάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- Το στίγμα, οι πεποιθήσεις και προκαταλήψεις του πληθυσμού
- Ανεπαρκή δεδομένα και δυσκολία σύγκρισης δεικτών

Συμπερασματικά αυτό που πρέπει να μείνει από το παράδειγμα της Ιταλίας που ήταν πρωτοπόρος στη ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ότι, αφού πρόκειται για μια καινοτόμο κοινωνικό-ψυχιατρική διαδικασία πρέπει να υπάρχει χώρος σε όλους του εμπλεκόμενους, πέρα από νόμους και διακηρύξεις, να υποστηρίζονται οι πρωτοβουλίες, η αυτονομία, όπως επίσης και η ενεργή εμπλοκή των ληπτών. Πρέπει να είναι όλοι ανοιχτοί σε ιδέες, προτάσεις ακόμα και από ανθρώπους εκτός ψυχιατρικής με κοινό στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών με επίκεντρο τον λήπτη. (Στυλιανίδης και συν 2014)

3.2 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και Εθνικό Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Ορόσημο για τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη χώρα μας ήταν η ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1387/93), αναπτύχθηκε με τον Ν. 2071/92 και παγιώθηκε με τον Ν. 2716/99 « Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις». Στις αρχές της δεκαετίας του '80 , παρείχαν υπηρεσίες 9 ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, την ίδια στιγμή το δίκτυο κοινοτικών δομών ήταν σχεδόν ανύπαρκτο. Ο στρατηγικός σχεδιασμός της ψυχικής υγείας είχε αφετηρία στη χώρα μας μέσω του κανονισμού 815/84 της Ε.Ε., ο οποίος παρείχε τις κατευθύνσεις για την υλοποίηση του πρώτου προγράμματος για τη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας. Στη πρώτη φάση(1984-1989) εστίασε στον εκσυγχρονισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων μέσω της επισκευής των κτιριακών εγκαταστάσεων, την ανάπτυξη μονάδων αξιολόγησης, οξέων περιστατικών και κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Ακόμα δόθηκε βαρύτητα στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών υγείας. Η δεύτερη φάση επικεντρώθηκε στη προώθηση της αποϊδρυματοποίησης. Μετά τη λήξη του κανονισμού 815/84 το 1995,εκπονήθηκε από το Υπουργείο Υγείας το δεκαετές σχέδιο δράσης «Ψυχαργώς» , το οποίο υποβλήθηκε στην Ε.Ε. το 1997. Η κωδική ονομασία «Ψυχαργώς» δεν δόθηκε τυχαία, προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος, συμβολίζοντας έτσι την επιστροφή των ψυχικά πασχόντων στη κοινότητα που απορρέει από τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» είναι ένα εθνικό σχέδιο δράσης για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μεταθέτοντας το βάρος της φροντίδας από τις κλειστές ψυχιατρικές δομές ασυλικού χαρακτήρα σε κοινοτικές δομές. Αφορά την ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα διασφαλίζοντας τη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με στόχο τη πρόληψη ,τη διάγνωση, τη περίθαλψη, τη κοινωνική επανένταξη, την εργασιακή αποκατάσταση αλλά και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας. Βασικός στόχος είναι η δημιουργία ενός δικτύου κοινοτικών δόμων, βασισμένο στις αρχές της τομεοποίησης, το οποίο θα απαντά ολιστικά στον λήπτη , με εύκολη πρόσβαση και αποφυγή στιγματικών συμπεριφορών. Η πρώτη φάση του προγράμματος (1997-2001) χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό κοινωνικό ταμείο της Ε.Ε. με 15,5 δισεκατομμύρια δραχμές, ποσοστό κάλυψης 80%. Τα αποτελέσματα ήταν η δημιουργία 80 Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για περίπου 1000 ασθενείς και 35 εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης. Η στοχοθεσία του προγράμματος στηρίχτηκε στα εξής: την

αποασυλοποίηση 1500 χρόνιων ιδρυματικών ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και παροχή στοχευόμενων υπηρεσιών σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων(παιδιά , ηλικιωμένους, άτομα στο φάσμα του αυτισμού, παραβατικά παιδιά). Το σχέδιο δράσης περιελάμβανε τρεις άξονες και αφορούσε ενηλίκους, παιδιά –εφήβους και ηλικιωμένους, ενώ παράλληλα δράσεις για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας, εξειδίκευση του προσωπικού και τομεοποίηση των υπηρεσιών.(Υ.Υ.Κ.Α. 2011)

Η πρώτη αναθεώρηση του προγράμματος Ψυχαργώς Β΄ για τη περίοδο 2001-2010, προέβλεπε τα εξής:

- Ανάπτυξη κοινοτικών δομών , μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλεία κατά 40% , κατάργηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων
- Επαγγελματική επανένταξη μέσω ΚΟΙΣΠΕ, θέτοντας συγκεκριμένους αριθμητικούς στόχους
- Προαγωγή ψυχικής υγείας στη κοινότητα και καταπολέμηση του στίγματος μέσω ενημέρωσης και δράσεων.

Οι άξονες δράσης που υπάρχουν στον άξονα της ψυχικής υγείας του επιχειρησιακού προγράμματος Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού του ΕΣΠΑ(2009-2015) είναι οι ακόλουθοι:

- Λειτουργία μηχανισμών και διαδικασιών για τη παρακολούθηση, αξιολόγηση και πιστοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας, ενδυνάμωση των συλλόγων και οργανώσεων για τη συνηγορία και καταπολέμηση του στίγματος
- Υποστήριξη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) για τη προώθηση του έργου τους
- Δράσεις κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης
- Ηλεκτρονική ψυχική υγεία με τη δημιουργία ηλεκτρονικών ψυχιατρικών φακέλων ,διασύνδεση των υπηρεσιών και εφαρμογή τηλεψυχιατρικής.

3.3 Σύμφωνο Spidla

Η έλλειψη σταθερότητας στη χρηματοδότηση των κοινοτικών δράσεων ψυχικής υγείας, όπου συχνά είχε αρνητικές επιπτώσεις για τους λήπτες όσον αφορά τη παροχή υπηρεσιών. Είτε από την ασυνέπεια στις πληρωμές των επαγγελματιών με αποτέλεσμα

μειωμένη αποδοτικότητα είτε την αδυναμία κάλυψης λειτουργικών εξόδων των δομών. Τα παραπάνω οδήγησαν στη σύναψη συμφώνου μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής κυβέρνησης. Το Σύμφωνο Spilda, όπου πήρε το όνομα του αρμόδιου επιτρόπου της Ε.Ε. ο οποίος ήταν εκείνος που κίνησε όλες τις διαδικασίες, περιελάμβανε συγκεκριμένες δράσεις και κατευθύνσεις όπου η Ελληνική κυβέρνηση είχε χρέος να εφαρμόσει προκειμένου να διασφαλιστεί η απρόσκοπτη συνέχιση του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός». Παρακάτω παρατίθενται τα βασικά σημεία του Συμφώνου:

1. Η προσήλωση τόσο της Ε.Ε., όσο και των Ελληνικών αρχών στη φιλοσοφία, στις αρχές και στους στόχους του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και στη συνέχισή του μέσω του Άξονα Προτεραιότητας 5 του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013» (ΕΠΑΝΑΔ).
2. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών στην ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μέσω ΕΣΠΑ 2007-2013.
3. Η αξιολόγηση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από Ομάδα Διεθνών Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων.
4. Δέσμευση της Ελληνικής κυβέρνησης να στελεχώσει επαρκώς τις υπάρχουσες δομές αλλά και να διασφαλιστεί η στελέχωση των νέων. Έως το τέλος του 2009 έπρεπε να έχουν προσληφθεί 100 ιατροί (ψυχίατροι και παιδοψυχίατροι) και 800 λοιποί επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
5. Η κινητοποίηση των Ελληνικών αρχών ώστε να εκδοθεί άδεια λειτουργίας για τις δομές των ΜΚΟ και σύμφωνο μεταξύ ΥΥΚΑ και ΜΚΟ που θα περιλαμβάνει ποιοτικά πρότυπα, στοιχεία κοστολόγησης, διαδικασίες αξιολόγησης και παρακολούθησης οικονομικών.
6. Διασφάλιση τακτικής χρηματοδότησης των ΜΚΟ.
7. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών για την ανάπτυξη μιας επαρκούς μεθόδου συλλογής πληροφοριών που θα παρέχει τη δυνατότητα της συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης της εφαρμογής του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Ως δέσμευση προς όλα τα παραπάνω το Υπουργείο υποχρεούται να ακολουθήσει τη στρατηγική και τακτικά να εκδίδει εκθέσεις αξιολόγησης του προγράμματος. (Υ.Υ.Κ.Α.2011α)

3.4 Αρχές και αξίες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Ο νόμος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (2716/99) ορίζει ότι «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής Αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Οι αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι οι εξής:

- Οι ψυχικά ασθενείς έχουν δικαίωμα να ζουν και να εργάζονται στη κοινότητα
- Κάθε ασθενής δικαιούται θεραπεία σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό και παρεμβατικό πλαίσιο
- Ενδυνάμωση των ληπτών
- Κοινοτικές υπηρεσίες εύκολα προσβάσιμες
- Συνέχεια της φροντίδας
- Παρέμβαση σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας και ανικανότητας
- Ευρύ φάσμα υπηρεσιών (θεραπευτικών και κοινωνικών) για την εξυπηρέτηση των αναγκών
- Εξωστρεφείς- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες
- Συνεργασία με τους φροντιστές των ασθενών

Επίσης η φιλοσοφία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης περιλαμβάνει τα παρακάτω:

1. Κατάργηση των Ψυχιατρείων και αντικατάσταση του ς από κοινοτικές δομές
2. Παροχή αποδοτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων , υψηλής ποιότητας με στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων, βελτίωση της λειτουργικότητας και ευρύτερα της ποιότητα ζωής των ληπτών
3. Καθολικά προσβάσιμες υπηρεσίες
4. Η παροχή των κατάλληλων θεραπειών
5. Η συνέχεια στην φροντίδα για όσο χρόνο αυτή απαιτείται.
6. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και η πρόληψη της ψυχικής διαταραχής μέσω συντονισμένων δράσεων
7. Ελεύθερη επιλογή των ληπτών στη θεραπεία που θα λάβουν
8. Η προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών, των συγγενών και φροντιστών τους, του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της κοινότητας εν γένει.

9. Δημιουργία δικτύου μεταξύ των υπηρεσιών
10. Εκπαίδευση, υποστήριξη, ενδυνάμωση των επαγγελματιών προς αποφυγή φαινομένου επαγγελματικής εξουθένωσης.(Υ.Υ.Κ.Α.2011α)

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ-ΨΚΑ

4.1 Τομεοποίηση

Μετά τις δύο πρώτες φάσεις του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», παρά την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκε ότι παρέμεναν ακόμη σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες και κενά στη κοινοτική φροντίδα/εξυπηρέτηση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι λόγοι, αφορούσαν την έλλειψη προσωπικού, διοικητικούς λόγους, άνιση κατανομή ασθενών κ.α.. Για το σκοπό αυτό, έγινε λόγος για Τομεοποίηση των υπηρεσιών.

Τομεοποίηση είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Όλη η ελληνική επικράτεια, δηλαδή, είναι χωρισμένη σε 7 υγειονομικές περιφέρειες, αντίστοιχα με τις διοικητικές περιφέρειες. Κάθε υγειονομική περιφέρεια διαιρείται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤΟ.Ψ.Υ.). Πιο συγκεκριμένα, ο νομός Αττικής σε 5 και ο νομός Θεσσαλονίκης σε 3 και σε κάθε έναν από τους υπόλοιπους νομούς της χώρας, αντιστοιχεί ένας Τομέας Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας θα μπορούσαμε να πούμε πολύ απλά ότι πρέπει να αναπτυχθούν τόσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όσες είναι απαραίτητες για να ικανοποιούν τοπικά τις ανάγκες του πληθυσμού του νομού, όχι μόνο για την θεραπεία, αλλά και την πρόληψη της ψυχικής νόσου. Όλες οι μονάδες/υπηρεσίες ψυχικής υγείας του Τομέα, λειτουργούν ως δίκτυο και βρίσκονται σε διασύνδεση και διαρκή συνεργασία μεταξύ τους.

Με τον τρόπο αυτό, δόθηκε έμφαση στην ανάγκη επανεκκίνησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με κύριο χαρακτηριστικό την εμπέδωση της κοινοτικής ψυχιατρικής και κοινό τόπο την εκτίμηση ότι, παρά τα σημαντικά βήματα που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, τα ελλείμματα είναι εξίσου σημαντικά, ενώ τα βήματα που πρέπει να γίνουν είναι ακόμη πολλά και προς πολλές κατευθύνσεις.

Απώτερος σκοπός, είναι η ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας, μέσω ολοκληρωμένων και λειτουργικών δικτύων ανά τομέα, όπου θα επιτευχθεί με μία φυγόκεντρη κατεύθυνση,

δηλαδή απο το Νοσοκομείο στην κοινότητα και τα κέντρα ψυχικής υγείας, και όχι το αντίστροφο. Έτσι, θα ενισχυθεί παράλληλα και η πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρόληψη.

Τον Ιούνιο του 2019, το Υπουργείο Υγείας δημοσίευσε την εθνική έκθεση: «Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη Κατάσταση και Ανάγκες σε Δομές και Προσωπικό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας».

Μέσω του Σχεδιασμού αυτού, έγινε προσπάθεια διερεύνησης των κάτωθι (γενικότερα):

- Η προσπάθεια αποτύπωσης ανά Τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων και Παιδιών Εφήβων, υφιστάμενων και αναγκαίων υπηρεσιών και δομών (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, Ψυχιατρικές Κλινικές, Εξωτερικά Ιατρεία, Κέντρα Ημέρας, Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Κοι.Σ.Π.Ε.).
- Η αποτύπωση των υφιστάμενων και αναγκαίων υπηρεσιών και δομών που απευθύνονται σε ειδικούς πληθυσμούς ασθενών, όπως ο αυτισμός και η άνοια.
- Η ενσωμάτωση του σχεδιασμού που υπαγορεύεται από την αναμόρφωση του θεσμικού πλαισίου για τα άτομα που απασχολούνται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής (ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες).
- Η «δεκτικότητα» του σχεδιασμού για νέες υπηρεσίες που μέχρι σήμερα το επίπεδο ανάπτυξής τους είναι χαμηλό (Εγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση, Παρέμβαση στην Κρίση).
- Η προσπάθεια κοστολόγησης του πενταετούς σχεδιασμού.
- Η προοπτική ενίσχυσης του μεριδίου χρηματοδότησης από εθνικούς πόρους, ταυτόχρονα με την πλήρη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων από ευρωπαϊκά προγράμματα (υλοποίηση της κατεύθυνσης για αύξηση του ποσοστού χρηματοδότησης για την Ψυχική Υγεία από το σύνολο της δημόσιας υγειονομικής δαπάνης).

Ο Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας περιγράφει σε αριθμούς την τρέχουσα κατάσταση και τις ανάγκες, αναφορικά με τις υποδομές και το προσωπικό ψυχικής υγείας.

Ακολουθεί περιγραφική καταγραφή των Υ.ΠΕ, ΤΕΨΥ και ΤΟ.Μ.Υ.:

- ❖ 1η Υγειονομική Περιφέρεια: περιλαμβάνει τους παρακάτω Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων:
 - 4ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Αγίων Αναργύρων-Καματερού, Ιλίου, Φυλής, Φιλαδέλφειας-Χαλκηδόνας, Νέας Ιωνίας, Μεταμόρφωσης
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 192.000 (από συνολικό πληθυσμό 325.868 | Απογραφή 2011).
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 29 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - 5ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Αχαρνών, Κηφισιάς, Λυκόβρυσης-Πεύκης, Αμαρουσίου, Ν. Ηρακλείου, Μαραθώνα, Ωρωπού, Διονύσου.
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 350.000 (από συνολικό πληθυσμό 437.905 | Απογραφή 2011).
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 39 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - 6ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Πεντέλης, Βριλησίων, Χαλανδρίου, Αγίας Παρασκευής, Παιανίας, Παλλήνης, Ραφήνας, Αρτέμιδας
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 267.000 (από συνολικό πληθυσμό 334.741 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 36 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - 7ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Γαλατσίου, Φιλοθέης-Ψυχικού, 4ο Δ.Δ. Δήμου Αθηναίων, 5ο Δ.Δ. Δήμου Αθηναίων, 6ο Δ.Δ. Δήμου Αθηναίων
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 314.000 (από συνολικό πληθυσμό 392.559 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 33 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - 8ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Παπάγου-Χολαργού, Βύρωνα, Καισαριανής, Ζωγράφου, Δάφνης- Ύμηττου, 7ο Δ.Δ. Δήμου Αθηναίων.

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 291.000 (από συνολικό πληθυσμό 364.900 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 44 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο 10ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Αγ. Δημητρίου, Ηλιούπολης, Ν. Σμύρνης, 2ο Δ.Δ. Δήμου Αθηναίων.

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 260.000 (από συνολικό πληθυσμό 325.309 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 24 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ❖ 2η Υγειονομική Περιφέρεια: περιλαμβάνει τους παρακάτω Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων:

- ο 1ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Αιγάλεω, Περιστερίου, Χαϊδαρίου, Πετρούπολης.

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 252.000 (από συνολικό πληθυσμό 315.803 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 25 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο 2ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Πειραιώς, Κερατσινίου-Δραπετσώνας, Περάματος και την Περιφερειακή Ενότητα Νήσων.

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 283.000 (από συνολικό πληθυσμό 354.773 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 15 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο 3ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Αγίας Βαρβάρας, Κορυδαλλού, Νίκαιας-Ρέντης, Ασπροπύργου, Ελευσίνας, Μάνδρας-Ειδυλλίας, Μεγαρέων.

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 248.000 (από συνολικό πληθυσμό 310.387 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 16 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο 9ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Μοσχάτου-Ταύρου, Καλλιθέας, Π. Φαλήρου, 1ο Δ.Δ. Δήμου Αθηναίων, 3ο Δ.Δ. Δήμου Αθηναίων.

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 266.000 (από συνολικό πληθυσμό 332.684 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 44 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο 11ος Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Ελληνικού- Αργυρούπολης, Γλυφάδας, Βάρης-Βούλας- Βουλιαγμένης, Λαυρεωτικής, Κρωπίας, Μαρκόπουλου- Μεσόγαιας

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 266.000 (από συνολικό πληθυσμό 333.231 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 10 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Δωδεκανήσων - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δωδεκάνησα

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 152.000 (από συνολικό πληθυσμό 190.988 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 12 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Κυκλάδων π Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Λέσβου-Χίου-Σάμου-Λήμνου - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Άνδρου (9.221), Μήλου (4.966), Θήρας (17.430), Κέας-Κύθνου (3908), Μυκόνου (14.165), Νάξου (18.340), Σύρου (21.473), Τήνου (8.699), Πάρου (13.694)

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 89.517 (από συνολικό πληθυσμό 111.896 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 5 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ❖ 3^η Υγειονομική Περιφέρεια: Περιλαμβάνει τους παρακάτω Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων:
 - Κεντρικός Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Θεσσαλονίκης - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Λαγκαδά, Δημοτική Ενότητα Τριανδρίας του Δήμου Θεσσαλονίκης και 1η , 3η και 4η Δημοτική Κοινότητα της Δημοτικής Ενότητας Θεσσαλονίκης του Δήμου Θεσσαλονίκης.
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 184.000
(από συνολικό πληθυσμό 230.086 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 44 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Δυτικός Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Θεσσαλονίκης - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Χαλκηδόνος, Αμπελοκήπων - Μενεμένης, Κορδελιού - Εύοσμου, Δέλτα, Ωραιοκάστρου, Παύλου Μελά, Νεαπόλεως - Συκεών, καθώς και την 2η Δημοτική Κοινότητα της Δημοτικής Ενότητας Θεσσαλονίκης του Δήμου Θεσσαλονίκης.
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 318.000
(από συνολικό πληθυσμό 397.919 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 31 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Γρεβενών-Καστοριάς-Φλώρινας-Κοζάνης - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Γρεβενά (31.757), Καστοριά (50.322), Φλώρινα (51.414) και Κοζάνη (150.196)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 226.900
(από συνολικό πληθυσμό 283.689 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 7 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Πιερίας-Ημαθίας-Πέλλας - Περιοχή Κάλυψης: Περιφερειακές Ενότητες: Ημαθίας (140.611), Πιερίας (126.698), Πέλλας (139.680)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 325.591
(από συνολικό πληθυσμό 406.989 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 34 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ❖ 4η Υγειονομική Περιφέρεια: περιλαμβάνει τους παρακάτω Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων:
 - Ανατολικός Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Θεσσαλονίκης και Χαλκιδικής - Περιοχή Κάλυψης:
 Περιφερειακές Ενότητες: Δήμοι Βόλβης, Θέρμης, Θερμαϊκού, Καλαμαριάς, Πυλαίας – Χορτιάτη, 5η Δημοτική Κοινότητα της Δημοτικής Ενότητας Θεσσαλονίκης του Δήμου Θεσσαλονίκης και όλοι οι δήμοι της Περιφερειακής Ενότητας Χαλκιδικής
 Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 332.900
 (από συνολικό πληθυσμό 416.180 | Απογραφή 2011)
 Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 27 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Καβάλας-Ξάνθης - Περιοχή Κάλυψης:
 Περιφερειακές Ενότητες: Καβάλας (124.917), Ξάνθης (111.222)
 Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 188.900
 (από συνολικό πληθυσμό | Απογραφή 2011)
 Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 9 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Σερρών-Δράμας-Κιλκίς - Περιοχή Κάλυψης:
 Περιφερειακές Ενότητες: Σερρών (176.430), Δράμας (98.287) και Κιλκίς (80.419)
 Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 284.109
 (από συνολικό πληθυσμό 355.136 | Απογραφή 2011)
 Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 14 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ.. (αρκετές από τις υπηρεσίες αυτές, δεν λειτουργούν, ενώ έχει υπολογιστεί δυναμικό εργαζομένων)
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Ροδόπης-Έβρου - Περιοχή Κάλυψης:
 Περιφερειακές Ενότητες: Έβρου (147.947), Ροδόπης (112.039)
 Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 207.000
 (από συνολικό πληθυσμό 259.986 | Απογραφή 2011)
 Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 27 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ❖ 5η Υγειονομική Περιφέρεια: περιλαμβάνει τους παρακάτω Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων:
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Φθιώτιδας-Ευρυτανίας - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Φθιώτιδας (158.231) – Ευρυτανίας (20.081)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 142.600
(από συνολικό πληθυσμό 178.312 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 9 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Φωκίδας-Βοιωτίας - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Φωκίδας (40.343), Βοιωτίας (117.920)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 126.600
(από συνολικό πληθυσμό 158.263 (Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 18 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Εύβοιας - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Εύβοιας (210.815)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 168.000
(από συνολικό πληθυσμό 210.815 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 10 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Μαγνησίας - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Μαγνησίας (190.010)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 152.000
(από συνολικό πληθυσμό 190.010 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 13 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Λάρισας - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Λάρισας
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 227.400
(από συνολικό πληθυσμό 284.325 Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 19 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Τρικάλων-Καρδίτσας - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Καρδίτσας (113.544), Τρικάλων (131.085)

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 195.700

(από συνολικό πληθυσμό 244.629 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 15 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

❖ 6η Υγειονομική Περιφέρεια: περιλαμβάνει τους παρακάτω Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων:

- ο Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αργολίδας-Αρκαδίας-Λακωνίας - Περιοχή Κάλυψης:

Περιφερειακές Ενότητες: Αργολίδας (97.044), Αρκαδίας (86.685) και Λακωνίας (89.138)

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 218.294

(από συνολικό πληθυσμό 272.867 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 32 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Μεσσηνίας - Περιοχή Κάλυψης: Μεσσηνία

Περιφερειακές Ενότητες: Μεσσηνίας.

