

ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας  
Τμήμα: Νοσηλευτικής

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

**«Ενδονοσοκομειακή και Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη  
Ασθενών με Ψυχικές Διαταραχές και τα Δικαιώματά τους»**

**«Inpatient and Outpatient Care of Patients with Mental  
Disorders and their Rights»**



**Κουτρομάνου Ευτυχία**

**Κωστομούδη Βενετία – Ταξιαρχούλα**

**Πάτρα 2017**

*Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Κυριακή Σαμαρτζή*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτριά μας κ. Κυριακή Σαμαρτζή για την πολύτιμη βοήθειά της σχετικά με την εκπόνηση της πτυχιακή μας εργασίας.*

*Ακόμα, ευχαριστούμε τις οικογένειές μας για την δυνατότητα που μας δώσανε να καταφέρουμε να σπουδάσουμε σε μία τόσο σημαντική σχολή και για την υποστήριξη που μας παρείχαν αυτά τα χρόνια.*

## **Περιεχόμενα:**

**Ευχαριστίες** σελ 2

**Περίληψη στα Ελληνικά** σελ 6

**Περίληψη στα Αγγλικά** σελ 7

**Εισαγωγή** σελ 8

**Συνομογραφίες** σελ 10

**Ορισμοί** σελ 11

**Κεφάλαιο Πρώτο:**

**1,1 Ψυχικές Διαταραχές** σελ 12

**1.2 Διαγνωστικά Εγχειρίδια Ψυχικών Διαταραχών** σελ 13

**1.3 Κατηγορίες Ψυχικών Διαταραχών κατά το εγχειρίδιο DSM-V** σελ 15

1.3.1 Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές σελ 15

1.3.2.Διπολικές και Συνδεόμενες Διαταραχές σελ 19

1.3.3.Καταθλιπτικές Διαταραχές σελ 20

1.3.4.Αγχώδεις Διαταραχές σελ 21

1.3.5.Συμπεριφορικές και Συνδεόμενες Διαταραχές σελ 22

1.3.6.Διαταραχές που σχετίζονται με το Τραύμα και το Στρες σελ 23

1.3.7.Διασχιστικές Διαταραχές σελ 25

1.3.8Σχιζοφρένεια και άλλες Ψυχικές Διαταραχές σελ 26

1.3.9.Διαταραχές Σωματικών Συμπτωμάτων και Συνδεόμενες Διαταραχές σελ 27

1.3.10.Διατροφικές Διαταραχές σελ 28

1.3.11.Διαταραχές Απέκκρισης σελ 29

1.3.12.Διαταραχές Ύπνου σελ 29

1.3.13.Σεξουαλικές Διαταραχές σελ 30

1.3.14.Διαταραχές Προσωπικότητας σελ 31

1.3.15.Παραφιλικές Διαταραχές σελ 32

## **Κεφάλαιο Δεύτερο:**

2.1 *Ιστορική Αναδρομή Ψυχικής Ασθένειας* σελ 35

## **Κεφάλαιο Τρίτο:**

3.1 *Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα* σελ 38

3.2 *Ψυχιατρικά Ιδρύματα στην Ελλάδα* σελ 40

3.3 *Υγειονομική Περίθαλψη* σελ 47

3.4 *Προδιαγραφές Ασφάλειας Ψυχιατρικών Δομών* σελ 49

## **Κεφάλαιο Τέταρτο:**

4.1 *Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη Ψυχικά Ασθενών* σελ 52

4.2.1 *Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων* σελ 53

4.2.2 *Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων* σελ 53

4.2.3. *Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου* σελ 54

4.2.4. *Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου* σελ 55

4.2.5 *Ψυχιατρικό Τμήμα Χωρίς Μονάδα νοσηλείας* σελ 55

4.2.6 *Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου* σελ 56

4.3 *Το Νομοθετικό Πλαίσιο* σελ 57

4.4 *Συμβουλευτική – Διασυνδετική* σελ 59

## **Κεφάλαιο Πέμπτο:**

5.1 *Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα* σελ 64

5.2 *Το Πρόγραμμα Ψυχαργώς* σελ 65

5.3 *Ακούσια Νοσηλεία* σελ 69

5.4 *Δομές Αποκατάστασης* σελ 72

## **Κεφάλαιο Έκτο:**

*Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη Ψυχικά Ασθενών* σελ 75

6.1 *Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης* σελ 75

6.1.1. *Ξενώνας* σελ 76

6.1.2. *Οικοτροφείο* σελ 77

6.1.3. *Ξενώνες και Οικοτροφεία Παιδιών* σελ 78

6.1.4. *Προστατευόμενα Διαμερίσματα* σελ 79

6.1.5.Νοσοκομείο Ημέρας σελ 81

6.1.6.Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων σελ 82

## **6.2 Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας**

6.2.1.Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας σελ 83

6.2.2.Κέντρο Ψυχικής Υγείας σελ 85

6.2.3.Κέντρο Ημέρας σελ 85

6.2.4.Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο σελ 86

## **6.3 Εξειδικευμένα Κέντρα**

6.3.1.Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση σελ 87

6.3.2.Νοσοκομειακή Περίθαλψη στο σπίτι σελ 87

6.3.3.Εργαστήρια Επαγγελματικής Αποκατάστασης σελ 89

### **Κεφάλαιο Έβδομο:**

7.1 Τα δικαιώματα των ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές σελ 90

7.2 Το Νομοθετικό Πλαίσιο στην Ελλάδα σελ 92

7.3 Το Πρώτο Νομικό Καθεστώς και ο Ισχύων Νόμος σελ 96

### **Κεφάλαιο Όγδοο:**

8.1 Τα χαρακτηριστικά και ο Ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας σελ 99

**Βιβλιογραφία:** σελ 105

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία μελετά τους τρόπους κατά τους οποίους μπορούν να νοσηλευτούν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές καθώς και τα δικαιώματα που έχουν σαν νοσηλευόμενοι ασθενείς σε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο αποκατάστασης. Η νοσηλεία των ασθενών αυτών εξαρτάται από την “δύναμη” που έχουν οι ίδιοι, για να μπορέσουν να ξεπεράσουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται καθώς και από το συγγενικό τους περιβάλλον. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει το κάθε τμήμα θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και εξοικειωμένο με τις ψυχικές διαταραχές γιατί οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές χρήζουν προσεκτικής και άμεσης φροντίδας. Τα Νοσοκομεία και οι Μονάδες Αποκατάστασης θα πρέπει να είναι στελεχωμένα και εξοπλισμένα με το κατάλληλο προσωπικό και τα κατάλληλα μηχανήματα και εργαλεία για να γίνεται σωστά η αποκατάσταση των ασθενών.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά όλων των ψυχικών διαταραχών. Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά την ιστορική αναδρομή της ψυχικής ασθένειας. Το τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα καθώς και στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών με ψυχικές διαταραχές αντίστοιχα. Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα ενώ το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Στο έβδομο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στα δικαιώματα των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών και τέλος, στο όγδοο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στα χαρακτηριστικά και τον ρόλο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

## Abstract

This project studies the ways in which patients with mental disorders can be hospitalized as well as the rights they have as hospitalized patients in a hospital or rehabilitation center. The hospitalization of these patients depends on their own strength in order to be able to overcome the condition they are in and their relatives. The medical and nursing staff that manages each department should be properly trained and familiar with mental disorders because patients with mental disorders need careful and immediate care. Hospitals and Rehabilitation Units should be staffed and equipped with the appropriate staff and appropriate tools and tools to properly rehabilitate patients.

In the first chapter, all mental disorders will be reported. The second chapter deals with the historical recollection of mental illness. The third and fourth chapters refer to inpatient care in Greece as well as to in-patient care for patients with mental disorders, respectively. The fifth chapter refers to outpatient care in Greece while the sixth chapter refers to outpatient care for patients with mental disorders. In the seventh chapter we will refer to the rights of mentally disordered patients and finally, in the eighth chapter we will refer to the characteristics and role of the mental health nurse.

## Εισαγωγή

Τα είδη των ψυχικών διαταραχών είναι πολλά και πολύπλοκα. Με βάση την σωστή εξέταση και την θέληση του ατόμου να γίνει καλά μπορεί να νοσηλευθεί σε νοσοκομεία ή να επισκέπτεται τις μονάδες αποκατάστασης. Με τον τρόπο αυτό το άτομο θα είναι αποδεκτό από την οικογένειά του και την κοινωνία, θα μπορεί να έχει μια φυσιολογική ζωή χωρίς το στίγμα που το χαρακτηρίζει η κοινωνία, θα αναπτύξει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, θα μπορεί να εργασθεί και να μάθει καλύτερα τον εαυτό του.

Τα παλαιότερα χρόνια, οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίζονταν ως δαιμονισμένοι ή ως άτομα που τιμωρούνταν για αυτά που έχουν κάνει. Με την πάροδο των χρόνων εξελίχθηκε η ψυχιατρική, εφαρμόστηκαν νόμοι και άρχισαν να λειτουργούν νοσοκομεία και μονάδες αποκατάστασης που είχαν σαν σκοπό την θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών αυτών.

Την τελευταία δεκαετία έγινε οργάνωση στα άτομα με ψυχικές διαταραχές όσο και στις οικογένειές τους, που έχουν την κύρια φροντίδα τους. Δημιουργήθηκαν σύλλογοι και ομοσπονδίες που συσπειρώνουν ένα μεγάλο κομμάτι των ασθενών, σέβονται τα δικαιώματά τους, βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας και της ζωής τους.

Για την κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και την θεραπεία των ψυχικά ασθενών δημιουργήθηκαν εγχειρίδια, νοσοκομεία καθώς και δομές οι οποίες φιλοξενούν τους ασθενείς αυτούς. Με την πάροδο των χρόνων και τις εξελίξεις στην ψυχιατρική τα εγχειρίδια έχουν εμπλουτιστεί, είναι αξιόπιστα και χρησιμοποιούνται από όλους τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και τα άτομα που ασχολούνται με την ψυχική υγεία, σε όλο τον κόσμο.

Τα άτομα τα οποία έπασχαν από κάποια ψυχική διαταραχή, για τα οποία δεν υπήρχε θεραπεία, άρχισαν να διαμένουν σε κτίρια και να απομονώνονται καθώς η κοινωνία πίστευε ότι τα άτομα αυτά τιμωρούνταν για όσα έχουν κάνει ή ότι είναι δαιμονισμένα. Οι ασθενείς έμεναν σε κτίρια τα οποία ήταν 'φυλακές' για εκείνους διότι οι συνθήκες διαβίωσης δεν ήταν ανθρώπινες. Στα κτίρια αυτά διέμεναν ακόμα άτομα τα οποία δεν έπασχαν από κάποια διαταραχή. Με την πρόοδο της ψυχιατρικής, οι συνθήκες διαβίωσης άλλαξαν, καθώς έγιναν γνωστές οι διαταραχές και τα συμπτώματα τα οποία προκαλούν, με αποτέλεσμα, τα άτομα τα οποία έπασχαν, από τις μέχρι τότε γνωστές διαταραχές, να αντιμετωπίζονται καλύτερα και να μένουν σε ένα χώρο ο οποίος είναι ασφαλής. Τότε δημιουργήθηκαν τα πρώτα



νοσοκομεία τα οποία φιλοξενούσαν μικρές ομάδες ατόμων. Με την πάροδο των χρόνων όμως και όσο η ψυχιατρική αναπτυσσόταν σαν κλάδος, τα νοσοκομεία άρχισαν να ασφυκτιούν από ασθενείς και έπρεπε να βρεθεί μία λύση.

Η λύση αυτή θα αποσκοπούσε στο ότι οι ψυχικά ασθενείς θα συνέχιζαν να θεραπεύονται κατάλληλα χωρίς όμως να 'επιβαρύνουν' το νοσοκομείο και το προσωπικό που το στελεχώνει. Έτσι, έχοντας σαν κριτήριο τις ψυχικές διαταραχές και την σοβαρότητά τους, δημιουργήθηκαν οργανώσεις οι οποίες είχαν σαν σκοπό την φροντίδα των ψυχικά ασθενών, λαμβάνοντας την κατάλληλη θεραπεία, έξω από το νοσοκομείο. Αυτό είχε σαν στόχο την μείωση του στίγματος για τους ασθενείς, την ελάχιστη επιβάρυνση του νοσοκομείου, την ελάχιστη οικονομική επιβάρυνση για τον ασθενή και κυρίως την ανεξαρτησία του ατόμου. Ακολούθησε η δημιουργία δομών για την στέγαση και την φροντίδα των ατόμων αυτών. Στις δομές αυτές, οι ασθενείς μπορούν να μένουν όλη την ημέρα ή μπορούν να την επισκέπτονται ελάχιστες ώρες την ημέρα. Έτσι το άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, συνεχίζει την καθημερινότητά του, έχοντας την δουλειά του, τους φίλους και την οικογένειά του, αλλά ταυτόχρονα αποκτά κατάλληλη φροντίδα από ένα εξειδικευμένο προσωπικό που έχει σαν στόχο την θεραπεία του ατόμου.

Για την κατάλληλη θεραπεία του ψυχικά ασθενή, θα πρέπει να συνεργάζονται όλοι οι κλάδοι της ιατρικής καθώς και το παραϊατρικό προσωπικό. Οι ιατροί θα πρέπει να συμφωνούν στην θεραπεία και στην αποκατάσταση του ασθενή. Θα πρέπει να συμβουλευονται τους νοσηλευτές ή τους διατροφολόγους για την κατάσταση της υγείας του ατόμου και για τυχόν αλλαγές που μπορεί να παρατηρηθούν. Η συνεργασία είναι πολύ σημαντική για το άτομο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Δείχνει αφοσίωση στον άνθρωπο, δίνει ελπίδες, κερδίζει την εμπιστοσύνη και κάνει το άτομο να εκφράζεται ελεύθερα για ότι τον απασχολεί.

## Συντομογραφίες

APA -> American Psychiatric Association

ICD -> International Code of Disorders

DSM -> Diagnostic and Statistical Manual of Disorders

Ε.Ε. -> Ευρωπαϊκή Ένωση

Ε.Σ.Υ. -> Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΔΕΠ-Υ -> Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας

ΙΠΚ -> Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο

ΚΕΠΕ -> Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης

ΚΨΥ -> Κέντρο Ψυχικής Υγείας

ΜΟΠΕ -> Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων

ΜΝΕ -> Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων

ΝΠΔΔ -> Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

ΟΚΑΝΑ -> Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

ΠΨΤΓΝ -> Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου

ΤΕΠ -> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΤΟΨΥ -> Τοπικές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας

ΨΚΑ -> Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

ΨΚΔ -> Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή

ΨΚΔΠ -> Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας

ΨΚΓΝ -> Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου

ΨΤΤΝ -> Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου

## **Ορισμοί:**

**Ψυχική Υγεία** ορίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής και κοινωνικής ευεξίας. Το άτομο δηλαδή πρέπει να μπορεί να ζει και να εργάζεται μέσα στην κοινότητα καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματα του.

**Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας** είναι η ειδικότητα της νοσηλευτικής που παρέχει φροντίδα στους ανθρώπους όλων των ηλικιών με ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, βοηθά στην γρήγορη αποκατάστασή τους και προάγει την ευημερία του ατόμου.

**Ψυχική Νόσος** θεωρείται μία λειτουργική ατέλεια η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής και πολιτισμικής ομάδας.

**Ψυχική διαταραχή** είναι η κατάσταση κατά την οποία η κανονική λειτουργία και η τάξη έχουν απορρυθμιστεί.

**Ψυχικός Ασθενής** είναι το άτομο το οποίο δεν μπορεί να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στις ανάγκες της ζωής του.

## 1.1 Ψυχικές Διαταραχές

Ως **Ψυχική Διαταραχή** χαρακτηρίζεται μία κατάσταση κατά την οποία η κανονική λειτουργία και η τάξη έχουν απορρυθμιστεί. <sup>1. (Γ. Παπαδόπουλος, 2005)</sup>

Ειδικότερα οι ψυχικές διαταραχές είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη στη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τους άλλους. Στις ψυχικές διαταραχές τα συναισθήματα που βιώνει το άτομο είναι ανάρμοστα ή υπερβολικά.

Μια ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματική συμπτωματολογία. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων όπως είναι η ψυχική ένταση, η συναισθηματική αστάθεια, η διαταραγμένη συμπεριφορά, η έκπτωση της μνήμης, η μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας, οι ψευδαισθήσεις ή οι παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται ξαφνικά ή γίνονται έντονα μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής. Πολλές φορές υπάρχουν κάποια συμπτώματα στο παρελθόν που αν τους είχε δώσει σημασία, θα μπορούσε να προλάβει την εξέλιξή τους.

Οι πιο πολλοί ασθενείς εμφανίζουν τα πρώτα συμπτώματα κατά τα πρώτα χρόνια της εφηβικής τους ηλικίας. Προηγείται υποτροπή από κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός το οποίο λειτουργεί σαν κύριος παράγοντας. Οι ηλικίες που εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό ψυχικών διαταραχών είναι από 10 – 40 έτη.

Η ψυχική ασθένεια θεωρείται κάτι το ανίατο κι ότι οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς δε θεραπεύονται ποτέ. Στην πραγματικότητα όμως οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να αναρρώσουν και να ζήσουν μια σχετικά φυσιολογική ζωή εάν η θεραπεία τους είναι επαρκής και έγκαιρη. Αυτό μπορεί να συμβεί ακόμη και στους σχιζοφρενείς, των οποίων η ασθένεια είναι πιο εξουθενωτική και καταστρεπτική. <sup>2.</sup>

(Alex Thio, 2008)

## 1.2 Διαγνωστικά Εγχειρίδια Ψυχικών Διαταραχών

Η σωστή διάγνωση από τους ψυχιάτρους και η χάραξη μια κοινής θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι αναγκαία για την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Για την ταξινόμηση αυτή χρησιμοποιούνται διαγνωστικά εγχειρίδια σε διεθνή βάση.

Δύο σύγχρονα διαγνωστικά εγχειρίδια είναι το International Code Of Disorders (ICD) και το Diagnostic And Statistical Manual Of Disorders (DSM).

### Διεθνής Κώδικας Διαταραχών (ICD)

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD) αποτελεί μία κωδικοποίηση των νοσημάτων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που αρχικά έχει σα σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων παγκοσμίως.

### Ψυχικές και Συμπεριφορικές Διαταραχές σύμφωνα με τον διεθνή κώδικα των διαταραχών ICD:

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων (πχ άνοια)
- Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (πχ χρήση αλκοόλ)
- Σχιζοφρένεια και παραληρηματικές διαταραχές (πχ παρανοειδής σχιζοφρένεια)
- Νοητική καθυστέρηση (πχ ελαφρά νοητική καθυστέρηση)
- Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ενηλίκων
- Συμπεριφορικά σύνδρομα σχετιζόμενα με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικοί παράγοντες (πχ διαταραχή στην πρόσληψη τροφής)
- Διαταραχές της διάθεσης (πχ διπολική συναισθηματική διαταραχή)
- Νευρωτικές διαταραχές σχετιζόμενες με το άγχος (πχ αγχώδης διαταραχή)
- Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης (πχ διαταραχές στην ανάγνωση)
- Συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία (πχ διαταραχές τικ)
- Ακαθόριστες ψυχικές διαταραχές

## Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM)

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών Δημοσιεύθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία. Έχει τυποποιημένα κριτήρια για την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, σε κοινή γλώσσα και χρησιμοποιείται από όλους τους κλάδους της ιατρικής και των παραϊατρικών επαγγελμάτων.

### Κατηγορίες:<sup>3</sup>

#### § *DSM – I (1952)*

Εγκρίθηκε το 1951 και δημοσιεύθηκε το 1952. Το εγχειρίδιο αποτελείται από 130 σελίδες και αναφέρεται σε 106 ψυχικές διαταραχές.

#### § *DSM – II (1968)*

Αναφέρεται σε 182 ψυχικές διαταραχές και αποτελείται από 134 σελίδες.

#### § *DSM – III (1980)*

Αποτελείται από 494 σελίδες και περιέχει 265 διαγνωστικές κατηγορίες.

#### § *DSM – III – R (1987)*

Αποτελεί την αναθεώρηση του DSM – III περιέχοντας σε 567 σελίδες 292 διαγνώσεις.

#### § *DSM – IV (1994)*

Περιέχει 297 διαταραχές σε 886 σελίδες.

#### § *DSM – V (2013)*

Περιλαμβάνει περίπου τον ίδιο αριθμό διαταραχών όπως και το DSM-IV και αποτελείται από τρία μέρη.

### Εκτίμηση ατόμων κατά το εγχειρίδιο DSM:

- **Άξονας I** -> **Κλινικά σύνδρομα**  
Καταστάσεις που δεν αποδίδονται σε κάποια ψυχική διαταραχή και που αποτελούν αντικείμενο προσοχής ή θεραπείας
- **Άξονας II** -> **Διαταραχές της προσωπικότητας**
- **Άξονας III** -> **Σωματικές διαταραχές και καταστάσεις**

- **Άξονας IV** -> **Ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες**
- **Άξονας V** -> **Ανώτατο επίπεδο προσαρμοστικής λειτουργίας του ατόμου**

### DSM-V:

Είναι το πιο σύγχρονο εγχειρίδιο και κυκλοφόρησε τον Μάιο του 2013.

Το DSM-5 περιλαμβάνει περίπου τον ίδιο αριθμό διαταραχών όπως και το DSM-IV και αποτελείται από τρία μέρη: Το πρώτο μέρος αποτελεί εισαγωγή στη φιλοσοφία του DSM-5 και περιλαμβάνει οδηγίες για τη χρήση του. Στο δεύτερο μέρος περιγράφονται τα νέα κριτήρια για την κατηγορική ταξινόμηση έτσι όπως αυτά διαμορφώθηκαν μετά την αναθεώρηση. Στο τρίτο μέρος περιλαμβάνονται ορισμένα προβλήματα τα οποία απαιτούν περισσότερη διερεύνηση ώστε στο μέλλον να μπορούν να χαρακτηρισθούν διαταραχές όπως και πληροφορίες που αφορούν στη διαδικασία που υιοθετήθηκε για την ανάπτυξη του DSM-5.

Το μεγαλύτερο μέρος του διατηρεί το περιεχόμενο του DSM-IV. Η σειρά παρουσίασης των διαταραχών είναι ανάλογη με την ηλικία που αυτές συνήθως πρωτοεμφανίζονται και η ταξινόμηση δεν είναι πλέον πολυαξονική. Ορισμένες διαγνωστικές κατηγορίες συγχωνεύονται και αλλάζουν ονομασία και προστίθεται σε ορισμένες περιπτώσεις η αξιολόγηση του επιπέδου βαρύτητας κάθε διαταραχής σε «ήπια», «μέτρια» και «σοβαρή».

4.(Ε. Κάκουρος, 2014)

## 1.3 Κατηγορίες Ψυχικών Διαταραχών κατά το εγχειρίδιο DSM-V:

### 1.3.1. Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές<sup>6</sup>

Οι Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές είναι μια ομάδα διαταραχών με έναρξη κατά την αναπτυξιακή περίοδο. Οι διαταραχές συνήθως εκδηλώνονται νωρίς και χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακά ελλείμματα που προκαλούν βλάβες στην προσωπική, κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργία. Το φάσμα των αναπτυξιακών ελλειμμάτων ποικίλλει από πολύ συγκεκριμένους περιορισμούς της μάθησης ή του ελέγχου των εκτελεστικών λειτουργιών έως τις παγκόσμιες διαταραχές των κοινωνικών δεξιοτήτων ή των πληροφοριών.

#### **Ø Διανοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή**

Η Διανοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή είναι μια διαταραχή που ξεκινάει κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου και περιλαμβάνει τόσο διανοητικά όσο και

προσαρμοστικά λειτουργικά ελλείμματα στον κοινωνικό και πρακτικό τομέα.  
Χαρακτηρίζεται από: **A.** Ελλείψεις στις πνευματικές λειτουργίες, **B.** Ελλείψεις στην προσαρμοστική λειτουργία που οδηγούν σε αδυναμία τήρησης των αναπτυξιακών και κοινωνικοπολιτιστικών προτύπων για προσωπική ανεξαρτησία και κοινωνική ευθύνη και **Γ.** Έναρξη πνευματικών και προσαρμοστικών ελλειμμάτων κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου.

### **Ø Αναπτυξιακή Διαταραχή**

Αυτή η διαταραχή προορίζεται για άτομα κάτω των 5 ετών όταν το κλινικό επίπεδο σοβαρότητας δεν μπορεί να αξιολογηθεί αξιόπιστα κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Η κατηγορία αυτή διαγιγνώσκεται όταν ένα άτομο δεν ανταποκρίνεται στα αναμενόμενα αναπτυξιακά ορόσημα σε διάφορους τομείς πνευματικής λειτουργίας και ισχύει για άτομα που αδυνατούν να υποβληθούν σε συστηματικές αξιολογήσεις της πνευματικής λειτουργίας, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών που είναι πολύ μικρά για να συμμετάσχουν σε τυποποιημένες δοκιμές.

### **Ø Διαταραχές Επικοινωνίας**

Οι διαταραχές της επικοινωνίας περιλαμβάνουν ελλείμματα στη γλώσσα, στην ομιλία και στην επικοινωνία.

#### **· Διαταραχή της Γλώσσας**

Τα βασικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά της γλωσσικής διαταραχής είναι δυσκολίες στην απόκτηση και χρήση της γλώσσας εξαιτίας ελλείψεων στην κατανόηση ή την παραγωγή λεξιλογίου, δομής προτάσεων και λόγου. Τα γλωσσικά ελλείμματα είναι εμφανή στην προφορική ή γραπτή επικοινωνία ή τη νοηματική γλώσσα. Η εκμάθηση και η χρήση της γλώσσας εξαρτάται από δεξιότητες τόσο δεκτικές όσο και εκφραστικές. Η διαταραχή αυτή επηρεάζει το λεξιλόγιο και τη γραμματική, και τα αποτελέσματα αυτά περιορίζουν την ικανότητα συζήτησης. Οι πρώτες λέξεις και φράσεις του παιδιού είναι πιθανό να καθυστερήσουν την εμφάνισή τους. Το μέγεθος του λεξιλογίου είναι μικρότερο και λιγότερο ποικίλο από το αναμενόμενο και οι προτάσεις είναι συντομότερες και λιγότερο σύνθετες με γραμματικά λάθη.

#### **· Διαταραχή Ήχου - Ομιλίας**

Η παραγωγή ήχου του λόγου περιγράφει τη σαφή άρθρωση των φωνημάτων που σε συνδυασμό συνθέτουν ομιλούμενες λέξεις. Η παραγωγή ήχου ομιλίας απαιτεί τόσο τη φωνολογική γνώση των ήχων ομιλίας όσο και την ικανότητα συντονισμού των κινήσεων των αρθρωτών (δηλαδή, της γνάθου, της γλώσσας και των χειλιών), με αναπνοή και φωνή για ομιλία. Μια διαταραχή του ήχου της ομιλίας διαγιγνώσκεται όταν η παραγωγή ήχου της ομιλίας δεν είναι αυτό που αναμένεται με βάση την ηλικία του παιδιού και το αναπτυξιακό στάδιο και όταν τα ελλείμματα δεν είναι αποτέλεσμα φυσικής, δομικής, νευρολογικής ή ακοής.



- **Τραύλισμα**

Αυτή η διαταραχή χαρακτηρίζεται από συχνές επαναλήψεις ή παρατάσεις ήχων ή συλλαβών και από άλλους τύπους δυσλειτουργιών ομιλίας, συμπεριλαμβανομένων σπασμένων λέξεων, ακουστικού ή σιωπηλού μπλοκ (δηλαδή πλήρεις ή μη πλήρεις παύσεις στην ομιλία), λέξεις που παράγονται με υπερβολική φυσική ένταση και επαναλήψεις ολόκληρων λέξεων.

- **Επικοινωνιακή Διαταραχή**

Αυτή η διαταραχή χαρακτηρίζεται από επίμονες δυσκολίες στην κοινωνική χρήση της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας κατά την πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο.

Οι δυσκολίες αυτές εκδηλώνονται με: **A.** Έλλειψη στη χρήση της επικοινωνίας για κοινωνικούς σκοπούς, **B.** Βλάβη της ικανότητας αλλαγής της επικοινωνίας ώστε να ταιριάζει με το περιεχόμενο ή τις ανάγκες του ακροατή, **Γ.** Δυσκολίες σύμφωνα με τους κανόνες της συζήτησης και της αφήγησης.

- **Απροσδιόριστη Διαταραχή επικοινωνίας**

- **∅ Διαταραχή Φάσματος Αυτισμού**

Τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι η επίμονη εξασθένηση της αμοιβαίας κοινωνικής επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, συμφερόντων ή δραστηριοτήτων. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται από την πρώιμη παιδική ηλικία και περιορίζουν ή βλάπτουν την καθημερινή λειτουργία. Το στάδιο στο οποίο γίνεται εμφανής η λειτουργική βλάβη ποικίλει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου και του περιβάλλοντος του. Οι εκδηλώσεις της διαταραχής διαφέρουν επίσης σημαντικά ανάλογα με τη σοβαρότητα της αυτιστικής κατάστασης, το αναπτυξιακό επίπεδο και τη χρονολογική ηλικία.

- **∅ Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ADHD)**<sup>7</sup>

(π.Βοστώνης,2013)

Η διαταραχή αυτή είναι ένα σύνδρομο που αναφέρεται σε άτομα, που αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες με την προσήλωση της προσοχής τους σε μία δραστηριότητα ενώ παράλληλα εμφανίζουν σωματική υπερδραστηριότητα. Μεταφράζεται ως ανικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Απροσεξία, **B.** Δυσκολία στην αφοσίωση στις υποχρεώσεις, **Γ.** Δυσκολία στην συμμόρφωση σε υποδείξεις, **Δ.** Παρορμητικότητα, **Ε.** Νευρικότητα

- **∅ Διαταραχή Εκμάθησης**

Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή με βιολογική προέλευση που αποτελεί τη βάση για ανωμαλίες σε γνωστικό επίπεδο. Ένα βασικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης διαταραχής της μάθησης είναι οι επίμονες

δυσκολίες στην εκμάθηση βασικών ακαδημαϊκών δεξιοτήτων με έναρξη κατά τη διάρκεια της επίσημης εκπαίδευσης.

Χαρακτηρίζεται απο: **A.** Ανακριβής ή αργή προσπάθεια ανάγνωσης λέξεων, **B.** Δυσκολία στην κατανόηση, **Γ.** Δυσκολία στην ορθογραφία, **Δ.** Δυσκολία στην γραπτή έκφραση και **Ε.** Αδυναμία κατανόησης αριθμού, αριθμού γεγονότων ή υπολογισμού.

### **Ø Κινητική Διαταραχή**

Σε αυτή την διαταραχή η εκτέλεση των συντονισμένων κινητικών δεξιοτήτων είναι χαμηλότερη από την αναμενόμενη της χρονολογικής ηλικίας και της ευκαιρίας για την εκμάθηση και χρήση δεξιοτήτων. Οι δυσκολίες εκδηλώνονται με βραδύτητα. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο και η εκδήλωση των συμπτωμάτων ποικίλλει με την ηλικία.

### **Ø Στερεοτυπική Διαταραχή Κίνησης**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από άσκοπη κινητική συμπεριφορά. Οι κινήσεις είναι συχνά ρυθμικές προσπαθώντας να ανταποκριθούν στην προσπάθεια του να σταματήσουν.

### **Ø Διαταραχή TIC**

Τα **τικ** είναι ξαφνικές, γρήγορες, επαναλαμβανόμενες, μη ρυθμικές κινητικές κινήσεις ή φωνητικές ενέργειες.

Η διάγνωση για οποιαδήποτε διαταραχή tic βασίζεται στην παρουσία κινητικών ή φωνητικών τικ, τη διάρκεια των συμπτωμάτων, την ηλικία κατά την έναρξη και την απουσία οποιασδήποτε γνωστής αιτίας όπως μια άλλη ιατρική κατάσταση ή χρήση ουσιών.

### **· Σύνδρομο Tourette**

### **Ø Απροσδιόριστη Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή**

Αυτή η κατηγορία ισχύει για καταστάσεις στις οποίες κυριαρχούν τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που προκαλεί βλάβη σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας, αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για οποιαδήποτε από τις διαταραχές διαγνωστικής τάξης νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Έτσι ο κλινικός ιατρός επιλέγει να μην προσδιορίσει το λόγο ότι τα κριτήρια δεν πληρούνται για μια συγκεκριμένη νευροαναπτυξιακή διαταραχή και περιλαμβάνει παρουσιάσεις στις οποίες δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για να γίνει πιο συγκεκριμένη διάγνωση.

### **1.3.2. Διπολικές και Συνδεόμενες Διαταραχές**<sup>8</sup>

#### **Ø Διπολικές Διαταραχές**<sup>9</sup> (onmed.gr)

Οι Διπολικές Διαταραχές είναι οι ψυχικές διαταραχές που εκδηλώνεται με τις απότομες μεταπτώσεις της διάθεσης και δραστηριοποίησης του ατόμου, καθώς και με διαφοροποιήσεις στα επίπεδα ενέργειας, με αποτέλεσμα την αδυναμία ολοκλήρωσης απλών καθημερινών δραστηριοτήτων.

Είναι γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη, Εκδηλώνεται συνήθως στα τελευταία χρόνια της εφηβείας ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης.

Χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις, την έξαρση και την κατάθλιψη. Στην τυπική τους μορφή, οι ασθενείς περνούν από φάσεις έντονης μανίας που εναλλάσσονται με βαθιά κατάθλιψη.

#### **Ø Διπολική διαταραχή τύπου I**

Προηγείται τουλάχιστον ένα επεισόδιο, κατά το οποίο το άτομο γίνεται εξαιρετικά ευερέθιστο και μόλις και μετά βίας κοιμάται 2 με 3 ώρες την ημέρα, μιλά γρήγορα και δεν έχει αναστολές. Η κατάσταση αυτή διαρκεί για περισσότερο από μια εβδομάδα και ακολουθείται από κατάθλιψη βαριάς μορφής.

#### **Ø Διπολική διαταραχή τύπου II**

Στην περίπτωση αυτή υπάρχουν μεγάλες περίοδοι κατάθλιψης που διακόπτονται από ήπιες εξάρσεις μανίας, χαρακτηριζόμενες ως υπομανία. Η υπομανία είναι η κατάσταση αυτή όπου ένα άτομο μπορεί να είναι σε κατάσταση ενθουσιασμού πριν πέσει σε βαριά κατάθλιψη.

#### **Ø Κυκλοθυμία**

Το βασικό χαρακτηριστικό της κυκλοθυμικής διαταραχής είναι μια χρόνια διαταραγμένη διαταραχή διάθεσης που περιλαμβάνει πολυάριθμες περιόδους συμπτωμάτων υπομανίας και περιόδους καταθλιπτικών συμπτωμάτων που διακρίνονται το ένα από το άλλο. Τα συμπτώματα της υπομανίας είναι ανεπαρκή σε αριθμό, σοβαρότητα ή διάρκεια ώστε να πληρούν τα πλήρη κριτήρια για ένα υπομανιακό επεισόδιο και τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι ανεπαρκούς αριθμού, σοβαρότητας ή διάρκειας ώστε να πληρούν τα πλήρη κριτήρια για ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

#### **Ø Διπολικές Διαταραχές που προκαλούνται από ουσίες ή φάρμακα**

Σε αυτή την διαταραχή τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την διακοπή ουσιών ή φαρμάκων και παραμένουν για μια σημαντική χρονική περίοδο ( περίπου 1 μήνα) μετά την διακοπή τους.

### 1.3.3. Καταθλιπτικές Διαταραχές<sup>10.</sup>

#### Ø Καταθλιπτική Διαταραχή

Το κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των διαταραχών είναι η παρουσία λυπημένης ή ευερέθιστης διάθεσης, συνοδευόμενη από σωματικές και γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει. Αυτό που διαφέρει μεταξύ τους είναι τα θέματα της διάρκειας, του χρόνου ή της υποτιθέμενης αιτιολογίας. Η καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από διακριτά επεισόδια διάρκειας τουλάχιστον 2 εβδομάδων, που περιελάμβαναν ξεκάθαρες αλλαγές στις λειτουργικές επιδράσεις, τις γνωστικές λειτουργίες και τις νευροεκφυλιστικές λειτουργίες και τις διαφορές μεταξύ των επεισοδίων. αντικαταθλιπτική αγωγή.

#### Ø Διαταραχή Διάθεσης

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι η σοβαρή ευερεθιστότητα.

Κλινικές Εκδηλώσεις: **A.** Εκδηλώνεται με συχνές εκρήξεις ψυχραιμίας. Αυτές οι εκρήξεις συμβαίνουν συνήθως ως απόκριση στην απογοήτευση και μπορεί να είναι λεκτικές ή συμπεριφορικές και εμφανίζονται συχνά για τουλάχιστον 1 χρόνο. **B.** Εκδηλώνεται με επίμονη ευερέθιστη ή θυμωμένη διάθεση που υπάρχει ανάμεσα στις έντονες εκρήξεις της ψυχραιμίας. Αυτή η διάθεση πρέπει να είναι χαρακτηριστική, να είναι παρούσα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά και να γίνεται αντιληπτή από άλλους στο περιβάλλον του ατόμου.

#### Ø Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από την απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

Εκδηλώνεται με καταθλιπτική διάθεση, με μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες τις δραστηριότητες, σημαντική απώλεια βάρους, αϋπνία ή υπερυπνία, κόπωση ή απώλεια ενέργειας και μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης,

#### Ø Δυσθυμία

Το βασικό χαρακτηριστικό της είναι μια κατάθλιψη που συμβαίνει κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, για περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια ή τουλάχιστον για 1 έτος για τα παιδιά και τους εφήβους. Επειδή αυτά τα συμπτώματα έχουν γίνει μέρος της καθημερινής εμπειρίας του ατόμου, ιδιαίτερα στην περίπτωση της πρώιμης έναρξης, μπορεί να μην αναφερθούν εκτός εάν ζητηθούν.

### **Ø Προεμνηνοροϊκή Δυσφορική Διαταραχή**

Τα βασικά χαρακτηριστικά της προεμνηνοροϊκής δυσφορικής διαταραχής είναι η έκφραση της ευελιξίας της διάθεσης, της ευερεθιστότητας, της δυσμορφίας και των συμπτωμάτων άγχους που εμφανίζονται επανειλημμένα κατά τη διάρκεια της προεμνηνοροϊκής φάσης του κύκλου και αποδίδονται γύρω από την εμφάνιση της εμμηνορροίας ή λίγο αργότερα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να συνοδεύονται από συμπεριφορικά και σωματικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα πρέπει να έχουν εμφανιστεί στους περισσότερους κύκλους της εμμήνου ρύσεως κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους και πρέπει να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην εργασία ή στην κοινωνική λειτουργία.

### **1.3.4 Αγχώδεις Διαταραχές<sup>11</sup>.**

Περιλαμβάνουν διαταραχές που μοιράζονται τα χαρακτηριστικά του υπερβολικού φόβου και του άγχους και των σχετικών συμπεριφορικών διαταραχών. Ο φόβος είναι η συναισθηματική αντίδραση στην πραγματική ή αντιληπτή επικείμενη απειλή, ενώ το άγχος είναι η πρόβλεψη της μελλοντικής απειλής.

### **Ø Διαταραχή Διαχωρισμού**

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής διαχωρισμού είναι ο υπερβολικός φόβος ή το άγχος σχετικά με το χωρισμό από το σπίτι ή τα στοιχεία προσκόλλησης. Η διαταραχή πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 4 εβδομάδες σε παιδιά και εφήβους ηλικίας κάτω των 18 ετών και είναι συνήθως 6 μήνες ή και περισσότερο στους ενήλικες.

Χαρακτηρίζεται απο: **A.** Επαναλαμβανόμενη υπερβολική δυσφορία όταν αναμένεται ή συμβαίνει διαχωρισμός από το σπίτι ή από σημαντικά στοιχεία προσκόλλησης και **B.** Ανησυχία για τον θάνατο των στοιχείων προσκόλλησης.

### **Ø Ειδική Φοβία**

Ένα βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι ότι ο φόβος ή το άγχος περιορίζεται στην παρουσία μιας συγκεκριμένης κατάστασης ή ενός αντικειμένου που μπορεί να ονομαστεί το φοβικό ερέθισμα. Τα συμπτώματα διαρκούν συνήθως περισσότερο απο 6 μήνες.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Φόβο και **B.** Ανησυχία

Ο βαθμός του φόβου ή του άγχους που εκφράζεται μπορεί να ποικίλει σε διαφορετικές περιπτώσεις αντιμετώπισης του φοβικού αντικειμένου ή κατάστασης

λόγω διαφόρων παραγόντων. Ο φόβος και το άγχος συχνά εκφράζονται διαφορετικά μεταξύ των παιδιών και των ενηλίκων.

### **Ø Κοινωνική Φοβία**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από τον φόβο και την ανησυχία που έχει το άτομο όταν εκτίθεται σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Το άτομο πιστεύει ότι θα γίνει αντικείμενο παρατήρησης και κριτικής από τους γύρω του, ότι αποτελεί το επίκεντρο της προσοχής, ότι οι γύρω του παρατηρούν και σχολιάζουν αρνητικά τα λόγια, τις πράξεις και την παρουσία του.

### **Ø Διαταραχή Πανικού**

Κρίση πανικού είναι η απότομη αύξηση του έντονου φόβου ή της έντονης ταλαιπωρίας που φτάνει σε ένα μέγιστο μέσα σε λίγα λεπτά.

Οι κρίσεις πρέπει να διαρκούν πάνω από έναν μήνα.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Αύξηση των παλμών, **B.** Τάση προς έμετο, **Γ.** Δύσπνοια, **Δ.** Δυσφορία, **Ε.** Τάση προς λιποθυμία, **ΣΤ.** Μούδιασμα,

### **Ø Αγοραφοβία**

Είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο φοβάται να βγεί έξω και νιώθει παγιδευμένο όταν βρίσκεται έξω από τον χώρο του.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Φόβο, **B.** Άγχος, **Γ.** Επιθυμία του ατόμου να είναι κάποιος συνοδός μαζί του, **Δ.** Αποφυγή κλειστών χώρων

### **Ø Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή**

Έχει έναρξη κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία και τα συμπτώματα εμφανίζονται για περισσότερο από 6 μήνες.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Αδυναμία συγκέντρωσης, **B.** Ανησυχία, **Γ.** Υπερένταση

## **1.3.5. Συμπεριφορικές και Σχετικές Διαταραχές**<sup>12.</sup>

### **Ø Ψυχαναγκαστική Διαταραχή**

Ψυχαναγκασμός είναι η επαναληπτική συμπεριφορά που έχει τη μορφή εξωτερικών ή εσωτερικών πράξεων που επιβάλλονται από το ίδιο το άτομο.

Εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία και εξελίσσεται σταδιακά.

Χαρακτηρίζεται απο: Α. Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, Β. Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές .

### Ø Δυσμορφική Διαταραχή του Σώματος<sup>13(Δ.Στογίογλου)</sup>

Είναι η διαταραχή που αφορά επίμονες αγωνιώδεις ενασχολήσεις με φανταστικά ή ελάχιστα ελαττώματα της εξωτερικής εμφάνισης.

Η ενασχόληση προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στην κοινωνική , επαγγελματική ή ακαδημαϊκή λειτουργία του ατόμου καθώς το άτομο ασχολείται με αυτό για περισσότερο από 3 ώρες την ημέρα.

Χαρακτηρίζεται απο: Α. Επαναλαμβανόμενους ελέγχους στον καθρέφτη, Β. Υπερβολικό χτένισμα, Γ. Αναζήτηση διαβεβαιώσεων από τους γύρω, Δ. Συχνή αλλαγή ρούχων, Ε. Σύγκριση με την εμφάνιση άλλων, ΣΤ. Αποφυγή κοινωνικών περιστάσεων και εργασιακών υποχρεώσεων.

### Ø Διαταραχή τραυματισμού των μαλλιών

Είναι το επαναλαμβανόμενο τράβηγμα των μαλλιών με αποτέλεσμα την απώλεια τους.

Το τράβηγμα μαλλιών μπορεί να συμβεί από οποιαδήποτε περιοχή του σώματος στο οποίο αναπτύσσονται τα μαλλιά. Το τράβηγμα μαλλιών μπορεί να συμβαίνει καθ 'όλη τη διάρκεια της ημέρας και από την έναρξή του να διαρκεί για ώρες.

### Ø Δερματίτιδα

Είναι η επαναλαμβανόμενη συλλογή δέρματος που έχει ως αποτέλεσμα δερματικές βλάβες.

Το πιο συχνά επιλεγμένο σημείο είναι το πρόσωπο. Το άτομο επιλέγει σημεία με υγιές δέρμα ή σημεία με μικρές ανωμαλίες του δέρματος. Εκτός από τη συλλογή του δέρματος, μπορεί να υπάρχει τρίψιμο του δέρματος, συμπίεση, τρυπήματα και δάγκωμα.

### 1.3.6. Διαταραχές που σχετίζονται με το τραύμα και το στρες<sup>14.</sup>

Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από ένα τραυματικό ή αγχωτικό συμβάν.

Πολλά άτομα που έχουν εκτεθεί σε ένα τραυματικό ή αγχωτικό συμβάν εμφανίζουν έναν φαινότυπο στον οποίο, αντί για συμπτώματα που βασίζονται στο άγχος ή το φόβο, τα πιο εμφανή κλινικά χαρακτηριστικά είναι δυσφορικά, επιθετικά ή διαλυτικά.

### **Ø Διαταραχή προσκόλλησης**

Είναι το συναισθηματικό δέσιμο που αναπτύσσεται μεταξύ του βρέφους και ενός σημαντικού προσώπου που το φροντίζει κατά την διάρκεια του δεύτερου έτους της ζωής του.

Το είδος του δεσμού που θα αναπτύξει το βρέφος έχει άμεση επίπτωση στην μετέπειτα συναισθηματική και κοινωνική του ανάπτυξη. Τα βρέφη με οποιοδήποτε τύπο ανασφαλούς δεσμού θα μεγαλώσουν και θα φοβούνται ή θα θυμώνουν με ξένους, ενώ θα αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση και άλλων διαταραχών.

### **Ø Αποκλεισμένη διαταραχή κοινωνικής αφοσίωσης**

Είναι το πρότυπο συμπεριφοράς στο οποίο ένα παιδί προσεγγίζει ενεργά και αλληλεπιδρά με άγνωστους ενήλικες. Η συμπεριφορά αυτή ξεκινάει συνήθως από το 1ο έτος της ζωής.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Απουσία επιφυλακτικότητας στην προσέγγιση και αλληλεπίδραση με άγνωστους ενήλικες. **B.** Οικεία λεκτική ή σωματική συμπεριφορά, **Γ.** Μειωμένο έλεγχο του φροντιστή του ατόμου. **Δ.** Προθυμία να πάει μακριά με έναν άγνωστο ενήλικα με ελάχιστο ή καθόλου δισταγμό.

### **Ø Διαταραχή Μετατραυματικού στρες**

Είναι η διαταραχή η οποία προκλήθηκε μετά από έκθεση στον θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Επαναλαμβανόμενες, ακούσιες και παρεμβατικές θλιβερές αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος, **B.** Επαναλαμβανόμενα όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν, **Γ.** Αναδρομές, **Δ.** Έντονη ή παρατεταμένη ψυχολογική δυσφορία κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές ενδείξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με μια πτυχή του τραυματικού γεγονότος.

### **Ø Οξεία Διαταραχή άγχους**

Είναι η αγχώδης διαταραχή που αναδύεται ως απάντηση σε ένα πολύ ισχυρό ψυχοτραυματικό γεγονός.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Αδυναμία διαχείρισης των καταστάσεων, **B.** Συνύπαρξη χρόνιων σωματικών ή ψυχικών νοσημάτων, **Γ.** Απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος.

### **Ø Διαταραχές Προσαρμογής**



Διαταραχές Προσαρμογής είναι τα συναισθηματικά ή συμπεριφορικά συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται ως απάντηση σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής.

Είναι μιας μικρής διάρκειας δυσπροσαρμοστική αντίδραση, που αναμένεται να υφεθεί αμέσως μετά την παύση του στρεσογόνου παράγοντα ή αν εκείνος επιμένει, να επιτευχθεί ένα νέο επίπεδο προσαρμογής. Ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα δεν υποχωρούν μετά την απομάκρυνση του παράγοντα, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν το άγχος επιμένει, η διαταραχή μπορεί να διαρκέσει για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ακόμα και για ολόκληρη τη ζωή.

### **1.3.7 Διασχιστικές Διαταραχές**<sup>15</sup>.

Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι κάποια διάσπαση στις συντεθειμένες λειτουργίες της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας ή της αντίληψης του περιβάλλοντος. Η διάσπαση αυτή μπορεί να είναι ξαφνική ή βαθμιαία, παροδική ή χρόνια.

#### **Ø Διαταραχή Ταυτότητας**

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η ύπαρξη μέσα στο άτομο δύο ή περισσότερων ξεχωριστών προσωπικοτήτων ή καταστάσεων προσωπικότητας.

Ο αριθμός των προσωπικοτήτων ή καταστάσεων προσωπικότητας ποικίλλει από 2 ως πάνω από 100. Άτομα με τη διαταραχή αυτή βιώνουν συχνά κενά της μνήμης που αντιστοιχούν στην κατάληψη του εαυτού από κάποια άλλη προσωπικότητα.

#### **Ø Αμνησία**

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η αδυναμία του ατόμου να θυμηθεί σημαντικά στοιχεία της προσωπικής του ζωής.

Πρόκειται για αναστρέψιμη διαταραχή, που χαρακτηριστικά εμφανίζεται με τη μορφή αναδρομικών κενών της μνήμης, ύστερα από τραυματικά ή έντονα στρεσογόνα γεγονότα.

Το άτομο εμφανίζει αμηχανία, σύγχυση και αποπροσανατολισμό, που ακολουθούνται από τη συνείδηση ότι δεν μπορεί να θυμηθεί σημαντική προσωπική πληροφόρηση ή ακόμα και την ταυτότητα του. Η αμνησία εγκαθίσταται ξαφνικά και μπορεί να διαρκέσει από λεπτά ως μέρες ή και περισσότερο.