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 127.900

(από συνολικό πληθυσμό 159.954 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 8 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Ηλείας-Κεφαλληνίας-Ζακύνθου - Περιοχή Κάλυψης:

Περιφερειακές Ενότητες: Ηλείας, Κεφαλληνίας και Ζακύνθου.

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 188.600

(από συνολικό πληθυσμό 235.860 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 10 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- ο Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Κορίνθου-Αχαΐας - Περιοχή Κάλυψης:

Περιφερειακές Ενότητες: Κορίνθου (145.082), Αχαΐας (309.694)

Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 363.800

(από συνολικό πληθυσμό 454.776 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 27 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..

- Τομέας Ψυχικής Υγείας Αιτωλοακαρνανίας - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Αιτωλοακαρνανίας
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 168.600
(από συνολικό πληθυσμό 210.802 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 6 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
- Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Άρτας-Πρέβεζας-Λευκάδας - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Άρτας (67.877), Πρέβεζας (57.491), Λευκάδας (23.693)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 119.200
(από συνολικό πληθυσμό 149.061 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 12 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
- Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας-Κέρκυρας - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Ιωαννίνων (167.901), Θεσπρωτίας (43.587), Κέρκυρας (104.371)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 252.600
(από συνολικό πληθυσμό 315.859 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 45 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
- ❖ 7η Υγειονομική Περιφέρεια: περιλαμβάνει τους παρακάτω Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων:
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Ηρακλείου-Λασιθίου - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Ηρακλείου (305.490), Λασιθίου (75.381)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 304.600
(από συνολικό πληθυσμό 380.871 | Απογραφή 2011)
Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 19 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ..
 - Τομέας Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Χανίων-Ρεθύμνου - Περιοχή Κάλυψης:
Περιφερειακές Ενότητες: Χανίων (150.387), Ρεθύμνου (81.936)
Πληθυσμός Ενηλίκων (κατά προσέγγιση): 185.858

(από συνολικό πληθυσμό 232.323 | Απογραφή 2011)

Σε αυτόν τον Τομέα, δρουν 34 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. Υπουργείο Υγείας (2019)

4.2 Βασικοί πάροχοι Υπηρεσιών

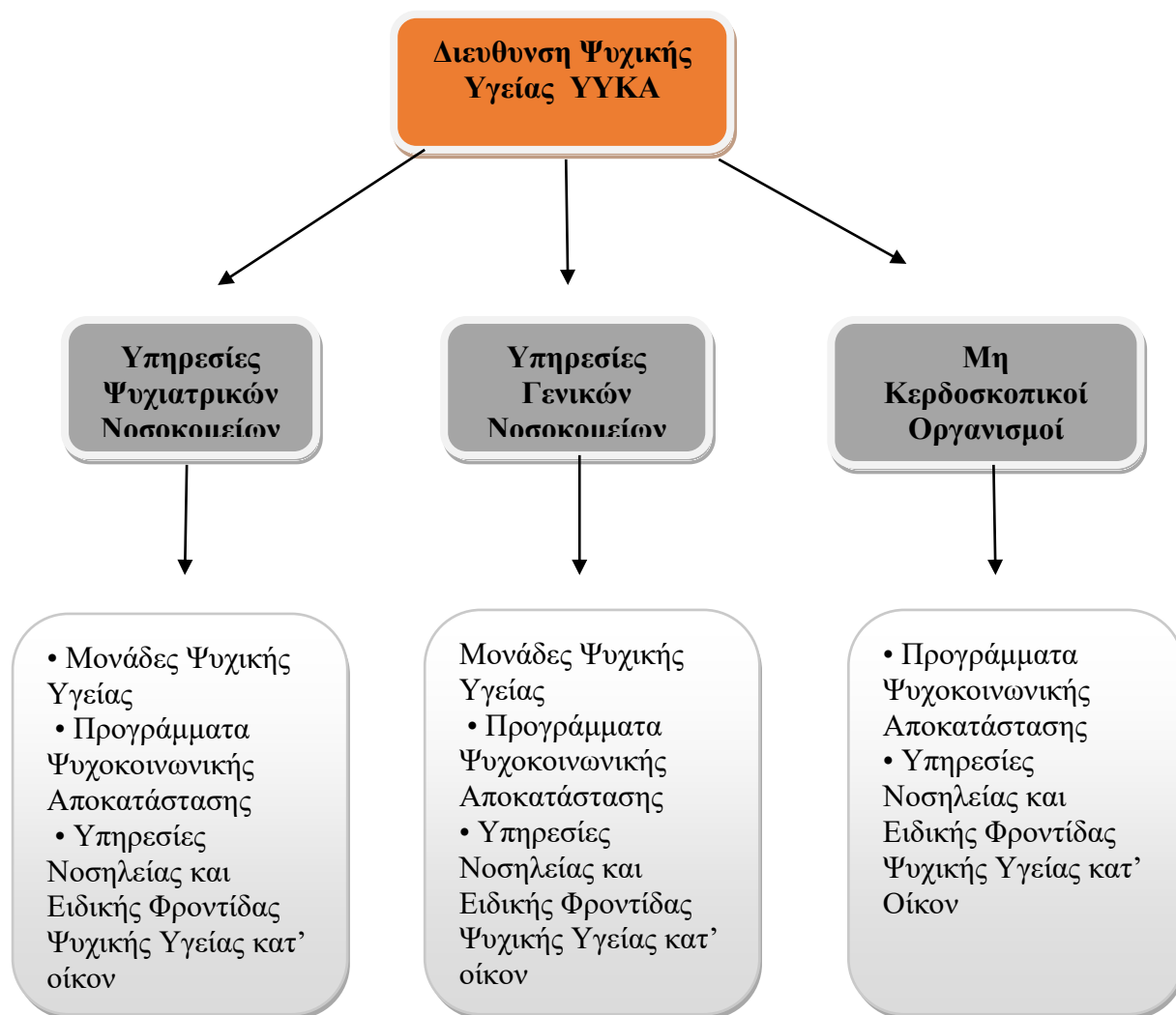
Το σύστημα ψυχικής υγείας χαρακτηρίζεται από τρία επιμέρους «υπό-συστήματα» τα οποία διακρίνονται με βάση τον κύριο οργανισμό/ φορέα που παρέχει τις υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα οι κύριοι μοχλοί του συστήματος και οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι οι εξής:

Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι ειδικά νοσοκομεία, τα οποία είναι εξειδικευμένα στην περίθαλψη ατόμων με χρόνιες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Διαθέτουν μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα) και μονάδες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας) καθώς επίσης και εξειδικευμένα κέντρα (Κέντρα Ημέρας, Επαγγελματικά και Προεπαγγελματικά Εργαστήρια, κλπ). Αν και ένα από τα επιτεύγματα του Ψυχαργώς ήταν το κλείσιμο ορισμένων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και μείωση των κλινών στα υπόλοιπα, συνεχίζουν να διατελούν σημαντικό ρόλο στο σύστημα καθώς διαθέτουν τεχνογνωσία τόσο σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας όσο και θεραπευτικής αντιμετώπισης και παρέχουν το πληρέστερο τύπο και αριθμό υπηρεσιών. Να μην παραλειφθεί πως εδώ ανήκουν και οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές κλινικές Ενηλίκων και Παιδιών- Εφήβων. Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που είναι σε πλήρη λειτουργία είναι τα: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής –Δρομοκαΐτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δαφνί, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αιγινήτειο.

Το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου παρέχει ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε όσους έχουν ανάγκη και φροντίζει να οργανώσει τη παραπομπή τους σε κατάλληλες κοινοτικές δομές. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, ενώ ειδική κατηγορία αποτελούν τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας τα οποία ωστόσο δεν παρέχουν ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες. Πιο αναλυτικά τα τμήματα αυτά δέχονται εκούσιες και ακούσιες νοσηλείες μια συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδα ψυχικής υγείας, με περιορισμένη δυναμικότητα κλινών. Διέπονται από τη συνεργασία με τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου και τη συνεργασία με λοιπούς φορείς του Το.Ψ.Υ.

Στην τρίτη κατηγορία υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανήκουν οι Ιδιωτικοί-Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, οι οποίοι διαθέτουν κυρίως υπηρεσίες αποκατάστασης, όπως

στεγαστικές δομές και κέντρα ημέρας, ωστόσο σε ορισμένες λειτουργούν κινητές μονάδες και Κοι.ΣΠΕ. Σύμφωνα με το αρχείο της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας έχουν ιδρυθεί 66 Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις με έδρα κυρίως την Αθήνα (43 ΜΚΟ στην περιφέρεια Αττικής). Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που παρουσιάζεται στη πλειοψηφία των ΜΚΟ αφορά τη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών που παρέχουν. Σε πολλές περιπτώσεις ΜΚΟ με έδρα την Αθήνα, διατηρούν δομές εκτός περιφέρειας (πχ στην Αλεξανδρούπολη, την Κεφαλονιά, την Κρήτη κτλ). (ΥΥΚΑ 2011β)



Σχήμα 1: Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Με χρήση μιας διαφορετικής προσέγγισης και ομαδοποίησης σύμφωνα με το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών, οι υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στη χώρα διαρθρώνονται σε:

1. Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ήτοι: Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Κινητές Μονάδες, Εξωτερικά Ιατρεία.

2. Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ήτοι: Ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία, Ψυχιατρικά νοσοκομεία.

3. Τριτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήτοι: μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα, ανάδοχες ή φιλοξενούσες οικογένειες, κέντρα ημέρας και νοσοκομεία ημέρας , Μετανοσοκομειακοί ξενώνες

4. Άλλες υπηρεσίες και ειδικές μονάδες (π.χ. ολοκληρωμένες μονάδες παρέμβασης για τον αυτισμό, μονάδες αντιμετώπισης ανοιγών και νόσου alzheimer, ειδικά κέντρα, κοινωνικούς συνεταιρισμούς και άλλα που δεν εμπίπτουν σε μία από τις παραπάνω κατηγορίες).

4.2.1 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια

Στον πίνακα στη συνέχεια πραγματοποιείται συνολική αποτύπωση των δομών ψυχικής υγείας στη χώρα, ανά περιφέρεια, σύμφωνα με τα στοιχεία που απέστειλε στον αξιολογητή η ΔΨΥ και αφορούν την επικρατούσα κατάσταση στις 31/12/2014. Η προηγούμενη αποτύπωση των δομών Ψυχικής Υγείας ήταν τον 9/2013, από τότε μικρές διαφορές παρατηρούνται, δίχως όμως να επηρεάζουν συνολικά το σύστημα υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Επιπρόσθετα, η έλλειψη επιδημιολογικών μελετών που θα πραγματοποιούνταν σε σταθερή χρονική βάση επιτείνει την αδυναμία επιμέτρησης της συνεισφοράς των δομών σύμφωνα με γεωγραφικούς και λοιπούς συσχετισμούς. (Επιτροπή Παρακολούθησης και Παραλαβής Έργου, ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2015)

Δομές ψυχικής Υγείας	Αττική	Αν.Μακεδονία-Θράκη	Κ. Μακεδονία	Δ. Μακεδονία	Ήπειρος	Θεσσαλία	Ιόνια Νησιά	Δυτική Ελλάδα	Στερεά Ελλάδα	Πελοπόννησος	Β. Αιγαίο	Ν. Αιγαίο	Κρήτη	Σύνολο
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	2		1											3
Ψυχιατρικά Τμ. Γ.Νοσοκ.	9	4	7	1	2	2	1	2	-	3	1	3	4	39

Παιδοψυχιατρικά Τμ. Γ. Νοσοκ.	4		2											6
Κέντρα Ψυχ. Υγείας	9	6	5	-	3	2	3	2	2	3	1	-	4	40
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	7	1	3	-	1	1	1	1	-	-	1	-	2	18
Κινητά ΜΨΥ	-	2	2	1	2	3	2	2	2	4	2	4	3	29
Κέντρα Ημέρας	30	2	8	-	1	3	2	3	2	2	1	1	3	58
Μονάδες ΨΚΑ	197	18	92	3	22	31	12	21	27	29	1	15	23	491
ΚΟΙΣΠΕ	7	1	3	-	1	-	2	1	1	1	1	1	3	22
Κ. Η.Αυτισμού	9	1		1		1				1			1	14
Μονάδες Αποκ. Και Επαγγ.Επανένταξης	5	2	1		1								1	10
Ιδιωτικές Κλινικές	11	3	10	1		10							1	36

Σχήμα 2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια

4.3 Στεγαστικές Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Ένα σημαντικό πρόβλημα των χρόνιων ψυχικά αρρώστων είναι το πρόβλημα της στέγασης. Οι ασθενείς είτε λόγω απώλειας οικογενειακού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος, είτε λόγω αδυναμίας διαβίωσης και παροχής φροντίδας από την οικογένεια, έχουν ανάγκη από στέγαση σε υπηρεσίες που θα παρέχουν ένα ολιστικό πρόγραμμα φροντίδας προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους παρέχοντας τους υψηλού επιπέδου υπηρεσίες. Παλιότερα το ζήτημα αυτό καλυπτόταν από τα Ψυχιατρεία ,με αποτέλεσμα όμως την ασυλοποίηση και τη διαβίωση σε απαράδεκτες συνθήκες. Οι υπηρεσίες προστατευόμενης στέγασης και διαμονής αποτελούν βασικό πυλώνα της αποασυλοποίησης. Ένα οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών στεγαστικής φροντίδας

διασφαλίζει τη συνέχιση της θεραπευτικής φροντίδας μέσα στη κοινότητα και συμβάλλει στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Οι δομές διακρίνονται ανάλογα με τις ανάγκες και δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε:

- Ξενώνες, η δυναμικότητα των οποίων δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα, είναι ανοιχτή δομή προς τη κοινότητα. Φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές δίχως υποστηρικτικό περιβάλλον, παρέχοντας τους θεραπεία, στέγαση και διαβίωση με στόχο την αυτονόμηση και επανένταξη τους στη κοινότητα. Ανάλογα με το χρόνο παραμονής διαβαθμίζονται σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Ακόμα διακρίνονται ανάλογα με το χώρο εγκατάστασης σε ενδονοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς, αλλά και ανάλογα με τη παρουσία του προσωπικού.
- Οικοτροφεία, είναι δομές υψηλού βαθμού προστασίας όπου φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν ανάγκη για θεραπεία, αξιοπρεπή διαβίωση και υποστήριξη, σε ένα πλαίσιο που λειτουργεί εντός της κοινότητας. Ο αριθμός των ατόμων που δύναται να φιλοξενούν δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 25, δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής. Ο πληθυσμός που συνήθως φιλοξενούν είναι περιορισμένης λειτουργικότητας, άτομα που χρειάζονται ψυχογериατρική φροντίδα, άτομα με νοητική στέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές. Συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση των ασθενών αυτών στην κοινότητα, για το υπόλοιπο διάστημα της ζωής τους. Ιδιαίτερη πρόνοια πρέπει να δοθεί ώστε να μην μετατραπούν με το πέρασμα του χρόνου σε «μικρά άσυλα».
- Προστατευόμενα Διαμερίσματα, αποτελούν προγράμματα στέγασης στην κοινότητα, όπου επιδιώκεται η ημι-αυτόνομη διαβίωση ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, υπό την τακτική παρακολούθηση από επαγγελματίες όχι όμως με 24ωρη παρουσία. Γίνονται δεκτοί, λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, κυρίως στο φάσμα της ψύχωσης. Επιπρόσθετο κριτήριο, αποτελεί η ηλικία, δηλαδή 18-56 ετών και το επίπεδο λειτουργικότητας. Αναφορικά με το επίπεδο λειτουργικότητας, γίνεται λόγος τόσο για σωματική λειτουργικότητα, όσο και για ψυχική. Αναφορικά με την ψυχική λειτουργικότητα, τα προσμετρούμενα στοιχεία αφορούν την ικανότητα στην αυτοφροντίδα και διαβίωση, συμβίωση/συνύπαρξη με άλλους ανθρώπους, ανάληψη ευθυνών και

πρωτοβουλιών, αναγνώριση προσωπικών αναγκών, σημαντικό ποσοστό εναισθησίας της ψυχικής κατάστασης που αντιμετωπίζουν, διαχείριση οικονομικών πόρων, χρήση Μέσων Μαζικής Μεταφοράς και Δημόσιων Υπηρεσιών και συμμόρφωση στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής (σε όσους συνίσταται).

Σύμφωνα με το άρθρο 9 του Νόμου 2716/99, οι παρεχόμενες υπηρεσίες στους ωφελούμενους που διαμένουν σε στεγαστικές δομές είναι: 1) φαρμακευτική αγωγή, 2) εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτόνομης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες, 3) ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες, 4) επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση, 5) συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, 6) συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, 7) εκπαιδευτικά προγράμματα για το προσωπικό, 8) συνεχής αξιολόγηση, 9) ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα των υπηρεσιών, 10) προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για τη αντιμετώπιση του στίγματος. (Νόμος 2716/99 ΦΕΚ 96 Α' 17/05/99)

Αφετηρία για την εφαρμογή των προγραμμάτων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών – ενοίκων στις κοινοτικές στεγαστικές δομές αποτελεί ένα πλαίσιο όπου οι υποστηρικτικές δράσεις που αναπτύσσονται χαρακτηρίζονται από σταθερότητα και χρονική συνέχεια. Προς την κατεύθυνση αυτή οι ψυχικά πάσχοντες ενισχύονται στο να μεγιστοποιήσουν το λειτουργικό τους προφίλ, αποκτώντας ευκαιρίες εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης και δυνατότητες αξιολόγησης των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Επιπλέον, οι ψυχικά ασθενείς ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στα κοινά, ενώ ταυτόχρονα οι καμπάνιες και δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινωνίας στοχεύουν στην άμβλυνση του στίγματος της ψυχικής υγείας, στην αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού και στην ανάπτυξη συνεργασιών με εθελοντές και τοπικούς φορείς.