### Ø Διαταραχή Αποπροσωποποίησης

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα επεισόδια αποπροσωποποίησης σε βαθμό που να προκαλούν υποκειμενική ενόχληση.

Το άτομο να νιώθει αποξενωμένο ή απομακρυσμένο από τον εαυτό του και σαν να είναι ένας εξωτερικός παρατηρητής των ψυχικών του λειτουργιών ή του σώματος του ή να νιώθει σαν μη πραγματικό, σαν να υπάρχει ή να κινείται μηχανικά. Ακόμα, το άτομο μπορεί να νιώθει ότι δεν ελέγχει τις πράξεις του και να φοβάται μήπως τρελαθεί.

### 1.3.8 Σχιζοφρένεια και άλλες Ψυχικές Διαταραχές<sup>16</sup>.

#### Ø Σχιζοφρένεια

Η Σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή του. Αυτό παρουσιάζεται με συμπτώματα στην ομιλία, την ψυχοκινητικότητα, την σκέψη, το συναίσθημα και την αντίληψη του ατόμου.

#### Τύποι Σχιζοφρένειας:

i. **Παρανοϊκός Τύπος**

Υπάρχει έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις και δεν υπάρχει αποδιοργανωμένος λόγος. Το άγχος, ο θυμός, η λεκτική και η σωματική επιθετικότητα, η καχυποψία και η υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν αυτόν τον τύπο.

ii. **Αποδιοργανωμένος Τύπος**

Υπάρχει αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά ή απρόσφορο συναίσθημα.

iii. **Κατατονικός Τύπος**

Υπάρχει ακινησία ή υπερβολική κινητικότητα, αρνητισμός, μορφασμοί, ηχολαλία ή ηχοπραξία

iv. **Αδιαφοροποίητος Τύπος**

Υπάρχουν συμπτώματα αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου, ή Κατατονικού Τύπου.

v. **Υπολειμματικός Τύπος**

Δεν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή αποδιοργανωμένος λόγος

#### Ø Ψυχωτική Διαταραχή

Πρόκειται για την κατάσταση εκείνη όπου παραληρητικές ιδέες αναπτύσσονται στα πλαίσια μιας στενής σχέσης μ' ένα άλλο άτομο ή άτομα με εγκατεστημένες ήδη παραληρητικές ιδέες. Οι παραληρητικές ιδέες του δευτεροπαθούς ατόμου έχουν

παρόμοιο περιεχόμενο με του πρωτοπαθούς. Συνήθως, τα άτομα που αναπτύσσουν τη διαταραχή αυτή συνδέονται με άμεσο συγγενικό δεσμό αίματος ή γάμου και έχουν ζήσει για μακρό χρονικό διάστημα, μερικές φορές σε σχετική απομόνωση, με το άτομο της πρωτοπαθούς περίπτωσης.

### **Ø Ψυχωτική Διαταραχή προκαλούμενη από Ουσίες ή Φάρμακα**

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, που προκαλούνται από κάποια ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή τοξίνη και που το άτομο δεν τις αναγνωρίζει ότι προέρχονται από την ουσία. Αν το άτομο αναγνωρίζει ότι προέρχονται από την ουσία τότε η διάγνωση είναι Τοξίκωση ή Στερητική Διαταραχή από Ουσίες, Με Διαταραχές της Αντίληψης. Φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν αναισθητικά, αναλγητικά, αντιεπιληπτικά, αντιισταμινικά, αντιυπερτασικά, καρδιαγγειακά, κορτικοστεροειδή, μυοχαλαρωτικά καθώς και άλλα φάρμακα που χορηγούνται χωρίς συνταγή.

### **1.3.9. Διαταραχές Σωματικών Συμπτωμάτων και Συνδεόμενες Διαταραχές**

Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων που προτείνουν κάποια γενική ιατρική κατάσταση και που δεν μπορούν όμως να εξηγηθούν πλήρως από κάποια γενική ιατρική κατάσταση, από αποτελέσματα δράσης κάποιας ουσίας ή από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν αυτά τα άτομα είναι συμπτώματα πόνου που έχουν διαφορετικές εντοπίσεις, γαστρεντερικά συμπτώματα, σεξουαλικά συμπτώματα και ψευδονευρολογικά συμπτώματα.

#### **Ø Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων:**

Χαρακτηρίζεται από πολλαπλά σωματικά συμπτώματα που υποτροπιάζουν και διαρκούν πολλά χρόνια. Για τα σωματικά αυτά συμπτώματα οι ασθενείς ζητούν επανειλημμένα ιατρική βοήθεια, αλλά δεν ανευρίσκεται «οργανική» αιτία. Τα ενοχλήματα είναι γενικά, ασαφή και παρουσιάζονται με δραματικό τρόπο.

#### **Ø Διαταραχή Μετατροπής**

Περιλαμβάνει την ξαφνική και με δραματικό τρόπο εμφάνιση τύφλωσης, παράλυσης, σπασμών ή άλλων συμπτωμάτων, που υποδεικνύουν νευρολογική πάθηση, χωρίς όμως να υπάρχει γνωστή παθοφυσιολογική αιτία. Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα ή ελλείμματα που προσβάλλουν την κινητική ή αισθητηριακή

λειτουργικότητα και που υποδεικνύουν κάποια νευρολογική ή άλλη γενική ιατρική κατάσταση.

### **1.3.10. Διατροφικές Διαταραχές**<sup>18.</sup>

Οι Διατροφικές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από μια επίμονη διαταραχή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την κατανάλωση τροφής ή με την κατανάλωση τροφής, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αλλοιωμένη κατανάλωση ή απορρόφηση των τροφίμων και που επηρεάζει σημαντικά τη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργία.

#### **Ø Διαταραχή Μυρηκασμού**

Είναι η επαναλαμβανόμενη παλινδρόμηση τροφίμων για τουλάχιστον 1 μήνα. Σε αυτή τη διαταραχή το άτομο κάνει αναγωγή και ξαναμάσημα της τροφής. Τα συμπτώματα αυτά δεν αποτελούν συμπτώματα κάποιας συνοδούς ιατρικής κατάστασης.

#### **Ø Νευρική Ανορεξία**

Σε αυτή την διαταραχή το άτομο έχει πολύ χαμηλό σωματικό βάρος σε σχέση με το φύλλο, την ηλικία και το ύψος του.

Χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο του ατόμου στο να πάρει βάρος με αποτέλεσμα να κάνει περιορισμό στην λήψη τροφής.

#### **Ø Νευρική Βουλιμία**

Το άτομο κάνει υπερκατανάλωση φαγητού.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Διατροφή κάθε 2 ώρες με υπερβολικά μεγάλη ποσότητα φαγητού και **B.** Αίσθηση έλλειψης ελέγχου κατά την διάρκεια του επεισοδίου.

Τα συμπτώματα εμφανίζονται τουλάχιστον μια φορά μέσα στην εβδομάδα για περισσότερο από 1 μήνα.

### **1.3.11 Διαταραχές Απέκκρισης**<sup>19.</sup>

Οι διαταραχές απέκκρισης συνεπάγονται στην ακατάλληλη αποβολή των ούρων ή των περιττωμάτων και συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά την παιδική ηλικία ή την εφηβεία.

#### **Ø Ενούρηση**

Είναι τα επανειλημμένα επεισόδια ακούσιας αποβολής των ούρων πάνω στα ρούχα του κατά τη διάρκεια της ημέρας ή κατά τη διάρκεια του ύπνου. Για να θεωρηθεί κλινική διαταραχή θα πρέπει να παρουσιάζεται συστηματικά για τρεις μήνες τουλάχιστον και τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα.

#### **Ø Εγκόπριση**

Είναι η ακούσια κένωση του εντέρου σε ακατάλληλα μέρη. Για να θεωρηθεί κλινική διαταραχή θα πρέπει να εμφανίζεται συστηματικά για 3 μήνες τουλάχιστον 1 φορά το μήνα και αν πρόκειται για παιδί, θα πρέπει να έχει περάσει το 4ο έτος της ηλικίας του.

### **1.3.12. Διαταραχές Ύπνου**<sup>20.</sup>

Τα άτομα με αυτές τις διαταραχές παρουσιάζουν τυπικά δυσαρέσκεια σχετικά με την ποιότητα, το χρόνο και την ποσότητα του ύπνου. Η προκύπτουσα δυσφορία κατά τη διάρκεια της ημέρας και η βλάβη είναι βασικά χαρακτηριστικά που μοιράζονται όλες οι διαταραχές ύπνου-αφύπνισης.

#### **Ø Αυπνία**

Πρέπει να συμβαίνει τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα.

Χαρακτηρίζεται απο: **A.** Δυσκολία στην έναρξη του ύπνου και **B.** Δυσκολία στην διατήρηση του ύπνου με συχνές αφυπνίσεις .

#### **Ø Ναρκοληψία**

Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες περιόδους ανεπανόρθωτης ανάγκης ύπνου ή λήξης στον ύπνο που συμβαίνουν την ίδια ημέρα. Αυτά πρέπει να έχουν συμβεί τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα τους τελευταίους 3 μήνες.₂

### **1.3.13 Σεξουαλικές Διαταραχές**<sup>21</sup>.

Οι σεξουαλικές διαταραχές είναι μια ετερογενής ομάδα διαταραχών που τυπικά χαρακτηρίζονται από μια κλινικά σημαντική διαταραχή στην ικανότητα ενός ατόμου να ανταποκρίνεται σεξουαλικά ή να βιώνει σεξουαλική ευχαρίστηση.

#### **Ø Διαταραχές της Σεξουαλικής Επιθυμίας**

Χαρακτηρίζεται από επίμονα ή επανειλημμένα ανεπαρκείς (ή απύσες) σεξουαλικές φαντασιώσεις και επιθυμία για σεξουαλική δραστηριότητα.

Συχνά η ελαττωμένη σεξουαλική επιθυμία συνδέεται με προβλήματα στη διέγερση ή στον οργασμό. Χρόνιες σωματικές νόσοι μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη σεξουαλική επιθυμία.

#### **Ø Διαταραχή Σεξουαλικής Αποστροφής**

**Σεξουαλική αποστροφή** είναι η επίμονη ή επανειλημμένη ακραία αποστροφή και αποφυγή κάθε σεξουαλικής επαφής με ένα σεξουαλικό σύντροφο.

Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.

#### **Ø Διαταραχή της Σεξουαλικής Διέγερσης στη Γυναίκα**

Είναι η επίμονη ή επανειλημμένη αδυναμία της γυναίκας να επιτύχει ή να διατηρήσει επαρκή λίπανση κατά τη σεξουαλική διέγερση μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί γι' αυτή τη διαταραχή είναι η αυστηρή ανατροφή, το έντονο άγχος και εχθρικότητα προς τους άντρες.

#### **Ø Διαταραχή της Στύσης στον Άντρα**

Είναι η επίμονη ή επανειλημμένη αδυναμία ενός άντρα να επιτύχει ή να διατηρήσει επαρκή στύση μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Η διαταραχή είναι απλά το αποτέλεσμα της μη καλής λειτουργίας του αντανεκλαστικού αγγειακού μηχανισμού που γεμίζει με αίμα τα σηραγγώδη σώματα του πέους και το κάνει σκληρό.

Πιθανόν περισσότερο από το μισό του αντρικού πληθυσμού έχει βιώσει περιστασιακά παροδικά επεισόδια διαταραχής της στύσης, που όμως θεωρούνται μέσα στα όρια της φυσιολογικής σεξουαλικής συμπεριφοράς. Μόνον όταν τα επεισόδια αυτά είναι επίμονα ή επανειλημμένα θεωρούμε ότι υπάρχει διαταραχή.

### **Ø Διαταραχή του Οργασμού στην Γυναίκα**

Είναι η επίμονη ή επανειλημμένη καθυστέρηση ή απουσία οργασμού σε μια γυναίκα, ύστερα από μια φάση φυσιολογικής σεξουαλικής διέγερσης.

Η διαταραχή αυτή μπορεί να είναι ισόβια ή επίκτητη, γενικευμένη ή καταστασιακή.

### **Ø Διαταραχή του Οργασμού στον Άντρα**

Είναι η επίμονη ή επανειλημμένη καθυστέρηση ή απουσία οργασμού σε έναν άντρα, ύστερα από μια φάση φυσιολογικής σεξουαλικής διέγερσης, στη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας.

Πρόκειται για επιβράδυνση μέχρι απουσία της εκσπερμάτωσης στον άντρα, ενώ η στύση είναι συνήθως φυσιολογική. Μερικές φορές, η κατάσταση είναι τόσο σοβαρή, που το άτομο δεν μπορεί να εκσπερματίσει ούτε κατά τον αυνανισμό του.

Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο. Η εκσπερμάτωση επιβραδύνεται με την ηλικία, οπότε τα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να μην εκσπερματώνουν σε κάθε σεξουαλική συνάντηση.

### **Ø Πρόωρη Εκσπερμάτωση**

Είναι η επίμονη ή επανειλημμένη εκσπερμάτωση η οποία συμβαίνει με ελάχιστο σεξουαλικό ερεθισμό πριν, κατά ή λίγο μετά τη διείσδυση του πέους και πριν τη θελήσει το άτομο.

## **1.3.14 Διαταραχές Προσωπικότητας<sup>22</sup>**

Η διαταραχή αυτή είναι ένα διαρκές πρότυπο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς που αποκλίνει αισθητά από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου, είναι διάχυτο και άκαμπτο, είναι σταθερό με την πάροδο του χρόνου και οδηγεί σε δυσφορία ή εξασθένηση. Ξεκινάει με την αρχή της εφηβείας ή της πρώιμης ενηλικίωσης.

### **Ø Παρανοϊκή Διαταραχή προσωπικότητας**

Είναι η διάχυτη δυσπιστία και καχυποψία σε άλλους. Ξεκινάει από την πρώιμη ενηλικίωση.

Το άτομο πιστεύει ότι εξαπατάτε, ότι το εκμεταλλεύονται, έχει αμφιβολίες σχετικά με τις φιλίες του και δεν δείχνει εμπιστοσύνη σε κανέναν.

### **Ø Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας**

Αποτελεί πρότυπο κοινωνικών και διαπροσωπικών ελλειμμάτων που χαρακτηρίζεται από οξεία δυσφορία και μειωμένη ικανότητα για στενές σχέσεις, καθώς και από γνωστικές ή αντιληπτικές στρεβλώσεις και εκκεντρότητες συμπεριφοράς, αρχίζοντας από την πρώιμη ενηλικίωση.

Χαρακτηρίζεται από: **A.** Ιδέες αναφοράς, **B.** Περιστασιακές πεποιθήσεις ή μαγικές σκέψεις που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και είναι ασυμβίβαστες, **Γ.** Ασυνήθιστες αντιληπτές εμπειρίες, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών ψευδαισθήσεων, **Δ.** Μονή σκέψη και ομιλία, **E.** Συμπεριφορά ή εμφάνιση που είναι περιέργη, εκκεντρική ή ιδιόμορφη και **ΣΤ.** Έλλειψη στενών φίλων.

### **1.3.15 Παραφυλικές Διαταραχές**<sup>23. (Θ. Ασκητής)</sup>

Με τον όρο παραφιλία αναφερόμαστε στις σεξουαλικές εκείνες παρορμήσεις, φαντασιώσεις ή δραστηριότητες που είναι παράξενες, ασυνήθιστες ή αποκλίνουσες, όπου το άτομο επενδύει σε άλλα άτομα ή σε σεξουαλικά αντικείμενα με μοναδικό στόχο τη σεξουαλική διέγερση. Η παραφυλική δραστηριότητα είναι συχνά καταναγκαστική, ο παραφυλικός δηλαδή, αδυνατεί να ελέγξει την παρόρμηση του η οποία είναι συχνή, επαναλαμβανόμενη και συνήθως συνοδεύεται από αισθήματα ενοχής. Οι συμπεριφορές αυτές αποτελούν διαταραχή ή παρέκκλιση όταν είναι απαραίτητες για τη σεξουαλική διέγερση και την επίτευξη οργασμού και η αναζήτηση τους γίνεται με τρόπο απόλυτο και εγωκεντρικό.

### **Ø Επιδειξιμανία**

Επιδειξιμανία είναι η τάση κατά την οποία ο άνθρωπος επιδιώκει να επιδεικνύει τα γεννητικά του όργανα προς ένα στοχευμένο πρόσωπο, συνήθως σε δημόσιο χώρο, παρά την θέληση του τελευταίου για περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών.

### **Ø Φετιχισμός**

Φετιχισμός είναι η διαταραχή κατά την οποία το άτομο εμφανίζει για τουλάχιστον 6 μήνες, επαναλαμβανόμενες έντονες σεξουαλικές παρορμήσεις και συμπεριφορές που περιλαμβάνουν την χρήση ενός άψυχου αντικειμένου που ερεθίζει σεξουαλικά το άτομο.

Εμφανίζεται κυρίως στον αντρικό πληθυσμό. Η επιλογή του φετίχ μπορεί να οφείλεται σε τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία.



### **Ø Εφαψιομανία**

Είναι οι επανειλημμένες, έντονες, σεξουαλικά διεγερτικές φαντασιώσεις, σεξουαλικές παρορμήσεις ή συμπεριφορές που αφορούν το άγγιγμα και το τρίψιμο πάνω σε ένα άτομο που δεν συναινεί, για περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών.

Η συμπεριφορά αυτή συνήθως συμβαίνει σε μέρη με πολύ κόσμο και το άτομο τρίβει τα γεννητικά του όργανα στους μηρούς και τα οπίσθια του θύματος ή χαϊδεύει με τα χέρια του τα γεννητικά όργανα ή τους μαστούς.

### **Ø Παιδοφιλία**

Παιδοφιλία είναι μια ψυχοσεξουαλική διαταραχή στην οποία το προτιμώμενο μέσο σεξουαλικής διέγερσης και ικανοποίησης είναι η φαντασίωση ή πραγματική συμμετοχή σε σεξουαλική δραστηριότητα με παιδιά προεφηβικής ηλικίας (συνήθως 13 ετών και άνω). Το ενδιαφέρον μπορεί να στρέφεται σε παιδιά του ίδιου φύλου ή διαφορετικού φύλου.

### **Ø Σεξουαλικός Μαζοχισμός**

Σε αυτή την διαταραχή το άτομο διεγείρεται ερωτικά με την ταπείνωση και τον πόνο. Το άτομο μπορεί να λάβει μέρος σε δραστηριότητες κατά τις οποίες να υποστεί σωματική βλάβη ή να απειληθεί η ζωή του, με σκοπό την επίτευξη ερωτικής διέγερσης.

Τα άτομα που πάσχουν από μαζοχισμό έχουν φαντασιώσεις οι οποίες αρχίζουν στην παιδική τους ηλικία, κατά τις οποίες δέρνονται, βασανίζονται, βιάζονται ή κακοποιούνται με κάποιον άλλον τρόπο. Οι φαντασιώσεις αυτές είναι πιο έντονες στους άνδρες παρά στις γυναίκες.

### **Ø Σεξουαλικός Σαδισμός**

Στον σεξουαλικό σαδισμό το άτομο διεγείρεται ερωτικά υποβάλλοντας σε πόνο τον σύντροφό του. Ο πόνος μπορεί να πάρει πολλές μορφές και δεν είναι απαραίτητα σωματικός. Μπορεί να περιλαμβάνει ταπείνωση, απαξίωση ή εκμετάλλευση. Η μέθοδος αυτή προτιμάται από το άτομο σαν αποκλειστική μέθοδος για την ερωτική του διέγερση.

### **Ø Τρανσβεστικός Φετιχισμός**

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για ανθρώπους που ντύνονται με ρούχα του αντίθετου φύλου για να διεγερθούν σεξουαλικά.

Η διάγνωση του τρανσβεστικού φετιχισμού αφορά σχεδόν αποκλειστικά ετεροφυλόφιλους άνδρες που βιώνουν σημαντική ψυχολογική δυσφορία ή μειωμένη λειτουργικότητα ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων σεξουαλικών φαντασιώσεων, τάσεων ή συμπεριφοράς που αφορά ντύσιμο με γυναικεία ρούχα που επιμένει για τουλάχιστον έξι μήνες. Ωστόσο, υπάρχουν και κάποια μεμονωμένα

περιστατικά γυναικών που ντύνονται με ανδρικά ρούχα για σεξουαλική ευχαρίστηση.

### **Ø Ηδονοβλεψία**

Ηδονοβλεψία είναι η παρακολούθηση κάποιας σεξουαλικής δραστηριότητας με συνοδό σεξουαλική διέγερση.

Παρουσιάζει παρακολούθηση ανυποψίαστων ατόμων, συνήθως ξένων, που είναι γυμνά ή επιδίδονται σε σεξουαλική δραστηριότητα, με σκοπό τη σεξουαλική διέγερση του ατόμου που παρακολουθεί. Συνήθως το άτομο δεν επιθυμεί σεξουαλική συνεύρεση με τα άτομα αυτά.

### Ιστορική Αναδρομή Ψυχικής Ασθένειας

Οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονταν από την κοινωνία σαν τρελοί.

Κατά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα η ιατρική θεωρούσε ότι ο ασθενής ευθυνόταν για την κατάστασή του και ότι του άξιζε τιμωρία. Οι φτωχοί άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές εγκλείονταν σε φυλακές, φτωχοκομεία και γενικά νοσοκομεία.

Στην αρχαία Ελλάδα η αντίληψη για την ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα μίγμα θεολογικών, φιλοσοφικών και ορθολογικών στοιχείων.

Στους βυζαντινούς χρόνους η ψυχική ασθένεια διαφοροποιείται από τον δαιμονισμό και εισάγονται αυστηρά τα διαγνωστικά κριτήρια. Τα ακραία τελετουργικά και η προσφυγή των ασθενών σε μάγους και εξορκιστές ήταν η μοναδική προσπάθεια για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους.

Τον Μεσαίωνα, με τις απόψεις περί δαιμόνων και άλλων στοιχείων, η επιστημονική αναζήτηση και έρευνα αποδυναμώνεται και ο ψυχικά ασθενής απομονώνεται προοδευτικά από την κοινωνία. Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο χτίζεται στην Βαλένθια το 1409.

Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα στην Αγγλία, την Γαλλία και την Γερμανία, οι πύργοι μετατράπηκαν σε φρενοκομεία και διέμεναν πόρνες, τρελοί, αλκοολικοί, κλέφτες και ορφανά παιδιά, με το στίγμα της τιμωρίας από τον θεό.

Στο τέλος του 18<sup>ο</sup>- 19<sup>ου</sup> αιώνα, αναδύεται η σύγχρονη ψυχιατρική ως αποτέλεσμα ριζοσπαστικών αλλαγών στην γνώση και στις πρακτικές. Την πρώτη δεκαετία του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ο Pinel περιέγραψε κλινικά συμπτώματα και κλινικές περιπτώσεις ενώ δημιούργησε για πρώτη φορά ιατρική κατάταξη της ψύχωσης. Η βασική ιδέα του ότι <Η ψυχοπάθεια μπορεί να θεραπευτεί και το άτομο με ψυχική διαταραχή δεν είναι ολικά κατεστραμμένο αλλά μπορεί να συνεργαστεί στην θεραπεία του> αποτέλεσε μια γερή βάση για την μετέπειτα εξέλιξη.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις με ελάχιστες εξαιρέσεις είχαν μονόπλευρη βιολογική ή ψυχολογική διάσταση, ενώ το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εκτυλίσσεται η νόσος και πραγματοποιείται η θεραπεία, δεν συνεκτιμάται, παρά το γεγονός ότι ήταν γνωστό ότι η ψυχιατρική νόσος αντανακλά ποικίλους συνδυασμούς βιολογικών,

ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και ότι οι βιωματικές εμπειρίες του ασθενούς μπορεί να επιδράσουν θετικά ή αρνητικά στην πορεία της νόσου.

Στο δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα, υπήρξαν τρεις κύριοι παράγοντες που συντέλεσαν στην αλλαγή στα πρότυπα της ψυχικής υγείας. Η ψυχική ασθένεια θεωρείται βαρύτερη και σοβαρότερη της σωματικής, αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται και ο ασθενής δεν απομονώνεται ενώ αναγνωρίζεται η σημασία του περιβάλλοντος για την θεραπεία του.

Το 1950 έγινε ενδυνάμωση του κινήματος φροντίδας στο επίπεδο της κοινότητας με αποτέλεσμα την μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα ψυχιατρεία, το κλείσιμο μερικών καθώς και την ανάπτυξη εναλλακτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο. Αυτή η διαδικασία έγινε γνωστή ως αποιδρυματισμός.

Κατά την δεκαετία του 1950 επίσης, ανακαλύπτεται από τους Γάλλους Pierre Deniker και Jean Delay, το πρώτο αντιψυχωτικό φάρμακο, η χλωροπρομαζίνη. Αυτό ήταν ένα σκεύασμα που παρασκευάστηκε για να χορηγείται σε χειρουργημένους ασθενείς. Παρατηρήθηκε όμως ότι λειτούργησε κατασταλτικά με αποτέλεσμα να χρησιμοποιηθεί και για την καταστολή των συμπτωμάτων σε ασθενείς με ψυχικά νοσήματα.

Το 1980 αρχίζει η αναβάθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης με συστηματική προσπάθεια για την καθιέρωση μιας νέας αντίληψης της ψυχικής αρρώστιας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δημοσιεύει τον Ν. 1397/83 και με αυτό αποφασίζεται ότι χρειάζεται μια ενιαία στρατηγική και εθνική πολιτική στον τομέα της υγείας και με τον νόμο του ΕΣΥ ορίζεται νομοθετικά πια και θεσμοποιείται μια επιτροπή για την ψυχική υγεία η οποία θα είχε την ευθύνη για την χάραξη μια εθνικής πολιτικής στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Ο Abraham Maslow ανέπτυξε τη θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών που περιλαμβάνει τις βασικές ανάγκες (πχ. Βιολογικές ανάγκες, την ανάγκη για ασφάλεια, προστασία, αγάπη και εκτίμηση) και τις ανάγκες ανάπτυξης (αυτοπραγμάτωση). Κάθε άτομο πρέπει να ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες "υψηλότερου επιπέδου". Μια ασθένεια είτε χρόνια ή οξεία συνεπάγει πολλές ανάγκες στη ζωή του ατόμου όπως ψυχοκοινωνικές, σωματικές, προσωπικές, πρακτικές και πνευματικές που σχετίζονται σημαντικά με την πρόοδο της νόσου. Η αξιολόγηση και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών αποτελούν προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Η γνώση των θρησκευτικών στάσεων (και απόψεων κάθε ασθενή συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη των αντιδράσεων και συμπεριφορών ως προς τη νόσο. Οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως οντότητα. Η προσέγγιση αυτή τονίζει τη σημασία της ενσωμάτωσης της αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία της Π.Ο.Υ οι ψυχικές διαταραχές προσβάλλουν ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου και μπορούν οι περισσότερες περιπτώσεις με την κατάλληλη θεραπεία να ζήσουν μια πλήρη και παραγωγική ζωή ενταγμένοι στην κοινότητα χωρίς να είναι έγκλειστοι σε κάποιο άσυλο. Το νοσοκομείο θεωρείτο μέχρι πρόσφατα «ο ιδανικός χώρος» για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με οξέα αλλά και χρόνια νοσήματα. Τις τελευταίες δεκαετίες, παρ' όλα αυτά, αμφισβητήθηκε το συγκεκριμένο μοντέλο περίθαλψης και αναπτύχθηκαν νέοι τρόποι διαχείρισης των ασθενών. Έτσι, πολλές χώρες διερεύνησαν εναλλακτικές λύσεις στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα εξ αιτίας του αυξημένου κόστους φροντίδας, της πίεσης για απελευθέρωση νοσοκομειακών κλινών και της πεποίθησης ότι η ενδονοσοκομειακή φροντίδα, σε ορισμένες ομάδες ασθενών, δεν οδηγεί στην καλύτερη έκβαση. Οι σύγχρονες τάσεις στη φροντίδα υγείας δίνουν εναλλακτικές στην παραδοσιακή ενδονοσοκομειακή φροντίδα με τη δημιουργία και τη λειτουργία εξατομικευμένων, ασφαλών και ευέλικτων συστημάτων περίθαλψης, που αξιοποιούν την τεχνολογία και τις ευριζωνικές υπηρεσίες.

Στην σύγχρονη εποχή η ψυχική υγεία των ανθρώπων αποτελεί αγαθό υψίστης σημασίας και αξίας για την σωματική υγεία των ατόμων, για την υγεία των κοινωνικών ομάδων και των χωρών.

Ο συνεχής αυξανόμενος αριθμός των ψυχικά ασθενών επιφέρει δυσμενείς κοινωνικές επιπτώσεις και οικονομική επιβάρυνση σε κάθε κράτος.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), περίπου 450.000.000 άνθρωποι υποφέρουν από μια ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Αυτός ο αριθμός θα αυξηθεί αν λάβουμε υπ' όψιν τον πληθυσμό του γηράσκει και τα κοινωνικά προβλήματα.

### **3.1 Η Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα:**

Η καταπολέμηση της ασθένειας και η προστασία της υγείας υπήρχαν ανέκαθεν στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας. Στην ιστορία κάθε αρχαίου λαού και πολιτισμού ανευρίσκονται κανονισμοί και μέσα, τα οποία αποσκοπούν στην προστασία της υγείας του ατόμου αλλά και του συνόλου. Στα αρχαία χρόνια η ασθένεια αντιμετωπιζόταν με τελετές, ευχές, πρακτικές μεθόδους και βότανα. Η ιδέα της ιατρικής ταυτιζόταν με τις θρησκευτικές δοξασίες.

Τα πρώτα νοσοκομεία εμφανίστηκαν υπό την επίδραση του χριστιανισμού κατά τα τέλη του 4 αιώνα μ.Χ. και στο Βυζάντιο ανήκει η τιμή των πρώτων αγαθοεργών καταστημάτων και ιδρυμάτων, των πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων και των απλών νοσοκομείων στα μοναστήρια, τα οποία αρχικά ονομάστηκαν ξενοδοχεία.

#### **Στην ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις περιόδους:** 24. (Σιγάλας, Ι., 1999)

- Ø Η **πρώτη περίοδος** έχει την αφετηρία της στη σύσταση του ελληνικού κράτους και φτάνει μέχρι το 1909. Την περίοδο αυτή το νοσοκομείο αποτελούσε φροντίδα των μοναστηριών, των δήμων ή κοινοτήτων και των φιλόνητων, ήταν μικρό σε δυναμικότητα και με πολύ περιορισμένα μέσα για την ικανοποιητική προσφορά των υπηρεσιών. Τα εύπορα, αλλά και τα λαϊκά στρώματα απέφευγαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του και αποτελούσε καταφύγιο μόνο των απόρων. Η Ελλάδα, χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους και με έντονα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, με ελλιπή τεχνολογική υποστήριξη για παραγωγική οικονομική ανάπτυξη, δεν ήταν σε θέση να δημιουργήσει την απαραίτητη υποδομή και να οργανώσει αποτελεσματικά την υγειονομική της περίθαλψη. Τα πρώτα νοσοκομεία ιδρύθηκαν εκείνη την εποχή σε ανθούσες οικονομικά πόλεις, όπως το νοσοκομείο Σύρου (1830), το «Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς» στην Αθήνα (1836), το «Τζάνειο» στον Πειραιά (1875) και ο «Ευαγγελισμός» (1884), επίσης στην Αθήνα. Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα στη νοσοκομειακή περίθαλψη της χώρας άρχισε μόλις το 1903, με τη λειτουργία της «Πολυκλινικής» στην Αθήνα.

- Ø Η **δεύτερη περίοδος** (1909-1952) χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον ευαίσθητο υγειονομικό χώρο και την ίδρυση κρατικών, γενικών και ειδικών νοσοκομείων, λόγω των ειδικών συνθηκών που επικρατούν. Τα στρατιωτικά και αργότερα τα προσφυγικά νοσοκομεία που δημιουργήθηκαν για την κάλυψη των αναγκών αποτέλεσαν το πρώτο ευρύ δίκτυο που εξελικτικά θα διευρυνόταν. Την περίοδο αυτή, παρόλο που οι υγειονομικές συνθήκες βελτιώθηκαν και γενικεύτηκε η χρήση του νοσοκομείου, το επίπεδο περίθαλψης που παρείχε, συγκρινόμενο με το αντίστοιχο των ευρωπαϊκών χωρών εξακολουθούσε να είναι χαμηλό. Εξαιρέση αποτελούσαν τα νοσοκομεία της Αθήνας «Ευαγγελισμός», «Ερυθρός Σταυρός» και «Πολιτικών», τα οποία παρείχαν νοσηλεία υψηλού επιπέδου και διακρίθηκαν ως τα μοναδικά επιστημονικά κέντρα αυτής της εποχής.
- Ø Στην **τρίτη περίοδο** (1953-1982) η Ελλάδα διαιρείται σε 13 υγειονομικές περιφέρειες, αποκεντρώνονται οι αρμοδιότητες της κεντρικής εξουσίας στις περιφέρειες αυτές και ισχύει για πρώτη φορά η διοικητική αποκέντρωση στον υγειονομικό τομέα με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα και άλλα χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην ορθολογική και επιστημονική γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αυτή τη χρονική περίοδο εμφανίζεται αρκετά οργανωμένη, δίνεται έμφαση στον κοινωφελή της χαρακτήρα και παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και από ιδιωτικές κλινικές.
- Ø Η **τέταρτη περίοδος** αρχίζει το 1983 και φτάνει μέχρι σήμερα, χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με βασικούς νόμους. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σημαντικά την περίοδο αυτή, σημειώθηκε σημαντική βελτίωση στην υποδομή και στη στελέχωση των νοσοκομείων με προσωπικό και υπήρξε ουσιαστική βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης. Η κρατική παρέμβαση στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομείων είναι έντονη.

## 3.2 Ψυχιατρικά Ιδρύματα στην Ελλάδα

### **A. Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας**

Η πρώτη κίνηση για την περίθαλψη των ψυχοπαθών άρχισε στην Κέρκυρα το έτος 1836 υπό την επίβλεψη του Χάβαντ Ντούγκλας, όταν οι Ιόνιοι Νήσοι βρίσκονταν υπό Αγγλική Κατοχή. Για να καλυφθούν τα έξοδα της πρώτης εγκατάστασης συγκεντρώθηκε με έρανο το ποσό των 600 λιρών. Όμως μόλις το 1838 και συγκεκριμένα την 4η Ιουλίου άρχισε η λειτουργία του, δημοσιεύθηκε ο πρώτος "Κανονισμός Ασύλου Φρενοβλαβών" στην εφημερίδα του Ηνωμένου Κράτους των Ιονίων Νήσων στις 2-7-1838. Το ίδρυμα στεγάστηκε σε κτίριο το οποίο ανήκε στο συγκρότημα των στρατώνων και των οχυρώσεων του προαστίου Αγίου Ρόκκου και χρησιμοποιούταν ως στρατώνας Μηχανικού. Η Διεύθυνση του Ψυχιατρείου αρχικώς ανετέθη στο γιατρό της Αγγλικής Φρουράς Κέρκυρας. Επειδή ο αριθμός των τροφίμων μεγάλωνε η διεύθυνση προέβη στην ενοικίαση νέων κτιρίων στα προάστια Γαρίτσας και Μαντουκιού. Υπό τη μορφή αυτή λειτούργησε μέχρι την ένωση της Επτανήσου με την Ελλάδα, δηλαδή μέχρι το έτος 1864, οπότε περιήλθε στο Ελληνικό Δημόσιο το οποίο ανέλαβε εξ ολοκλήρου τα έξοδα συντηρήσεως και λειτουργίας αυτού.

### **Ανέγερση νέων κτιρίων 1880-1904**

Το έτος 1880 λόγω της αυξήσεως του αριθμού των ψυχοπαθών, κατεβλήθη από τον τότε διευθυντή ιατρό Χρήστο Τσιριγώτη, προσπάθεια επεκτάσεως για την ανέγερση νέων κτιρίων, η οποία ολοκληρώθηκε μόλις το έτος 1904.

"Δημόσιο Ψυχιατρείο Κέρκυρας": Το 1939 με βασιλικό διάταγμα (ΦΕΚ 22/Α/1939) ορίσθηκε το καταστατικό του Οργανισμού του Δημοσίου Ψυχιατρείου Κερκύρας με μία Ψυχιατρική Κλινική μέχρι 650 κλίνες, καθώς και προβλεπόμενο Ακτινολογικό και Μικροβιολογικό εργαστήριο.

"Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας": Το 1956 αναμορφώθηκε ο οργανισμός και μετονομάσθηκε σε "Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας" με την ταυτόχρονη σύσταση δύο Ψυχιατρικών Κλινικών, ενώ το 1961 συνεστήθη και Παθολογική Κλινική. Τον Απρίλιο του 1959 ξεκίνησε η λειτουργία του Ακτινολογικού εργαστηρίου και το 1960 του Μικροβιολογικού, τα οποία λειτουργούσαν μέχρι το τέλος της προηγούμενης δεκαετίας.



## **Δεκαετία 1980:**

Ο Ευρωπαϊκός κανονισμός 815 του 1984 έδωσε το έναυσμα για ριζικές αλλαγές στην κατεύθυνση της υπέρβασης του ασύλου. Με τον Κανονισμό αυτό αποφασίστηκε ότι πρέπει να εξασφαλιστεί οικονομική ενίσχυση στην Ελληνική Δημοκρατία για την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης αφενός, και αφετέρου κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Με πόρους από τον κανονισμό 815/84 δημιουργήθηκε Νοσοκομείο Ημέρας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας και Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (ΚΕΠΕ). Το 1986 το Ψυχιατρείο εντάχθηκε στο Ε.Σ.Υ και αναδιαμορφώθηκε ο οργανισμός με αποτέλεσμα τον ακριβή καθορισμό των πεδίων δράσης του. Έτσι σύμφωνα με τις διατάξεις της Α3β/οικ. 19192/26.11.86 (ΦΕΚ 816 Β/86) το Ψυχιατρείο διαιρέθηκε σε τρεις Ψυχιατρικές Κλινικές με συνολική δύναμη 360 κλινών και συστάθηκε οδοντιατρικό τμήμα.

Τη δεκαετία του 1990 τα δεδομένα μέσα στο ΨΝΚ άλλαζαν διαρκώς. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση επέτασσε την αποασυλοποίηση όλων των χρόνιων ασθενών σε διάφορες δομές μέσα στην κοινωνία, μέσα στην κοινότητα, δίπλα στα σπίτια μας. Το 1999 ξεκίνησε το πρόγραμμα "Ψυχαργός", στο πλαίσιο του οποίου στην Α' φάση δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν υπό την επίβλεψη του Ψυχιατρείου δύο ξενώνες στην Κέρκυρα για 24 ασθενείς, δύο εργαστήρια κατάρτισης για 45 ψυχικά ασθενείς και Κ.Ε.Κ. Ψυχικής Υγείας. Το 2006 μετά από μία μακροχρόνια διαδικασία μετασχηματισμού και σε πλήρη εφαρμογή του Ψυχαργός, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας πέρασε στην ιστορία δίνοντας τη θέση του στο "Κοινοτικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας".

Ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας διαδικασίας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης κατέστη εφικτό αυτό που σε κάποιους φάνταζε ιδεατό, μακρινό και ακατόρθωτο: 'Η οριστική κατάργηση του Ασύλου'. Ο μεγάλος στόχος της οριστικής παύσης λειτουργίας του Ασύλου επιτεύχθηκε στις 10 Οκτωβρίου 2006, ημέρα που εορτάζεται ως Παγκόσμια Ημέρα για την Ψυχική Υγεία

## **Β. Το Άσυλο**

Στην Ευρώπη του 19ου αιώνα η ψυχική νόσος θεωρήθηκε ως αντικείμενο επιστημονικής έρευνας: η ψυχιατρική εξελίχθηκε ως ιατρική επιστήμη και οι ψυχικά διαταραγμένοι θεωρείται ότι ανήκουν στη δικαιοδοσία του γιατρού. Οι άνθρωποι με αυτές τις διαταραχές όπως και άλλοι με διάφορες άλλες ασθένειες και ανεπιθύμητη κοινωνική συμπεριφορά, αποκοβόντουσαν από την κοινωνία σε

μεγάλα ιδρύματα εγκλεισμού, τα κρατικά φρενοκομεία τα λεγόμενα αργότερα ψυχιατρεία.

Ο όρος **άσυλο** υπονοεί την προστασία των ασθενών με τον εγκλεισμό τους στο ψυχιατρείο, επειδή η ψυχική διαταραχή τους καθιστούσε βαθμιαία ανίκανους να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ταυτόχρονα όμως γινόταν και η απομάκρυνσή τους από το κοινωνικό σύνολο. Λόγω των προκαταλήψεων που υπήρχαν για την ψυχική διαταραχή και του κοινωνικού στιγματισμού των ασθενών, ο ασθενής ήταν ανεπιθύμητος για το «υγιές» κοινωνικό σύνολο.

Το στερεότυπο του ανεύθυνου, επικίνδυνου και ανίατου ψυχοασθενή κυριαρχούσε και η ψυχιατρική περίθαλψη χαρακτηριζόταν από περιοριστικά μέτρα ασφαλείας. Η λεγόμενη θεραπεία ήταν στην ουσία μόνο φροντίδα και κάλυψη στοιχειωδών αναγκών διαβίωσης των ασθενών. Ο πληθυσμός των Ψυχιατρείων διαρκώς αυξανόταν, επειδή οι πιθανότητες επανόδου των ασθενών στο κοινωνικό τους περιβάλλον ήταν πολύ μικρές.

Τα Ψυχιατρεία συνεχίζουν να απορροφούν τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού, ανακυκλώνοντας και διευρύνοντας διαρκώς τον πληθυσμό τους και παράγοντας χρονιότητα.

Τα μειονεκτήματα των ασύλων αποδεικνύονται από την κατ' επανάληψη κακομεταχείριση των ασθενών, την γεωγραφική απομόνωση των ιδρυμάτων, αλλά και την απομόνωση του προσωπικού από επιστημονική άποψη, την κακή διαχείριση των οικονομικών πόρων τους, την έλλειψη εκπαίδευσης και επίβλεψης του προσωπικού και τους ανεπαρκείς ελέγχους ποιότητας.

Επίσης η λειτουργία του ασυλικού μοντέλου διαστέλλει τον χώρο της επαγγελματικής ευθύνης, αδιαφορεί για την ανικανότητα και την αναπηρία λόγω ψυχικής νόσου, απαξιώνει τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας και δημιουργεί εν τέλει την χρονιότητα και την ασυλική αθλιότητα που όλα μαζί συντηρούν το χάος.

## **Γ. Το Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο**

Το Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο ιδρύθηκε το 1887 μετά από δωρεά (1880) του εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαϊτή (1805-1880) αξίας 800.000 γαλλικών φράγκων, με το όνομα «Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαϊτού». Στις 16/4/1882 συστήθηκε με το ΦΕΚ 82/82, το *Εν Αθήναις Φιλανθρωπικόν Καθίδρυμα Φρενοκομείον Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαϊτού*, ενώ στις 27/5/1987 συστήθηκε το ιδιωτικό φρενοκομείο στη θέση Αγία Βαρβάρα του Δαφνίου, σε έκταση τριακοσίων είκοσι ενός στρεμμάτων που παραχωρήθηκε από το κράτος. Η επιθυμία των εκτελεστών της διαθήκης ήταν να αναγερθεί σύγχρονο ψυχιατρείο, γι' αυτό κατέφυγαν στη βοήθεια

του Γάλλου ψυχιάτρου Lunier, επίτιμου γενικού επιθεωρητή των διοικητικών υπηρεσιών του Υπουργείου Εσωτερικών της Γαλλίας, ο οποίος χρημάτισε τεχνικός σύμβουλος κατά την διάρκεια των κατασκευών. Το ίδρυμα θεμελιώθηκε το 1884 και εγκαινιάστηκε την 1/10/1887, με 4 νοσηλευτικά περίπτερα, με συνολικό αριθμό 110 κρεβατιών καθώς και με βοηθητικά κτήρια και υδροθεραπευτήριο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το Δρομοκαΐτειο αποτέλεσε το χώρο στον οποίο άλλοι Χιώτες φιλάνθρωποι, όπως ο Συγγρός, η Έλενα Βενιζέλου, ο Α Πάλλης, ο Κ. Σεβαστόπουλος, ο Π. Θεολόγος κ.ά., δώριζαν σημαντικά ποσά για την κατασκευή περιπτέρων και τη γενικότερη ενίσχυση των δραστηριοτήτων του ιδρύματος.

Οι πρώτοι γιατροί του ιδρύματος ήταν ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, που ήρθε από το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας, ο καθηγητής Μ. Κατσαράς, ο Μ. Γιαννήρης, ο Ι Ζηλανάκης. Ο Τσιριγώτης διηύθυνε το Δρομοκαΐτειο από το 1887 έως το 1903. Διάδοχος του Τσιριγώτη υπήρξε ο γιατρός Μιχάλης Γιαννήρης (1865-1956) ο οποίος διεύθυνε το Δρομοκαΐτειο έως το 1942.

Η σύγχρονη εποχή του Δρομοκαΐτειου αρχίζει από το 1948, όταν καταργήθηκαν τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και κάθε περιοριστικός δεσμός στην Γ' Κλινική από τον καθηγητή Γ. Λυκέτσο, ενώ από το 1953 καταργήθηκαν σταδιακά οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων της κλινικής και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις. Εξασφαλίστηκε επίσης ιδιωτικός χώρος για κάθε άρρωστο, οι δε τραπεζαρίες εξοπλίστηκαν με μικρά τραπέζια και καθίσματα αντί των πάγκων. Παράλληλα εφαρμόστηκαν κάποιες κοινωνιοθεραπευτικές μέθοδοι (ομαδική ψυχοθεραπεία, κοινωνιοθεραπεία, κοινωνική λέσχη, ποδοσφαιρικές συναντήσεις, ψυχόδραμα, παραστάσεις αρχαίου δράματος). Οι δραστηριότητες της Γ' Κλινικής συνδέθηκαν με κάποιες πρωτοποριακές, για την εποχή του 1960, κινήσεις, όπως εκείνη της Εβδομάδας Ψυχικής Υγείας στην Αθήνα, που οργανώθηκε από τις 2 έως τις 8 Μαΐου του 1962 από την Πανελλήνια Ένωση Ψυχικής Υγιεινής και απέβλεπε στην εξοικείωση του κοινού με θέματα ψυχικής υγείας αλλά και με τους ίδιους τους ψυχικά αρρώστους αξίζει να σημειωθεί ότι συνέχισε για χρόνια ένα παρόμοιο έργο με σχολές γονέων, διαλέξεις και άλλες δραστηριότητες.

Οι προοδευτικές αυτές δραστηριότητες, δυστυχώς, παρέμειναν στο επίπεδο των προσωπικών επιτευγμάτων μιας μικρής ομάδας ειδικών, γιατί ίσως οι πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της εποχής εκείνης δεν επέτρεψαν την εξάπλωσή τους σε άλλα ψυχιατρικά ιδρύματα. Εξαίρεση πιθανόν αποτελεί η περίπτωση της Α' Κλινικής του Κ.Θ.Ψ.Π.Α., με διευθυντή τον Ν. Ρασιδιάκη, της οποίας οι δραστηριότητες διέφεραν αισθητά από εκείνες άλλων τμημάτων του. Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρ' όλη τη χρονιότητα του Δρομοκαΐτειου και τις υποβαθμισμένες συνθήκες ορισμένων τμημάτων κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970, ελάχιστος ήταν ο αριθμός αρρώστων, συγκριτικά με τα άλλα ψυχιατρεία.

Η δύναμη του Δρομοκαΐτειου ανερχόταν σε 880 κρεβάτια το 1988, το δε ιατρικό μόνιμο προσωπικό αυξήθηκε στα 29 άτομα. Το Δρομοκαΐτειο από το 1986 ανήκει (ΦΕΚ Ι2, τεύχος 1ο, 13/2/1986) στο ΕΣΥ του Υπουργείου Υγείας. Στο νοσοκομείο αυτό λειτουργεί σχολή ειδίκευσης στην ψυχιατρική νοσηλευτική.<sup>25</sup> (Φαφαλιού, Μ., 1995)

\*Αξίζει να σημειωθεί ότι η λειτουργία του τράβηξε την προσοχή του F.Sanborn, επιθεωρητή των ψυχιατρείων της Μασαχουσέτης, ο οποίος δημοσίευσε σε ένα άρθρο για την «τρέλα» στην Ελλάδα, το 1893, στο περιοδικό Journal of Mental Science.

#### **Δ. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Αττικής**

Στις αρχές της πρώτης δεκαετίας του εικοστού αιώνα δημιουργείται στην Αθήνα η πρώτη εστία εγκλεισμού απόρων, ψυχικά αρρώστων - συγκεκριμένα στα υπόγεια του Αστυνομικού Τμήματος Μεταγωγών Αθηνών, στην περιοχή της Πλάκας. Το 1914 η εστία μεταφέρεται σε μια απομακρυσμένη τότε περιοχή, στο Μοσχάτο, όπου δημιουργείται το Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών, το οποίο λειτούργησε έως το 1919. Από εκεί οι έγκλειστοι, των οποίων οι συνθήκες διαμονής ήταν άθλιες μεταφέρθηκαν στην Αγία Ελεούσα Καλλιθέας. Το 1919 άρχισε να λειτουργεί, σε ένα εγκαταλελειμμένο κτίριο, ένα άσυλο χωρητικότητας 50 ατόμων που γρήγορα αυξήθηκαν σε 500. Το άσυλο αυτό ανήκε στο Υπουργείο Εσωτερικών, Υπουργείο Πρόνοιας ιδρύθηκε μόλις το 1922 και είχε ως προσωπικό-φύλακες μέλη της χωροφυλακής. Μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή ο πληθυσμός των εγκλείστων αυξήθηκε σε μεγάλο βαθμό. Το 1924 το Άσυλο της Αγίας Ελεούσας θα μετονομαστεί σε Υγειονομικό Ίδρυμα υπό τον έλεγχο του νέου Υπουργείου Πρόνοιας. Τότε άρχισε και ένας υποτυπώδης διαχωρισμός των εγκλείστων σε εκείνους που είχαν ανάγκη ψυχιατρικής μέριμνας και σε εκείνους που δεν είχαν, ενώ άρχισε να παρέχεται κάποιου είδους θεραπευτική αγωγή, όπως δισκία βαρβιτουρικών, βρωμιούχα, άλατα, χλωράλη κ.ά., για τους «ανήσυχους» αρρώστους ή αντισυφιλιδική θεραπεία για τους συφιλιδικούς. Το 1925 απαλλοτριώθηκαν τα πρώτα πενήντα στρέμματα για την ίδρυση του πρώτου κρατικού ψυχιατρείου στην Αττική, βόρεια της περιοχής της Μονής Δαφνίου, γνωστού και ως παλαιού χώρου «θεραπείας» ψυχασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Μονή βρισκόταν στα ερείπια του ιερού ναού του Δαφνίου Απόλλωνα, προστάτη των ψυχασθενών κατά τους κλασικούς χρόνους.