4.3.1 Εγχειρίδιο αξιολόγησης

Η αναγωγή της ποιοτικής λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης τίθεται ζήτημα πρώτιστης ανάγκης, επηρεάζοντας θετικά το σύνολο των συντελεστών, συγκεκριμένα τους λήπτες διασφαλίζοντας ότι θα λάβουν την απαραίτητη φροντίδα, την οικογένεια παρέχοντας υποστήριξη και διατήρηση της οικογενειακής συνοχής. Όσο για

τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και διαχειριστές των υπηρεσιών, η ποιότητα διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση από το παραγόμενο έργο. Για τους σχεδιαστές της πολιτικής ψυχικής υγείας η διασφάλιση τη ποιότητα είναι το εργαλείο για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, την αποδοτική σχέση κόστους αποτελέσματος, για τη αξιολόγηση και εκλογίκευση του συστήματος.(ΠΟΥ 2004 από ΥΥΚΑ 2009)

Σε αυτό αποσκοπεί η εκπόνηση ενός εγχειριδίου με οδηγίες για τη διεξαγωγή της αυτοαξιολόγησης και υποστήριξη της εξωτερικής αξιολόγησης, από το Υπουργείο. Όσον αφορά τη διαδικασία αυτοαξιολόγησης προϋποθέτει τη συναίνεση και συμμετοχή του προσωπικού αλλά και των υπευθύνων του φορέα, υποστήριξη στη διαδικασία και εφαρμογή παρεμβάσεων σύμφωνα με τις ανάγκες ου θα προκύψουν. Επιλέγονται κάποια μέλη τη Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας όπου σε συνεργασία με τον Επιστημονικά Υπεύθυνο, ακολουθούν τα βήματα της διαδικασίας και στο τέλος συντάσσουν τη τελική έκθεση . Για τη διαδικασία εξωτερικής αξιολόγησης συγκροτείται μια ομάδα η οποία αποτελείται από τρεις επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι έχουν μακρόχρονη εμπειρία στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και σε συστήματα σε διαχείρισης ποιότητα στο χώρο της υγείας. Αφού ολοκληρωθεί η αξιολόγηση σύμφωνα με τα βήματα , συντάσσεται έκθεση συνοψίζοντας όσων παρατηρήθηκαν, δυνατά και αδύνατα σημεία ,συμπεράσματα και προτάσεις για βελτίωση. (ΥΥΚΑ 2009)

4.3.2 Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα

Το σύνολο των εργαζομένων σε μια δομή ΨΚΑ αποτελεί τη Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα ΠΘΟ, ορίζεται από τη διοίκηση του Φορέα έπειτα από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου, των υποψήφιων εργαζομένων που πληρούν τα απαραίτητα κριτήρια. Η ΠΘΟ απαρτίζεται από διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας με στόχο τη παροχή υπηρεσιών, απαντώντας ολιστικά στις ανάγκες τους. Ενδεικτικά οι ειδικότητες είναι ψυχίατρος (συνήθως είναι εξωτερικός συνεργάτης), ψυχολόγος, Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτες, εργοθεραπευτής και προσωπικό άνευ ειδικότητας που εκτελεί χρέη γενικών καθηκόντων . Αν κρίνεται αναγκαίο και έπειτα από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου η ΠΘΟ δύναται να πλαισιώνεται και από άλλες ειδικότητες βάσει των αναγκών. Έργο της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Βασική αρχή λειτουργίας της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι η αμοιβαία, ισότιμη συνεργασία με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη

σύνθεση του πολύπλευρου έργου της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Οι τακτικές συναντήσεις αποτελούν βασικό στοιχείο του έργου που επιτελούν ώστε να συζητούν σε επίπεδο ομάδας δυσκολίες που συναντούν στη διαχείριση των ενοίκων αλλά και δυσκολίες στις μεταξύ τους σχέσεις. Σε αυτό συντελεί και η εποπτεία της ομάδας όπου συνήθως γίνεται μια φορά το μήνα και συντονίζεται από εξωτερικό επόπτη, με ειδικευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικών ομάδων. (Νόμος 2716/99 ΦΕΚ 96 Α΄17/05/99)

4.4 Οικονομικά στοιχεία

Το κόστος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι δύσκολο να υπολογιστεί καθώς οι πηγές χρηματοδότησης διαφοροποιούνται ανάλογα με τη φάση υλοποίησης της. Για τη δημιουργία των δομών αποασυλοποίησης η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτέλεσε το κύριο χρηματοδοτικό όργανο. Ωστόσο, η φάση λειτουργίας των δομών διαφοροποιείται με τον εξής τρόπο: οι δαπάνες λειτουργίας των πρώτων 12 ή 18 μηνών καλύπτονται από Ευρωπαϊκά και Κρατικά κονδύλια, ενώ μετά το πέρας του διαστήματος αυτού, οι δαπάνες επιβαρύνουν μόνο τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

Η βασική πηγή χρηματοδότησης των μονάδων είναι το Υπουργείο Υγείας, υπάρχουν όμως διαφορετικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης ανάλογα με τη νομική υπόσταση αυτών. Οι δαπάνες για τα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου καλύπτονται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ενώ αντίθετα για τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου το κόστος καλύπτεται από το συνολικό προϋπολογισμό του Φορέα. Αξιοσημείωτο είναι πως παρότι ο συνολικός αριθμός των μη –κερδοσκοπικών οργανώσεων είναι 67, τα οικονομικά στοιχεία αφορούν μόνο 37 για τη περίοδο που αναφέρεται η παρούσα μελέτη, δίχως ωστόσο να είναι γνωστοί οι λόγοι αυτής της απόκλισης. Από τις δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού για τους φορείς ΝΠΙΔ για το 2009, προκύπτει ότι 15 (40%) ΜΚΟ έχουν ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από 1 εκ Ευρώ, 10 (27%) από 500.000 μέχρι 1 εκ και 12 (33%) μικρότερο από 500.000 δείχνοντας ότι περίπου το 1/3 των ΜΚΟ είναι μικρής δυναμικότητας. Το 60-70% των δαπανών αυτών αφορούν πληρωμές προσωπικού (μόνιμου ή και εξωτερικών συνεργατών) ανεξαρτήτως δομής και περιοχής. Από το 2002-2009 παρουσιάζεται αυξητική τάση της χρηματοδότησης των δομών που ανήκουν σε Μη –κερδοσκοπικούς Οργανισμούς από το κρατικό προϋπολογισμό, αυτό δικαιολογείται με την αύξηση του αριθμού των φορέων που υπάγονται κάθε έτος στο προϋπολογισμό. Δεν πρέπει να παραλειφθεί ότι για το 2007 η χρηματοδότηση έφτασε τα 55.000.000 ευρώ για 50 φορείς, το 2008 παρότι αυξάνεται ο αριθμός των φορέων σε 59 σημειώνεται μείωση της τάξεως των 7.200.000 ευρώ.(ΥΥΚΑ 2011β)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ-ΨΚΑ

5.1 Τι είναι η ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Αρχικά ας δούμε τι ορίζεται με τον όρο αποκατάσταση, συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. 1981 , είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει ως στόχο να υποβοηθήσει το άτομο με αναπηρία να φτάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στη κοινωνία. Πρόκειται για μια διαρκή διαδικασία όπου μέσω των κατάλληλων μέσων προετοιμάζει τον ασθενή να διεκδικήσει μια φυσιολογική ζωή στη κοινότητα. Πρωτίστως σημασίας θεωρείται η ενεργή συμμετοχή του ίδιου του ατόμου, σε αυτή τη διαδικασία.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ και τη συναινετική διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση WARP (1996) *«Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει την παροχή ευκαιριών σε άτομα με έκπτωση της λειτουργικότητας , ανάκαμα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή ώστε να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους προς τη κοινότητα. Η ΨΚΑ συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και τη εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατό πιο ποιοτική για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια που να έχει παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας»*. Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι για να διασφαλιστεί η ΨΚΑ ,είναι βασικό οι πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας να παρέχουν συνεχιζόμενη φροντίδα σε σταθερό πλαίσιο, με προσανατολισμό στις ανάγκες των ληπτών με σαφείς στόχους και κατάλληλες ευκαιρίες. Για την επιλογή ενός ατόμου με ψυχική διαταραχή σε κάποιο πρόγραμμα ΨΚΑ θα πρέπει να πληροί τα παρακάτω κριτήρια: 1)ύφεση ψυχοπαθολογίας, 2) ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας,3) ύπαρξη κινήτρων για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα για την ικανοποίηση των αναγκών. Ωστόσο λόγω της πίεσης του συστήματος ,συγκεκριμένα τις υπηρεσίες που παραπέμπουν του ασθενείς αλλά και των αναγκών πολλές φορές τα δύο πρώτα κριτήρια παραβιάζονται. (Μαδιανός 2005)

Οι βασικοί πυλώνες της ΨΚΑ είναι η αύξηση του επιπέδου λειτουργικότητας των ληπτών αλλά και η εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος το οποίο θα απαντά

στις ανάγκες του λήπτη. Από τα ανωτέρω απορρέει η μετάβαση της ψυχικής διαταραχής από το βιοϊατρικό μοντέλο σε μια ψυχοκοινωνική προσέγγιση όπου ο ασθενής δεν χαρακτηρίζεται μόνο από συμπτώματα και κοινωνικές αδυναμίες αλλά ανάγκες και δεξιότητες που χωρούν βελτίωση. Είναι κοινώς αποδεκτό πως η ΨΚΑ είναι ένα πολυσύνθετο σύνολο ενεργειών που στοχεύουν στη παροχή ευκαιριών και δυνατοτήτων στους λήπτες να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στη κοινότητα. Παράγοντες όπως οι ανάγκες των ληπτών ,το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η αποκατάσταση ,οι κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες διαφοροποιούν τις στρατηγικές ΨΚΑ.

5.2 Αρχές και στόχοι Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Η παρουσία των Μονάδων ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην χώρα είναι ιδιαίτερα έντονη. Πάρα πολλοί ασθενείς οι όποιοι έχουν κατά καιρούς νοσηλευτεί σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα λαμβάνουν υπηρεσίες από ξενώνες ,οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα με στόχο τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο που ορίζει τη οργάνωση και λειτουργία αυτών των μονάδων(ΚΥΑ 876/2000,αρθρο7) οι στόχοι τους είναι:

«1.βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης

2..Διαρκές βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξία τους

3.Διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα

4. Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων

5. Διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές»(Υ.Υ.Κ.Α. 2009)

Οι παραπάνω στόχοι συνάδουν σε ένα ευρύτερο πλαίσιο με τις επιδιώξεις της ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

5.3 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση στα πλαίσια της αποασυλοποίησης

Κάθε άτομο , το οποίο αντιμετωπίζει χρόνια και σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα ψυχωτικές διαταραχές , με την εμφάνιση της ψύχωσης συνήθως αδυνατεί να

ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του και παρουσιάζει προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας του . Με τη διάγνωση της ψύχωσης ελλοχεύουν κάποιοι κίνδυνοι όπως η κοινωνική απόσυρση, επί έξαρση συμπτωμάτων η εισαγωγή στο ψυχιατρείο ή σε ψυχιατρικό τμήμα νοσοκομείου με αποτέλεσμα τη διακοπή των επαφών με το φυσικό του περιβάλλον και αναστέλλοντας τις καθημερινές δραστηριότητες. Εάν το άτομο παραμείνει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο ψυχιατρείο , όπου κυριαρχεί η αδράνεια , η έλλειψη καθημερινών δραστηριοτήτων και προγραμματισμού οδηγείται προοδευτικά στην απώλεια της ατομικής του ταυτότητας και αναπτύσσεται μια διαδικασία γνωστή ως ασυλλοποίηση.

Ως διαδικασία αντίθετης κατεύθυνσης ,ορίζεται η διαδικασία της αποασυλοποίησης, όπου μέσω της επανένταξης του στο κοινωνικό ιστό της οικογενείας του ,εργασιακού χώρου και ευρύτερα της κοινότητας, ο λήπτης σταδιακά αποκτά ξανά τη «ταυτότητα» του.

Σε αρκετές χώρες της Ευρώπης η κοινοτική φροντίδα έχει αποδειχτεί και παγιωθεί ως η βέλτιστη πρακτική ψυχιατρικής περίθαλψης και έχει αντικαταστήσει πλήρως την παραδοσιακή προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας, δηλαδή του ιδρυματισμού και του ασυλικού τύπου περίθαλψης. Σε έρευνα αποτίμησης του κλινικού αποτελέσματος της μεταρρύθμισης στην Ιταλία παρατηρήθηκε συνολικά μια μικρή μείωση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και κοινωνικής δυσλειτουργίας. Ακόμα σε μελέτες που εκπονήθηκαν σε Μ. Βρετανία και Αμερική , διαπιστώθηκε η προτίμηση των ληπτών για υπηρεσίες εντός της κοινότητας όπου προσφέρουν ένα πιο οικείο περιβάλλον και μεγαλύτερο επίπεδο αυτονομίας.(Παρασκευαΐουδου και Κατσαλιάκη, 2015)

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με σοβαρές-χρόνιες ψυχικές διαταραχές κύριο στόχο έχει την κοινωνική ενσωμάτωσή τους μέσω της ενίσχυσης της λειτουργικότητας, της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της αντιμετώπισης των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην κοινωνική αναπηρία

5.4 Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ως βασικό εργαλείο των Στεγαστικών Δομών

Βασικοί άξονες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι να αναδειχθούν – μεγιστοποιηθούν οι δυνατότητες του ασθενή και να ελαχιστοποιηθούν οι αρνητικές επιπτώσεις του χρόνιου ιδρυματισμού. Για τις Στεγαστικές Δομές η εφαρμογή ενός Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος αποτελεί βασικό «όπλο» στη φαρέτρα τους, για

την επίτευξη των αποκαταστασιακών στόχων, τη διασφάλιση ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών και το συνεχές της φροντίδας. Αποτελεί το κύριο μεθοδολογικό εργαλείο για τον σχεδιασμό των θεραπευτικών και αποκαταστασιακών παρεμβάσεων, για την αξιοποίηση των πόρων σε υλικά και ανθρώπινο δυναμικό και για την παρακολούθηση της πορείας του ασθενή στις διάφορες υπηρεσίες. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος (ΑΘΠ), βασισμένο στις ανάγκες και ικανότητες του ασθενή, συμβάλλει στην αύξηση της λειτουργικότητας του, το προγραμματισμό της καθημερινότητας σε αντίθεση με τη παθητικότητα που χαρακτηρίζει η ιδρυματική ζωή. Κύριο χαρακτηριστικό του ΑΘΠ είναι η εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενή, ο επαγγελματίας υγείας καλείται να παρακινήσει, εμπλέξει και να συνεργαστεί με τον λήπτη προκειμένου να οριστούν από κοινού οι αποκαταστασιακοί στόχοι βασισμένοι στα εξής: 1) βελτίωση των συμπτωμάτων της ασθένειας και διατήρηση της ψυχικής υγείας, 2) εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, 3) υποστήριξη στην εργασία προστατευμένη ή μη, 4) ελαχιστοποίηση του στίγματος και ενίσχυση κοινωνικών ευκαιριών. (Παπαδόπουλος και Στυλιανίδης 2008)

Το ΑΘΠ ορίζεται ως «το σύνολο των καθημερινών προγραμματισμένων και εξατομικευμένων δράσεων που αποσκοπεί αφενός στην κάλυψη των αναγκών φροντίδας του ασθενούς, αφετέρου στην άσκηση και υποστήριξη του, προκειμένου να μπορέσει να ζήσει ως ενεργός πολίτης απολαμβάνοντας τα δικαιώματά του και τηρώντας τις κοινωνικές υποχρεώσεις». Περιλαμβάνει την εκτίμηση του ασθενούς, όσον αφορά το επίπεδο λειτουργικότητας τους και τις ανάγκες του. Εμπεριέχονται οι θεραπευτικοί στόχοι, η διάρκεια, ο συντονιστής, οι διαθέσιμοι πόροι, αξιολόγηση και επαναδιατύπωση του. Για το σχεδιασμό του ΑΘΠ ακολουθούν συγκεκριμένα βήματα:

- Η πρώτη φάση περιλαμβάνει την αρχική εκτίμηση, όπου μέσω συνέντευξης μεταξύ επαγγελματία υγείας και λήπτη με στόχο την γνωριμία, διερεύνηση και κατανόηση της προσωπικής ιστορίας και διαμόρφωση του αιτήματος. Αξιολογούνται η γενική συμπεριφορά, το πολιτισμικό και εκπαιδευτικό επίπεδο, η παρουσία ενεργούς συμπτωματολογίας. Ακόμα συλλέγονται πληροφορίες για συγγενικό, φιλικό και λοιπό υποστηρικτικό περιβάλλον. Σε αυτή τη φάση διαμορφώνεται και το προφίλ λειτουργικότητας μέσω αξιολογητικών μεθόδων (χορήγηση ερωτηματολογίων και κλιμάκων, παρατήρηση).
- Στη δεύτερη φάση ο αξιολογητής των παραπάνω συνήθως το πρόσωπο αναφοράς, συγγράφει μια έκθεση με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. Αφού είναι γνωστό το επίπεδο λειτουργικότητας τους ασθενούς, το πρόσωπο αναφοράς

συνεργάζεται μαζί του για το καθορισμό των στόχων αλλά και τη διαδικασία επίτευξής τους. Προτιμότερο είναι οι αρχικοί στόχοι να είναι μετρήσιμοι και με χαμηλό επίπεδο δυσκολίας το οποίο θα αυξάνεται σταδιακά, προς αποφυγή ματαίωσης τόσο του ασθενή όσο και του θεραπευτή. Για παράδειγμα με τη ένταξη ενός νέου λήπτη σε μια δομή ένας επιτεύξιμος στόχος θα ήταν η ομαλή προσαρμογή του στο νέο πλαίσιο.

- Στη συνέχεια το πρόσωπο αναφοράς ενημερώνει τη Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα(ΠΘΟ) για τη γενική εικόνα του λήπτη, τους στόχους που τέθηκαν από κοινού και τυχόν δυσκολίες ,προβληματισμούς και δυσκολίες στη συνεργασία. Η εμπλοκή της ΠΘΟ σε αυτή τη φάση είναι μείζονος σημασίας καθώς κάθε μέλος της εκφράζει τις σκέψεις και απόψεις από το δικό του ρόλο.- επαγγελματική ιδιότητα. Πέρα από τη συζήτηση , η εμπλοκή των μελών της ΠΘΟ στην υλοποίηση του ΑΘΠ είναι σημαντική και θα πρέπει να είναι κοινή, τηρώντας το χρονοδιάγραμμα υλοποίησης ,συλλέγοντας και μεταφέροντας πληροφορίες στην υπόλοιπη ΠΘΟ για τυχόν δυσκολίες ή επιτυχίες.
- Όσον αφορά το στάδιο της υλοποίησης , εφόσον ο λήπτης είναι σε καλή ψυχική κατάσταση ,δίχως ενεργή συμπτωματολογία, γίνεται η παρέμβαση όπου διακρίνεται σε βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους. Οι βραχυπρόθεσμοι αφορούν την απόκτηση ή βελτίωση δεξιοτήτων απαραίτητες για τη καθημερινή διαβίωση, όπως αυτοφροντίδα, σίτιση ,φροντίδα προσωπικού χώρου κ.α..Οι μακροπρόθεσμοι βασίζονται στην εκπαίδευση και βελτίωση δεξιοτήτων αυτόνομης διαβίωσης και αφορούν πιο λειτουργικούς ασθενείς.
- Το τελευταίο στάδιο αφορά την αξιολόγηση της πορείας και το βαθμό επίτευξης των στόχων, Συνήθως η διάρκεια ενός ΑΘΠ είναι 6 μήνες, αφού λοιπόν ολοκληρωθεί το πρόσωπο αναφοράς μαζί με τον λήπτη αξιολογούν τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων και επαναδιατυπώνουν τους στόχους. (Παπαδόπουλος και Στυλιανίδης 2008)

5.4.1 Το θεραπευτικό στοιχείο του ΑΘΠ και οι βασικοί άξονες

Ο αποϊδρυματισμός και η κοινωνική επανένταξη των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και έχουν μακρόχρονη εμπειρία διαβίωσης σε Ψυχιατρεία, αποτελεί βασικό θεραπευτικό στόχο των μονάδων ΨΚΑ. Με τις υποχρεώσεις και δραστηριότητες εντός και εκτός δομής , το άτομο αισθάνεται πιο ενεργητικό και

ικανοποιημένο , προβληματίζεται για την επίλυση καθημερινών δυσκολιών και συναλλάσσεται με το ευρύτερο περιβάλλον του. Οι παραπάνω θετικές εμπειρίες αυξάνουν τα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης του ατόμου. Βάσει της βιβλιογραφίας αλλά και εμπειρίας των μονάδων ΨΚΑ επιτυγχάνεται μεγαλύτερη βελτίωση της διάθεσης και ψυχοσωματικής υγείας, όταν υπάρχουν αρκετές δραστηριότητες να απασχολούν τον ένοικο κυρίως ατομικές. Σημαντικό ωστόσο είναι επιλογή, η προετοιμασία, η συχνότητα τους αλλά και η σταθερότητα ως προς την πραγματοποίησή τους.

Στον αντίποδα όμως η κινητοποίηση των ενοίκων είναι κάτι που απαιτεί αρκετή δουλειά και από τους επαγγελματίες υγείας που τους πλαισιώνουν και όχι πάντα με το επιθυμητό αποτέλεσμα. Κάτι το οποίο είναι αναμενόμενο καθώς όταν τα συμπτώματα της ασθένειας είναι σε έξαρση , οι ένοικοι συνήθως διακατέχονται από αίσθημα απόσυρσης ,άρνησης και χαμηλά επίπεδα διάθεσης. Η έννοια του θεραπευτικού στο ΑΘΠ, έγκειται αρχικά στην ενεργή συμμετοχή του ενοίκου στη διαδικασία επιλογής , σχεδιασμού και πραγματοποίησης μιας δραστηριότητας, εκτιμώντας ο ίδιος τις ικανότητες και δεξιότητες του. Ακόμα ουσία δεν έχει ο αριθμός των δραστηριοτήτων , αλλά μια δραστηριότητα σχεδιασμένη και προγραμματισμένη θέτοντας συγκεκριμένους στόχους με σκοπό τη βελτίωση κάποιας δεξιότητας του ατόμου, με όσο το δυνατό καλύτερη προσαρμογή του ατόμου στις καθημερινές συνθήκες διαβίωσης. Τέλος η θετική εμπειρία από το πρόγραμμα της καθημερινότητας και ικανοποίηση από την απόκτηση ή βελτίωση μιας δεξιότητας , αποτελούν σημαντικά βήματα για τη κοινωνική επανένταξη και αυτονόμηση του ατόμου.(Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαγωγός»- Β΄ Φάση 2006)

Οι βασικοί άξονες που απαρτίζουν το ΑΘΠ είναι οι εξής:

- Αυτονομία –αυτοεξυπηρέτηση περιλαμβάνει 6 τομείς:
 - Κινητικότητα, Ατομική υγιεινή, σίτιση, εμφάνιση –περιποίηση, φροντίδα προσωπικού χώρου, κυκλοφορία στη πόλη.
- Εργασία, Εκπαίδευση περιλαμβάνει 5 τομείς:
 - Δυνατότητα εκμάθησης, διαχείριση χρόνου, διαχείριση χρημάτων, αποδοτικότητα, σχέσεις
- Κοινωνικές σχέσεις περιλαμβάνει 4 τομείς:
 - Κοινωνική επαφή, ερωτική σχέση, συμπεριφορά, ανθρώπινα δικαιώματα
- Ψυχαγωγία περιλαμβάνει 3 τομείς:

- Διαχείριση ελεύθερου χρόνου, επιλογή των δραστηριοτήτων, ανεξαρτησία στη πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων
- Σχέση με την οικογένεια περιλαμβάνει 3 τομείς:
 - Τρόπος επαφής, στενότητα επαφής ,ποιότητα επαφής
- Υγεία- αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής περιλαμβάνει 3τομείς:
 - Σωματική υγεία, ψυχική υγεία, εναισθησία. (Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργώς»- Β΄ Φάση 2006)

Εκ των ανωτέρω τεκμαίρεται πως το ΑΘΠ αποτελεί βασικό εργαλείο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς διασφαλίζει την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, παράλληλα προσφέρει στους λήπτες εξατομικευμένη προσέγγιση και φροντίδα με στόχο υψηλού επιπέδου υπηρεσίες και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Προσδίδοντας στις δομές το χαρακτηριστικό της κοινωνικοποίησης και κινητοποίησης ,αποφεύγοντας έτσι η χαρακτηριστική αδράνεια της ψύχωσης να ρουφήξει προσωπικό και ενοίκους, καταλήγοντας σε ένα μικρό άσυλο στη κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΨΚΑ

6.1 Έρευνες για την αποτελεσματικότητα των Στεγαστικών Δομών

Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση εν μέσω οικονομικής κρίσης