Οι κατασκευαστικές εργασίες διήρκεσαν έως το 1934, οπότε και ολοκληρώθηκε η κατασκευή των πρώτων πέντε παραπηγμάτων με 25 κρεβάτια το καθένα. Εκεί μεταφέρθηκαν όλοι οι έγκλειστοι του Ασύλου της Αγίας Ελεούσας, όπου διέμεναν μερικοί χρόνιοι, «αζήτητοι», άρρωστοι, δηλαδή κάποιιοι σαν κι αυτούς που ζούσαν στο Ψυχιατρείο της Λέρου. Στις 21/2/1934 δημοσιεύθηκε ο Νόμος 6077/34 «Περί

οργανώσεως των Δημόσιων Ψυχιατρείων». Αυτή ήταν μια πρώτη νομοθετική ρύθμιση για την οργάνωση της ψυχιατρικής νοσοκομειακής περίθαλψης της χώρας. Ο νόμος αυτός προέβλεπε έναν εσωτερικό κανονισμό των ψυχιατρείων, τη διαδικασία εκούσιας ή αναγκαστικής εισαγωγής και τη δομή της λειτουργίας ως προς το προσωπικό κάθε ειδικότητας. Μεταξύ 1934 και 1940 κατασκευάστηκαν τα τέσσερα πρώτα περίπτερα δύναμης, 380 κρεβατιών, δημιουργήθηκαν χώροι απομόνωσης, τεχνικών συνεργείων, μικροβιολογικό εργαστήριο, φαρμακείο και χειρουργείο, θυρωρείο, διοικητήριο και καφενείο. Τοποθετήθηκε σύστημα υδροδότησης και ηλεκτρισμού. Το 1934 νοσηλεύονταν εκεί 1.200 άτομα, που αυξήθηκαν κατά 300 όταν αργότερα έκλεισε το Άσυλο της Αγίας Ελεούσας. Την ίδια περίοδο καθιερώθηκε η χρήση ιστορικών μεθόδων στατιστικής ταξινόμησης. Το 1937 δημοσιεύθηκε ο Νόμος 965/37 «Περί οργανώσεως των Δημοσίων και Υγειονομικών Ιδρυμάτων» που ενίσχυσε τη νομική μορφή του Δαφνίου, ενώ ο οργανισμός του προσδιορίστηκε νομικά το 1955 (ΦΕΚ 137,1/6/1955).

Σύμφωνα με τον οργανισμό του Δημοσίου Ψυχιατρείου Αθηνών, «σκοπός του είναι η ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη των ψυχικώς εν γένει νοσούντων, η καθιέρωση της προληπτικής ψυχιατρικής με ίδρυση εξωτερικού ψυχιατρικού ιατρείου και συμβουλευτικού ιατροπαιδαγωγικού σταθμού, η παρακολούθηση των ατόμων που εξέρχονται από το ίδρυμα, η μόρφωση και η εξειδίκευση του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η εκτέλεση ερευνητικών εργασιών στον κλάδο της Ψυχιατρικής και Νευρολογίας».

Από πλευράς θεραπευτικής, εφαρμόστηκε, από το 1936, η ινσουλίνη, κωματοθεραπεία και αργότερα το ηλεκτροσόκ και η λοβοτομή, ενώ από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 γενικεύτηκε η χορήγηση χλωροπρομαζίνης και άλλων ψυχοφαρμάκων. Το 1956 ιδρύθηκε η Επιστημονική Ένωση των Νευροψυχιάτρων του ιδρύματος και οργανώθηκαν η κοινωνική υπηρεσία, τα ψυχολογικά και τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά εργαστήρια, η «απασχολησιοθεραπεία» και το τμήμα φυσικοθεραπείας. Στη δεκαετία του 1980 το ψυχιατρείο είχε 23 βασικά περίπτερα νοσηλείας στα οποία προστέθηκαν, με τα προγράμματα του Κανονισμού 815/84, το τμήμα οξέων περιστατικών, το τμήμα βραχείας νοσηλείας και το νέο ψυχογηριατρικό. Χαρακτηριστική είναι η συχνή αλλαγή της ονομασίας του ψυχιατρείου. Έτσι, από Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών μετονομάστηκε σε Γενικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών το 1955, σε Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών (ΒΔ 784 21/10/1965) και, τέλος, σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής του ΕΣΥ.<sup>26</sup> (Κ. Φιλανδριανός, 1997)

## **Ε. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο**

Η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών οφείλει την ύπαρξή της στην ίδρυση και εγκατάσταση της Νευρολογικής - Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1905 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια των πρώτων 58 χρόνων, η άσκηση της Ακαδημαϊκής Ψυχιατρικής στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο ήταν συνυφασμένη με τις ψυχιατρικές αντιλήψεις και θεραπευτικές πρακτικές εκείνης της περιόδου που χαρακτηρίζονταν από τις επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες και τις επακόλουθες προκαταλήψεις για τις ψυχικές διαταραχές. Παρά τις συνθήκες εκείνες, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έκανε κάθε προσπάθεια για την καλύτερη δυνατή φροντίδα προς τους ασθενείς. Παράλληλα η προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην ψυχιατρική, παρείχε τις βασικές γνώσεις για την άσκηση όχι μόνο των ιατρών αλλά και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας, εκείνη την περίοδο. Η ίδρυση, το 1963, της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών ως αυτόνομης κλινικής, σηματοδοτεί ουσιαστικά την ανάπτυξη της σύγχρονης ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Κατά την περίοδο της λειτουργίας της υπό τη διεύθυνση του καθηγητού Δημητρίου Κουρέτα (1964 - 1966), η Ψυχιατρική απέκτησε διακριτή ταυτότητα, επεξέτεινε το γνωστικό της πεδίο και εμπλουτίστηκε με τις βασικές κοινωνικές και ανθρωπιστικές της διαστάσεις. Σημαντικό βήμα αυτής της περιόδου ήταν το άνοιγμα των θαλάμων νοσηλείας και η δυνατότητα κινητοποίησης των νοσηλευόμενων στους εξωτερικούς χώρους του Νοσοκομείου. Αποφασιστική πρόοδος σε όλους τους τομείς της Ψυχιατρικής συνετελέσθη κατά την 25ετή περίοδο λειτουργίας της υπό τη διεύθυνση του Καθηγητού Κώστα Στεφανή (1971 - 1996).

Κατά την περίοδο αυτή, δημιουργήθηκαν οι δομές ανοιχτής ψυχιατρικής περίθαλψης, όπως το Νοσοκομείο Ημέρας (1977) και το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής (1978). Επίσης αναπτύχθηκαν και διευρύνθηκαν τα ψυχοθεραπευτικά προγράμματα με την εφαρμογή νέων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων στη θεραπεία των ασθενών. Ιδρύθηκε ερευνητικό κέντρο που στέγαζε τα ερευνητικά εργαστήρια Νευροφυσιολογίας, Νευροψυχοφαρμακολογίας και άλλων Νευροεπιστημών. Κατασκευάστηκε επίσης, το κτήριο των εξωτερικών ιατρείων (1984), αναβαθμίσθηκε και διευρύνθηκε η λειτουργία τους με τη δημιουργία ειδικών ιατρείων για ορισμένες ψυχικές διαταραχές που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας. Σημαντική εξέλιξη της περιόδου εκείνης ήταν η ανάπτυξη του μεταπτυχιακού προγράμματος εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική, που αφορούσε όλο το φάσμα των κλινικών υπηρεσιών που παρείχε πλέον η Κλινική καθώς και ο εμπλουτισμός της εκπαίδευσης με την ενσωμάτωση των ποικίλων ψυχοθεραπευτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Η πρόοδος της Κλινικής συνεχίσθηκε κατά το διάστημα 1996-2003 υπό την διεύθυνση του Καθηγητού Γεωργίου Χριστοδούλου. Κατά την περίοδο αυτή επεκτάθηκαν οι δομές της

Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής με τη δημιουργία της μονάδας αναδόχων οικογενειών, της μονάδας αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ και της μονάδας τηλεφωνικής βοήθειας SOS. Παράλληλα, κατά την περίοδο αυτή, η Κλινική επέδειξε πλούσιο συγγραφικό έργο με την έκδοση του δίτομου συγγράμματος της Ψυχιατρικής, ενώ εμπλουτίστηκε το μεταπτυχιακό εκπαιδευτικό της πρόγραμμα και εναρμονίστηκε με τις προδιαγραφές του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ψυχιατρικής. Η παραγωγική πορεία της Κλινικής συνεχίστηκε κατά το επόμενο έτος (2003 - 2004) όταν τη διεύθυνση της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής ανέλαβε ο καθηγητής κ. Ανδρέας Ραμπαβίλας. Σημαντική πρωτοβουλία αυτής της περιόδου ήταν η συστηματική οργάνωση των επιμέρους τμημάτων ψυχοθεραπείας σε ενιαίο φορέα. Η εξέλιξη της Ψυχιατρικής Κλινικής στη διάρκεια όλων αυτών των 40 ετών, εκφράστηκε με πολύπλευρο ερευνητικό και συγγραφικό έργο που είχε ως αποτέλεσμα τη διεθνή επιστημονική αναγνώριση της κλινικής και την ανάπτυξη συνεργασιών με άλλα διεθνή ακαδημαϊκά και ερευνητικά κέντρα.

Η δημιουργική και πλούσια ιστορική διαδρομή της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, συνεχίζεται στις μέρες μας με την ανάληψη της διεύθυνσης της Κλινικής από τον Καθηγητή κ. Κώστα Σολδάτο.

### **3.3 Η Υγειονομική Περίθαλψη στην Ελλάδα**

Όταν αναφερόμαστε στην υγειονομική περίθαλψη εννοούμε την αποκατάσταση των διαταραχών της υγείας.

Διακρίνεται σε ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες, οι οποίες αφορούν στη διάγνωση και θεραπεία ενός υγειονομικού προβλήματος εκτός νοσοκομείου, και στην κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες οι οποίες παρέχονται στο νοσοκομείο

#### **Η υγειονομική περίθαλψη οργανώνεται σε τρία βασικά επίπεδα:**

Α. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, που αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής ασθενών, όπου ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με τους λειτουργούς του τομέα

υγείας, δηλαδή με κάποιον επαγγελματία της υγείας (ιατρό, μαία, νοσηλεύτη κ.ά.). Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιατρείο, κέντρο υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, πολυϊατρείο ασφαλιστικού οργανισμού) καθορίζεται από το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται και κυμαίνεται από 500-50.000 άτομα.

Περιλαμβάνει:

- Τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που παρέχονται σε ιατρεία του νοσοκομείου (Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων), για διάγνωση και θεραπεία αρρώστων.
- Τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, που παρέχονται επίσης σε ιατρεία του νοσοκομείου, για την άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών).
- Τις δραστηριότητες οι οποίες αφορούν στην άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής, στο πλαίσιο εφαρμογής σχετικών προγραμμάτων.

Β. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στη περίθαλψη που παρέχεται από ιατρούς των βασικών ειδικοτήτων του νοσοκομείου της περιοχής. Το νοσοκομείο σε αυτή την περίπτωση καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σε πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000-500.000 άτομα. Η Δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του. Περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη απαιτήσεων της νοσηλείας, καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων.

Γ. Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας . Η περίθαλψη παρέχεται από τους ιατρούς του περιφερειακού νοσοκομείου και από 500-1.500.000 άτομα . Προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για την διάγνωση της ασθένειας και την θεραπεία του, επιπλέον όμως απαιτεί υψηλά εξιδανικευμένες γνώσεις, εξιδανικευμένες ικανότητες προσπέλασης, ειδικό εξοπλισμό και την συνεργασία και την υποστήριξη των άλλων ειδικοτήτων. <sup>27. (Σιγάλας, 1999)</sup>

Άρα η υγειονομική περίθαλψη διακρίνεται αρχικά σε ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή και κλειστή ή ενδονοσοκομειακή που παρέχεται στα νοσοκομεία. Τα τρία βασικά επίπεδα που οργανώνεται είναι το πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο τα οποία αφορούν κέντρα υγείας, νοσοκομεία της κάθε περιοχής και περιφερειακά νοσοκομεία αντίστοιχα.



### **3.4 Προδιαγραφές Ασφαλείας Ψυχιατρικών Δομών**

Υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες, οι οποίες προβλέπουν το πώς θα πρέπει μια ψυχιατρική δομή να είναι φτιαγμένη ώστε να παρέχει ασφάλεια στους νοσηλευόμενους ή τους ενοίκους της, και είναι οι έξης:

1. Οι είσοδοι του ψυχιατρικού τμήματος, του τμήματος οξέων περιστατικών και των ΤΕΠ πρέπει να είναι ελεγχόμενες. Ακόμη οι πόρτες των διάφορων χώρων πρέπει να είναι φτιαγμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνετε ο έλεγχος από το προσωπικό. Οι υαλοπίνακες (γυάλινες πόρτες) πρέπει να είναι άθραυστοι να αποφεύγετε η πιθανότητα τραυματισμού. Σε μονάδες ΨΚΑ ή ΚΨΥ οι πόρτες των υπνοδωματίων θα ήταν καλύτερο να ανοίγουν προς την εξωτερική πλευρά προς διευκόλυνση του ελέγχου του προσωπικού.

2. Τα παράθυρα όλων χώρων που χρησιμοποιούνται από ασθενείς θα πρέπει να είναι ψηλά και μικρά σε μέγεθος και να διαμορφώνονται ώστε να μην είναι δυνατή η διέλευση ανθρώπου, έτσι θα πρέπει να υπάρχουν πολλά για τον φυσικό αερισμό του χώρου. Για τις μονάδες ΨΚΑ και τα ΚΨΥ οι χώροι και οι προδιαγραφές φωτισμού και αερισμού των χώρων είναι ανάλογες με αυτές που αφορούν τις κατοικίες.

3. Τα ηλεκτρικά και υδραυλικά θα πρέπει καλυμμένα και εντοιχισμένα για την αποφυγή ατυχημάτων (π.χ. ηλεκτροπληξία).

4. Κάποιες δομές διαθέτουν έναν χώρο που ονομάζεται ήσυχο δωμάτιο (απομόνωση), το οποίο προορίζεται για τη παραμονή ασθενών σε κατάσταση κρίσης, για μικρό διάστημα όμως. Οι πόρτες, τα παράθυρα και τα ηλεκτρικά θα πρέπει να είναι σύμφωνα με τις παραπάνω προδιαγραφές. Ακόμη, το δωμάτιο αυτό, πρέπει να είναι επενδυμένο με μαλακό υλικό ώστε να μην υπάρξει κίνδυνος χτυπήματος του ασθενή στο τοίχο, το στρώμα και η μοκέτα θα είναι από υλικό που απορροφά τα υγρά και δεν λεκιάζει. Τέλος μπορεί να υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης του ασθενή μέσω κάμερας, από την στάση αδελφής.

5. Ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός (π.χ. έπιπλα) θα πρέπει να είναι άθραυστα και τέτοιου σχεδιασμού που να περιορίζεται η πιθανότητα τραυματισμού (πχ. μην έχουν τμήματα από γυαλί).

6. Ο κλιματισμός των χώρων σε συγκροτήματα νοσοκομειακού τύπου θα πρέπει να είναι φυσικός ή τεχνητός ή και τα δυο. Ο τεχνητός είναι αρκετά βασικός διότι δίνει τη δυνατότητα έλεγχου της θερμοκρασίας (ψύξη / θέρμανση) σε ένα επίπεδο και της υγρασίας μέσω φιλτραρίσματος του αέρα. Στη χώρα μας, επειδή οι κλιματολογικές συνθήκες, συνήθως είναι φυσιολογικές μπορεί η λειτουργία του

τεχνητού κλιματισμού να μην είναι απαραίτητη όλο το χρόνο, έτσι η κατασκευή των κτιρίων δίνει τη δυνατότητα να αερίζεται μέσω των παραθύρων. Σύμφωνα με τις προδιαγραφές του υπουργείου, προβλέπεται θέρμανση από θερμαντικά σώματα. Σε μονάδες ΨΚΑ και ΚΨΥ πρέπει να υπάρχει σύστημα θέρμανσης, αν αυτό δεν εξασφαλίζεται, η ύπαρξη κλιματισμού είναι επιθυμητή.

7. Ηλεκτρικά Ισχυρά: Σε μονάδες νοσοκομειακού τύπου, οι πίνακες που τοποθετούνται τροφοδοτούνται από τη ΔΕΗ και τα κιβώτια τους θα είναι μεταλλικά και θα φέρουν κλειδαριές, ώστε να μην είναι προσβάσιμα από οποιονδήποτε. Οι διακόπτες τοποθετούνται σε όλους τους χώρους του κτιρίου και σε τέτοιες αποστάσεις όπως υποδεικνύονται από το υπουργείο. Τα φωτιστικά, που βρίσκονται σε χώρους που χρησιμοποιούνται από ασθενείς, πρέπει να τοποθετούνται στην οροφή. Στους χώρους εργασίας του προσωπικού τοποθετούνται φωτιστικά φθορισμού με πλαστικό κάλυμμα ώστε να αντέχουν στις κρούσεις.

8. Τα ηλεκτρικά που επιτρέπεται να έχει πρόσβαση ο ασθενής, σε μονάδες νοσοκομειακού τύπου είναι: μια γραμμή τηλεφώνου, μια τηλεόραση σε κοινόχρηστους χώρους και ένα ρολόι με λεπτοδείκτη επίσης σε κοινόχρηστους χώρους.

Πρέπει να σημειωθεί ότι για τις μονάδες ΨΚΑ και τα ΚΨΥ υπάρχουν και κάποιες ακόμα προδιαγραφές εκτός από τις ήδη αναφερόμενες. Αυτό συμβαίνει γιατί οι μονάδες αυτές υπόκεινται και σε άλλους κανονισμούς αφού είναι χώροι διαμονής και όχι νοσηλείας, έτσι μπορούμε να πούμε ότι πρέπει να διαθέτουν:

α. Νομιμότητα κτιρίου και πυρασφάλεια, πολύ βασικά εφόσον τα κτίρια αυτά, που είτε κτίζονται, είτε ενοικιάζονται και διαμορφώνονται ανάλογα, θα πρέπει να διαθέτουν οικοδομική άδεια και μελέτη πυρασφάλειας όπως όλες οι κατοικίες.

β. Άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ): Καθότι οι μονάδες αυτές δεν απευθύνονται σε άτομα με κινητικά προβλήματα ή αισθητηριακές αναπηρίες θα πρέπει να μπορούν να διαθέτουν χώρο όπου θα μπορεί να φιλοξενηθεί τέτοιο περιστατικό. Προς διευκόλυνση ο χώρος αυτός πρέπει να βρίσκεται στο ισόγειο και να διαθέτει το κατάλληλο εξοπλισμό.

γ. Ασφάλεια υλικών, κατασκευών και εγκαταστάσεων: Λόγω των ειδικών συνθηκών και των ατόμων που διαμένουν ή επισκέπτονται τέτοιες μονάδες, θα πρέπει:

1. να χρησιμοποιηθούν τέτοια υλικά ώστε να αποφεύγεται η ολισθηρότητα και οι ανισοσταθμίες (σκαλοπάτια) των δαπέδων. 2. Τα κάγκελα των μπαλκονιών ή των υπαίθριων χώρων πρέπει να έχουν τέτοιο ύψος και σχέδιο ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού των ενοίκων. 3. Όσον αφορά τις εγκαταστάσεις, ο ηλεκτρικός πίνακας θα πρέπει να διαθέτει αυτόματο διακόπτη διαρροής, που θα προστατεύει όλες τις γραμμές του. Ακόμη ο θερμοσίφωνας, ηλεκτρικός ή ηλιακός

θα πρέπει να είναι ρυθμισμένος έτσι ώστε η θερμοκρασία του νερού να μην υπερβαίνει τους 40°, αυτό γίνεται για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα εγκαυμάτων των ένοικων σε περίπτωση χρήσης χωρίς επίβλεψη. Τέλος, εφόσον στις περισσότερες μονάδες οι ένοικοι εκπαιδεύονται στη μαγειρική, όποτε χρησιμοποιούν τις συσκευές που υπάρχουν στο χώρο της κουζίνας, εάν αυτές λειτουργούν με αέριο (υγραέριο ή φυσικό αέριο) θα πρέπει να διαθέτουν βαλβίδα αυτόματης διακοπής παροχής αερίου, σε περιπτώσεις μη ύπαρξης φλόγας.<sup>28. (ΥΥΠ)</sup>

### **4.1 Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη Ψυχικά Ασθενών**

Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι ο πυλώνας της ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Η εύρυθμη λειτουργία τους και η πλήρης στελέχωσή τους από επιστημονικό και καταρτισμένο προσωπικό είναι οι εσωτερικοί άξονες υποστήριξης της υποδοχής, νοσηλείας και αποκατάστασης (όπου είναι δυνατό) των ψυχικά ασθενών στη χώρα μας.

Η κρίσιμη αυτή συνθήκη κάνει το έργο των ψυχιατρικών νοσοκομείων, ακόμη πιο σημαντικό καθώς προσπαθούν να διατηρήσουν σταθερό το επίπεδο ποιότητας παροχής υπηρεσιών, ενώ δομές και προσωπικό πλήττονται συνεχώς. Αν προσθέσει κανείς και τις διαδόσεις σχετικά με τη συνέχιση της λειτουργίας τους, αντιλαμβάνεται κανείς ότι το έργο τους δεν είναι καθόλου εύκολο.

#### **4.1.1 Ψυχιατρικές Μονάδες Γενικού Νοσοκομείου**

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας (ανάλογο της παθολογικής, χειρουργικής, κλπ. κλινικών) που σκοπό έχει την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη καθώς και την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι γενικές λειτουργίες της ψυχιατρικής μονάδας είναι η εξυπηρέτηση πληθυσμού μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας η οποία αποτελεί μέρος του τοπικού δικτύου υπηρεσιών υγείας, η περιορισμένη δυναμικότητα κλινών, οι εκούσιες και ακούσιες νοσηλείες, η νοσηλεία ασθενών με οξεία κυρίως συμπτώματα, η συνεργασία με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα καθώς και η συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του ΤοΠΥ. <sup>(Πετριόλης, Γ.)</sup>

## 4.2 Μονάδες ολοκληρωμένου ψυχιατρικού τμήματος ενός Γενικού Νοσοκομείου:

### 4.2.1 Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων

Η Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων (ΜΒΝΕ) είναι μια από τις μονάδες του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου. Στη ΜΝΕ δεν υπάρχουν δωμάτια απομόνωσης, τα παράθυρα και οι πόρτες είναι ανοιχτά και δεν υπάρχει διαχωρισμός σε σχέση με το φύλο όπως συμβαίνει στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Έχει δωμάτια ομαδικών δραστηριοτήτων, δωμάτιο σεμιναρίων, εστιατόριο, και δωμάτια συνεδριών. Οι εκούσια νοσηλευόμενοι είναι ελεύθεροι να βγουν έξω, να δεχτούν επισκέψεις και να φύγουν από το τμήμα κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου ή των αργιών με ή χωρίς συνοδεία.

Η ΜΝΕ μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με ένα μεγάλο εύρος διαταραχών όπως: ψυχώσεις, νευρώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, απόπειρες αυτοκτονίας κ.α.. Δεν γίνονται δεκτά άτομα με προβλήματα τοξικοεξαρτήσεων και αλκοολισμού. Γίνονται δεκτές τόσο εκούσιες όσο και ακούσιες εισαγωγές, ενώ τέλος εκτός από τα ιατρικά κριτήρια σημαντικό ρόλο παίζει και ο τόπος διαμονής του ασθενή που πρέπει να ανήκει στην περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου. Η διάρκεια νοσηλείας του κάθε ασθενούς εξαρτάται κυρίως από την ψυχιατρική του κατάσταση, όμως επηρεάζεται και από πολλούς άλλους παράγοντες. Γενικά πάντως δεν ξεπερνά τους δύο μήνες. Η στενή συνεργασία των γιατρών της μονάδας με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων της ιατρικής βοηθάει στην κατάργηση των στερεότυπων απόψεων του προσωπικού του νοσοκομείου για την ψυχιατρική και προάγει την ολιστική θεώρηση του ασθενούς. <sup>(Ε. Τσεμπελίκος)</sup>

### 4.2.2 Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων

Η Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων (ΜΟΠΕ) βρίσκεται μέσα στο χώρο του Ψυχιατρικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου και δέχεται κυρίως περιστατικά τα οποία αιτούνται για πρώτη φορά ψυχιατρικών υπηρεσιών, έχουν επείγοντα χαρακτήρα και η ασθένειά τους διέρχεται την οξεία φάση. Δέχεται επίσης εισαγωγές παλαιών ασθενών που είναι σε τέτοια φάση υποτροπής για την οποία

χρειάζεται κλειστή νοσηλεία. Η ύπαρξη ψυχικής νόσου και μόνο δεν αποτελεί λόγο εισαγωγής στη μονάδα νοσηλείας.