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» αποτέλεσε ένα φιλόδοξο σχέδιο για τη συνέχιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, η οποία αντιμετώπισε αρκετούς σκοπέλους όπως ανεπαρκή κονδύλια. Το κόστος του προγράμματος κατά την έναρξη του το 2000 ανέρχεται στα 700 εκατομμύρια ευρώ με βασικούς στόχους τον αποϊδρυματισμό των ασθενών και κλείσιμο των ψυχιατρείων καθώς και τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Σε άρθρο του Μαδιανού το 2013 παρατίθενται κάποια στοιχεία που αφορούν το κλείσιμο ασυλικών δομών και έναρξη λειτουργίας νέων κοινοτικών δομών. Συγκεκριμένα, έχουν κλείσει τα ψυχιατρεία Πέτρας Ολύμπου, Χανίων, Κέρκυρας, Νταού Πεντέλης, ενώ εκείνο της Τρίπολης υπολειτουργεί. Λειτουργούν επίσης 43 Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αντί των 94 που είναι αναγκαία για τη χώρα ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού. . Από τις λοιπές υπηρεσίες αναπτύχθηκαν 57 Κέντρα Ημέρας με 855–900 θέσεις έναντι των 1500 θέσεων που απαιτούνται, 25 Κινητές Μονάδες, 37 Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία, 28 Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία με 650 κρεβάτια, ενώ χρειάζονται 2900 κρεβάτια ταχύρρυθμης νοσηλείας που να καλύπτουν 40.000 νοσηλείες τον χρόνο. Τέλος, για το Πρόγραμμα Αποϊδρυματισμού δημιουργήθηκαν 343 ξενώνες και άλλες στεγαστικές δομές με 3100 κρεβάτια, καθώς επίσης και 2000 θέσεις σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ΚΟΙΣΠΕ. Το γραφειοκρατικό μοντέλο που επικρατεί στο δημόσιο, είχε σαν αποτέλεσμα τη στασιμότητα του έργου και την αναγκαιότητα παρέμβασης από Μη κυβερνητικές Οργανώσεις, οι οποίες μπόρεσαν δυναμικά και κατέλαβαν το χώρο τους σε αυτή τη δυναμική διαδικασία της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Στο συγκεκριμένο άρθρο γίνεται μια αποτίμηση των αλλαγών τα τελευταία 28 χρόνια, στα αρνητικά η έλλειψη κουλτούρας για αυτή την αλλαγή στο τρόπο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και ο τρόπος που διατυπώθηκε και εφαρμόστηκε δίχως τη σύμφωνη γνώμη όλου του ψυχιατρικού κόσμου και την ετοιμότητα της κοινωνίας. Δεν υπήρξε καλός σχεδιασμός βασισμένος στις ανάγκες, αργοπορία έναρξης της τομεοποίησης. Ακόμα η έλλειψη ψυχιατρικής ιδεολογίας κάτι που ήταν βασικό για τη Ψυχιατρική μεταρρύθμιση της Ιταλίας. Απουσία στη παροχή υπηρεσιών από τις τοπικές κοινότητες όπως τοπική αυτοδιοίκηση, οργανώσεις για

δικαιώματα ληπτών. Έλλειψη συντονισμού και διασύνδεσης των υπηρεσιών με αποτέλεσμα την αδυναμία διατήρησης της φροντίδας. Το διάστημα αυτών των ριζικών αλλαγών για τη ψυχική υγεία προέκυψε η οικονομική και κοινωνική κρίση στη χώρα, με αρνητικές συνέπειες για το σύνολο του πληθυσμού. Σε τέτοιες περιστάσεις οι ομάδες πληθυσμού που συνήθως θίγονται είναι οι νέοι ,οι οικονομικά ασθενέστεροι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Το διάστημα αυτό οι ψυχοπαιστικοί παράγοντες είναι πολλοί και οι συνέπειες τους αποτυπώνονται σε κάποιες μελέτες με αύξηση της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών, αύξησης του αριθμού των αποπειρών αυτοκτονίας καθώς και η επικράτηση της κατάθλιψης. Θύμα της κρίσης ήταν ο τομέας της υγείας και ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα να υπάρξουν περικοπές της τάξης του 50% στη χρηματοδότηση των ΜΚΟ που είχαν αναλάβει βασικό ρόλο στην υλοποίηση του προγράμματος του αποϊδρυματισμού, με αποτέλεσμα στάση πληρωμών και λειτουργικών δαπανών για παραπάνω από έξι μήνες. Ακόμα οι υπηρεσίες αναγκάστηκαν να σταματήσουν κάποια ειδικά προγράμματα ενώ παράλληλα εμφανίζονται υποστελεχωμένες. Επίσης πλήττεται το κοινωνικό κράτος με χιλιάδες ανασφάλιστα άτομα. Κρίνεται λοιπόν ως επιτακτική ανάγκη η προάσπιση της ψυχικής υγείας χωρίς εκπτώσεις και πολιτικές λιτότητας προκειμένου να έχει η συνέχεια η μεταρρύθμιση.(Μαδιανός Μ. 2013)

Η συμβολή της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας-ΠΘΟ στη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Σε έρευνα των Χαροκόπου, Σαρρή κ.α. που διεξήχθη σε στεγαστική δομή (Οικοτροφείο) της επαρχίας και αφορούσε τη δυναμική της ομάδας ΠΘΟ ως συντελεστής της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας, ανέκυσαν αξιολογικά ευρήματα. Μέσω ποιοτικής έρευνας και συλλογή δεδομένων με ατομική συνέντευξη συλλέχτηκαν δεδομένα που αναδεικνύουν τη σημαντικότητα των συναντήσεων της ΠΘΟ σε ομάδες τουλάχιστον μια φορά το μήνα, καθιστώντας βασικό εργαλείο στα χέρια των θεραπειών. Σκοπός των συναντήσεων αυτών είναι να συζητούν τα ατομικά θεραπευτικά πλάνα, τη κλινική εικόνα , τις δυσκολίες που προκύπτουν από την ψυχοπαθολογία τους στην καθημερινότητα, προγραμματισμό δράσεων στη κοινότητα που αφορούν τη προαγωγή ψυχικής υγείας, πρακτικά ζητήματα που ανακύπτουν και δυσχεραίνουν τη καθημερινότητα των ωφελούμενων. Επίσης μέρος των συναντήσεων αφορά και τα δυναμικά της ΠΘΟ , δηλαδή σχέσεις των μελών και δυσκολίες που δυσχεραίνουν τη συνεργασία. Όσον αφορά τη ποιότητα ζωής των ληπτών ,από το σύνολο των

ερωτηθέντων επαγγελματιών προκύπτει πως το επίπεδο ποιότητα ζωής έχει θετικό πρόσημο σε σχέση με τη πρότερη ασυλική εμπειρία, κάτι που αντανακλά στην αποτελεσματικότητα των δομών. Ένα άλλο σημαντικό εύρημα της παρούσα έρευνας είναι πως η οργανωσιακή κουλτούρα του Φορέα και κατ' επέκταση της δομής θέτει ως βασικό στοιχείο για την αποτελεσματικότητα , την ομαδική δουλειά και λήψη αποφάσεων με συμμετοχή όλων μέσω των ομαδικών συναντήσεων. Είναι μια κοινή παραδοχή πως οι ομάδες –συναντήσεις αποτελούν βασικό εργαλείο και είναι κάτι που πέρασε από τους παλαιότερους στου νεότερους συναδέλφους. Το αξιοσημείωτο λοιπόν σε αυτή την έρευνα είναι η ανάδειξη της χρησιμότητας της ομάδας ως ένα εργαλείο, το οποίο διά μέσου των εργαζομένων γίνεται μέσο θεραπείας για τους ασθενείς και αντίστροφα, η ανατροφοδότηση μέσα από την ομαδική αλληλεπίδραση με τους ασθενείς καθίσταται το κίνητρο και η ανταμοιβή του εργαζόμενου. Αυτό έχει θετικό αντίκτυπο στη ποιότητα ζωής των ασθενών και συνακόλουθα στην αποτελεσματικότητα των δομών που δεν μετράται με κέρδη αλλά με τη ποιότητα των υπηρεσιών, την ανάκτηση δεξιοτήτων, τη κοινωνικοποίηση , τη επαγγελματική αποκατάσταση. Η συγκεκριμένη έρευνα καταδεικνύει αυτονόητη τη διατήρηση και ενίσχυση των δομών, που από τη φύση τους αίρουν τα εμπόδια μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχασθένειας, διατηρώντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε υψηλό επίπεδο. (Χαροκόπου και συν 2018)

Σύμφωνο Spidla

Το τρίτο σημείο του Συμφώνου Spidla αποτέλεσε η ανάγκη αξιολόγησης των μέχρι τότε δράσεων, από ξένους ειδικούς, η οποία και υλοποιήθηκε από ομάδα διεθνών εμπειρογνομόνων. Το 2010 παραδόθηκε η έκθεση διατυπώνοντας τα παρακάτω θετικά σημεία του μεταρρυθμιστικού προγράμματος:

- Αλλαγή στρατηγικής στη παροχή υπηρεσιών ψυχικής με κατεύθυνση πλέον σε ένα σύγχρονο μοντέλο κοινοτικής ψυχιατρικής , με έμφαση στην αποασυλοποίηση και τη μείωση των κλινών των ψυχιατρικών Νοσοκομείων και κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρείων.
- Πληθώρα κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, διαφορετικούς τύπους στεγαστικών δομών, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία, κινητές μονάδες και κέντρα επαγγελματικής αποκατάστασης.

- Ενεργός προσπάθεια του προσωπικού για την επανένταξη των χρηστών και την επανασύνδεση τους με τις οικογένειες τους.
- Αντιμετώπιση του στίγματος , με αποτέλεσμα οι τοπικές κοινωνίες σταδιακά να αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών με έμφαση σε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη των ΚΟΙΣΠΕ και προαγωγή ψυχικής υγείας

Τα αδύνατα σημεία του μεταρρυθμιστικού προγράμματος των μέχρι τότε δράσεων:

- Το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν έχει καλό σχεδιασμό , δεν είναι σε ικανοποιητικό βαθμό συντονισμένο, χωρίς πολλές φορές να εφαρμόζεται μια κοινή πολιτική.
- Σε τοπικό επίπεδο το σύστημα δεν έχει λάβει υπόψη τις ανάγκες του πληθυσμού, με αποτέλεσμα τη μη ισότιμη ανάπτυξη κοινοτικών δομών.
- Προβλήματα στην ηγεσία , έλλειψη πρωτοβουλιών καινοτόμων ιδεών.
- Απουσία μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας. Απουσία έρευνας υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- Ελλιπής σεβασμός στα δικαιώματα των ασθενών .Μη συμμετοχή των χρηστών και των οικογενειών τους στις αποφάσεις για το σχεδιασμό και την πολιτική ψυχικής υγείας.(ΥΥΚΑ 2011α)

Απόψεις και στάση των επαγγελματιών και συνοδών/ληπτών για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Παρακάτω παρουσιάζονται στοιχεία από έρευνα των Παρασκευαΐδου και Κατσιαλάκη το 2014 με συμμετοχή επαγγελματιών του Ψυχιατρικού τομέα ενός Γενικού Νοσοκομείου , ληπτών και συνοδών που έκαναν χρήση των κοινοτικών υπηρεσιών που προσφέρει ο Ψυχιατρικός τομέας του Γ. νοσοκομείου. Το πρώτο μέρος αφορούσε τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αδιαμφισβήτητα η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα είναι συνυφασμένη με το πρόγραμμα «Ψυχαργός», από τη συγκεκριμένη έρευνα προκύπτει πως οι ευρύτερα γνωστές δράσεις του προγράμματος είναι η ανάπτυξη κοινοτικών δόμων διαμονής (Ξενώνες ,Οικοτροφεία) , στις λιγότερο γνωστές βρέθηκαν ο θεσμός της

συνηγορίας/αυτοεκπροσώπησης (κίνημα υπεράσπισης των συμφερόντων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές) και οι φιλοξενούσες οικογένειες/φροντίδα στο σπίτι. Όσο αφορά τα οφέλη που αποκόμισαν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η αποασυλοποίηση/κλείσιμο των ψυχιατρείων εμφανίστηκε ως το σημαντικότερο, με ποσοστό σημαντικότητας 85,4%, ακολουθεί η ανάπτυξη κοινοτικών δομών, με ποσοστό 83,8%. Τελευταία ήρθε η κοινωνικό-οικονομική επανένταξη –ΚΟΙΣΠΕ– με ποσοστό 34,1% και δεύτερη από το τέλος η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού- στίγματος, που συγκέντρωσε ποσοστό 57,1%. Οι συμμετέχοντες παρουσιάζονται επιφυλακτικοί ως προς την ενδεδειγμένη εφαρμογή του προγράμματος και αυτό έγκειται στο ρόλο που διαδραμάτισαν και οι δύο ομάδες του δείγματος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, με την πλειοψηφία (80,1%) των επαγγελματιών και των συνοδών να αναφέρει ότι δεν ερωτήθηκε για την απόφαση κλεισίματος του Ψυχιατρείου και το 48,7% να πιστεύει ότι δεν εκπροσωπήθηκαν όλες οι πλευρές σε αυτή. Αναφορικά με τις δυνητικές απειλές της ανάπτυξης των δομών, η υποχρηματοδότηση της κοινωνικής πολιτικής αναδείχθηκε το κυριότερο πρόβλημα στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με ποσοστό 84,3% για το σύνολο του δείγματος. Ακολουθεί η υποστελέχωση των υπηρεσιών με ποσοστό 79,5% λόγω αναστολής προσλήψεων και αποχώρησης λόγω συνταξιοδότησης. Το δεύτερο μέρος της έρευνας αφορούσε τη ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, ελπίδες και προσδοκίες. Επικρατέστερη μορφή περίθαλψης είναι όταν η περίθαλψη /φροντίδα παρέχεται στη κοινότητα, παρ' όλα αυτά, ποσοστό 35% διαφώνησε με την απόφαση να κλείσουν τα ψυχιατρεία. Παράλληλα, ποσοστό 73,9% διαφώνησε με τον ισχυρισμό ότι η μετακίνηση θέτει τους ασθενείς σε κίνδυνο να καταλήξουν στη φυλακή και το 44% διαφώνησε με την άποψη ότι οι άνθρωποι που μετακινήθηκαν από το ψυχιατρείο στις δομές θα καταλήξουν να διαμένουν στο δρόμο. Σημαντικά δεδομένα συλλέχτηκαν από την αξιολόγηση του δικτύου από τους επαγγελματίες και τους λήπτες, καθώς η καλή ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν οι λήπτες συγκέντρωσε ποσοστό 78,5%, επίσης το επίπεδο κατάρτισης κι οι ικανότητες των επαγγελματιών συγκέντρωσαν υψηλά ποσοστά. Ωστόσο μόλις το 50,3% του συνόλου έκρινε το ηθικό των επαγγελματιών υψηλό, το 17% των επαγγελματιών ανέφερε ότι το ηθικό ήταν κακό ή πολύ κακό. Αυτό που απορρέει από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι πως έχει επιτευχθεί σε ικανοποιητικό βαθμό το πρόγραμμα «Ψυχαργός», ακόμα και αν δεν έγινε με τον ενδεδειγμένο τρόπο, δίχως οι άμεσα εμπλεκόμενοι να λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις, όπως και η Τοπική

Αυτοδιοίκηση εμφανίζεται μη ενεργή ως πάροχος υπηρεσιών Ψυχικής υγείας. Ένα μελανό σημείο είναι η δυσκολία της εργασιακής επανένταξης, όπου παραμένει από την απαρχή της μεταρρύθμισης μέχρι σήμερα ο αδύναμος τομέας, που αναδεικνύεται και στην παρούσα έρευνα, η οποία κατατάσσει τους ΚΟΙΣΠΕ στην τελευταία θέση των ωφελειών που αποκομίζουν οι λήπτες, αλλά και σε υψηλή θέση ως δυνητική απειλή στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ο συνδυασμός επαρκούς χρηματοδότησης των προγραμμάτων, και η στελέχωση με εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό, αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις προκειμένου να διατηρηθούν όσα επιτεύχθηκαν μέχρι σήμερα, αφού η κοινοτική Ψυχιατρική είναι μακροπρόθεσμη, αποτελεσματικότερη και πιο αποδοτική από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία. (Παρασκευαΐδου και Κατσιαλάκη 2015)

Εκ των υστέρων αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου «Ψυχαργός»

Στην Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009, που εκπονήθηκε από το Υ.Υ.Κ.Α. το 2011, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις μεταρρυθμιστικού προγράμματος για την ψυχική υγεία, μιας και είναι καθοριστικός παράγοντας για την αξιολόγησης του. Βασικά σημεία της αξιολόγησης, είναι τα θεραπευτικά αποτελέσματα και το επίπεδο θνησιμότητας των ψυχικά πασχόντων. Πιο συγκεκριμένα, τα θεραπευτικά αποτελέσματα αντανακλώνται μέσω των εξής παραγόντων: Ποσοστά επανεισαγωγών, θνησιμότητα ατόμων με ψυχικές διαταραχές, επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας ασθενών, επαγγελματική επανένταξη. Βάσει λιγοστών στοιχείων που προέρχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, για το χρονικό διάστημα 1996-2006 παρατηρείται αύξηση των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Ακόμα οι θάνατοι στην Ελλάδα που είχαν ως αίτιο τις ψυχικές διαταραχές, έχουν πτωτική τάση για το χρονικό διάστημα 2000-2008.

Αναφορικά με το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών μετά την αποασυλοποίηση τους, δεν υπάρχουν συγκεντρωτικά δεδομένα ή μελέτες. Αξιοσημείωτη, ωστόσο είναι η μελέτη που πραγματοποιήθηκε για την εκτίμηση και συσχέτιση της πορείας ψυχοπαθολογίας και λειτουργικότητας 35 ασθενών με σχιζοφρένεια κατά το χρονικό διάστημα παρακολούθησης του προγράμματος ενός κέντρου ημέρας. Με την ολοκλήρωση της έρευνας όπου είχε τρεις φάσεις αξιολόγησης (αρχική, ενδιάμεση, τελική) παρατηρήθηκε βελτίωση του επιπέδου λειτουργικότητας, καθώς και σημαντική βελτίωση της αρνητικής συμπτωματολογίας και της γενικής ψυχοπαθολογίας των

ασθενών με σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος του Κέντρου Ημέρας.(Γκαϊνταρτζή, κ.α. 2009 από Υ.Υ.Κ.Α. 2011) Όσο αφορά στην επαγγελματική επανένταξη και αποκατάσταση των ασθενών, τα στοιχεία που υπάρχουν δεν είναι επαρκή. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις επιτόπιες επισκέψεις και τα ερωτηματολόγια, καταδεικνύουν ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό ψυχικά ασθενών εργάζεται, παρά τη θεσμοθέτηση και λειτουργία των Κ.Ο.Ι.Σ.Π.Ε. (Υ.Υ.Κ.Α. 2011 β)

Αξιολόγηση παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Το Υπουργείο Υγείας με στόχο τη συνεχή (on going) αξιολόγηση του εθνικού σχεδίου δράσης για τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση «Ψυχαργός Γ' 2011-2015» και την υποστήριξη της αναθέτουσας αρχής στη λήψη αποφάσεων , εκπόνησε το Μάιο του 2013 την «Εκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2012» . Εκεί παρατίθενται αρκετά ενδιαφέροντα στοιχεία για την αξιολόγηση της υλοποίησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Αρχικά σε οραγωντικοδιοικητικό επίπεδο το σύστημα παραμένει υπερσυγκεντρωτικό σε κεντρικό επίπεδο, με ανύπαρκτο περιφερειακό και «οριακά ανενεργό» τομεακό επίπεδο, δίχως να λαμβάνει υπόψη τα παράλληλα συστήματα παροχής υπηρεσιών ΨΥ που έχουν αναπτυχθεί όπως αυτό του ιδιωτικού τομέα, του ΕΟΠΥΥ, των ΟΤΑ κτλ. Επίσης διαπιστώθηκε απουσία καταγεγραμμένων κανονισμών λειτουργίας και θεραπευτικών πρωτοκόλλων και η απουσία τήρησης ενιαίου ψυχιατρικού φακέλου, κάτι που δεν συμβάλει στο συνεχές στις φροντίδας. Ακόμα καταγράφηκαν καθυστερήσεις στη χρηματοδότηση των Μονάδων αλλά και ο τρόπος χρηματοδότησης είναι προβληματικός, συγκεκριμένα η μεθοδολογία αναλυτικού προσδιορισμού του ποσού χρηματοδότησης κάθε φορέα, είναι ανύπαρκτη.

Αναφορικά με ζητήματα που αφορούν τους λήπτες αν και η δημιουργία συλλόγων και σωματείων εκπροσώπησης, προάσπισης των δικαιωμάτων (επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων ατόμων με ψυχικές διαταραχές) και συλλόγων οικογενειών και φίλων, αύξησε την εμπλοκή των χρηστών ,δίχως όμως να επιφέρει πιο ενεργητική εμπλοκή τους σε διαδικασίες ελέγχου και λήψης αποφάσεων. Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο είναι η απουσία διαδικασιών για τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την ικανοποίηση των ληπτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες τόσο σε δομές ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ αλλά και του ιδιωτικού τομέα. Αυτό εγείρει ερωτήματα γύρω από τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ληπτών αλλά και το πώς βιώνουν την εμπειρία κατά τη διάρκεια τις

παραμονής τους στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Από την βιβλιογραφική έρευνα της ομάδας αξιολόγησης δεν έχουν προκύψει αποτελέσματα για την ύπαρξη ειδικών ερευνών που να εξετάζουν θέματα ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών ΨΥ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Εντούτοις, το अपαρχαιωμένο θεσμικό πλαίσιο που ισχύει χρειάζεται άμεση τροποποίηση για ευαίσθητα ζητήματα όπως ακούσια νοσηλεία, δικαιοπραξία, κράτηση και νοσηλεία των ποινικά ανεύθυνων ψυχικά ασθενών. Όσον αφορά την απασχόληση και επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών είναι προφανές πως η μόνη διέξοδος είναι οι ΚΟΙΣΠΕ με σημαντικές ελλείψεις ανά την επικράτεια και χαμηλό αριθμό από το σύνολο των ληπτών να απασχολείται. Επιπλέον, διαπιστώθηκε απουσία αναλυτικών στοιχείων για την περαιτέρω προώθηση στην ελεύθερη αγορά ατόμων που εκπαιδεύτηκαν και εργάστηκαν σε ΚΟΙΣΠΕ. Ωστόσο παρουσιάζεται βελτίωση στο κομμάτι που αφορά τα έργα που σχετίζονται με τις «Δραστηριότητες ΚΟΙΣΠΕ», συγκριτικά με τη προηγούμενη αξιολογητική περίοδο.