Ο κίνδυνος αυτό –ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς, η άρνηση του ασθενούς να δεχθεί την αναγκαία θεραπεία, καθώς και η ανάγκη για συστηματική παρατήρηση σε περίπτωση διαγνωστικού προβλήματος, είναι ενδεικτικά μερικοί από τους πιο συνηθισμένους λόγους νοσηλείας.

Η νοσηλεία των ατόμων με ψυχική διαταραχή διέπεται από το νόμο 2071/92 (άρθρα 94-100) και διακρίνεται σε ακούσια και εκούσια.

Την ημέρα εισαγωγής του ασθενή, παράλληλα με την ψυχιατρική εξέταση, διενεργείται έλεγχος της σωματικής του κατάστασης (κλινική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα, αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις και συμπληρώνεται το κοινωνικό ιστορικό με συνεντεύξεις από τον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του). Όταν ολοκληρωθεί η διαγνωστική διαδικασία αρχίζει η θεραπεία αφού πριν έχει ενημερωθεί ο ασθενής για το είδος και τους στόχους της. Την ευθύνη της θεραπείας αναλαμβάνει μια θεραπευτική ομάδα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, (ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, νοσηλευτές). Ο χρόνος νοσηλείας είναι κυμαινόμενος λόγω της εξατομικευμένης θεραπείας (με μέση διάρκεια νοσηλείας ένα μήνα). Όπου κρίνεται σκόπιμο χορηγούνται άδειες εξόδου.

Μετά την συμπλήρωση της νοσηλείας η κλινική οξέων περιστατικών παραπέμπει το νοσηλευόμενο είτε στο νοσοκομείο ημέρας είτε στον ξενώνα, είτε στο κέντρο ψυχικής υγείας, με προοπτική την ομαλή μετάβαση του ασθενούς στη κοινωνία.<sup>29</sup>  
(Γαληνός, 1986)

#### **4.2.3 Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου**

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου περιλαμβάνει μονάδες αντίστοιχες με αυτές των ενηλίκων, οι οποίες αφορούν εφήβους. Συγκεκριμένα το τμήμα εφήβων του ψυχιατρικού τομέα παρέχει διαγνωστικές, συμβουλευτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες και νοσηλεία σε έφηβους με ψυχιατρικά προβλήματα και σε ασθενείς εφηβικής ηλικίας όλων των άλλων κλινικών και τμημάτων του νοσοκομείου που έχουν ανάγκη ψυχιατρικής παρακολούθησης (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας, διατροφικές διαταραχές κλπ. Η ηλικία των εφήβων που προσέρχονται στο τμήμα αυτό είναι από 14-18 ετών. Αυτοί πρέπει πάντα να συνοδεύονται από τουλάχιστον ένα από τους δύο γονείς ή από τον κηδεμόνα τους για να γίνουν δεκτοί από το τμήμα. Οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση ή νοσηλεία του εφήβου απαιτεί την σύμφωνη γνώμη της οικογένειας του καθώς και την συμμετοχή της σε

αυτή. Το τμήμα εφήβων περιλαμβάνει μονάδες, όπως Μονάδα Νοσηλείας Εφήβων, Μονάδα Οξέων Περιστατικών Εφήβων, Νοσοκομείο Ημέρας, Δορυφορικό Ξενώνα Εφήβων. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν με τρόπο αντίστοιχο εκείνου του τμήματος ενηλίκων, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τις ιδιαιτερότητες των εφήβων.

30.(ΓΑΛΗΝΟΣ.,1986)

#### **4.2.4 Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου**

Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου (ΠΨΤΓΝ) παρέχει υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε παιδιά έως 12 ετών. Περιλαμβάνει, όπως και τα τμήματα για ενήλικες και έφηβους, μονάδες νοσηλείας, νοσοκομείο ημέρας και δορυφορικό ξενώνα καθώς και εξωτερικά ιατρεία, τακτικά και έκτακτα. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διασυνδεδετική υπηρεσία που παρέχεται στην παιδιατρική κυρίως κλινική. Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών, το ΠΨΤΓΝ συνεργάζεται στενά με φορείς εκπαίδευσης, Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και άλλους φορείς που ασχολούνται με την οικογένεια και το παιδί.

#### **4.2.5 Ψυχιατρικά Τμήματα Χωρίς Μονάδες Νοσηλείας**

Υπάρχουν και Ψυχιατρικά Τμήματα χωρίς μονάδες νοσηλείας. Παρ' όλα αυτά πολλά από αυτά τα τμήματα έχουν αναπτύξει εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία έχουν διασυνδεθεί με ειδικά τμήματα των νοσοκομείων τους και παρέχουν εκπαίδευση σε νοσηλευτικό προσωπικό και σε συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, καθώς φροντίζουν και για την αγωγή Ψυχικής Υγείας με διαλέξεις στο ευρύτερο κοινό και κάνουν ερευνητικό έργο με αξιόλογο αριθμό εργασιών και δημοσιεύσεων. Ακόμα καλύπτουν Κέντρα Υγείας και σε ορισμένες περιπτώσεις κατ' οίκον επισκέψεις και αξιολογήσεις ψυχιατρικών ασθενών, ιδιαίτερα ψυχογηριατρικών που είχαν νοσηλευτεί στα αντίστοιχα νοσοκομεία. Η μεγαλύτερη προσφορά τους είναι ότι αποτελούν ηθμό, καθώς μεγάλος είναι ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται στα Γ.Ν. και παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή. Στο παρελθόν τα περιστατικά αυτά διακομίζονταν στα δημόσια ψυχιατρεία ή σε ιδιωτικές κλινικές. Τώρα, σπανίως γίνεται κάτι τέτοιο. Μόνο αν πρόκειται για επείγον περιστατικό από τα Τακτικά Επείγοντα Περιστατικά, και έχει διαγνωστεί ανάγκη για νοσηλεία.

Οι προοπτικές των Τμημάτων είναι καλές. Φαίνεται ότι το κοινό θα τα χρησιμοποιεί όλο και πιο πολύ. Βέβαια κάποια από αυτά, με τη σημερινή ελλιπή υποδομή τους, έχουν οδηγήσει σε αναγκαστική πτώση της ποιότητας, π.χ. μακρά λίστα αναμονής, ελάττωση του χρόνου συνέντευξής κ.α.

#### **4.2.6 Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου**

Η Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου (Ψ.Κ.Γ.Ν.) είναι μια κλινική ενσωματωμένη στην κτιριακή, διοικητική και λειτουργική δομή του νοσοκομείου. Περιλαμβάνει έναν αριθμό κρεβατιών όχι μεγαλύτερο από 25, προσφέρει νοσηλία βραχείας διάρκειας (από μερικές ώρες μέχρι 6 εβδομάδες) και αφορά κυρίως ασθενείς με οξεία ψυχιατρικά προβλήματα.

Καλύπτει τον αριθμό ενός συγκεκριμένου γεωγραφικού χώρου και λειτουργεί σε 24ωρη βάση και ταυτόχρονα βρίσκεται σε στενή σχέση με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών προβλημάτων των ασθενών τους, αναπτύσσοντας τη διασυνδετική- συμβουλευτική ψυχιατρική στο γενικό νοσοκομείο.

Ο θεσμός του καθιερώθηκε αρχικά για να αποφευχθεί ο "ιδρυματισμός" των αρρώστων από τη νοσηλεία στα τεράστια και απρόσωπα δημόσια ψυχιατρεία-άσυλα. Με την εντατική νοσηλεία των οξέων περιστατικών αποφεύγεται η χρονιοποίηση του προβλήματος.

Η αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό νοσοκομείο γίνεται καλύτερα αποδεκτή από τον άρρωστο και το περιβάλλον του αφού μειώνει τον εξοστρακισμό των αρρώστων και ελαττώνει το στίγμα.

Επίσης η Ψ.Τ.Γ.Ν. έχει τη δυνατότητα άμεσης παρέμβασης και θεραπείας στο σπίτι του ασθενούς και επιδιώκει την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση σε θέματα ψυχιατρικής. Η σημασία του θεσμού του ψυχιατρικού τομέα στο γενικό νοσοκομείο είναι μεγάλη αφού η ψυχιατρική παύει να είναι απομονωμένη από την υπόλοιπη Ιατρική και παρέχει καλύτερες συνθήκες νοσηλείας στους ψυχικά άρρωστους. Τέλος βοηθά τη Γενική Ιατρική και βραχύνει το χρόνο νοσηλείας ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Το αποτέλεσμα αυτής της εφαρμογής θα είναι σημαντικό αφού από έρευνες που έχουν γίνει, στα νοσοκομεία που λειτουργούν ψυχιατρικοί τομείς, μόνο ένας στους δέκα ψυχωτικούς που έχουν ανάγκη νοσοκομειακής θεραπείας αποστέλλεται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.



Εάν εξαιρεθούν τα παιδοψυχιατρικά και ψυχογηριατρικά περιστατικά και ίσως οι σοβαρές επιλεγμένες διανοητικές καθυστερήσεις αλλά και οι χρόνιοι υπολειμματικοί σχιζοφρενείς για τους οποίους υπάρχουν καταλληλότερες υπηρεσίες, το φάσμα των ψυχιατρικών διαταραχών που αντιμετωπίζονται είναι οι νευρώσεις, οι σωματόμορφες διαταραχές, οι διαταραχές της προσωπικότητας, οι ψυχώσεις που δεν είναι σε ακραία διεγερτική φάση, οι σχιζοφρένιες καθώς και οι εξαρτήσεις από ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ.

Το προσωπικό του ψυχιατρικού τομέα ενός γενικού νοσοκομείου αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές, ειδικό νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό και από το βοηθητικό προσωπικό. <sup>(Πετριόλης, Γ.)</sup>

### **4.3 Το Νομοθετικό Πλαίσιο των Ψ.Τ.Γ.Ν.**

Νομοθετικά η μεταρρύθμιση στην παροχή Ψυχιατρικής Φροντίδας, οφείλεται στη σύμπτωση δύο γεγονότων.

Το πρώτο είναι η εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. στη Ελλάδα με τον Ν. 1397/83. Σ' αυτόν τον νόμο περιλαμβάνεται για πρώτη φορά ένα ειδικό άρθρο για την Ψυχική Υγεία. Το άρθρο 21 προβλέπονταν ποιες δομές θα υπάρξουν στο χώρο της Ψυχικής Υγείας. Με το άρθρο αυτό προσδιορίζονται και οι ακριβείς αρμοδιότητες αυτών.

Την εποχή που μελετάται η Ελληνική κυβέρνηση απευθύνεται στην επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων με το γνωστό «Μνημόνιο» της 19ης Μαρτίου του 1982, με το οποίο ζητούσε από την Ε.Ο.Κ. μια ειδική μεταχείριση για να μπορέσει να ενισχυθεί η φτωχότερη τότε χώρα κράτος-μέλος της, για να φτάσει στο ίδιο επίπεδο με τους άλλους εταίρους, σαν ισότιμο μέλος.

Η πρόταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης προς την Ελλάδα ήταν η εξής: Προτάθηκε μια ειδική ενίσχυση στον κοινωνικό τομέα ώστε προοδευτικά η Ελλάδα να είναι σε θέση να συμμετάσχει στις κοινοτικές πολιτικές σε σχέση με κοινωνικά θέματα στο ίδιο επίπεδο με τους υπόλοιπους εταίρους. Στην πρόταση της επιτροπής στις 29 Ιουλίου 1983 προς το συμβούλιο Υπουργών και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο τονίστηκε η πλήρης ανεπάρκεια του Ελληνικού Συστήματος ιατρικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και διανοητικά αναπήρων. Έτσι αποφασίστηκε η ανάπτυξη ενός νέου συστήματος Ψυχιατρικής Περίθαλψης που θα στηριζόταν «σ'ένα αποκεντρωμένο δίκτυο υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας εκτός

των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων». Η Ε.Ε. προχώρησε με απόφαση του Συμβουλίου της 26ης Μαρτίου 1984 στον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/84 για «έκτακτη ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα». Το άρθρο 1 του Κανονισμού προέβλεπε «για την χρονική περίοδο από 1 Ιανουαρίου 1984 ως 31 Δεκεμβρίου 1988 μία έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την προώθηση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η Ελληνική Δημοκρατία για την ανάπτυξη υποδομής επαγγελματικής κατάρτισης στην Αθήνα και την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματική τους κατάρτιση.

Οι στρατηγικοί στόχοι του πενταετούς προγράμματος αφορούσαν τρεις κυρίως τομείς:

Α. Την αποκέντρωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και την διαμόρφωση εναλλακτικών δομών. Η αποκέντρωση αυτή υλοποιήθηκε με την κατασκευή και τον εξοπλισμό 27 μονάδων Τ.Τ.Γ.Ν., 7 μονάδων οξέων περιστατικών και βραχείας νοσηλείας, και άλλων εναλλακτικών δομών (π.χ. Κ.Ψ.Υ. Ψυχοπαιδαγωγικών Κέντρων, Ξενώνων και εργαστηρίων προ και επαγγελματικής κατάρτισης.)

Β. Την αποασυλοποίηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και την μετακίνηση ασθενών μακράς διάρκειας σε εναλλακτικές δομές κατοικίας στην κοινότητα.

Γ. Την εκπαίδευση του προσωπικού στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια, με νέες μεθόδους και τρόπους φροντίδας στους τομείς της κοινοτικής ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Σε όλη την προσπάθεια προστέθηκε και ο Ν.2071/92 στον οποίο υπάρχει ειδικό κεφάλαιο σχετικά με την Ψυχική Υγεία. Στο κεφάλαιο αυτό κατοχυρώνονται το πλαίσιο της τομεοποίησης, αναφέρονται για λόγους νομικούς οι μονάδες Ψυχικής Υγείας που θεσμοποιούνται και επίσης γίνεται μια αναφορά σχετικά με τη νοσηλεία του ασθενούς. Με την τομεοποίηση συνίσταται σε κάθε νομό ένας Τομέας Ψυχικής Υγείας, με εξαίρεση στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, όπου μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός.

Στο άρθρο 92 του Ν.2071 επίσης αναφέρεται διάταξη στην οποία συγκροτούνται πενταμελής Τοπικές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας, εποπτεύουν τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Τέλος με τον Ν.2716/99 «Περί ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής

υγείας», αναφέρεται στο άρθρο 2 η σύσταση Γραφείου και πενταμελούς Επιτροπής Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

Η επιτροπή αυτή ελέγχει την προστασία και τα δικαιώματα των ασθενών, των μονάδων ψυχικής υγείας, για αξιοπρεπή νοσηλεία. Στο άρθρο 3 του ίδιου νόμου αναφέρεται και πάλι η τομεοποίηση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σε υγειονομικές περιφέρειες, με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά. Τέλος στο άρθρο 4 του ίδιου νόμου αναφέρονται και πάλι οι Μονάδες παροχής Ψυχικής Υγείας.

### **4.3 Η Συμβουλευτική – Διασυνδεδετική**

Αρχικά υπήρχε διάκριση μεταξύ συμβουλευτικής και διασυνδεδετικής ψυχιατρικής υπηρεσίας. Έτσι στα πλαίσια της συμβουλευτικής ψυχιατρικής ο ψυχίατρος παρείχε απλά την γνώμη του για την διάγνωση και την αντιμετώπιση της ψυχιατρικής διαταραχής ή οποιασδήποτε ανεπιθύμητης συμπεριφοράς ενός ασθενούς μόνο όταν το ζητούσε ο θεράπων ιατρός. Η διασυνδεδετική ψυχιατρική, αναπτύχθηκε σαν κάτι ευρύτερο.

Σήμερα δεν υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ Συμβουλευτικής και Διασυνδεδετικής. Η συμβουλευτική διασυνδεδετική μπορεί να παραπέμψει τον ασθενή στα Εξωτερικά Ιατρεία (Ε.Ι.), στα Ψυχοθεραπευτικά Ιατρεία της Κλινικής, στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, σε τμήμα ενός Ψυχιατρικού Νοσοκομείου. ή στο τμήμα εσωτερικής περίθαλψης του Ψ.Τ.Γ.Ν.

Για την εκτίμηση της κατάστασης και την αντιμετώπιση των ασθενών θα πρέπει να συμμετάσχουν επαγγελματίες από όλα τα επαγγέλματα της Ψυχικής Υγείας. Η ανταπόκριση στην παραπομπή θα πρέπει να είναι γρήγορη, εάν αυτό είναι εφικτό, όσο και άμεση, ακόμη και την ίδια μέρα.

Η Συμβουλευτική Διασυνδεδετική προσφέρει πολλά στους ψυχιάτρους και συναδέλφους των άλλων ειδικοτήτων όπως την ευαισθητοποίησή τους σε πολλαπλά επίπεδα (ψυχικό, σωματικό, οικογενειακό, κοινωνικό) ως προς την προσέγγιση και την αντιμετώπιση του ασθενούς

Σχετικά με αυτή την υπηρεσία, έχει παρατηρηθεί ότι η παρουσία της σε ένα Γενικό Νοσοκομείο μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην επιτυχή απόδοση της ψυχιατρικής, στην ελάττωση του νοσηλευτικού κόστους, με την αποφυγή άχρηστων εξετάσεων και βραχύνοντας το χρόνο νοσηλείας των ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

### Τα είδη άσκησης της Σ / Δ είναι:

- Το μοντέλο που επικεντρώνεται στον ασθενή.  
Σε αυτό ο ψυχίατρος αντιμετωπίζει το πρόβλημα ακολουθώντας την σειρά: κλινική εξέταση, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.
- Το μοντέλο που επικεντρώνεται στον θεράποντα.  
Ο ψυχίατρος προσπαθεί να κατευθύνει τον θεράποντα ιατρό, ώστε να αντιμετωπίσει αυτός, τον ασθενή και τα προβλήματά του.
- Το μοντέλο που στοχεύει στην ομαλή λειτουργία των κανόνων παροχής υπηρεσιών υγείας μέσα στο νοσοκομείο και στη συνεργασία των ασθενών με τους ιατρούς.

### Αποτελείται από δύο μέρη:

- I. Την κλινική εκτίμηση του ασθενούς.  
Όταν λάβει την πρόσκληση για ψυχιατρική εξέταση, ο ψυχίατρος πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο θεράπων ιατρός έχει προετοιμάσει τον ασθενή για την επίσκεψή του. Πριν από την εξέταση ενημερώνεται για την σωματική νόσο, την θεραπευτική αγωγή του και συλλέγει πληροφορίες για τη συμπεριφορά του ασθενή στην κλινική από το νοσηλευτικό, κυρίως προσωπικό.
- II. Την επικοινωνία με τον θεράπων Ιατρό.  
Με την βοήθεια της Σ/Δ, οι περισσότερες από τις οξείες ψυχιατρικές διαταραχές μπορούν να αντιμετωπισθούν από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα κυριότερα προβλήματα της Σ/Δ είναι ότι η εκπαίδευση των φοιτητών της ιατρικής δεν δίνει μεγάλη έμφαση στην ψυχιατρική, ο παλιός οικογενειακός ιατρός έχει αντικατασταθεί από ιατρούς μεγάλης εξειδίκευσης, οι νέοι ιατροί έχουν μάθει να ασχολούνται μόνο με σωματικά προβλήματα και αποφεύγουν την προσωπική επαφή με τον άρρωστο, η οποία τους προκαλεί άγχος, οι ψυχίατροι που ασχολούνται με την Σ/Δ συχνά έχουν να αντιμετωπίσουν όχι ένα συγκεκριμένο ψυχιατρικό νόσημα, αλλά συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα τα οποία επιδρώντας πάνω στην προσωπικότητα του αρρώστου περιπλέκουν την κλινική του εικόνα και προκαλούν στους Ιατρούς άλλων ειδικοτήτων σύγχυση.

### 4.5 Διαταραχές πρόσληψης τροφής:

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ένα θέμα που ενδιαφέρει την επιστημονική κοινότητα, αλλά και την κοινή γνώμη. Η ενασχόληση με το φαινόμενο αυτό κρίθηκε

αναγκαία, εξαιτίας της ανησυχητικής αύξησης των ατόμων που πάσχουν από τις εν λόγω διαταραχές, ιδιαίτερα στις δυτικού τύπου αναπτυγμένες κοινωνίες.<sup>31</sup> (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008)

Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι το 3% του γυναικείου πληθυσμού εμφανίζει κάποια μορφή διαταραχής πρόσληψης τροφής. Γενικά όμως η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20.

Σύμφωνα με τον Yager (2000), σαν ψυχογενής ανορεξία ορίζεται η διαταραχή σχετική με την πρόσληψη τροφής, που χαρακτηρίζεται από αλλοιώσεις στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και από διαρκή κατάσταση άγχους για επικείμενη αύξηση του σωματικού βάρους.

Βασικό γνώρισμα των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι ότι έχουν μία διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα τους. Το άτομο, αρχικά, αισθάνεται μία δυσaréσκεια με την εικόνα του σώματός του. Προσπαθώντας να χάσει βάρος νιώθει μία ικανοποίηση γιατί έχει την αίσθηση ότι αποκτά τον έλεγχο του εαυτού του. Ωστόσο, ενώ είναι ήδη λιποβαρές, αρνείται ότι έχει χαμηλό βάρος. Είναι χαρακτηριστικό ότι όταν στέκεται μπροστά στον καθρέπτη βλέπει μία εικόνα διαφορετική από αυτή που είναι στην πραγματικότητα. Όσο περισσότερο αδυνατίζει τόσο πιο παχύ βλέπει τον εαυτό του. Πρόκειται για μία διαστρεβλωμένη αντανάκλαση, ένα είδος γνωστικής παραμόρφωσης.<sup>32</sup> (Zipfel et al., 2014)

**Τα κέντρα που ασχολούνται με τις διατροφικές διαταραχές** στην Ελλάδα είναι τα εξής :

#### **1. Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ Αιγινήτειο νοσοκομείο.**

Ξεκίνησε τη λειτουργία της το 1990 αρχικά ως ειδικό εξωτερικό ιατρείο. Από το 2004 και την επίσημη θεσμοθέτηση ως μονάδα διαταραχών πρόσληψης τροφής στο αιγινήτειο νοσοκομείο, λειτουργούν πλέον δυο θεραπευτικά προγράμματα, το ενδονοσοκομειακό (δύναμης 3κλινών) και το εξωνοσοκομειακό. Το εξωνοσοκομειακό θεραπευτικό πρόγραμμα, διαθέτει συνδυασμό ατομικής, γνωσιακής, συμπεριφορικής θεραπείας και ομαδικής ψυχοεκπαίδευσης οικογενειών. Από το 2011 λειτουργεί και ειδικό πρόγραμμα διαλεκτικής – συμπεριφορικής θεραπείας για ασθενείς, που εκτός από τη διαταραχή πρόσληψης τροφής πάσχουν και από οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η μονάδα εκτός από το κλινικό και ερευνητικό της έργο, έχει αναπτύξει έντονη εκπαιδευτική δραστηριότητα με στόχο την εκπαίδευση ειδικών της ψυχικής υγείας στη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής.<sup>33</sup>

## **2. Αττικό νοσοκομείο**

Αρμοδιότητα του τμήματος διατροφής είναι η διατροφική υποστήριξη των ασθενών, είτε νοσηλεύονται είτε επισκέπτονται τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, η πληροφόρηση και εκπαίδευσή τους, η καταπολέμηση τόσο του υποσιτισμού και της δυσθρεψίας όσο και των προβλημάτων που απορρέουν από την παχυσαρκία.

Το τμήμα σε εφαρμογή του νόμου Ν4052/2012 και σε συνεργασία με την ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία δημιούργησε τις Ομάδες Υποστήριξης Θρέψης (ΟΥΘ) με απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση της νοσοκομειακής δυσθρεψίας και τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

Οι διαιτολόγοι του τμήματος σε καθημερινή βάση ασκούν διατροφική – συμβουλευτική σε ευρύ πεδίο νόσων/ ασθενειών, στα πλαίσια της λειτουργίας των πρωινών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου.