Βασικό κορμό για την υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης αποτελούν οι επαγγελματίες υγείας, αυτό που διαπιστώνεται είναι πως η εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών είναι ελλιπής με εξαίρεση τους ψυχίατρους και παιδοψυχίατρους , όπου σε θέματα εκπαίδευσης έχουν σημειώσει σημαντικά βήματα. Αυτό που προκύπτει είναι η έλλειψη εξειδίκευσης στην ΨΥ σε σημαντικό ποσοστό του μη ιατρικού προσωπικού, κυρίως των νοσηλευτών και η έλλειψη εξειδίκευσης των περισσότερων ψυχολόγων στην κλινική ή συμβουλευτική ψυχολογία, εφόσον για το διορισμό μέσω ΑΣΕΠ απαιτείται μόνο η άδεια άσκησης επαγγέλματος που δίδεται με το βασικό πτυχίο ΑΕΙ. Σημαντικό επίσης να αναφερθεί είναι η υποστελέχωση αλλά και προβλήματα στις Μονάδες ΨΚΑ λόγω μη τακτικής χρηματοδότησης από το κράτος. (Επιτροπή Παρακολούθησης και Παραλαβής Έργου 2013)

6.2 Αποτελέσματα Β φάσης Ψυχαργός

Κατά τα έτη 2001-2009 όπου υλοποιήθηκε η Β φάση του «Ψυχαργός», έκλεισαν 4 από τα 9 ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Συγκεκριμένα τα ασυλικά τμήματα του ΨΝ Πέτρας Ολύμπου καταργήθηκαν τον Ιανουάριο του 2005, του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων το Φεβρουάριο του 2006, του ΨΝ Κέρκυρας τον Οκτώβριο του 2006, του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής το Σεπτέμβριο του 2007. Παράλληλα ο αριθμός των χρόνιων ασθενών που νοσηλεύονταν στα υπόλοιπα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν μειωθεί αισθητά με τον αριθμό για το 2009 να είναι περίπου 2000, ενώ την ίδια χρονιά ο αριθμός όσων φιλοξενούνταν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής

αποκατάστασης είναι 2689. Οι Δομές αυτές ξεκίνησαν τη λειτουργία τους σε όλες της περιφέρειες της χώρας, ωστόσο συχνές ήταν οι αντιδράσεις των κατοίκων , δίχως όμως αυτό να αναστείλει τη λειτουργία τους αντιθέτως υπήρξε μεταστροφή των κατοίκων.

Ένα μεγάλο ζήτημα ήταν ο μεγάλος όγκος εισαγωγών ασθενών στα 3 μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και μη κάλυψη της ζήτησης από τις νέες δομές. Όσον αφορά τις δομές στη κοινότητα έχει σημειωθεί πρόοδος με τη λειτουργία 40 Κέντρων Ψυχικής Υγείας , κινητών μονάδων και Κέντρων Ημέρας όπου αφορούν τους αποκλειστικούς φορείς κάλυψης των αναγκών σε 11 Νομούς ,όπως Χίου, Λευκάδας ,Τρικάλων κ.α. Φορείς υλοποίησης των δράσεων αυτών είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα , που επέδειξαν μεγάλη ευελιξία, για να αναπτυχθούν αυτές οι δομές. Η μεγέθυνση των κοινοτικών δομών καλύπτει όλη τη χώρα εκτός από 5 Νομούς, με κύρια αποστολή τη έγκαιρη παρακολούθηση και θεραπεία των ληπτών κοντά στο τόπο κατοικίας τους, τη πρόληψη των υποτροπών και τη προαγωγή ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού.

Αναλυτικά η διάρθρωση των κοινοτικών υπηρεσιών

Α. Από το Δημόσιο Τομέα

- 33 Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων
- 13 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα
- 39 Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- 13 Κέντρα Ημέρας
- 5 Νοσοκομεία Ημέρας
- 12 Κινητές Μονάδες
- 2 Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας
- 36 Οικοτροφεία
- 78 Ξενώνες
- 198 Προστατευμένα Διαμερίσματα
- 15 Κοι.Σ.Π.Ε.
- Παροχή υπηρεσιών Ψ.Υ. από Κ.Υ. των 1ης, 3ης, 5ης & 6ης ΥΠΕ

Β. Από τα ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

- 1 Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- 1 Νοσοκομείο Ημέρας
- 52 Κέντρα Ημέρας

- 13 Κινητές Μονάδες
- 89 Οικοτροφεία
- 19 Ξενώνες
- 32 Προστατευμένα Διαμερίσματα
- 3 Κέντρα Αλτσχάιμερ και αυτισμού
- 4 Εργαστήρια

Στο πλαίσιο του προγράμματος Ψυχιαργός για τη θεραπεία και ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών , έχουν αναπτυχθεί κοινοτικές παιδοψυχιατρικές μονάδες υγείας. Αναλυτικά έχουν αναπτυχθεί 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και 27 Κέντρα Ψυχικής Υγείας που παρέχουν και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες. Επίσης, λειτουργούν Κινητές Μονάδες σε απομονωμένες περιοχές για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους. Στο τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης καταργείται το παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής με τη μετατόπιση της φροντίδας στη κοινότητα το οποίο καταδεικνύεται από τη λειτουργία παιδοψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία. Στη τριτοβάθμια περίθαλψη λειτουργούν 3 ξενώνες στους νομούς Αττικής, Ιωαννίνων και Λαρίσης και 1 οικοτροφείο για παιδιά-εφήβους με αυτισμό στην Αττική.

Για την αντιμετώπιση της γεροντικής άνοιας αναπτύχθηκαν 7 Κέντρα Ημέρας στους Νομούς Αττικής, Θεσσαλονίκης , Ηρακλείου, Έβρου, Αχαΐας για τη πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία καθώς και 3 Οικοτροφεία. Ακόμα στα πλαίσια της αποασυλοποίησης έχουν λειτουργήσει 33 Οικοτροφεία που φιλοξενούν ψυχογηριατρικά περιστατικά από Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Επίσης υπάρχει μέριμνα για άστεγους, άτομα με πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές που έχουν ανάγκη από υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με λειτουργία κατάλληλων κοινοτικών δομών. Η θεσμοθέτηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) με το Νόμο 2716/99, αποτέλεσε βασικό πυλώνα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Έναυσμα ήταν η υπέρβαση των έως τότε μορφών προστατευμένης εργασίας που είχαν περισσότερο ρόλο εργασιοθεραπείας και προώθηση της επιχειρηματικής τεχνογνωσίας και καινοτομίας, οικονομική βιωσιμότητα, διασφάλιση εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων των εργαζομένων. *«Σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν. 2716/99, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) είναι παραγωγικές, εμπορικές και κοινωνικές μονάδες οι οποίες αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα και συνιστούν μια μορφή απασχόλησης που παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εποπτεία των απασχολούμενων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι ΚΟΙΣΠΕ είναι ΝΠΙΔ που εποπτεύονται από το*

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.» Για το διάστημα της Β φάσης έχουν αναπτυχθεί 15 ΚΟΙΣΠΕ και συνολικό αριθμό απασχολούμενων με ψυχικές διαταραχές 270 άτομα. (Υ.Υ.Κ.Α 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Η ΕΚ ΤΩΝ ΕΣΩ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΚΑ

7.1 Το παράδειγμα λειτουργίας μιας μονάδας ΨΚΑ στην Αττική

Ένας Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Αττική, ο οποίος δίνει τη δυνατότητα σε ανθρώπους που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές να λάβουν θεραπεία και αποκατάσταση, με σκοπό να ενταχθούν και να λειτουργήσουν στην κοινότητα, υλοποιεί ένα πρόγραμμα καθημερινής λειτουργίας, που απαντά με ολιστικό τρόπο στις ανάγκες των ενοίκων. Οι υπηρεσίες που παρέχονται, έχουν ως στόχο την ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Πιο αναλυτικά, στον συγκεκριμένο Ξενώνα διαμένουν ενήλικες, άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι έχουν εμπειρία από κάποια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή και παρακολουθούν ένα καθημερινό αποκαταστασιακό πρόγραμμα που απαντά ολοκληρωμένα στις ανάγκες που αντιμετωπίζουν. .

Ο ξενώνας απαρτίζεται από τη Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα όπου συγκροτείται από διάφορες ειδικότητες εργαζομένων, συγκεκριμένα ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλευτές, γενικών καθηκόντων. Τον συντονισμό της ΠΘΟ αναλαμβάνουν ο/η Επιστημονικά Υπεύθυνος/η, με ειδικότητα ψυχολόγου και ο/η Διοικητικά Υπεύθυνος/η συνήθως με κατεύθυνση στα οικονομικά και διοικητικά. Η ΠΘΟ έχει στόχο την υποστήριξη , τη πλαίσιωση , την εκπαίδευση και ενδυνάμωση των ωφελούμενων, ακολουθώντας τους κανόνες που διέπουν το πλαίσιο και τις αποφάσεις σχετικά με τη λειτουργία της δομής που λαμβάνονται σε επίπεδο ομάδας. Σύμφωνα πάντα με τις αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την μεθοδολογία του μοντέλου recovery – ανάκαμψη. Το μοντέλο αυτό, βασίζεται στην προάσπιση της ζωής με δικαιώματα, νόημα, στόχους, ελπίδα, αγάπη, ανεξαρτησία, σεβασμό και ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.

Πιο αναλυτικά, μετά την άφιξη ενός ωφελούμενου στον Ξενώνα, ακολουθεί η σύσταση και υλοποίηση ενός ατομικού θεραπευτικού προγράμματος, που απαντά με ολιστικό τρόπο στις ανάγκες του ενοίκου. Σημαντικό ρόλο έχει και η συνεργασία με τις οικογένειες τους, καθώς η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος, συνδράμει θετικά στην υλοποίηση των προγραμμάτων και των θεραπειών που λαμβάνουν. Απώτερος σκοπός, είναι η προετοιμασία τους για διαμονή σε πλαίσιο ημι-

αυτόνομης διαβίωσης, δηλαδή ένα Προστατευμένο Διαμέρισμα. Επιπρόσθετα, αναπόσπαστο κομμάτι, αποτελεί και η συνεργασία με το Δίκτυο Υπηρεσιών Υγείας, Ψυχικής Υγείας και Εκπαίδευσης.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του Ξενώνα, δεν φτάνουν όμως ως εκεί, αλλά απευθύνονται και στην κοινότητα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω κοινοτικών δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Οι δράσεις αυτές, έχουν δηλαδή στόχο, την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας. Εκτός όμως από αυτές, πραγματοποιούνται και δράσεις συνηγορίας, οι οποίες έχουν στόχο την συνεχή υποστήριξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την ισότιμη μεταχείριση τους ως πολίτες.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι ο Ξενώνας, αποτελεί και Κέντρο Πρακτικής Άσκησης φοιτητών σχολών Ψυχολογίας και Κοινωνικής Εργασίας, δίνοντας την ευκαιρία σε μελλοντικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας να παρακολουθήσουν εκ των έσω την οργάνωση και λειτουργία της Δομής, και να συμμετέχουν σε ομάδες και προγράμματα Αποκατάστασης που απευθύνονται στους λήπτες έχοντας ατομική εποπτεία από επαγγελματίες της ειδικότητας. Κατανοούν τον ρόλο και την πρακτική εφαρμογή του επαγγέλματός τους, συμμετέχουν σε κλινικές ομάδες και εκπαιδευτικά προγράμματα της Πολυκλαδικής Ομάδας, ενώ δύνανται να συμμετέχουν σε δράσεις Προαγωγής Ψυχικής Υγείας στη Κοινότητα. Επιπλέον, δίδεται η δυνατότητα να γνωρίσουν και άλλου τύπου στεγαστικές δομές, όπως το Προστατευμένο Διαμέρισμα του Ξενώνα.

Απο την έναρξη λειτουργίας του Προστατευόμενου Διαμερίσματος, ο Ξενώνας, κατάφερε να αναλάβει την φροντίδα επιπλέον τεσσάρων ωφελούμενων, μιας και το Προστατευόμενο Διαμέρισμα έχει δυναμικότητα τεσσάρων ατόμων. Στο Προστατευόμενο Διαμέρισμα (Π.Δ.), γίνονται δεκτοί, λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, κυρίως στο φάσμα της ψύχωσης. Επιπρόσθετο κριτήριο, αποτελεί η ηλικία, δηλαδή 18-56 ετών και το επίπεδο λειτουργικότητας. Αναφορικά με το επίπεδο λειτουργικότητας, γίνεται λόγος τόσο για σωματική λειτουργικότητα, όσο και για ψυχική. Αναφορικά με την ψυχική λειτουργικότητα, τα προσμετρούμενα στοιχεία αφορούν την ικανότητα στην αυτοφροντίδα και διαβίωση, συμβίωση/συνύπαρξη με άλλους ανθρώπους, ανάληψη ευθυνών και πρωτοβουλιών, αναγνώριση προσωπικών αναγκών, σημαντικό ποσοστό εναισθησίας της ψυχικής κατάστασης που αντιμετωπίζουν, διαχείριση οικονομικών

πόρων, χρήση Μέσων Μαζικής Μεταφοράς και Δημόσιων Υπηρεσιών και συμμόρφωση στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής (σε όσους συνίσταται).

Ο συγκεκριμένος Ξενώνας από την έναρξη λειτουργίας του έως σήμερα, κατάφερε να προσφέρει ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες, έχοντας 11 θέσεις για ενδιαφερόμενους λήπτες στη μονάδα του. Πιο αναλυτικά, το σύνολο των ασθενών που έχει εξυπηρετήσει ο Ξενώνας έως σήμερα, είναι 28, εκ των οποίων αφορά 14 άνδρες και 14 γυναίκες. Όσον αφορά το ηλικιακό εύρος, αυτό κυμαίνεται μεταξύ 19-65 ετών. Σχετικά με τις πηγές παραπομπών περιστατικών προς τον Ξενώνα, αυτό έγινε με τους κάτωθι τρόπους:

- Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Αττικής: **10** ασθενείς
- Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων: **7** ασθενείς
- Κοινοτικές Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: **6** ασθενείς
- Ιδιωτικές Ψυχιατρικές κλινικές: **2** ασθενής
- Αυτό-παραπομπή: **3** ασθενής

Οι ένοικοι του Ξενώνα, αντιμετωπίζουν κάποιες σοβαρές ψυχικές διαταραχές, οι οποίες ανήκουν στο φάσμα της Ψύχωσης. Πιο αναλυτικά:

- ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ: 17 ένοικοι
- ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ, ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ / ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: 1 ένοικος
- ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ / ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ: 1 ένοικος
- ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ / ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ: 1 ένοικος
- ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ : 1 ένοικος
- ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ / ΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ: 1 ένοικος
- ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ: 1 ένοικος

- ΑΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ / ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ:1 ένοικος
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ / ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ:1 ένοικος
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN / ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ:2 ένοικοι
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN / ΒΑΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ:1 ένοικος

Ένας πολύ σημαντικός στόχος του Ξενώνα, αποτελεί η ύφεση υποτροπής της νόσου και κατ' επέκταση η αποφυγή νοσηλείων. Παραθέτονται τα δεδομένα:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ:

Βραχεία διάρκεια (από 14-30 ημέρες έως 5 μήνες)

- Σύνολο ασθενών: 9
- Αριθμός νοσηλείων :μ.ο. 2

Μέση διάρκεια (από 5 μήνες έως έτος/ -η)

- Σύνολο ασθενών :8
- Αριθμός νοσηλείων :μ.ο. 4

Μακρά διάρκεια (από 10 έως 27 έτη)

- Σύνολο ασθενών :5
- Αριθμός νοσηλείων :μ.ο. 3

(6 ασθενείς δεν αναφέρουν /ανευρίσκεται νοσηλεία τους πριν την ένταξη τους στον Ξενώνα)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ:

Από την ένταξη των ληπτών έως και σήμερα, οι νοσηλείες που πραγματοποιήθηκαν ήταν **ΒΡΑΧΕΙΕΣ**, στοχευόμενες/εκούσιες για τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής των εξυπηρετούμενων (έναρξη Κλοζαπίνης)

- 1 νοσηλεία 10 ημερών (λόγω διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής, τροποποίηση φ/α) :1 ένοικος
- 1 νοσηλεία 30 ημερών (έναρξη κλοζαπίνης) : 3 ένοικοι
- 2 νοσηλείες (1^η λόγω διακοπής της φ/α, αυτεπάγγελτα, διάρκειας 5 μηνών κατά προσέγγιση και 2^η για έναρξη κλοζαπίνης και εντατική ψυχιατρική παρακολούθηση, διάρκεια 10 μήνες) :1 ένοικος
- 1 νοσηλεία 5 μηνών (ακούσια, διακοπή φαρμακευτικής αγωγής) :1 ένοικος

Μετά το τέλος της νοσηλείας οι ένοικοι επέστρεψαν στον Ξενώνα, εκτός ενός με ανθεκτική συμπτωματολογία και σταδιακή επιδείνωση της ψυχιατρικής του κατάστασης

Εκτός από τις παραπομπές που δέχεται , ο Ξενώνας παρέπεμψε τους ωφελούμενους τους, ανάλογα με τις ανάγκες τους και προς άλλες δομές. Πιο συγκεκριμένα:

- Προστατευόμενο Διαμέρισμα / Ημιαυτόνομη Διαβίωση: 7 άτομα
- Κοινότητα/ Αυτόνομη Διαβίωση: 4 άτομα
- Ξενώνας: 4 άτομα
- Οικοτροφείο:4 άτομα
- Ψυχογηριατρικό Οικοτροφείο: 1 άτομο
- Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική:1 άτομο
- Δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο: 1 άτομο

Ένα απο τα σημαντικότερα επιτεύγματα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Ξενώνα, είναι η επανένταξη κάποιων ωφελούμενων του, στον εκπαιδευτικό και εργασιακό χώρο. Αυτό, επιτεύχθηκε μέσω της συστηματικής αποκαταστασιακής θεραπείας εντός δομής (υποστήριξη, συμβουλευτική, ψυχοεκπαίδευση, συμμετοχή σε ομάδες κοινωνικών δεξιοτήτων, επικοινωνίας κλπ.), αλλά και την συνεργασία με άλλες κοινοτικές δομές/υπηρεσίες (Κέντρο Ημέρας, Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης – ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.).

Λίγα λόγια για τους ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.....

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) αποτελούν νέες καινοτόμες επιχειρηματικές παρεμβάσεις συλλογικού και αλληλέγγυου χαρακτήρα, που στοχεύουν στην κοινή ωφέλεια και στο κοινωνικό συμφέρον, και αφορούν αποκλειστικά τα άτομα με Ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Λειτουργούν παράλληλα ως **μονάδες ψυχικής υγείας** με στόχο:

- Την αυτονομία των εργαζομένων
- Την βελτίωση των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων
- Την διατήρηση κοινωνικοοικονομικής ενσωμάτωσης κι εργασιακής ένταξης

Ο Κοι.Σ.Π.Ε., που εδρεύει και λειτουργεί στον Τομέα Ψυχικής Υγείας, στον οποίο υπάγεται ο συγκεκριμένος Ξενώνας, ιδρύθηκε μερικά χρόνια νωρίτερα, περίπου 10 έτη και έκτοτε συνεργάζεται με κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς, την Τοπική Αυτοδιοίκηση και φορείς ψυχικής υγείας του Το.Ψ.Υ. όπου ανήκει. Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας, από τον συγκεκριμένο Ξενώνα, έχουν εργαστεί **2 ένοικοι**.

7.2 Οι προσωπικές εμπειρίες των ενοίκων μιας Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Ο Β., ετών 43 παραπέμφθηκε στον Ξενώνα, τον Μάιο του 2016, από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών. Αντιμετωπίζει μία χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο και συγκεκριμένα, έχει διαγνωσθεί με Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου. Ερχόμενος στον Ξενώνα, του συστάθηκε ένα ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο απαντούσε με ολιστικό τρόπο στις ανάγκες του. Ο ίδιος, είχε θέσει κάποιους στόχους όπως κοινωνικές επαφές και εργασιακή αποκατάσταση. Μέσα απο τις ομάδες εντός και εκτός Ξενώνα, κατάφερε να κοινωνικοποιηθεί και να δημιουργήσει σχέσεις, τόσο φιλικές, όσο και διαπροσωπικές. Η διασύνδεση του με τον Κοι.Σ.Π.Ε., «του άνοιξε την πόρτα», στον εργασιακό χώρο. Ο ίδιος, είχε πολύ καλές πρακτικές και κοινωνικές δεξιότητες, όπου τον βοήθησαν να ενταχθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα, σε πλαίσιο εργασίας. Εντάχθηκε στο συνεργείο καθαρισμού του Κοι.Σ.Π.Ε.. και συμμετείχε σε όλα τα έργα που αναλάμβανε η υπηρεσία αυτή, έως και σήμερα. Τα έργα αυτά, αφορούσαν την εργασία καθαρισμού σε διάφορες δημόσιες υπηρεσίες όπως ΕΦΚΑ,

Πρόνοια κλπ.. Η συχνότητα εργασίας αφορά 3 ημέρες την εβδομάδα. Μέσα απο το πλαίσιο εργασίας, κατάφερε να γίνει συνεπής, να διαχειρίζεται την παρορμητικότητα του, να επικοινωνεί με αμεσότητα και να είναι παραγωγικός/ενεργός πολίτης. Η δουλειά «τον βοηθάει να ξεχνάει τις έμμονες σκέψεις και ιδέες του», όπως λέει. Νιώθει ανακούφιση και χαρά όταν εργάζεται. Τα τελευταία 3 χρόνια, ζει στο Π.Δ. του Ξενώνα.

Η Τ., ετών 60 παραπέμφθηκε στον Ξενώνα κατόπιν ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας που είχε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών. Αντιμετωπίζει και εκείνη τη Σχιζοφρένεια. Η Τ., ήταν απο τους λήπτες, όπου με την άφιξή της στον Ξενώνα, μετέβη άμεσα στο Π.Δ., καθώς πληρούσε όλες τις απαιτούμενες προϋποθέσεις. Μάλιστα ήταν η πρώτη ένοικος του Π.Δ. Στο παρελθόν, διατηρούσε την οικογενειακή επιχείρηση, μαζί με τους δικούς της, έως τον θάνατο τους. Μετά απο αυτό το συμβάν, η ενεργή συμπτωματολογία της, δεν της επέτρεψε να εργαστεί. Το 2013, ερχόμενη φαρμακευτικά ρυθμισμένη στην Δομή, κατάφερε να βρει την ψυχική της ισορροπία μέσα απο τη συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, ομάδες ενδιαφέροντος κλπ και να επανακτήσει τις δεξιότητες της. Εντάχθηκε και εκείνη στο συνεργείο καθαρισμού του Κοι.Σ.Π.Ε., όπου αναλάμβανε εξίσου έργα υλοποίησης σε δημόσιες υπηρεσίες. Κατάφερε να εργαστεί για 2 χρόνια, σε συχνότητα 2 φορές την εβδομάδα. Βέβαια, η χρονιότητα της νόσου, σε συνδυασμό με την ηλικία της, την ταλαιπώρησαν και την κούρασαν ψυχικά και σωματικά. Οι ανάγκες της άλλαξαν με το πέρασ των χρόνων και η μετάβαση της σε Οικοτροφείο, ήταν μονόδρομος.

Ο Π., ετών 52, παραπέμφθηκε στον Ξενώνα, από μία δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που ανήκει στο Γ.Ν. Σισμανόγλειο και αντιμετωπίζει επίσης Σχιζοφρένεια. Ήταν ο πρώτος άνδρας ένοικος, ο οποίος μετέβη απευθείας στο Π.Δ.. Στόχος του, η εξέλιξη των προσωπικών δεξιοτήτων φροντίδας, αλλά και η εκπαίδευση, μιας και δεν κατάφερε να ολοκληρώσει τις σπουδές του, λόγω της έντονης συμπτωματολογίας του. Τον τελευταίο 1,5 χρόνο, έγινε δεκτός στο διετές πρόγραμμα κατάρτισης του ΟΑΕΔ, το οποίο είναι και επιδοτούμενο. Η συχνότητα που το παρακολουθεί είναι καθημερινή και 6ωρη. Έχει επιλέξει την κατεύθυνση της λογιστικής και χρηματοοικονομικής. Κατάφερε μέσα απο το πρόγραμμα, να θέσει προτεραιότητες, να δώσει σημασία στις βασικές ανθρώπινες ανάγκες του σωστού ύπνου/ξεκούρασης, διατροφής, να θέσει προτεραιότητες, να κατανοήσει την έννοια της συνέπειας, να γνωρίσει νέους ανθρώπους και να μετακινείται αυτόνομα στην Αθήνα, μιας και προέρχεται από Επαρχιακή πόλη, στην οποία ζούσε έως και λίγο πριν

την νοσηλεία του στην πρωτεύουσα. Το διάστημα αυτό, λόγω της πανδημίας, παρακολουθεί τα μαθήματα διαδικτυακά, ανελλιπώς.

Η Ε., ετών 45, παραπέμφθηκε στον Ξενώνα μέσω της τομεακής επιτροπής (ΤΕΨΥ). Αντιμετωπίζει επίσης, Σχιζοφρένεια, με άριστες επικοινωνιακές και πρακτικές δεξιότητες. Σπούδασε στο παρελθόν, μοδιστρική και εργάστηκε στον τομέα της. Η επιδείνωση της νόσου, όμως, την εμπόδισε κι έτσι τα παράτησε. Ερχόμενη στον Ξενώνα, ζήτησε επιπρόσθετα, υποστήριξη ώστε να καταφέρει να βρει την ψυχική της ισορροπία και να συνεχίσει αυτό που αγαπά και άφησε για χρόνια. Μετά απο συστηματική ψυχοεκπαίδευση, ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική και ομαδικά προγράμματα αποκαταστασιακού χαρακτήρα, κατάφερε να γίνει δεκτή για να φοιτήσει σε Δημόσιο ΙΕΚ στον τομέα «σχέδιο μόδας». Η συχνότητα παρακολούθησης είναι 4 φορές την εβδομάδα. Μέσα απο αυτό, κατάφερε να μάθει να μετακινείται αυτόνομα και χωρίς φόβο, για τις τυχόν επιληπτικές κρίσεις που ανά διαστήματα βιώνει, φροντίζοντας πάντα να προλαμβάνει. Στόχος της μετά τη λήξη των σπουδών, η ελεύθερη αγορά εργασίας. Το διάστημα αυτό, λόγω της πανδημίας, παρακολουθεί τα μαθήματα διαδικτυακά, προσμένοντας τα με ιδιαίτερη χαρά και ανυπομονησία.

Η Λ., ετών 25, παραπέμφθηκε στον Ξενώνα, απο το Ψυχιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Αγία Όλγα, Κωνσταντοπούλειο». Αντιμετωπίζει επίσης Σχιζοφρένεια, από την εφηβεία της, ενώ τα πρώτα συμπτώματα, φάνηκε να εκδηλώθηκαν και λίγο νωρίτερα. Με άλλα λόγια, θα μπορούσε κανείς να σχολιάσει ότι πρόκειται για Ηβηφρένεια. Ήταν μόλις 19 ετών, όταν ήρθε για πρώτη φορά στον Ξενώνα. Η μέχρι τότε εμπειρία της, αφορούσε νοσηλείες (κυρίως ακούσιες), σε διάφορα Ψυχιατρικά Τμήματα στην Αθήνα. Οι δύσκολες συνθήκες που επικρατούσαν στην οικογένεια της, αλλά και στον οικογενειακό περίγυρο, δεν καθιστούσαν δυνατή τη φροντίδα της στο σπίτι. Πιο συγκεκριμένα, ο πατέρας της είχε αποβιώσει προ ετών (όταν η Λ. ήταν 6 ετών) κατόπιν χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ, ενώ η μητέρα της αντιμετωπίζει επίσης, σοβαρή ψυχιατρική νόσο, κάνοντας την, ακατάλληλη να φροντίσει την κόρη της. Αδέρφια δεν έχει, παρά μόνο έναν ετεροθαλή αδερφό, απο τον πατέρα της, με τον οποίο δεν έχουν καθόλου επαφές. Όσον αφορά άλλους συγγενείς, ο πατρικός της θείος, είχε αναλάβει για αρκετό διάστημα την φροντίδα της εξ ολοκλήρου, μιας και η μητέρα της συχνά-πυκνά, νοσηλευόταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών. Το τελευταίο ψυχωτικό επεισόδιο όμως της Λ., κατέστησε αδύνατη τη συνέχεια της φροντίδας της στο σπίτι απο τους συγγενείς, μιας και οι ανάγκες της πλέον, ήταν πολύπλευρες. Βρίσκεται στον Ξενώνα απο το καλοκαίρι του 2014 και έως σήμερα, η

κλινική της εικόνα δείχνει σημαντική βελτίωση. Η Λ., κατέφθασε σαν «ανήμερο αγρίμι». Οι δεξιότητες της ήταν σχεδόν ανύπαρκτες, παρά μόνο τις λεκτικές διέθετε μερικώς. Η εναισθησία της σχετικά με την πάθηση που αντιμετωπίζει, ήταν ανύπαρκτη, ενώ η διάθεση της για συνεργασία ήταν μηδαμινή. Χρειάστηκε αρκετό χρόνο, ώσπου να νιώσει ασφάλεια και εμπιστοσύνη στον Ξενώνα. Οι τακτικές συναντήσεις μαζί της, σε συνδυασμό με το εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο που συστάθηκε για την ίδια, είχαν ως στόχο την επίτευξη σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας, ψυχοεκπαίδευσης, ατομικής φροντίδας και ψυχαγωγίας. Για το πρώτο διάστημα, όλα τα παραπάνω λάμβαναν χώρο εντός Ξενώνα, ώστε περιορισθούν τα εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος, που εύκολα την διατάραζαν. Μετά απο σχεδόν 2,5 χρόνια, ξεκίνησε το επανενταξιακό και αποκαταστασιακό της ατομικό πρόγραμμα θεραπείας, στην κοινότητα. Με λίγα λόγια, ξεκίνησε να συμμετέχει σε κοινοτικές ομάδες ψυχαγωγίας, εκπαίδευσης, δεξιοτήτων κλπ., τόσο στο Κέντρο Ημέρας ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο και σε ομάδες που αφορούσαν τον ευρύ υγιή πληθυσμό της περιοχής (π.χ. κέντρο τέχνης και πολιτισμού κλπ.). Στην αρχή, η συμμετοχή της στις παραπάνω δραστηριότητες γινόταν με την συνοδεία θεραπευτή/τριας, στην συνέχεια, εκπαιδεύτηκε στην αυτόνομη χρήση των MMM. Η Λ., παρά την άσχημη πρόγνωση που έχει, δείχνει προς το παρόν, να θέλει να βελτιωθεί, προσπαθεί να ακούσει και να εκπαιδευτεί μέσα απο τα συμπτώματα της, ώστε να διαχειρίζεται πιο ευνοϊκά τον εαυτό της, κάνει παρέες και προσπαθεί να τις διατηρήσει και εκπαιδεύεται σταδιακά για μία ημι-αυτόνομη διαβίωση, σε βάθος χρόνου. Σαν ιδιαίτερα νέα κοπέλα, προσπάθησε να δοκιμαστεί και σταθεί μέσα σε ολοκληρωμένη συντροφική σχέση με συνένοικο της από το Προστατευόμενο Διαμέρισμα, που διαθέτει ο Ξενώνας. Παρά τις δυσκολίες και τις προ-υποτροπής φάσεις που πέρασε, κατάφερε να μην νοσηλευτεί και να αντιμετωπίσει τις ψυχιατρικές δυσκολίες που της εκδηλώθηκαν, εντός Ξενώνα, σε συνεννόηση με την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα. Η Λ., είναι απο τους «αδικημένους» ωφελούμενους του Ξενώνα, μιας και νόσησε σε πολύ μικρή ηλικία, στερήθηκε οικογενειακών, κοινωνικών και συντροφικών σχέσεων και δεν έχει να θυμάται υγιείς αναμνήσεις.

Ο Μ., ετών 56, πάσχει επίσης από Σχιζοφρένεια και διαμένει στον Ξενώνα από το 2015. Κατάγεται από την Ελευσίνα, έχει υπηρετήσει για χρόνια στο εμπορικό ναυτικό, έχει εργαστεί και στην οικογενειακή επιχείρηση (κρεοπωλείο) και έχει υπάρξει σε συντροφικές σχέσεις. Η εμφάνιση της νόσου, χρονολογείται μετά τα 25 έτη του, όταν μετά από ατύχημα έχασε τον μοναδικό του αδερφό. Τα επόμενα χρόνια, πάλευε με την

κατάθλιψη, ώσπου ο θάνατος των γονιών του αργότερα, τον οδήγησε στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Έκτοτε, έχει σημειώσει κάποιες νοσηλείες σε ψυχιατρικά τμήματα νοσοκομείων, ώσπου μετά το πέρας της τελευταίας του νοσηλείας στο «Γ. Ν. Σισμανόγλειο», συστήθηκε η διαμονή του στον Ξενώνα φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών του Νοσοκομείου, απ' όπου και παραπέμφθηκε μετά απο 1 έτος στον Ξενώνα. Αρχικά, κρίθηκε κατάλληλος για ημι-αυτόνομη διαβίωση στο Προστατευόμενο Διαμέρισμα του Ξενώνα, όπως και έγινε. Με τη διαμονή του εκεί, κατά το πρώτο διάστημα, διαφαινόταν ο χρόνος που είχε ανάγκη, ώστε να μπορέσει να ενσωματωθεί στις νέες συνθήκες στέγασης και συγκατοίκησης με άλλους 3 άγνωστους για εκείνον, ενοίκους. Σιγά σιγά, ξεδιπλωνόταν η αδυναμία του να διαχειριστεί ευθύνες τόσο στο πλαίσιο της συγκατοίκησης (υποχρεώσεις, δικαιώματα κλπ.), όσο και στο πλαίσιο της ατομικότητας (φροντίδα εαυτού, αυτόνομη μετακίνηση κλπ.). Η επιστροφή του σε πλαίσιο 24ωρης υποστήριξης (ξενώνας), ήταν μονόδρομος, κυρίως μετά την έντονη εκδήλωση ψυχωτικών συμπτωμάτων, για τα οποία δεν είχε εναισθησία. Μέχρι σήμερα, διαμένει στον Ξενώνα, λαμβάνοντας υποστήριξη για τη διευθέτηση όλων των υποχρεώσεων και αναγκών του. Οι προσπάθειες επανένταξης και αποκατάστασης του στην κοινότητα, δεν απέδωσαν. Ο ίδιος, δεν δύναται να λάβει αποφάσεις και η κριτική του σκέψη και αντίληψη, συνεχώς διαταράσσονται. Η κλινική του εικόνα πλέον, θυμίζει υπολειμματικό τύπο Σχιζοφρένειας. Για το επόμενο διάστημα, έχει οργανωθεί η αναζήτηση καταλληλότερου πλαισίου για τον ίδιο, όπου θα ανταποκρίνεται στις πλέον βεβαρυμμένες ανάγκες του. Ένα τέτοιο πλαίσιο, είναι το Οικοτροφείο.

Ο Α., ετών 45, πάσχει απο Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Βρίσκεται στον Ξενώνα απο το 2016, κατόπιν νοσηλείας του στο Ψυχιατρικό Τμήμα του «Γ.Ν. Αγία Όλγα, Κωνσταντοπούλειο». Ο ερχομός του στον Ξενώνα, δυσκόλεψε τόσο τους ενοίκους, όσο και το προσωπικό. Ο Α., είναι ένας άνθρωπος, ο οποίος δυσκολεύεται να δώσει «άυλο νόημα» στις σχέσεις (θεραπευτικές, φιλικές κλπ) και συνεχώς αποζητά την υλική ικανοποίηση μέσα απο αυτές. Όταν αυτό δεν το επιτυγχάνει, ματαιώνεται, θυμώνει, γίνεται παρανοϊκά καχύποπτος και προσπαθεί να χειριστεί τις καταστάσεις. Όταν βρίσκεται σε ψυχική ισορροπία, μπορεί να σταθεί σε συζητήσεις, να αναλάβει ευθύνες, αλλά και να φροντίσει τον εαυτό του σε κάθε πεδίο. Έτσι, μετά απο 2 έτη, μετέβη στο Προστατευόμενο Διαμέρισμα του Ξενώνα. Ανά διαστήματα, κάθε προσπάθεια εργασιακής και κοινωνικής επανένταξης του, δεν απέδιδε, μιας και ο ίδιος πάντα στόχευε σε άμεση υλική ικανοποίηση (κυρίως αντικειμένων αξίας για εκείνον,

αλλά και απόκτησης πολλών και γρήγορων χρημάτων, χωρίς κόπο). Συνεχώς με τον Α., το ζήτημα που αντιμετωπίζουν οι Θεραπευτές του Ξενώνα, είναι αυτό της σχέσης εμπιστοσύνης, η οποία απο μεριάς του, κλονίζεται εύκολα με κάθε αφορμή που εμπεριέχει υλικά κίνητρα. Υπήρξε μία περίοδος, όπου ζήτησε να αναλάβει εξ ολοκλήρου τα χρήματα του (την αναπηρική σύνταξη που λαμβάνει), χωρίς να επιθυμεί την «εποπτική» συμβολή του Ξενώνα. Αυτή του η απόφαση, οδήγησε τον Α. στην «αφραγκία», μιας και ο πόθος του για απόκτηση γρήγορου χρήματος και υλικών αγαθών, τον έκανε να τζογάρει αλόγιστα, να εμπιστευτεί παράνομες εταιρείες δανείων, αλλά και να ξοδέψει αλόγιστα χρηματικά ποσά σε ανούσιες υλικές αγορές. Η αδυναμία του να διαχειριστεί τις συνέπειες των πράξεων/αποφάσεων του, τον έκανε ευάλωτο και ευερέθιστο, με αποτέλεσμα να εμφανίσει έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, για τα οποία χρειάστηκε να επιστρέψει στον Ξενώνα για μερικούς μήνες, έως ότου τα αντιμετωπίσει. Δυστυχώς, το μη χτίσιμο σχέσης εμπιστοσύνης, όλα αυτά τα έτη με τον Α., σύντομα θα οδηγήσουν στη λήξη της θεραπευτικής συνεργασίας οσονούπω, από τον ίδιο.

Ο Τ., ετών 47 πάσχει από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και κατάγεται από την Ουκρανία. Είναι απόφοιτος οδοντιατρικής Σχολής και έχει εργαστεί ως οδοντίατρος σε Στρατιωτικό Νοσοκομείο της χώρας του. Από τις περιγραφές της αδερφής του προκύπτει ότι πάντα ήταν απομονωμένος άνθρωπος, με περίεργο χαρακτήρα. Μία μέρα επιστρέφοντας από τη δουλειά του ανέβηκε στην ταράτσα της οικοδομής που διέμενε με τη μητέρα του και την αδερφή του και προσπάθησε να δώσει τέλος στη ζωή του πέφτοντας στο κενό. Τελευταία στιγμή άλλαξε γνώμη και πιάστηκε από τα κάγκελα προσπαθώντας να ζήσει. Παρά την ανησυχία της μητέρας και της αδερφής, δεν έγιναν ενέργειες ψυχιατρικής εκτίμησης του. Λίγα χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα το 2000 μετά το θάνατο της μητέρας του όπου διέμενε μαζί της, άρχισε να εμφανίζει τα πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα. Σε σύντομο διάστημα, κατά τη διάρκεια εργασίας του και συγκεκριμένα τη στιγμή που εξέταζε ασθενή, του άσκησε βία και αυτό το συμβάν τον οδήγησε σε ακούσια νοσηλεία. Μετά από μερικά χρόνια και συγκεκριμένα το 2008 κατόπιν παρότρυνσης της αδελφής του, μετακόμισε μόνιμα στην Ελλάδα μαζί με την αδερφή του, τον σύζυγό της και τα παιδιά τους. Κατά τη συμβίωση, συνέβησαν διάφορα περιστατικά όπως ομιλίες κατά μόνας, παρανοϊκή ετοιμότητα και σκέψη, καχυποψία, απομόνωση και περιστατικά άσκησης βίας στα παιδιά, στην αδερφή και στο σύζυγο. Τα σκηνικά αυτά οδήγησαν ξανά σε ακούσια νοσηλεία στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθήνας, αυτή τη φορά, όπου και έμεινε για

περίπου ένα χρόνο νοσηλευόμενος. Ο φόβος και η αδυναμία της αδερφής να συνεχίσει να τον φροντίζει, οδήγησαν την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου στην αναζήτηση πλαισίου 24ωρης φροντίδας. Έτσι λοιπόν ο Τ., μετέβη στον ξενώνα το 2016. Η κυρία δυσκολία που είχε και ο ίδιος στη μονάδα αλλά και το προσωπικό της μονάδας ως προς εκείνον, ήταν η μη γνώση της ελληνικής γλώσσας από τη μεριά του Τ., ώστε να μπορεί να επικοινωνεί με τους θεραπευτές. Παρόλα αυτά το θετικό σημείο ήταν η γνώση της ρωσικής γλώσσας από μία θεραπεύτρια του ξενώνα, η οποία μπορούσε να επικοινωνήσει με τον Τ. και έτσι σηματοδοτήθηκε η έναρξη της συνεργασίας του με τη δομή. Το πρώτο διάστημα ήταν αρκετά δύσκολο καθώς επικοινωνούσε μόνο με τη συγκεκριμένη συνάδελφο και με κανέναν άλλον από τη θεραπευτική ομάδα. Τις ίδιες δυσκολίες αντιμετώπισαν και οι υπόλοιποι ένοικοι μιας και δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν μαζί του και να ανταλλάξουν κουβέντες έστω για μια γνωριμία. Για μεγάλο χρονικό διάστημα και παρά την δυνατότητα του να επικοινωνεί με τη θεραπεύτρια που γνώριζε τη γλώσσα του, η συνεργασία άγγιζε τον τομέα των αναγκών για επιβίωση, πιο συγκεκριμένα η επικοινωνία τους αφορούσε την κάλυψη βασικών αναγκών όπως φαγητό, ρουχισμό, ύπνο κλπ. Ο Τ. έδειχνε ένας άνθρωπος πολύ φοβισμένος και αρκετά αποκρυπτικός. Η όψη του έδειχνε πάντα βεβαρημένη και τα συμπτώματα ακουστικών ψευδαισθήσεων ήταν έντονα φανερά σε αυτόν. Όταν άρχισε να αναλαμβάνει να καλύπτει τις ανάγκες του στην κοινότητα με συνοδεία, όπως η διεκπεραίωση αγορών σε σούπερ μάρκετ, είχε άμεση επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον και τα ερεθίσματα που υπάρχουν σε αυτό. Τότε φανερώθηκαν έντονα τα ενεργά συμπτώματα της νόσου, Όπου με μεγάλη δυσκολία κατάφερε να τα αποκαλύψει στην θεραπεύτρια μου που επικοινωνούσε και τον είχε αναλάβει. Το επόμενο διάστημα συνέχισε να είναι δύσκολο για αυτόν, Επομένως η νοσηλεία του σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο έγινε απαραίτητη. Μετά την επιστροφή του έγιναν προσπάθειες εκμάθησης του, της ελληνικής γλώσσας από ειδικό εκπαιδευτή, Χωρίς όμως τα αποτελέσματα σε βάθος χρόνου να είναι τα αναμενόμενα. Οι δυσκολίες στην επικοινωνία συνέχισε να υπάρχει με ελάχιστες μικρές διαφορές. Τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου δεν τον βοηθούσαν καθόλου στην ικανότητα αντίληψης, επεξεργασίας και εκμάθησης νέων εννοιών. Παρόλα αυτά, όσο περνούσε ο καιρός, ο Τ. άρχισε να αισθάνεται ασφάλεια και εμπιστοσύνη ως προς τον ξενώνα και τους θεραπευτές της μονάδας και έτσι, έκανε προσπάθειες να επικοινωνήσει τις ανάγκες του, χρησιμοποιώντας και άλλους τρόπους π.χ. να δείχνει αυτό που χρειαζόταν ή να ζητά από την αδερφή του να κάνει τηλεφωνική μετάφραση της επιθυμίας του. Η

αποχώρηση της θεραπεύτρια που γνώριζε τη ρωσική γλώσσα και μπορούσε να επικοινωνήσει μαζί του, το πρώτο διάστημα έδειξε να τον δυσκολεύει. Σε σύντομο όμως χρόνο, έκανε αξιοσημείωτες προσπάθειες για να επικοινωνήσει με το υπόλοιπο προσωπικό, όπως φυσικά συνέβαινε και το αντίθετο. Ο Τ. είναι από τους ανθρώπους, όπου προσπάθησε όσο το δυνατόν περισσότερο μπορούσε να είναι ενεργός, να συμμετέχει σε ομάδες εντός και εκτός δομής, και φυσικά να αναλαμβάνει ευθύνες κοινόχρηστες αλλά και ατομικές. Παρά την κακή πρόγνωση που έχει λόγω της κλινικής του κατάστασης, του αναγνωρίζονται οι αξιέπαινες προσπάθειες που καθημερινά κάνει.

7.3 Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μιας Μονάδας ΨΚΑ

Εκτός όμως από τα παραπάνω παραδείγματα, που είναι βγαλμένα από την προσωπική προσπάθεια μερικών ενοίκων για αποκατάσταση και επανένταξη στην κοινότητα, με τις δυσκολίες και τις ευκολίες τους, δεν λείπουν και τα παραδείγματα που αφορούν τις προσπάθειες των εργαζομένων του ξενώνα για να συνδράμουν στο αποκαταστασιακό πρόγραμμα για τον κάθε ένοικο.

Οι εργαζόμενοι του ξενώνα είναι στο σύνολο 11 εκ των οποίων οι δύο αφορούν θέσεις υπεύθυνου. Πιο συγκεκριμένα, η θεραπευτική ομάδα του ξενώνα αποτελείται από επιστημονικά υπεύθυνο, διοικητικά υπεύθυνο, προϊστάμενο νοσηλευτή, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, τρεις νοσηλευτές και τέσσερις εργαζόμενους γενικών καθηκόντων. Όπως εύκολα λοιπόν, μπορεί να αντιληφθεί κανείς, η ομάδα εργαζομένων δεν αποτελείται μόνο από επιστήμονες στον κλάδο της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής, αλλά και από τον κλάδο της νοσηλευτικής, της κοινωνικής εργασίας, αλλά και από ανειδίκευτους συναδέλφους που ανήκουν στον απλό πληθυσμό. Η διαχείριση περιστατικών με ψύχωση, εκ πρώτης ακούγεται μία βαριά διαχειρίσιμη κατάσταση. Αμέσως μπορεί κάποιος να σκεφτεί ότι είναι δουλειά που αφορά μόνο τον ψυχίατρο ή και τον ψυχολόγο, σε ορισμένες περιπτώσεις η πραγματικότητα όμως δείχνει πως η θεραπεία δεν αφορά μόνο το ψυχιατρικό κομμάτι, αλλά κάτι πολύ περισσότερο μιας και πρόκειται για άνθρωπο με ολιστικές ανάγκες. Πιο συγκεκριμένα η θεραπεία ενός ψυχιατρικού ασθενούς, δεν αφορά μόνο την ψυχιατρική του παρακολούθηση και την ψυχολογική του στήριξη, αλλά αφορά και την κοινωνική του υποστήριξη, την καθημερινή εκπαίδευση του σε δεξιότητες λεκτικές και πρακτικές που αφορούν τις προσωπικές και κοινόχρηστες ανάγκες του, την προσέγγιση του για

κάλυψη ψυχαγωγικών αναγκών και φυσικά όποια άλλη ανάγκη μπορεί ο καθένας από εμάς να σκεφτεί ως ανθρώπινη. Ο τρόπος που ο κάθε άνθρωπος βλέπει το συνάνθρωπό του, διαφέρει, από τη στιγμή που κάποιος ένοικος εκφράσει μία ανάγκη, μέχρι και τη στιγμή που αυτή θα καλυφθεί, έχει προηγηθεί ολόκληρη συζήτηση γύρω από αυτό μιας και ο κάθε εργαζόμενος αντιλαμβάνεται διαφορετικά την έννοια που έχει αποδώσει ο ωφελούμενος. Ο πιο κατάλληλος χώρος και χρόνος για να συζητιούνται αυτά τα κλινικά θέματα, είναι οι ομάδες προσωπικού που πραγματοποιούνται εβδομαδιαία και συντονίζονται από την επιστημονικά υπεύθυνη, αλλά και ο χώρος και χρόνος που πραγματοποιείται η εποπτεία με εξωτερικό επόπτη ψυχαναλυτή ο οποίος συντονίζει, σε μηνιαία βάση. Σε αυτές τις παραπάνω συναντήσεις, εκτός από τα κλινικά ζητήματα, συζητιούνται και δυσκολίες μεταξύ των εργαζομένων. Τέτοιες δυσκολίες μπορεί να αφορούν την ανάληψη πρωτοβουλιών, την ανάληψη ευθύνης σε έκτακτες καταστάσεις αλλά και μη, την έγκυρη κλινική αξιολόγηση κατά τόπο και χρόνο των ωφελουμένων, την αδυναμία μερικών εργαζομένων να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πλαισίου, όπως αυτές ορίζονται από τη διεπιστημονική ομάδα, καθώς και την δυσκολία να φέρουν εις πέρας συγκεκριμένες υποχρεώσεις ανά βάρδια. Όλα τα παραπάνω, έως ένα σημείο μπορεί κανείς να τα θεωρήσει αυτονόητα ότι συμβαίνουν σε ένα εργασιακό πλαίσιο. Αυτό όμως, που όλα τα παραπάνω τα καθιστά τόσο σοβαρά και σημαντικά για μία τέτοια μονάδα, είναι η ίδια η φύση της δουλειάς. Με απλά λόγια, η ολιστική φροντίδα ασθενών με ψύχωση, θέλοντας και μη, καταφέρνει να αγγίζει και προσωπικά ζητήματα του κάθε εργαζόμενου. Αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα, είναι ότι καθημερινά το προσωπικό βρίσκεται εκτεθειμένο μπροστά στην τρέλα και την παράνοια. Ακούει και βλέπει παράξενες σκέψεις και συμπεριφορές των ασθενών, σε σημείο όπου στο βάθος του χρόνου, μία παράλογη σκέψη, να φαντάζει φυσιολογική στα αυτιά ενός θεραπευτή. Άλλωστε στην τόσο στενή σχέση και επαφή μαζί τους, οι παρανοϊκές αντιλήψεις των ωφελουμένων, είναι καθημερινό θέμα διαχείρισης. Αυτό σημαίνει ότι στην πράξη μπορεί και το προσωπικό να αποκτήσει κάποια καχυποψία, παρανοϊκή σκέψη, αδυναμία απόδοσης και συνεργασίας κλπ., Μιας και όλα τα παραπάνω υπάρχουν στην ομάδα ωφελουμένων που φροντίζουν, αυτό δηλαδή που συμβαίνει, είναι ο καθρεφτισμός εξαιτίας των δυσκολιών των ενοίκων, στους φροντιστές - θεραπευτές τους. Φυσικά μέσα σε μία τέτοια συνθήκη κανένας δεν μένει ανεπηρέαστος. Επηρεάζονται οι σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, μιας και η ίντριγκα και η καχυποψία πολλές φορές κυριαρχούν, αποτέλεσμα να δημιουργούνται κλίκες και

να μην δρουν αμερόληπτα σαν ομάδα. Εννοείται πως συμβαίνει και το αντίστροφο, καθώς και οι δυσκολίες του προσωπικού προβάλλονται στην ομάδα των ενοίκων, δημιουργώντας μία επιπλέονσχάση από αυτήν που ήδη έχουν λόγω της πάθησης που αντιμετωπίζουν. Θα μπορούσε κανείς να πει ότισχάση δημιουργείται λοιπόν και στο προσωπικό. Όλα τα παραπάνω όμως, δεν είναι πάντοτε αντιληπτά από τους εργαζόμενους, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί ο φόβος, το άγχος, η απομόνωση και η αποφυγή τέτοιων συζητήσεων, μη τυχόν και κάποιος στοχοποιηθεί. Η εργασία λοιπόν, μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο, απέχει μία πολύ λεπτή κλωστή από την τρέλα, με ότι αυτό συνεπάγεται. Τελικά, αυτό που κρατά τους εργαζόμενους υγιείς, είναι η προσωπική τους ζωή έξω από την εργασία. Τα κίνητρα και οι στόχοι που έχουν για τους ίδιους και τις οικογένειές τους. Οι παρέες, η διασκέδαση και ψυχαγωγία που επιλέγουν και γενικότερα η καθημερινότητα που έχουν χτίσει οι ίδιοι.

Στο σημείο αυτό, λαμβάνοντας υπόψη, το παραπάνω παράδειγμα του Ξενώνα ΨΚΑ στην Αττική, αξίζει να γίνει μία αναφορά, σε γενικά και ειδικά θέματα που ανακύπτουν, δημιουργώντας προβληματισμούς, ανασχεδιασμούς, ανάγκη επαναξιολόγησης εργασιών, ορισμό νέων στόχων, κοινωνικό όφελος κ.α. Πιο συγκεκριμένα, αρχικά γίνεται λόγος για την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων, ή αλλιώς «burn out».

7.4 Επαγγελματική εξουθένωση

Η εργασία, δεν αποτελεί μόνο μέσο απόκτησης των προς τα ζειν, αλλά αποτελεί και ένα βασικό στοιχείο για την κοινωνική θέση ενός ανθρώπου, καθώς και πηγή νοήματος για τη ζωή. Στην σύγχρονη κοινωνία, η επαγγελματική αφοσίωση, αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της εργασίας. Πολλοί είναι εκείνοι, κυρίως όσοι ανήκουν σε υψηλό επαγγελματικό επίπεδο, οι οποίοι ταυτίζονται με την δουλειά τους, αλλά και το πλαίσιο που εργάζονται, προσωποποιώντας κάθε επιτυχία ή αποτυχία. Στην περίπτωση της αποτυχίας, αυτό σημαίνει αναπόφευκτα ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο δημιουργεί συναισθήματα καταθλιπτικά, μιας και το άτομο βιώνει την απώλεια, στο νόημα της ζωής του, το οποίο άμεσα συνδέει με την εργασία του. Κάθε επάγγελμα, έχει το δικό του «φίλτρο». Αυτό σημαίνει, ότι ανάλογα με το είδος και τη φύση της εργασίας, επιλέγονται ή προσελκύονται άτομα, με ειδικά/συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η προσωπικότητα του κάθε ατόμου, είναι αυτή που ερμηνεύει τα γεγονότα που αφορούν το εργασιακό πλαίσιο και τις επιτυχίες ή αποτυχίες. Με άλλα λόγια, υπάρχουν εργαζόμενοι που αποδίδουν τα αποτελέσματα

μιας κατάστασης σε εξωτερικούς παράγοντες, ακόμη και στην τύχη, ενώ υπάρχουν κάποιοι άλλοι οι οποίοι τα αποδίδουν αποκλειστικά στον ανθρώπινο δικό τους χειρισμό/έλεγχο των καταστάσεων. Η ανταμοιβή, η ευόδωση και η επιβεβαίωση, είναι σημαντικές. Η ερμηνεία όμως, που το άτομο δίνει στα γεγονότα, καθορίζει και κατά πόσο αντιλαμβάνεται ένα γεγονός, ως ανταμοιβή ή όχι. (Rotter,1966)

Ο ανεπαρκής έλεγχος πάνω στην δουλειά και η απογοήτευση, είναι παράγοντες που καθορίζονται αποκλειστικά από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου, καθώς και την στάση που τείνει να κρατά απέναντι στην εργασία ή τομείς ανάθεσης στην εργασία. Η ίδια η φύση της εργασίας, καθορίζει τους πειστικούς παράγοντες και τα αποτελέσματα τους. Όταν πρόκειται για χώρους εργασίας υπηρεσιών υγείας, οι πειστικοί παράγοντες αφορούν την λεπτή «γραμμή» ανάμεσα στο νοιάξιμο και την αποστασιοποίηση. Αναπόφευκτη είναι και η σύγκρουση ρόλων που ανακύπτει, καθώς μία γυναίκα, στην προσωπική της ζωή μπορεί να είναι νοικοκυρά και παράλληλα να είναι και εργαζόμενη. Έτσι, η εργασιακή πίεση και εξουθένωση, προκύπτουν ευκολότερα, μιας η ευαλωτότητα «καραδοκεί». (Abraham, 1999)

Είναι διαδεδομένο, ότι η εργασία αποτελεί και πηγή stress. Με τον όρο αυτό, υποδηλώνεται το σύνολο της σωματικής και ψυχικής πίεσης για απόδοση και επίδοση. Σημεία, τα οποία χρήζουν συστηματική εργασία στα υψηλότερα δυνατά όρια του κάθε ατόμου, ώστε να επιτευχθούν τα απαραίτητα. Πόσο μάλλον, όταν το εργασιακό πλαίσιο, αφορά υπηρεσία υγείας, εκτός από την εργασιακή πίεση, αναδύονται και άλλα συναισθήματα, όπως είναι ο θυμός, το άγχος, μη λειτουργική συμπεριφορά και διάθεση με διακυμάνσεις, κυρίως στο φάσμα της κατάθλιψης. Σημαντικό ρόλο στα παραπάνω, παίζουν και τα εξαντλητικά ωράρια, σε βάρδιες, σαββατοκύριακα, αργίες κλπ. (Braun et al, 1988; Landbergis, 1988).

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» (burnout) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Freudenberger το 1974 για να περιγράψει μια κατάσταση εξάντλησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο εργασιακό τους περιβάλλον. Καθόρισε την κατάσταση αυτή ως «αδυναμία για επίδοση, ή εξουθένωση λόγω υπερβολικών απαιτήσεων που αφορούν την ενέργεια, τη δύναμη ή τις δυνατότητες». Το άτομο γίνεται άκαμπτο, ξεροκέφαλο και ανελαστικό, εμποδίζει την πρόοδο και τις δομικές αλλαγές επειδή οι αλλαγές αυτές απαιτούν προσπάθεια για προσαρμογή. Ο Freudenberger προτείνει ότι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση είναι οι αφοσιωμένοι και οι απορροφημένοι από την εργασία τους, εκείνοι δηλαδή που αισθάνονται τόσο μια εσωτερική πίεση να προσφέρουν όσο και

μια εξωτερική να αποδώσουν. Περιέγραψε τον «αφοσιωμένο εργαζόμενο» ο οποίος αναλαμβάνει υπερβολικά πολλή δουλειά, τον «υπερ-δεσμευμένο εργαζόμενο» του οποίου η ζωή έξω από την εργασία - δεν δίνει ικανοποίηση και τον «αυταρχικό εργαζόμενο» ο οποίος νιώθει ότι κανείς άλλος εκτός από αυτόν δε μπορεί να κάνει τη δουλειά με την ίδια αποτελεσματικότητα (Freudenberger, 1975).

Άλλοι συγγραφείς περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως την «προοδευτική απώλεια του ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού, η οποία βιώνεται από ανθρώπους που εργάζονται σε επαγγέλματα προσφοράς, ως αποτέλεσμα της εργασίας τους». Ο Cherniss περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως την «αρρώστια των υπεραφοσιωμένων» (Rogers et al, 1988). Οι Brezniaκ και Ben Ya'ir (1989) πιστεύουν ότι οφείλεται στην ανισορροπία μεταξύ των δυνατοτήτων, των αξιών, των προσδοκιών και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος. Η Maslach (1976 and 1982) έδωσε τον πιο περιεκτικό ίσως ορισμό περιλαμβάνοντας τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική και νοητική εξουθένωση η οποία παρατηρείται σε κάθε επαγγελματία που η δουλειά του απαιτεί τη συνεχή επαφή με άλλους ανθρώπους. Η Maslach πρότεινε ότι το σύνδρομο αυτό δεν εμφανίζεται ξαφνικά αλλά είναι το αποτέλεσμα παρατεταμένης εργασίας υπό πίεση. Σύμφωνα με τους Maslach και Jackson (1986), υπάρχουν τρεις διαστάσεις που περιγράφουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης: Η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η πτώση των προσωπικών επιτευγμάτων. Στην πορεία της ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, η συναισθηματική εξάντληση εμφανίζεται πρώτη. Αυτό σημαίνει ότι ο εργαζόμενος νιώθει κουρασμένος από τη δουλειά του και δεν έχει ψυχολογική δύναμη να επενδύσει σ' αυτήν. Αυτό ακολουθείται από μια προσπάθεια να αμυνθεί και να προστατεύσει τον εαυτό του μονώνοντας τα συναισθήματά του και αναπτύσσοντας απρόσωπες σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς σε μια προσπάθεια να αποφύγει την πίεση. Αυτός ο μηχανισμός είναι γενικά αναποτελεσματικός και οδηγεί στην τελική φάση της εξουθένωσης που είναι η πτώση της απόδοσης στη δουλειά.

Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ευρέως διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και γενικότερης απασχόλησης, δεν έχει γίνει απολύτως αποδεκτός ένας ορισμός της έννοιας. Η Ψυχολόγος Christine Maslach, έχει δώσει τον πιο ευρέως διαδεδομένο ορισμό για την επαγγελματική εξουθένωση. «Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από σωματική

εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς». (Maslach, 1982)

Αυτά τα συμπτώματα, που παρατηρεί κανείς σαν «εξωτερικός παρατηρητής», ανεξαρτήτου συγκεκριμένου ορισμού, αφορούν την απώλεια ενδιαφέροντος, την παραίτηση/αποχώρηση από την εργασία, την απογοήτευση, τον θυμό, την επιθετική/επικριτική στάση και συμπεριφορά, τις έντονες διακυμάνσεις στο συναίσθημα έως το σημείο της εξάντλησης και άλλα σωματικά συμπτώματα/δυσκολίες.

Σύμφωνα με τη Maslach, πρόκειται για ένα σύνδρομο που αναπτύσσεται σταδιακά, το οποίο θα παρομοίαζε κανείς με σπирάλ, από το οποίο δύσκολα κάποιος ξεφεύγει. Η χρόνια, καθημερινή, αλληλεπίδραση των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας με τους ασθενείς τους, σε συνδυασμό με το παρατεταμένο άγχος, αναδύουν το αποτέλεσμα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα, ο εργαζόμενος να μην μπορεί πλέον να ανταπεξέλθει στις καθημερινές εργασιακές υποχρεώσεις (ανεξαρτήτου δυσκολίας) και να καταπονείται συναισθηματικά, μιας και έχει εξαντλήσει όλες τις προσωπικές του δυνάμεις. Έτσι, η κόπωση και η μειωμένη ικανότητα διεύθετης εργασιών, οδηγούν σε αδυναμία και καταλήγουν στο «burn out».

Με αφορμή το παραπάνω εργασιακό πλαίσιο που έγινε παραδειγματική αναφορά, αξίζει να σημειωθεί η ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, «ρίζωσε» και εκεί σε ορισμένους εργαζομένους. Μέσα από τη ματιά του εσωτερικού «παρατηρητή» και απασχολούμενου της μονάδας, σημειώνεται ότι οι εργαζόμενοι που «εξουθενώθηκαν», αφορούσαν γυναίκες. Η εικόνα που παρουσίασαν, αφορούσε έντονο αρνητισμό, καχυποψία, αδυναμία ολοκλήρωσης υποχρεώσεων της βάρδιας, αρνητικά συναισθήματα ως προς συναδέλφους και ασθενείς, συχνή απογοήτευση, τακτικές αναρρωτικές άδειες, καταθλιπτική όψη και συναίσθημα, απαισιοδοξία και απαξίωση των καθηκόντων τους, αλλά και των υπολοίπων. Σημαντικά ακόμη, στοιχεία, ήταν η μόνιμη αδιαφορία ως προς τον τρόπο λειτουργίας του πλαισίου, η έλλειψη κινήτρων και συνακολούθως η στασιμότητα και «ψυχολογικά ξεσπάσματα» σε τρίτους (ασθενείς και συναδέλφους). Αξιοσημείωτο δε, είναι ότι τα άτομα αυτά, ακόμη και στην προσωπική τους ζωή, δεν είχαν επιτυχίες, κίνητρα, στόχους, προσωπικά ενδιαφέροντα, υποστηρικτικό περιβάλλον κλπ. Το νόημα της ζωής τους, είχε αποδοθεί εξ ολοκλήρου, στον εργασιακό χώρο. Δεν υπήρχε κάτι έξω από το

πλαίσιο εργασίας, που να τους «κρατάει» ενεργούς και με διάθεση για προσωπικές επιτυχίες.

Ο αντίκτυπος που η παραπάνω εικόνα τους είχε, αφορούσε άμεσα και τους ασθενείς, για τους οποίους η συμπόνια, η φροντίδα, το ενδιαφέρον για την διασφάλιση μίας καλύτερης ποιότητας ζωής και η γενικότερη επαγγελματική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, ήταν σε «έλλειψη».

Όλα τα παραπάνω, εγείρουν προβληματισμούς σχετικά με τα μέτρα πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης, του συνδρόμου αυτού, σε εργασιακά πλαίσια, όπως είναι και μία υπηρεσία/μονάδα ψυχικής υγείας. Η χρήση των μικρών διαλειμμάτων αλλά και των αδειών εργασίας, η αποφυγή συναισθηματικής εξάρτησης από τους ασθενείς, η εντόπιση θετικών πλευρών της εργασίας, η αναγνώριση των προβλημάτων και των τρόπων αντιμετώπισης, αλλά και η κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια από τους συναδέλφους, μπορούν να αποτελέσουν συνοδοιπόρους στο δύσκολο αυτό «ταξίδι». Βέβαια, σε όλα τα παραπάνω, σημαντικό παράγοντα αποτελεί το θετικό εργασιακό κλίμα. Ως θετικό εργασιακό κλίμα, χαρακτηρίζεται εκείνο το κλίμα όπου η το πνεύμα συνεργασίας και συναδελφικότητας, επικρατεί. Εξίσου σημαντικό παράγοντα, αποτελεί και η ύπαρξη ομάδων εποπτείας, από εξωτερικό συνεργάτη, ώστε οι δυσκολίες, συμπεριφορές, συναισθήματα, σκέψεις κλπ, να μπορούν να συζητηθούν προστατευμένα και αποδίδοντας ερμηνεία και νόημα στα παραπάνω.

7.5 Κοινωνικός αντίκτυπος

Ένα ακόμη αξιοσημείωτο θέμα προς συζήτηση, είναι ο κοινωνικός αντίκτυπος, των στεγαστικών αυτών μονάδων, στο σύνολο του πληθυσμού και της κοινωνίας ευρύτερα. Με τον όρο κοινωνικό αντίκτυπο, αναφερόμαστε στην επίδραση που έχει στους ανθρώπους και στις κοινότητες, το αποτέλεσμα μιας ενέργειας. Είναι βασικό ζητούμενο για όλες τις οργανώσεις το να μπορούν να αξιοποιήσουν αποδοτικά και αποτελεσματικά τους πόρους τους έτσι ώστε να μεγιστοποιήσουν τα αποτελέσματά τους και κατ' επέκταση να συμβάλουν στην άμβλυνση των κοινωνικών προβλημάτων. Η αποτίμηση του κοινωνικού αντίκτυπου αποτελεί πρόκληση, επειδή μπορεί να είναι δύσκολο να καταδειχθεί η σχέση μεταξύ δραστηριότητας και αποτελέσματος. Οι θετικές συνέπειες είναι συχνά ποιοτικής φύσεως και μερικές φορές αποκαλύπτονται μόνο μετά την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος. Οι προσπάθειες να εκφραστεί

μια δραστηριότητα με αριθμούς ενέχουν τον σημαντικό κίνδυνο οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν να μην μετρούν αυτό που πρέπει ή να μην το μετρούν με τον σωστό τρόπο. Δεν πρέπει, συνεπώς, να πιέζονται οι κοινωνικές επιχειρήσεις να εξισώνουν τη μέτρηση με την ποσοτικοποίηση, εστιάζοντας την προσοχή τους μόνο σε δραστηριότητες που επιδέχονται εύκολη μέτρηση, ποσοτικοποίηση ή έξωθεν αναγνώριση. Η ποσοτικοποίηση θα πρέπει, αντίθετα, να θεωρείται ένας από τους διάφορους δυνατούς τρόπους μέτρησης, παράλληλα με ποιοτικές προσεγγίσεις όπως οι αφηγηματικές μέθοδοι. Αυτή η εναλλακτική ή συμπληρωματική προσέγγιση της συλλογής πλούσιων σε πληροφορίες αφηγήσεων από τη σκοπιά των δικαιούχων έχει κεφαλαιώδη σημασία για την αξιολόγηση της «προστιθέμενης αξίας» των δραστηριοτήτων της κοινωνικής επιχείρησης. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι η μέτρηση της παραγωγής αξίας δεν πρέπει αναγκαστικά να καταλήγει σε συγκεκριμένο τελικό αριθμητικό μέγεθος, αλλά θα μπορούσε να αποτελείται από έναν συνδυασμό αριθμητικών μεγεθών και κειμένου. (Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή 2013)

Η μέτρηση του κοινωνικού αντίκτυπου που έχουν οι στεγαστικές μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στον πληθυσμό και στις κοινότητες, είναι δύσκολο να μετρηθεί κι αυτό, καθώς η μέτρηση δεν αφορά μόνο αριθμούς που θα μπορούσαν να συλλεχθούν κατόπιν διεξαγωγής μιας ποσοτικής έρευνας, αλλά αφορά και τις αλλαγές/επιδράσεις στη ζωή των ανθρώπων. Ο κοινωνικός αντίκτυπος, φέρει στη ζωή των ανθρώπων αλλαγή, βελτίωση των προτύπων ποιότητας, ενδυνάμωση, ευημερία, κοινωνική ένταξη και ευχαρίστηση των ανθρώπων. Όλα αυτά, αποτελούν υποκειμενικές εμπειρίες, αντιλήψεις και συμπεριφορές για τον καθένα.

Κάποιοι πολύ σημαντικοί παράγοντες, που βοηθούν να αξιολογηθεί ο κοινωνικός αντίκτυπος, είναι η κοινωνική αλλαγή, η κοινωνική καινοτομία, οι κοινωνικές υπηρεσίες γενικού συμφέροντος, η κοινωνική ένταξη και οι δραστηριότητες βιώσιμης ανάπτυξης. Πιο συγκεκριμένα:

Κοινωνική αλλαγή: Πρόκειται για τις επιθυμητές αλλαγές, μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Οι αλλαγές αυτές, αφορούν την ανάπτυξη κοινωνικών γνώσεων και δεξιοτήτων, τον εντοπισμό κοινωνικών αναγκών και ευκαιριών για την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων, την ανάπτυξη και δημιουργία σχέσεων διασύνδεσης και δικτύωσης με κοινοτικές υπηρεσίες, η πρόσληψη και διαχείριση διαθέσιμων πόρων.

Κοινωνική καινοτομία: Αφορά την παροχή υπηρεσιών που αποσκοπούν στην κάλυψη αναγκών και τη διαμόρφωση κοινωνικών σχέσεων οι οποίες βασίζονται στη

συλλογικότητα και την ισοτιμία. Η αλληλεπίδραση μεταξύ πολλών, συμβάλλει στην επίτευξη της κοινωνικής καινοτομίας.

Κοινωνικές υπηρεσίες γενικού συμφέροντος: Αφορούν την πρόσβαση όλων σε υπηρεσίες που προάγουν την ποιότητα ζωής και παρέχουν κοινωνική προστασία σε ευπαθείς και ειδικές ομάδες πληθυσμού, χωρίς να υποκαθιστούν τις γενικές υποχρεώσεις του κράτους, αλλά να τις ενισχύουν.

Κοινωνική ένταξη: Αφορά την δημιουργία προϋποθέσεων, για την ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνική και οικονομική ζωή των ατόμων που ανήκουν στις ευάλωτες και ειδικές ομάδες, όπως είναι και τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.

Δραστηριότητες βιώσιμης ανάπτυξης: Αφορούν την διαχείριση οικονομικών πόρων, με στόχο την κοινωνική και οικονομική ισότητα του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, δίνοντας έμφαση στις ιδιαίτερες ανάγκες, του κάθε μέλους ξεχωριστά.

Εν κατακλείδι, λοιπόν, θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε τον κοινωνικό αντίκτυπο, ως θετικό, όταν έχουν επιτευχθεί τα παρακάτω, σε μία ομάδα στόχου:

- Ενισχυμένη υγεία και ευεξία
- Ισότητα
- Κοινωνική δικαιοσύνη
- Βελτιωμένες σχέσεις μεταξύ των διαφόρων εμπλεκομένων (π.χ., περιθωριοποιημένες ομάδες, κοινότητα και αρχές)
- Υποστήριξη και προώθηση φιλικών προς το περιβάλλον πρακτικών
- Κοινωνική ένταξη
- Κοινωνικό αντίκτυπος και κοινωνική αλλαγή, <https://empowering-changemakers.eu/el/social-impact-and-social-change-gr/>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

8.1 Συμπεράσματα

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα διάγει πλέον τη τέταρτη της δεκαετία, αναγνωρίζοντας την αξία της αφενός σε σχέση με τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και αφετέρου για τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ως φιλοσοφία για τον εκσυγχρονισμό των προνοιακών υπηρεσιών.

Το γενικότερο συμπέρασμα της εργασίας είναι ότι, τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται σταδιακές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας της χώρας, οι οποίες έχουν επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και κυρίως στην ποιότητα ζωής του ίδιου του πάσχοντα. Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας προωθούν την έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα των ψυχικά ασθενών, υιοθετώντας και εφαρμόζοντας ενίοτε τις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, καθώς και τη φιλοσοφία της αποκέντρωσης των υπηρεσιών αυτών, μεταφέροντας σταδιακά τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το ψυχιατρικό νοσοκομείο στην κοινότητα. Η οικονομική και κάθε άλλου είδους υποστήριξη για την προώθηση της ψυχικής υγείας, χρειάζεται ενίσχυση, ούτως ώστε να διατίθενται επαρκείς υπηρεσίες στα άτομα που τις χρειάζονται, αυξάνοντας τη δυνατότητά τους να συμμετέχουν ενεργά στη δημόσια ζωή της κοινότητάς τους. Όσο αφορά τις κοινοτικές δομές, τονίζεται ότι η μετατόπιση του κέντρου βάρους της φροντίδας από την ιδρυματική στην κοινοτική βάση. Η επέκταση και η εφαρμογή των υπηρεσιών υγείας στις κοινοτικές δομές αναδεικνύει την σημασία της εμπλοκής και συνεργασίας των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους, των τοπικών κοινοτήτων και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας. Τα κοινοτικά δίκτυα αυτή τη στιγμή για πληθώρα λόγων (γεωγραφική κατανομή, δυναμικότητα, επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού, υποδομές κτλ) δεν μπορούν να αναλάβουν το ρόλο που τους αντιστοιχεί και με αυτό τον τρόπο θέτουν σε κίνδυνο την υλοποίηση του βασικού οράματος που είναι η επίτευξη της αποασυλοποίησης και ποιοτικής κοινοτικής φροντίδας ικανής να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του πληθυσμού.

Αξίζει να επισημανθεί ότι η αποασυλοποίηση, χωρίς να συνδυαστεί με λήψη μέτρων για τη κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, οδηγεί σε αρκετές

περιπτώσεις απλώς στη μετεγκατάσταση και όχι στην αποϊδρυματοποίησής τους, με αποτέλεσμα να εξακολουθούν να ζουν σε συνθήκες εγκλεισμού και περιθωριοποίησης. Ένα από τα διαχρονικά προβλήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, είναι ο ανεπαρκής έλεγχος της λειτουργίας των φορέων ψυχικής υγείας, με ελλιπή διαδικασίες, εργαλεία αξιολόγησης και ελέγχου, χωρίς να γίνεται προσπάθεια παρακολούθησης της λειτουργίας των μονάδων. Παράλληλα, για τη χάραξη στρατηγικών και τον σχεδιασμό ποιοτικών υπηρεσιών, είναι απαραίτητες οι επιδημιολογικές έρευνες και μελέτες, όπου δυστυχώς στην Ελλάδα είναι λιγοστές και όχι πάντα αξιόπιστες. Επιβεβλημένη δε κρίνεται η στελέχωση με ικανό και επιστημονικά καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό, όλων των ειδικοτήτων που απαρτίζουν την ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αυτό απαιτεί μεγαλύτερη εξειδίκευση σε προπτυχιακό επίπεδο στις ειδικότητες των Κοινωνικών Λειτουργών, Νοσηλευτών, Εργοθεραπευτών κ.α.

Δεν χωράει αμφιβολία πως η ΨΚΑ αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της ολοκληρωμένης και ολιστικής φροντίδας των ψυχιατρικών ασθενών. Λόγω της ψυχικής νόσου οι ασθενείς αλλά και οι οικογένειες στιγματίζονται και απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο. Πολύ συχνά χάνουν την εργασία τους ή διακόπτουν τις σπουδές, χάνουν κάθε υποστηρικτικό περιβάλλον και μπαίνουν στη δίνη των επανειλημμένων νοσηλείων. Αυτό που προσφέρει η ΨΚΑ είναι η επανασύνδεση του ασθενή και οικογένειας με τη κοινότητα, η σταδιακή επαγγελματική επανένταξη προσαρμοσμένη στις δυνατότητες του, η ενδυνάμωση του και η αξιοποίηση των γνώσεων και ικανοτήτων προς όφελος της προσωπικής, κοινωνικής, επαγγελματικής του λειτουργικότητας. Στη πράξη βέβαια η κατάσταση δεν είναι πάντα ιδανική, το κλείσιμο των ασυλικών ιδρυμάτων δεν αποτελεί πανάκεια για τη ψυχική υγεία. Αυτό γιατί οι ασθενείς δεν είναι πάντα προσαρμοσμένοι για τη ζωή στη κοινότητα και η κοινωνία δεν είναι αρκετά προετοιμασμένη για να τους δεχτεί.

8.2 Προτάσεις

Ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι σημαντικό να υπερβούμε την εσωστρέφεια και να στραφούμε εκτός συνόρων αντιμετωπίζοντας την Ευρώπη όχι μόνο ως πηγή χρηματοδότησης αλλά και ως πεδίο προκλήσεων, ανταλλαγή εμπειριών και τεχνογνωσίας. Οφείλουμε να δημιουργήσουμε ένα κοινό όραμα αλλαγής, απωθώντας το μονοδιάστατο τρόπο σκέψης για το πρόβλημα της ψυχικής υγείας προωθώντας νέου

τύπου συνέργειες, καινοτομίες ,δικτύωση με φορείς και άτομα που δεν ανήκουν στο κλειστό χώρο της ψυχικής υγείας. Όσο για τα ζητήματα ελλειπούς κατάρτισης των επαγγελματιών προτείνεται, η διαμόρφωση ενός αναλυτικού πλάνου εκπαίδευσης με διάφορες θεματικές όπως τα κλινικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα καθώς και το σύνολο των διαδικασιών παροχής του κλινικού έργου και των υπηρεσιών και επίκαιρα θέματα με βάση διεθνή εμπειρία . Για την υλοποίηση του εκπαιδευτικού πλάνου πρέπει να ληφθεί υπόψη το σύνολο των χρηματοδοτικών ευκαιριών και επίσης να υπάρχει στενή συνεργασία με τα εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Ο χώρος της Ψυχικής Υγείας, είναι ένας χώρος όπου οι επαγγελματίες που τον αποτελούν, αφορούν σε ειδικούς ζητημάτων υγείας. Όπως αναφέρθηκε και στην έναρξη της παρούσας εργασίας, η υγεία, δεν αφορά μόνο την σωματική, αλλά και την ψυχική υγεία. Οι επαγγελματίες, είναι καλό, να «εισέρχονται» στον χώρο εργασίας τους, ανεξαρτήτως πλαισίου, αρχικά ως άνθρωποι που επιδιώκουν μία καλύτερη υγεία για τους συνανθρώπους τους και στην συνέχεια, ως επαγγελματίες, όπου βάσει των δυνατών αλλά και αδύναμων σημείων των εξυπηρετούμενων τους, θα προσπαθήσουν να τους ενδυναμώσουν.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, λόγω του επαγγέλματος τους πρωτίστως, θα μπορούσε να λεχτεί ότι είναι εξοικειωμένοι με τις δομές και υπηρεσίες ψυχικής, τα ζητήματα ψυχοπαθολογίας γενικότερα, αλλά και άλλους επαγγελματίες του χώρου. Η εξοικείωση αυτή, αποτελεί έναν απο τους σημαντικότερους παράγοντες στη μείωση των στερεότυπων, του στίγματος και κατ' επέκταση του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σηκώνουν "το βάρος", στο κίνημα αποστιγματισμού. Έχουν τις γνώσεις και την εμπειρία, για να χαράξουν έναν δρόμο, με λιγότερα στερεότυπα και αβάσιμη κριτική του συνανθρώπου, κλπ, προσπαθώντας να μυήσουν κ άλλους προς αυτή τη πορεία.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας όμως, είναι εξίσου άνθρωποι, με δική τους σκέψη, κριτική, συναίσθημα, συμπεριφορά, οικογενειακό περίγυρο κλπ. Είναι εύκολο, ορισμένες φορές, να λυγίσουν κ να λειτουργήσουν πιο προσωπικά και χαρακτηριστικά. Οι στιγμές αυτές, είναι ίδιες με όλες εκείνες τις στιγμές, όπου αντίστοιχα οι συνάνθρωποι μας, δρουν κ αντιδρούν, αλληλεπιδρώντας με την κοινωνία. Στο σημείο αυτό, τα όρια είναι εκείνα, που οφείλουν να υπενθυμιστούν, ώστε να επέλθει ισορροπία. Φυσικά και όλοι έχουν το δικαίωμα της έκφρασης, όμως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δεν είναι ιδεολόγοι κ δεν

προωθούν προσωπικές σκέψεις και αντιλήψεις. Αντιθέτως, βασιζόμενοι στην επιστημονική τους επάρκεια ή εμπειρία, δίνουν χώρο και προτεραιότητα σε όσους το έχουν ανάγκη, να μιλήσουν και να εκφραστούν. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας, έχει την ικανότητα να ακούσει πολύ προσεκτικά, να κατανοήσει και να ενσυναισθανθεί τον εξυπηρετούμενο που έχει ανάγκη. Οι συμβουλές, η φροντίδα και η υποστήριξη που θα προσφέρει, βασίζεται στις αρχές και αξίες του ανθρωπίνου κόσμου, αλλά και του χώρου ψυχικής υγείας. Μέσα από την ψυχο-εκπαίδευση ως μέσον παρέμβασης, μπορεί να καταφέρει την ενδυνάμωση των ωφελούμενων, την ενημέρωση τους για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία, αλλά και μια καλύτερη καθημερινότητα μιας και θα έχει φροντίσει να εκπαιδεύσει τους εξυπηρετούμενους να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας που εμφανίζουν, με στόχο να τα οικειοποιηθούν και να καταφέρουν να ζήσουν "παράλληλα με αυτά".

Όλα αυτά όμως, δεν θα μπορέσει να τα επιτύχει μόνο ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας ή μερικοί. Αντιθέτως, μπορούν να επιτευχθούν μέσω της συνεργασίας, αλληλεπίδρασης και αλληλοκατανόησης μεταξύ συναδέλφων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ακόμη και διαφορετικών ειδικοτήτων (νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί., εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κλπ). Οι πιο πρόσφατες έρευνες, έχουν δείξει, ότι μια πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα, έχει αμεσότερη επιρροή κ θετική παρέμβαση, από ότι μια "μονόπλευρη". Οι εξυπηρετούμενοι, απ' όλους τους επαγγελματίες, ανεξαρτήτως ειδικότητας, έχουν να αποκομίσουν βοήθεια.

Η πολυκλαδική δε, θεραπευτική ομάδα, οφείλει να δείξει αλληλοκατανόηση μεταξύ συναδέλφων, να εμπιστευτεί, να διώξει κάθε προσωπικό κίνητρο ή κριτήριο και αντί για ανταγωνισμό καλύτερης θεραπευτικής παρέμβασης, να επιδείξει ποικίλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, με γνώμονα αποκλειστικά τον ωφελούμενο και την καλύτερη ποιότητα ζωής και υγείας του.

Η ψυχική υγεία, είναι ένα καθημερινό στοίχημα, τόσο σε επίπεδο ατομικότητας, όσο και σε επίπεδο κοινωνικότητας. Ας δοθεί η δυνατότητα, σε όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, να ξεδιπλώσουν την επιστημονική τους ικανότητα/δυνατότητα και ας τους δοθεί κατάλληλος χώρος και χρόνος, ώστε να ξεδιπλώσουν τις γνώσεις τους, να δημιουργήσουν νέες, σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες, ώστε να ανοίξει και άλλο ο δρόμος προς την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, με λιγότερα εμπόδια, αντ' αυτού, ιση πρόσβαση, δικαιώματα κλπ. για όλους εκείνους τους ανθρώπους που χρήζουν ψυχοκοινωνικής βοήθειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αυδή Ε., Ρούση Π. (2010) *ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*. GUTENBERG

Γκιωνάκης, Στυλιανίδης (2001) *Οδηγός Ψυχικής Υγείας Από Τη Προκατάληψη Στη Συμβίωση*. Αθήνα: Ε.Π.Α.Ψ.Υ.

Κορδώση, Α., Σαρίδη, Μ. και Σουλιώτης, Κ. (2015) *Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας*. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας, 7 (1):8-18.

Μάνου, Ν.(1997) *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS.

Μαδιανός Μ.(2013) *Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η «Μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα*. Ψυχιατρική 24 : 15-16

Μαδιανός Μ. (2000) *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαδιανός Μ. (2005) *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργός –Β΄φάση» 2006 *Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα*. Αθήνα

Παπαγεωργίου Ε.(2004) *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανου Α.Ε.

Παρασκευαΐδου Σ. , Κατσαλιάκη Κ.(2015) *Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός»*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 32(4):467-474

Συνήγορος του Πολίτη (2009) επιμέλεια Σακέλλης, Γ. *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα Ανάγκες - Προτάσεις –Λύσεις*. Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε.

Στυλιανίδης, Σ. και συνεργάτες (2014) *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλου Ε., Χριστοδούλου Γ.(2001) *Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3) 239-253

Παπαδόπουλος Δ., Στυλιανίδης Σ.(2008) *Μια εξατομικευμένη συμπεριφορικής έμπνευσης προσέγγιση στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*. Ψυχιατρική 2008, 19:165-176

ΥΥΚΑ (2011α) *Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός*. Αθήνα

ΥΥΚΑ (2011β) *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για τη περίοδο 2000-2009*. Αθήνα

ΥΥΚΑ (2009) *Εγχειρίδιο Διασφάλισης- Βελτίωσης Ποιότητας στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης*. Αθήνα

Επιτροπή Παρακολούθησης και Παραλαβής Έργου (2013) *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2012*. Αθήνα

Επιτροπή Παρακολούθησης και Παραλαβής Έργου (2015) *Έκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014*. Αθήνα

Χαροκόπου Δ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Γούλα Α., Γκιάκα Β., Νικολαδός Ι. (2018) *Ποιότητα φροντίδας ψυχικά πασχόντων Η δυναμική της ομάδας ως συντελεστής της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 35(6):765-777

Νόμος 2716/1999, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 96/Α/17-5-1999

Υπουργείο Υγείας (2019) *Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη Κατάσταση και Ανάγκες σε Δομές και Προσωπικό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*.

Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (2013) Γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής με θέμα «Μέτρηση του κοινωνικού αντικτύπου» (γνωμοδότηση πρωτοβουλίας). Βρυξέλλες

Ξενόγλωσση

Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., Johnson, S.L. (2007) *Abnormal Psychology*. John Wiley & Sonw, Inc.

Stylianidis S., Pantelidou, S., Chondros, P., Roelandt, J., Barbato, A. (2014) *Prevalance of mental disorder in a Greek island*. *Psychiatriki* 25:19-26.

Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Rotter JB: *Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement*. *Psychological Monographs: General and Applied*, 1966;80(1):1-28

Abraham R: Negative affectivity: moderator or confound in emotional dissonance-outcome relationships? *J Psychol* 1999 Jan 133:1 61-72

Braun S, Hollander RB: *Work and Depression in the Federal Republic of Germany*. *Women Health* 1988;14:3-26

Freudenberger HJ: *The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1975; 12:73-82

Maslach C., Jackson S.E.: *Maslach Burnout Inventory (Manual) 2nd ed. Palo Alto, California*, Consulting Psychologists press, 1986

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

Maslach C: *Burned-Out. Human Behavior*, 1976(Sept):16-22

Rogers JC, Dodson SC: *Burnout in Occupational Therapists*. The American Journal of Occupational Therapy, 1988;42(12):787-792

Brezniak N, Ben Ya'ir S: *Patient Burnout Behavior of Young Adults Undergoing Orthodontic Treatment*. Stress Med. 1989;5:183-187

Ιστοσελίδες

Κοινωνικό αντίκτυπος και κοινωνική αλλαγή. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://empowering-changemakers.eu/el/social-impact-and-social-change-gr/>)