Επιπροσθέτως, το τμήμα διατροφής έχει σχεδιάσει, εγκαταστήσει, εφαρμόζει και διατηρεί μόνιμα, από το 2004 μέχρι και σήμερα ένα τεκμηριωμένο Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Τροφίμων (ΣΔΑΤ) με βάσει καθιερωμένες αρχές HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point – Ανάλυση Επικινδυνότητας στα κρίσιμα Σημεία Ελέγχου), Ορθές Παρασκευαστικές Τεχνικές και Ορθές Πρακτικές Υγιεινής σε όλες τις λειτουργίες του παρασκευαστηρίου των γευμάτων μέχρι την κατανάλωση.<sup>34</sup>

## **3. Σισμανόγλειο**

Το τμήμα ψυχιατρικής παιδιών και εφήβων του Σισμανόγλειου γενικού νοσοκομείου εξυπηρετεί νέους ασθενείς από την Αττική και άλλες περιοχές της Ελλάδας, όπου υπάρχει έλλειψη σχετικών δομών για νοσηλευόμενους εφήβους. Το 2011 εγκαινιάστηκε η πρώτη κλινική για εφήβους ηλικίας 14-18 ετών. Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει συνεδρίες με το θεράποντα ιατρό, θεραπεία με φάρμακα και πρόγραμμα σωματικής άσκησης προσαρμοσμένο στις ανάγκες του κάθε ασθενούς.<sup>35</sup>

## **4. Παιδοψυχιατρική κλινική Αγία Σοφία**

Η παιδοψυχιατρική κλινική της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο νοσοκομείο Παιδων “ Η Αγία Σοφία” άρχισε τη λειτουργία της το 1978 με την ονομασία <<Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής>>. Ήταν η πρώτη παιδοψυχιατρική Ομάδα σε γενικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. Αρχικά, ήταν στελεχωμένη από έναν παιδοψυχίατρο, τον Διευθυντή του τμήματος κ. Ι.

Τσιάντη, μια ψυχολόγο και δυο κοινωνικούς λειτουργούς. Το τμήμα λειτουργούσε με εξωτερικό ιατρείο για παιδιά και οικογένειες από την κοινότητα και παρείχε επίσης υπηρεσίες διασυνδετικής – συμβουλευτικής στις κλινικές και τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου.<sup>36</sup>

## 5. ΑΜΚΕ ΑΝΑΣΑ

Η ΑΝΑΣΑ είναι η μοναδική μη κερδοσκοπική εταιρεία στην Ελλάδα που δημιουργήθηκε με στόχο την ενημέρωση, πρόληψη και υποστήριξη των ανθρώπων (παιδιά, ενήλικοι, έφηβοι) που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής. Το κέντρο ημέρας ΑΝΑΣΑ, αποτελεί την πρώτη μάχιμη προσπάθεια της ΑΝΑΣΑ για παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, στους πάσχοντες από διαταραχές πρόσληψης τροφής .

Είναι το πρώτο και μοναδικό , στ χώρα μας, κέντρο ημέρας, εξειδικευμένο στις διατροφικές διαταραχές που παρέχει δωρεάν υπηρεσίες διάγνωσης, θεραπείας και συμβουλευτικής υποστήριξης των πασχόντων και των οικογενειών τους. Το κέντρο ημέρας λειτουργεί σαν πολυδύναμη μονάδα ημερήσιας φροντίδας και πολυδιάστατης θεραπείας των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής , ως εξωτερικό ιατρείο πρωτίστως με σκοπό τη διάγνωση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση, την κοινωνική ένταξη ή επανένταξη και λειτουργική αυτονόμηση των μελών και παράλληλα την στήριξη των οικογενειών τους.<sup>37</sup>

### 5.1 Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που άρχισε στην Ελλάδα την δεκαετία του 1980 άλλαξε τον τρόπο που αντιμετωπίζονταν οι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα μέχρι τότε. Για το λόγο αυτόν κρίθηκε αναγκαία η δημιουργία ενδιάμεσων δομών στην κοινότητα που να καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών. Δημιουργήθηκαν κοινοτικές δομές και δομές για την περίθαλψη και την στέγαση όσων ασθενών την έχουν ανάγκη. Για την κάλυψη της ανάγκης για εργασία και για αυτόνομη διαβίωση, δημιουργήθηκαν δομές στην κοινότητα όπως είναι οι Μονάδες Προεπαγγελματικής και Επαγγελματικής εκπαίδευσης, οι Κοινωνικές Επιχειρήσεις και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

Με την ψήφιση του νόμου Ν. 2716/99 οι Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας μας χωρίστηκαν σε τομείς ψυχικής υγείας για την καλύτερη παροχή των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Κάθε τομέας εξυπηρετεί έναν συγκεκριμένο πληθυσμό, ο οποίος διαμένει στο πλαίσιο της γεωγραφικής περιοχής του. Σε κάθε έναν από τους τομείς πρέπει να υπάρχει δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών "πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, περίθαλψης, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης εφήβων, παιδιών και ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές".

Η σύγχρονη τάση στη θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων ακολουθεί τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Ο ορισμός Της Κοινοτικής Ψυχιατρικής δηλώνει τη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα, δηλαδή στο φυσικό κοινωνικό τους περιβάλλον, σε μη περιοριστικές συνθήκες.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την παροχή φροντίδας είναι 1. η ανάπτυξη πλέγματος υπηρεσιών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στο κοινοτικό πλαίσιο και 2. η στροφή της φροντίδας των σοβαρά ψυχικά πασχόντων από το άσυλο και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην κοινότητα.

Είναι επομένως εύλογη η δημιουργία ομάδων ψυχικής υγείας με συμμετοχή επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, νοσηλευτικού προσωπικού, επισκεπτών υγείας, κοινωνικών λειτουργών κ.λπ.). Οι ομάδες αυτές παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στον τόπο διαμονής των ασθενών με βάση τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, έχοντας μάλιστα τη δυνατότητα να πραγματοποιούν επισκέψεις στον τόπο διαμονής των ασθενών. Προτεραιότητα παρέχεται στη φροντίδα ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως οι



ψυχώσεις, δίχως να παραβλέπονται ηπιότερες διαταραχές όπως είναι τα κοινωνικά προβλήματα, οι διαταραχές προσωπικότητας και η κατάχρηση ουσιών.

Η φροντίδα από τις πολυκλαδικές κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας φαίνεται να είναι αποδεκτή από τους ασθενείς και προάγει τη συστηματική παρακολούθηση, μειώνοντας τις νοσηλείες, χωρίς απαραίτητα να ελαττώνει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, η θεραπεία είναι προτιμότερο να αρχίσει σε ένα ενδονοσοκομειακό περιβάλλον έπειτα από κατάλληλη παραπομπή και να συνεχιστεί αργότερα στην κοινότητα. Άλλωστε, είναι τεκμηριωμένο ότι ο συνδυασμός κοινοτικής και νοσοκομειακής φροντίδας επιφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα.

Εξίσου σημαντική με τη φροντίδα των ασθενών είναι η ενημέρωση των φροντιστών για τη φύση των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών και η υποστηρικτική παρέμβαση στα μέλη των οικογενειών των ασθενών. Ακόμη, η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σε θέματα ψυχικής υγείας, αποτελεί προτεραιότητα των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας.

Για τους παραπάνω λόγους, λοιπόν, οι ομάδες αυτές θεωρούνται η βάση του σύγχρονου συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με έδρα την κοινότητα. Από τους ειδικούς μάλιστα προτείνεται ότι οι χώρες με χαμηλό εισόδημα μπορούν να στηρίζονται στη φροντίδα ψυχικής υγείας που βασίζεται στην κοινότητα και στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας. Κάποιοι μάλιστα θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας, που παρέχουν γενική φροντίδα, είναι παρόμοια με εκείνη των εξειδικευμένων και δαπανηρών μονάδων ολοκληρωμένης κοινοτικής θεραπείας (assertive community treatment), με πολύ μικρότερο κόστος για το σύστημα υγείας.

Η ψυχική νόσος θέτει τέτοιες απαιτήσεις στο σύστημα υγείας, που καμιά ειδικότητα ή υπηρεσία δεν μπορεί από μόνη της να αντιμετωπίσει. (Campbell 1997)

## **5.2 Το πρόγραμμα Ψυχαργώς:**

### **Σύντομη Ιστορική Αναδρομή** <sup>38. (Ψυχαργώς)</sup>

Μετά την ένταξη της Ελλάδας στην Ε.Ε υιοθετήθηκε ο Κανονισμός του Συμβουλίου 815/84 στις 26 Μαρτίου 1984, ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική στήριξη που αφορούσε τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα. Σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα δράσης για την ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικώς ασθενών και των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία. Σημαντικό αποτέλεσμα του προγράμματος ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού

των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα. Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση των σημαντικών αυτών πρωτοβουλιών μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα για την περίοδο 2000-2009, με την ονομασία «Ψυχαργός», το οποίο στόχευε στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με μεγαλύτερη έμφαση στη σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της εισόδου στον εργασιακό χώρο για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

#### **Το πρόγραμμα χωρίστηκε σε τρεις φάσεις:**

- Η πρώτη φάση του προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο συγχρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας.
- Η δεύτερη φάση του προγράμματος ολοκληρώνεται με Σύμφωνο μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης προκειμένου να διασφαλιστεί η προσήλωση στη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης του τομέα ψυχικής υγείας. Μετά την ολοκλήρωση της δεύτερης φάσης διενεργήθηκε εκ των υστέρων αξιολόγηση.
- Η τρίτη φάση του προγράμματος αφορά την περίοδο 2010-2020. Για τη νέα φάση, συστάθηκε ομάδα εργασίας προκειμένου να εκπονήσει Σχέδιο Αναθεωρημένου Προγράμματος «Ψυχαργός 2011-2020». Αυτό διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας. Ο τρίτος άξονας αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος

ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Η ονομασία του προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Το **Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης "Ψυχαργώς"** είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δίνει έμφαση από την παρεχόμενη ασυλική περίθαλψη στην κοινοτική φροντίδα. 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 του προγράμματος είναι η παροχή υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές εντός της κοινότητας, χωρίς να τους απομακρύνει από το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον έχοντας ενεργή συμμετοχή στην κοινότητα. Ακόμα, σαν στόχο έχει την δημιουργία αποτελεσματικών δικτύων 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 ελάχιστες επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.

Με βάση αυτούς του στόχους, δημιουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου όπως είναι οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία και τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα, για τον αποιδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα ψυχιατρεία. Ταυτόχρονα, αναπτύσσει στα Γενικά Νοσοκομεία Ψυχιατρικά Τμήματα, κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας όπως είναι τα Κέντρα Ημέρας, οι Κινητές Μονάδες, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα..

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές του τομέα και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση στην αποιδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Τα ψυχιατρεία έχουν να ωφεληθούν πολλά από το πρόγραμμα «Ψυχαργώς». Μπορούν να 'αναπνεύσουν' στους χώρους, να ανασχεδιάσουν πολιτικές ψυχικής

υγείας, να αποσυμφορήσουν το στελεχιακό τους δυναμικό από τα θεραπευτικά τους αδιέξοδα και να συνδεθούν άμεσα με τις τοπικές κοινωνίες. Το «Ψυχαργώς» αντιστέκεται στις πεποιθήσεις και κινητοποιεί τις δυνάμεις της κοινωνίας σε μια διαφορετική στάση. Η κοινωνία απαλλάσσεται σταδιακά και αληθινά από τις συμπυκνωμένες ενοχές της για τα άσυλα, από την παθητικότητά της και αρχίζει να διαδραματίζει ένα πιο ενεργητικό ρόλο στα ζητήματα ψυχικής υγείας. Συναισθάνεται μέσα από αυτό το πρόγραμμα, την κοινωνική ευθύνη που της αναλογεί και διαμορφώνει ιστούς ή δεσμούς κοινωνικής αλληλεγγύης.

### **Το πρόγραμμα Δράσης περιλαμβάνει 4 άξονες παρέμβασης:**

#### **Ø Συμβουλευτική Υποστήριξη στην ωρίμανση έργων ψυχικής υγείας**

Ο πρώτος άξονας προτεραιότητας αναφέρεται σε μια δέσμη ενεργειών που έχουν ως στόχο την επιστημονική και συμβουλευτική υποστήριξη των φορέων, των μονάδων και των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε τομείς ψυχικής υγείας σε όλα τα θέματα που άπτονται στην υλοποίηση και ωρίμανση των έργων του τομέα της ψυχικής υγείας

#### **Ø Τεχνική Υποστήριξη υλοποίησης έργων που χρηματοδοτούνται από το ΕΣΠΑ**

Ο δεύτερος άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει την τεχνική υποστήριξη υλοποίησης έργων στον τομέα της ψυχικής υγείας

#### **Ø Παροχή εξειδικευμένων υποστηρικτικών υπηρεσιών**

Ο τρίτος άξονας περιλαμβάνει υπηρεσίες υποστηρικτικές του επιστημονικού, θεραπευτικού και διασυνδεδετικού ρόλου των μονάδων και πιο συγκεκριμένα υποστήριξη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα που άπτονται της συρρίκνωσης και πλήρους κατάρτησης των ψυχιατρείων, της οργάνωσης και λειτουργίας ενός ολοκληρωμένου κοινοτικού μοντέλου κοινοτικής φροντίδας και της διασύνδεσης των υπηρεσιών μεταξύ τους.

#### **Ø Υποστήριξη της δημιουργίας Παρατηρητηρίου Ψυχικής Υγείας**

Ο τέταρτος άξονας είναι υπό εξέταση και περιλαμβάνει την υποστήριξη της δημιουργίας Παρατηρητηρίου, με βάση τις οδηγίες και κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης για τον τρόπο και τα μέσα αξιολόγησης των πολιτικών υγείας και ειδικότερα της ψυχικής υγείας.

## 5.3 Ακούσια Νοσηλεία:

Η ψυχιατρική διάγνωση αντιπροσωπεύει την πρώτη πράξη στην άσκηση της ψυχιατρικής. Στην περίπτωση της ακούσιας εξέτασης, η ψυχιατρική γνωμάτευση αποτελεί καθοριστική πράξη πάνω στην οποία βασίζεται η εισαγγελική παραγγελία για τον ακούσιο εγκλεισμό ενός ανθρώπου σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Το είδος των πληροφοριών που θα επιδιώξει να συλλέξει ο ψυχίατρος σε μια πρώτη εξέταση, θα εξαρτηθεί από τον σκοπό που έχει η εξέταση και φυσικά από τον διαθέσιμο χρόνο. Γενικά, κάθε ιατρική εξέταση αποβλέπει στη διάγνωση του προβλήματος που παρουσιάζει ο ασθενής. Μια ολοκληρωμένη διάγνωση απαιτεί ένα σκεπτικό με αιτιολογικές και ψυχοδυναμικές υποθέσεις, που θα βοηθήσουν αφενός στην προγνωστική διάγνωση και εκτίμηση του προβλήματος και αφετέρου στην επιλογή θεραπευτικής αγωγής. Στο πλαίσιο της διαδικασίας του ακούσιου εγκλεισμού, ο ψυχίατρος έχει τον ρόλο του πραγματογνώμονα, η κρίση του οποίου θα αιτιολογήσει την απάντηση στο «ερώτημα» του εισαγγελέα για αναγκαστική ή μη νοσηλεία του ασθενή, βάσει των προϋποθέσεων του νόμου 2071/92. Η Παρούσα Ψυχική Κατάσταση (ΠΨΚ) είναι το μέρος εκείνο της κλινικής εκτίμησης, το οποίο περιγράφει το συνολικό άθροισμα των παρατηρήσεων και των εντυπώσεων του γιατρού για τον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η ΠΨΚ καταγράφει την εμφάνιση, τον λόγο, τις πράξεις και τις σκέψεις του ασθενούς, κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Οι οργανωτικές φόρμες που χρησιμοποιούν οι ψυχίατροι για να καταγράψουν την ψυχική κατάσταση πρέπει να περιέχουν συγκεκριμένες κατηγορίες πληροφοριών, όπως:

- i. Γενική περιγραφή (εμφάνιση, συμπεριφορά, ψυχοκινητική δραστηριότητα και στάση απέναντι στον εξεταστή)
- ii. Διάθεση και συναίσθημα
- iii. Λόγος
- iv. Αντιληπτικές διαταραχές
- v. Σκέψη (διεργασία και περιεχόμενο της σκέψης)
- vi. Αισθητηριακή κατάσταση και γνώση (εγρήγορση και επίπεδο συνείδησης, προσανατολισμός, μνήμη, συγκέντρωση, κ.ά.),
- vii. Έλεγχος παρορμήσεων
- viii. Κρίση και ευαισθησία
- ix. Αξιοπιστία.

Επομένως, με βάση τις ανωτέρω παρατηρήσεις, οι γενικές και αόριστες διαγνώσεις «ψυχωτικού τύπου εκδηλώσεις» δεν καλύπτουν την απαίτηση του νόμου για

αιτιολογημένες γνωματεύσεις αφού δεν καταγράφονται το πραγματολογικό υλικό, η σχετική μεθοδολογία, οι τυχόν πράξεις βίας, η αδυναμία εξωνοσοκομειακής νοσηλείας, ούτε περιέχουν συμπεράσματα με επιστημονική θεμελίωση. Επί των ακουσίων εγκλεισμών που εξετάστηκαν δεν εμφανίζεται εξατομικευμένη για κάθε ασθενή αναφορά στα κριτήρια αυτά. Οι γνωματεύσεις περιορίζονται στη γενική προτυπωμένη διατύπωση, ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις των σχετικών άρθρων του Ν. 2071/1992, η οποία δεν συνιστά νόμιμη αιτιολογία της γνωμάτευσης, δηλαδή δεν είναι ούτε ειδική ούτε εμπειριστατωμένη. Αναφορικά με τα λοιπά κριτήρια του νόμου (δηλαδή, την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για την υγεία του και την πιθανή επιδείνωση της υγείας του από την έλλειψη νοσηλείας, δεν φαίνεται να υπάρχει αναφορά σχετικής εκτίμησης στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων που εξετάστηκαν. Δεν αιτιολογείται επαρκώς η ανάγκη για ακούσια νοσηλεία του ασθενούς, ως ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδος που καλύπτει τις δύο βασικές προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος: α) την αδυναμία του ψυχικά ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, έτσι ώστε η έλλειψη νοσηλείας του να έχει ως συνέπεια είτε τον αποκλεισμό της θεραπείας του είτε την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του, και β) την ανάγκη

### **Τύποι Ακούσιας Νοσηλείας:**

- **Ακούσια νοσηλεία για προληπτικούς ή θεραπευτικούς λόγους**

Ο προληπτικός ή θεραπευτικός εγκλεισμός σε ψυχιατρική κλινική αφορά ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς, στους οποίους επιβάλλεται η νοσηλεία με σκοπό την αποφυγή επιδείνωσης της ψυχικής τους υγείας ή την αποτροπή τυχόν βίαιων πράξεων απέναντι στον εαυτό τους ή σε τρίτα πρόσωπα. (Ε. Γεωργάκα, 2009)

- **Ακούσια νοσηλεία ως μέτρο ασφαλείας**

Η ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα είναι δυνατό να επέλθει και ως μέτρο ασφαλείας και να περιλαμβάνει ψυχικά ασθενείς που διέπραξαν εγκληματικές πράξεις υπό την επήρεια των ψυχικών διαταραχών. Σε αυτήν την περίπτωση, η ακούσια νοσηλεία ρυθμίζεται από τα άρθρα 34, 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα.

Οι αξιόποινες πράξεις δεν καταλογίζονται στους δράστες, τους οποίους αθώνει μεν το ποινικό δικαστήριο, αλλά τους επιβάλλει τη φύλαξη σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα ως μέτρο ασφαλείας για όσο χρονικό διάστημα απαιτεί η δημόσια ασφάλεια.

Ενώ το άρθρο 98 του Ν. 2071/1992 ορίζει ότι οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας οφείλουν να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας, η ποινική νομοθεσία από την πλευρά της (άρθρα 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα) δεν κάνει αναφορά στη

θεραπεία του ακαταλόγιστου δράστη και ενδιαφέρεται μόνο για τη δημόσια ασφάλεια.<sup>39.</sup> (Παρασκευόπουλος Ν., Κοσμάτος Κ., 1997)

Ο σκοπός του συγκεκριμένου μέτρου ασφαλείας είναι η προφύλαξη των πολιτών από την επικίνδυνη συμπεριφορά, ενώ ο μέσος χρόνος νοσηλείας είναι ανάλογος της βαρύτητας των εγκλημάτων που έχουν διαπραχθεί. Μοναδικό κριτήριο συνέχισης του μέτρου είναι ο βαθμός επικινδυνότητας του εγκλείστου, ενώ η απόφαση του δικαστηρίου εξαρτάται από το είδος του εγκλήματος. Αξίζει να αναφερθεί ότι το είδος του εγκλήματος που τελέστηκε επικρατεί στην απόφαση του δικαστηρίου, ακόμη και αν οι ψυχίατροι συνηγορούν υπέρ της λήξης του μέτρου ή επιβεβαιώνουν την αδυναμία παροχής κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ιδρύματος.<sup>40.</sup> (Σκαραγκάς Δ., 2007) Επιπλέον, η άρση του καταλογισμού, ο χαρακτηρισμός και η θεσμική μεταχείριση του ψυχικά ασθενή ως «ακαταλόγιστου», αφαιρεί από το δράστη την ευθύνη για την πράξη του, καθώς τη θεωρεί άνευ κινήτρου και νοήματος, υποβαθμίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την προσωπικότητα και τη βούληση του.

Το μέτρο ασφαλείας του εγκλεισμού αποτελεί ποινή, παρόλα αυτά ο ασθενής δεν έχει τα δικαιώματα του ποινικού κρατουμένου, όπως μετατροπή ή αναστολή της ποινής, απόλυση με όρους και άλλα. Αυτό ματαιώνει στην ουσία τη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή και θέτει σε δοκιμασία τη φιλελεύθερη λειτουργία του ποινικού δικαίου σε σχέση με την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων. (Κοσμάτος Κ., Συνήγορος του Πολίτη, 2011).

Η ακούσια νοσηλεία ως μέτρο ασφαλείας δεν λειτουργεί ως τιμωρία για το άτομο, ούτε το ψυχιατρείο έχει το ρόλο της φυλακής. Επιπλέον, ο ασθενής δεν στερείται τις θεραπευτικές μεθόδους και πρακτικές, ακόμη και αν κρίθηκε ένοχος για την εγκληματική πράξη που τέλεσε και οδηγήθηκε σε Ψυχιατρικό τμήμα σωφρονιστικού καταστήματος. Επίσης, το ποιοτικό επίπεδο νοσηλείας διασφαλίζει και προκρίνει το στόχο της σωφρονιστικής επιτήρησης, σύμφωνα με τις κατευθύνσεις που έχει δώσει το Συμβούλιο της Ευρώπης. Στην Ελλάδα, το σχετικό έγγραφο 7/19/01.2005 της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου και Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχιατρικές Διαταραχές προς το Υπουργείο Δικαιοσύνης όρισε ότι «Τα Ψυχιατρεία Κρατουμένων πρέπει να αποτελούν πραγματικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, με ότι αυτό συνεπάγεται σε οργάνωση, προσωπικό, συνθήκες κ.λπ.».

Οι ασθενείς με ψυχική νόσο μειονεκτούν σημαντικά σε όλους τους τομείς της ζωής. Συνήθως δεν μετέχουν στην παραγωγική διαδικασία, αποτελούν δυσβάστακτο φορτίο για τις οικογένειές τους, περιθωριοποιούνται, απομονώνονται και αναπτύσσουν πιθανόν παραβατική συμπεριφορά. Η ποιότητα ζωής τους είναι κακή, αφού η νόσος είναι σοβαρή και μεγάλης διάρκειας. Τόσο ο ίδιος ο ασθενής, όσο και η οικογένειά του συχνά επωμίζονται εξ' ολοκλήρου το οικονομικό και ψυχολογικό

βάρος, βιώνοντας την αδιαφορία του δημόσιου συστήματος υγείας και παράλληλα τον κοινωνικό στιγματισμό και τον αποκλεισμό. (ΠΟΥ, 2001)

Πιθανοί παράγοντες κινδύνου που οδηγούν συχνότερα σε ακούσια νοσηλεία τους ψυχικά ασθενείς είναι μεταξύ άλλων η βαρύτητα της διάγνωσης, η πτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία, η έλλειψη υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, η ανεργία, ο αριθμός προηγούμενων νοσηλείων και η έλλειψη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας η οποία είναι απαγορευτική ως προς την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας.

## **5.4 Δομές Αποκατάστασης:**

Οι εξωνοσοκομειακές δομές λειτουργούν κυρίως για την προσπάθεια ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών μετά από την παραμονή τους στις ενδονοσοκομειακές δομές.

Οι ομάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τα προγράμματα προστατευόμενων διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716-99 πρέπει να εφαρμόζουν

- Τις αρχές που ορίζονται στην παρ 2 του άρθρου 1 του Ν. 2716/99
- Την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές καθώς και κάθε άλλου συνταγματικού δικαιώματος των πολιτών
- Τις αρχές και τους στόχους της Συναινετικής Διακήρυξης για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρίας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

**Απαραίτητες προϋποθέσεις** για την λειτουργία των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και των προγραμμάτων προστατευόμενων διαμερισμάτων είναι οι ακόλουθες:

- Σύσταση της μονάδας
- Σύσταση των θέσεων προσωπικού
- Εξασφάλιση της κτηριακής υποδομής και του απαραίτητου εξοπλισμού
- Ορισμός ενός επιστημονικού υπευθύνου
- Διορισμός του προσωπικού ή εξασφάλιση της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας από το προσωπικό που ήδη υπηρετεί στον φορέα
- Λειτουργική διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες του τομέα.



Οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρηματοδοτούνται κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό και η διαχείριση των δαπανών διενεργείται στα πλαίσια ενός εγκεκριμένου κλειστού προϋπολογισμού.

Οι στόχοι λειτουργίας των δομών υλοποιούνται με την συνεχή και σταθερή εφαρμογή προγραμμάτων που ωθούν το άτομο στην απόκτηση του μέγιστου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητάς του. Αναπτύσσει προγράμματα που παρέχουν δυνατότητες για εκπαίδευση, δραστηριότητες που προωθούν και βοηθούν το άτομο να αποκτήσει δυνατότητες κριτικής και αξιολόγησης των δράσεων και των υπηρεσιών που του παρέχονται καθώς και δράσεις που βοηθούν το άτομο στην διεκδίκηση και άσκηση των νομικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του. Ακόμα εφαρμόζονται προγράμματα δράσεων ανάπτυξης συνεργασίας με εθελοντές και συλλόγους, προγράμματα ενθάρρυνσης της συμμετοχής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας με σκοπό την καταπολέμηση του στίγματος.

Η επίτευξη των στόχων λειτουργίας των νέων δομών σύμφωνα μάλιστα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αφορά την σύνδεση της ψυχιατρικής φροντίδας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, την διαθεσιμότητα της χρήσης των ψυχοφαρμάκων, την παροχή της φροντίδας στην κοινότητα, την εκπαίδευση και επιμόρφωση των πολιτών, την συμμετοχή της κοινότητας - των οικογενειών και των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων.

### **Θεραπευτική ομάδα**

Το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελεί την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα. Αποτελείται από ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές και διοικητικούς υπαλλήλους.

Έργο της είναι να σχεδιάσει και να υλοποιήσει όλες τις ενέργειες για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

### **Προσωπικό**

Ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης και η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο 24ωρο κάθε μέλους του προσωπικού καθορίζεται από τον υπεύθυνο σύμφωνα με τις ανάγκες που συσχετίζονται με το βαθμό υποστήριξης και λειτουργικότητας των ατόμων που διαμένουν σε αυτά.

Η προμήθεια τροφίμων, ενδυμάτων, ειδών υπόδησης, ειδών καθαριότητας και υγιεινής, διενεργείται από τον ασθενή που συνοδεύεται από τον εκπαιδευτή του, για το χρονικό διάστημα που θα καθοριστεί μέχρι εκείνος να είναι έτοιμος να τα διενεργεί μόνος του. Όταν οι προμήθειες των παραπάνω ειδών γίνονται για την κάλυψη των αναγκών του συνόλου τότε αυτό διενεργείται από τριμελή επιτροπή που αποτελείται από έναν εκπαιδευτή και δυο ασθενείς.

Στα καθήκοντα κάθε εκπαιδευτικού μέλους είναι η άσκηση του ασθενή στην έρευνα αγοράς κάθε και στην ανάδειξη των ιδιαίτερων προτιμήσεων του ασθενή, έτσι ώστε να αποκτήσει την δεξιότητα να αναζητά την άριστη σχέση τιμής-οφέλους για κάθε αγαθό ή υπηρεσία που θα καταναλώσει.

Ο διαχειριστής μεριμνά για την σωστή λειτουργία της μονάδας σε ότι αφορά τα υλικά, τις προμήθειες και την οικονομική οργάνωση των δραστηριοτήτων, όπως οι εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, η αντικατάσταση του φθαρμένου εξοπλισμού, οι πληρωμές των πάγιων εξόδων, η καταβολή επιδομάτων. Ο υπεύθυνος ορίζει εκ περιτροπής έναν ασθενή ως βοηθό διαχειριστή για δυο μήνες έτσι ώστε κάθε ασθενής να εκπαιδευτεί στην οικονομική διαχείριση.

Οι προμήθειες των αναλώσιμων ειδών γίνονται σε καθημερινή βάση και σε περίπτωση μαζικής προμήθειας, δεν πρέπει να υπερβαίνει την κάλυψη των αναγκών των ασθενών για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των επτά ημερών.

Κάθε Ιανουάριο γίνεται απογραφή της περιουσίας της μονάδας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης η οποία κατατίθεται στον φορέα όπου ανήκει η μονάδα. Κάθε αντικείμενο που δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί επειδή τέθηκε εκτός λειτουργίας ή αποφασίστηκε η αντικατάστασή του παραδίδεται στον φορέα για την αχρήστευσή του.

### Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη Ασθενών Με Ψυχικές Διαταραχές

#### 6.1 Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας αποτελούνται απο:

- Ø **Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**  
Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευόμενα διαμερίσματα
- Ø **Ψυχιατρικές μονάδες στα Γενικά Νοσοκομεία**  
Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων, Μονάδα Οξέων Περιστατικών
- Ø **Κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας**  
Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας
- Ø **Εξειδικευμένα Κέντρα**  
Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση
- Ø **Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.**

Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:<sup>41.</sup>

Η **Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση** είναι μια διαδικασία με την οποία παρέχονται οι δυνατότητες σε άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική στέρση να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Αυτή η διαδικασία πετυχαίνεται μέσα από τις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Πρόκειται για μονάδες που διασφαλίζουν το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. Οι δομές διαμονής διακρίνονται, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές.

### **6.1.1 Ξενώνας**

Στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Στην Αθήνα λειτουργούν από το 2000 πέντε ξενώνες.

Οι θεράποντες ψυχίατροι και η θεραπευτική ομάδα υποστηρίζουν και θεραπεύουν τους ασθενείς ύστερα από δική τους αίτηση.

Σε κάθε ξενώνα γίνονται οργανωμένες θεραπευτικές πράξεις και δραστηριότητες οι οποίες καθορίζονται από τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου. Η λειτουργία του προγράμματος στηρίζεται στην υλοποίηση των στόχων που θέτει η θεραπευτική ομάδα. Η <ομάδα> αυτή καλύπτει βάρδια τουλάχιστον ενός 8ώρου μέσα στο 24ώρο και έχει την ευθύνη του γενικού συντονισμού, της παρακολούθησης, της διοίκησης και της αξιολόγησης του έργου.

Οι ασθενείς που φιλοξενούνται δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή κρίνεται αναγκαία η απομάκρυνση από την οικογένειά τους για να γίνει σωστά η θεραπεία, να βρεθεί η κατάλληλη περίοδος προσαρμογής και η επανεκπαίδευσή τους για την ζωή στην κοινότητα.

Η ένταξη ενός νέου ενοίκου γίνεται είτε με πρωτοβουλία του ιδίου ή της οικογένειάς του, είτε μετά από πρόταση της μονάδας ψυχικής υγείας που τον παρακολουθεί και τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου. Κάθε υποψήφιος ένοικος αξιολογείται από την πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα του ξενώνα προκειμένου να εκτιμηθεί κατά πόσον θα ωφεληθεί από την παραμονή του και για το αν είναι σε θέση να ενσωματωθεί στην ομάδα και να ακολουθήσει το πρόγραμμα του ξενώνα. Παράλληλα, δίνεται η ευκαιρία και στον ίδιο να ενημερωθεί για τον τρόπο λειτουργίας του ξενώνα και να αποφασίσει και ο ίδιος αν επιθυμεί να έρθει.

#### **Ανάλογα με τον χρόνο παραμονής των ασθενών και τον βαθμό υποστήριξης οι ξενώνες διαβαθμίζονται σε:**

- i. Βραχείας διάρκειας παραμονή**  
Παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης
- ii. Μέσης διάρκειας παραμονή**  
Παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού έως και μέσου βαθμού υποστήριξης
- iii. Μακράς διάρκειας παραμονή**

Παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως και χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

**Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού στον ξενώνα ως εξής:**

- i. **Υψηλός βαθμός υποστήριξης**  
Υπάρχει 24ωρη παρουσία προσωπικού
- ii. **Μέσος βαθμός υποστήριξης**  
Η παρουσία του προσωπικού είναι κατώτερη του 24ώρου
- iii. **Χαμηλός βαθμός υποστήριξης**  
Υπάρχει περιοδική παρουσία προσωπικού

Στους ξενώνες παρέχεται κατοικία, κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, εκπαίδευση στην κατανόηση και στην διαχείριση της ασθένειας και των συμπτωμάτων της, πρόληψη εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών και υποτροπών, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη. Ακόμα, οι ασθενείς που διαμένουν στους ξενώνες εκπαιδεύονται για την ανεξάρτητη διαβίωσή τους, πληροφορούνται για θέματα υγείας, συμμετέχουν σε εκδηλώσεις και κάνουν εργοθεραπεία. Τέλος, στους ξενώνες γίνεται νοσηλευτική εκτίμηση και φροντίδα, παρέχεται κοινωνική υποστήριξη και υποστήριξη στις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων, γίνεται συνεχιζόμενη παρακολούθηση των πρώην ενοίκων που διαμένουν στην κοινότητα και γίνεται ευαισθητοποίηση του κοινού μέσω θεμάτων ψυχικής υγείας και διαφόρων δράσεων.

### **6.1.2 Οικοτροφείο**

Το οικοτροφείο είναι μονάδα ψυχικής αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή κι τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται στα οικοτροφεία δεν ξεπερνά τους 25 και δεν υπάρχει περιορισμός στον χρόνο παραμονής τους σε αυτά. Άτομα που διαμένουν είναι αυτά που χρήζουν ψυχογηγριατρικής φροντίδας, άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές και άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά έχουν ανάγκη στεγαστικής υποδομής.

Στόχος είναι να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Στο οικοτροφείο παρέχεται εικοσιτετράωρη φροντίδα από το προσωπικό και η ταυτότητα των οικοτροφείων διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία και τη διάγνωση των ασθενών. Ανάλογα με την ηλικία χωρίζονται σε οικοτροφεία νέων, στα οποία διαμένουν άτομα ηλικίας 19-30 ετών και σε οικοτροφεία ενηλίκων, όπου διαμένουν άτομα ηλικίας 30-55 ετών. Ακόμα υπάρχουν οικοτροφεία που διαμένουν άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών.

Ένα ακόμα κριτήριο για την επιλογή σε ένα οικοτροφείο είναι ο τόπος καταγωγής, καθώς γίνεται προσπάθεια να επιστρέφουν οι ασθενείς κοντά στις κατοικίες και στις οικογένειες τους.

### **6.1.3 Ξενώνες και Οικοτροφεία Παιδιών** <sup>42</sup> (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, άρθρο 6)

Προσφέρουν θεραπευτικό περιβάλλον μακριά από την οικογένεια σε παιδιά και εφήβους με νοητική υστέρηση, ψυχικές διαταραχές ή δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, όταν αυτό επιβάλλεται από τις συνθήκες θεραπείας και εφόσον δεν υπάρχει δυνατότητα κατά την περίοδο εκείνη τα άτομα να ενταχθούν σε φιλοξενούσες οικογένειες.

Δεν επιτρέπεται στα οικοτροφεία και τους ξενώνες να φιλοξενούν παιδιά και εφήβους μαζί και τα άτομα που διαμένουν σε αυτά δεν υπερβαίνουν τους 15.

Φιλοξενούν τα παιδιά και τους εφήβους για βραχύ ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που προσδιορίζεται από τον επιστημονικό υπεύθυνο σε συνεργασία με την επιτροπή ψυχικής υγείας και μέχρι να ενηλικιωθούν.

Τα άτομα που μένουν σε αυτές τις μονάδες είναι:

- Παιδιά προσχολικής ηλικίας με προβλήματα σωματικής κακοποίησης ή συναισθηματικής παραμέλησης.
- Παιδιά λανθάνουσας ή προεφηβικής ηλικίας που προέρχονται από διαταραγμένες οικογένειες, οι οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους.
- Έφηβοι με παραπτωματική συμπεριφορά, με ψυχικές διαταραχές ή παιδιά με σοβαρά διαταραγμένους γονείς.

#### 6.1.4 Προστατευόμενα Διαμερίσματα <sup>43</sup>

Τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα αποτελούν Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και δημιουργήθηκαν το 2012 με σκοπό την παροχή εξατομικευμένης θεραπευτικής υποστήριξης σε χρόνια ψυχικούς κυρίως ασθενείς.

Αποτελούν χώρο στέγασης, σε μονοκατοικίες ή πολυκατοικίες, για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση, τα οποία δεν έχουν την δυνατότητα αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε αυτά τα διαμερίσματα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από 6 άτομα.

Στόχος της λειτουργίας του είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονόμηση των νοίκων, η κοινωνική τους δικτύωση, η σταθεροποίηση και η ανάδειξη των πιο υγιών μερών της προσωπικότητάς τους. Για τον λόγο αυτό, για κάθε ένοικο καθορίζεται ένα ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα ανάλογο των δυνατοτήτων και των ιδιοτήτων του.

Σκοπός των προστατευόμενων διαμερισμάτων είναι το να αποδώσει στην κοινωνία ένα άτομο που μπορεί να διαχειρίζεται την ίδια του την ζωή, να έχει αυτοεκτίμηση καθώς και να αναπτύξει ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες.

Είναι μια εναλλακτική δομή διαμονής στα πλαίσια ενός ευρύτερου προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προορίζεται για χρόνιους, ιδρυματοποιημένους ασθενείς οι οποίοι συμμετέχουν σ' ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα αποκατάστασης. Ακόμα μπορούν να μείνουν άτομα τα οποία δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή αυτό δεν μπορεί να τους φροντίσει, άτομα που χρειάζονται στέγαση με υψηλή εποπτεία και άτομα που έχουν περάσει αρκετό χρόνο διαβιώνοντας σε στεγαστικές δομές και έχουν αποκτήσει, έπειτα από εκπαίδευση, τις ικανότητες να μεταβούν σε συνθήκες αυτόνομης διαβίωσης. Σε αυτή την προσπάθεια ο ασθενής θα έχει την βοήθεια της Θεραπευτικής Ομάδας, η οποία με καθημερινές δραστηριότητες θα πρέπει να αναδείξει και να εξελίξει τις προσωπικές του ικανότητες.

Το Προστατευόμενο Διαμέρισμα δίνει την δυνατότητα σε λήπτες υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας να διαβιώσουν σε συνθήκες αυτόνομης διαβίωσης μέσα στην κοινότητα. Σε αυτό το στάδιο ολοκληρώνεται ο στόχος της αποασυλοποίησης καθώς ο κάθε ένοικος ξεπερνάει το στάδιο του ασύλου και ενσωματώνεται σε νέες συνθήκες ζωής αφήνοντας πίσω το παρελθόν και χτίζοντας τα θεμέλια για ένα καλύτερο μέλλον.

Τα διαμερίσματα αυτά φιλοξενούν άτομα και από τα δυο φύλα. Αυτό έχει σαν στόχο την ανάπτυξη πλούσιων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ τους, δημιουργώντας έτσι μια πιο ομαλή εικόνα του Διαμερίσματος προς την κοινωνία.

Επίσης καταπολεμάτε και η ασυλική εικόνα με τα τμήματα αρρένων και θηλέων, η οποία επιδρά άμεσα στην ψυχολογία των ενοίκων. Η φροντίδα που δίνετε σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας, ώστε αυτά τα άτομα να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία. Ακόμα, δίνετε έμφαση στην κοινωνική δικτύωση και στην ανάδειξη των θετικών πλευρών που έχει η προσωπικότητα του κάθε ατόμου.

Κατά την παραμονή τους οι 'ένοικοι' αποκτούν την ικανότητα να ζουν αυτόνομα, να φροντίζουν τους προσωπικούς τους χώρους, να προετοιμάζουν τα γεύματά τους, να οργανώνουν και να πραγματοποιούν τις αγορές τους, να κάνουν γνωριμίες και να συμμετέχουν ενεργά στην κοινότητα. Ακόμα, αποκτούν υψηλότερα επίπεδα αυτονομησης, υποστηρίζονται και ενισχύονται καθημερινά από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, οι δραστηριότητες που δημιουργούνται συγκεκριμένα για ένα άτομο ή μια ομαδική θεραπευτική δραστηριότητα, δεν αποτελούν αυτοσκοπό, αλλά αφορμή για να εκφρασθούν βιώματα, μνήμες, συναισθήματα, ακόμα και όταν οι δραστηριότητες αυτές έχουν έναν εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Το πρόγραμμα προσαρμόζεται στις δραστηριότητες και όχι οι δραστηριότητες στο πρόγραμμα της βάρδιας.

Οι ένοικοι των διαμερισμάτων έχουν πλήρως ανεπτυγμένες ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης και ο βαθμός επίβλεψης και υποστήριξης τους είναι χαμηλός. Ένας μεγάλος αριθμός των ενοίκων εργάζεται σε δομές του νοσοκομείου, ενώ οι υπόλοιποι που παραμένουν στα διαμερίσματα έχουν αναλάβει την οικιακή φροντίδα αυτών. Σε εβδομαδιαία βάση τηρείται θεραπευτική ομάδα στα διαμερίσματα όπου γίνεται η θεραπευτική παρακολούθηση των ενοίκων και η αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων. Επίσης γίνεται παρακολούθηση των ασθενών στον εργασιακό τους χώρο και παρέμβαση στην οικογένειά τους. Τα διαμερίσματα καθημερινά επισκέπτονται σε 8ωρη βάρδια μέλη του προσωπικού των δομών, ενώ σε ορισμένα διαμερίσματα παρευρίσκεται και μία υπεύθυνη, η οποία επιβλέπει και συντονίζει την καλή λειτουργία τους. Στην περίπτωση που κάποιος από τους ασθενείς υποτροπιάσει και δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο χώρο διαμονής του, μεταφέρεται είτε στον ενδονοσοκομειακό ξενώνα, είτε σε κάποιο τμήμα βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, με στόχους την πλήρη αυτόνομη διαβίωση και την πλήρη κοινωνική τους επανένταξη. Στο πλαίσιο αυτό, δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη όλων εκείνων των απαραίτητων επικοινωνιακών και κοινωνικών ικανοτήτων που θα τους επιτρέψουν την απόκτηση εργασιακής απασχόλησης.

Το προστατευόμενο διαμέρισμα λειτουργεί βάσει δομημένου καθημερινού προγράμματος με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ενοίκων στην κοινότητα. Το πρόγραμμα αυτό αποτελείται από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων



οι οποίες έχουν παράλληλα θεραπευτικό, εκπαιδευτικό και αποκαταστασιακό χαρακτήρα. Αυτές οι δραστηριότητες αφορούν τους ενοίκους ατομικά ή ομαδικά και λαμβάνουν χώρα τόσο εντός όσο και εκτός της δομής. Για λόγους αποκατάστασης των ασθενών θεωρείται απαραίτητο να τελούνται όσο το δυνατόν περισσότερες δραστηριότητες εκτός των χώρων του.

Το πρόγραμμα λειτουργίας του Προστατευόμενου Διαμερίσματος ενδεικτικά περιλαμβάνει ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες αυτοφροντίδας σε θέματα υγιεινής, ατομικής περιποίησης και προσωπικής εμφάνισης, φροντίδας προσωπικού χώρου, απασχόλησης με δραστηριότητες κήπου, κατασκευών, έκφρασης μέσω ζωγραφικής, μουσικής, χορού, ενημέρωσης μέσω τηλεόρασης, εφημερίδων και περιοδικών, διαχείρισης των κοινών καθημερινών αναγκών μέσω της προετοιμασίας των γευμάτων, της καθαριότητας των κοινόχρηστων χώρων και της αγοράς των προμηθειών, κοινωνικών δεξιοτήτων μέσω της εκπαίδευσης σε συναλλαγές, κυκλοφοριακής αγωγής, μετακίνησης με μέσα μαζικής μεταφοράς, κοινωνικοποίησης μέσω γνωριμίας με την κοινότητα, συμμετοχής σε κοινοτικές εκδηλώσεις και πολιτιστικές δραστηριότητες, ψυχαγωγίας και αυτονόμησης.

### **6.1.5 Νοσοκομείο Ημέρας**

Το πρώτο κανονικό Νοσοκομείο Ημέρας οργανώθηκε από τον Dzhagarov στην Μόσχα το 1993. Η ιστορία του όμως ξεκινά το 1946 στο Μόντρεαλ του Καναδά, όπου ιδρύθηκε από τον Cameron το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα. Στην Αγγλία το 1948, οργανώθηκε από τον Bieer, ο οποίος με βάση τις ψυχαναλυτικές αρχές εφάρμοσε το πρόγραμμα που περιλάμβανε ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, κοινωνικά θεραπευτικά club, θεραπεία μέσα από ζωγραφική κ.α. Σήμερα αποτελεί μια οργανωμένη ψυχιατρική υπηρεσία που έχει σαν στόχο τη διατήρηση του ψυχικά ασθενή μέσα στην κοινότητα, μακριά από την απομόνωση, τον ιδρυματισμό και το στίγμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου.

Το Νοσοκομείο Ημέρας είναι μια υπηρεσία, όπου άτομα που βρίσκονται σε μία οξεία ή ενεργό φάση της ψυχιατρικής τους διαταραχής και δεν είναι δυνατόν να παρακολουθηθούν σε εξωτερικά ιατρεία, έχουν πλήρη φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτική και ιατρική επίβλεψη, μέσα σε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο περιβάλλον που παρέχει θεραπευτικά οφέλη. Το περιβάλλον αυτό χαρακτηρίζεται από δημοκρατικότητα, κοινοτικό πνεύμα, σεβασμό στο άτομο και άμεση επικοινωνία ανάμεσα στο προσωπικό και τους ασθενείς, οι οποίοι ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στην θεραπεία τους.

Το πρόγραμμα του νοσοκομείου ημέρας απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 16-45 ετών που πάσχουν από ψυχώσεις, νευρώσεις και διαταραχές προσωπικότητας. Δεν είναι κατάλληλο για άτομα ηλικιωμένα, άτομα με άνοια, συγχυτικούς ασθενείς και χρήστες ουσιών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παρακολούθηση του προγράμματος είναι η συνεργασία με το οικογενειακό ή άλλο υποστηρικτικό περιβάλλον των ασθενών.

**Το θεραπευτικό πρόγραμμα, που ακολουθεί περιλαμβάνει:**

- **Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση**, η οποία περιλαμβάνει ομαδική ψυχοθεραπεία καθημερινά και οικογενειακή θεραπεία σε δεκαπενθήμερη συνήθως βάση.
- **Βιολογική προσέγγιση**, η οποία περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία που καλύπτεται όλο το 24ωρο και όλες τις μέρες της εβδομάδας.
- **Κοινωνικοθεραπευτικές προσεγγίσεις**, οι οποίες περιλαμβάνουν εργοθεραπεία, ομάδες ψυχοεκπαίδευσης, προαγωγής δεξιοτήτων και ενημέρωσης, ομάδα τέχνης, ομάδα θεάτρου, κοινωνικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις κ.α.

Στόχοι του νοσοκομείου ημέρας είναι η αποφυγή νοσηλείας κατά την οξεία φάση της νόσου, η επίβλεψη της δύσκολης μεταβατικής περιόδου ανάμεσα στην εσωτερική νοσηλεία και τη ζωή στο σπίτι και η πρόληψη για την υποτροπή της νόσου. Ακόμα, η παροχή ενός φιλικού περιβάλλοντος για τη συνέχιση της παρακολούθησης των ασθενών, η παροχή εκπαίδευσης σε προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων που πρόκειται να αναλάβουν δουλειά στην κοινότητα, η κοινωνικοποίηση μέσω της συμμετοχής, της αλληλεπίδρασης, της δημιουργίας και της ανάπτυξης δεξιοτήτων. Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και η\_ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου του θεραπευόμενου και του περιβάλλοντός του αποτελούν στόχους του νοσοκομείου ημέρας.

Τα πλεονεκτήματα του Νοσοκομείου Ημέρας περιλαμβάνουν την μείωση του φαινομένου εξάρτησης, τη παραμονή του ασθενή στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον διατηρώντας την ενεργό συμμετοχή τους στα προβλήματά του. Το κέρδος του ασθενή είναι πολλαπλό γιατί δεν υποχρεώνεται να εγκαταλείψει το σπίτι του, λαμβάνει τις υπηρεσίες που θα λάμβανε σαν ενδονοσοκομειακός ασθενής με αποτέλεσμα να μειώνεται και το κόστος νοσηλείας.

Τα μειονεκτήματα είναι ελάχιστα και δεν επηρεάζουν τον ασθενή. Αυτά περιλαμβάνουν την μικρή αριθμητική στελέχωση προσωπικού καθώς και τον ελάχιστο εξοπλισμό που περιλαμβάνουν συγκριτικά με τα νοσοκομεία.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα νοσοκομεία ημέρας είναι η ψυχοθεραπεία, η εργοθεραπεία, οι ομάδες τέχνης – μουσικής – θεατρικού παιχνιδιού, η ανάγνωση εφημερίδας, η γυμναστική και η παρακολούθηση πολιτιστικών εκδηλώσεων καθώς και οι εκδρομές

### **6.1.6 Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων**

Φιλοξενεί ψυχιατρικούς ασθενείς στην τελευταία φάση της νοσηλείας τους και αφού συνήθως έχουν παραμείνει για κάποιο χρονικό διάστημα στο τμήμα νοσηλείας ενηλίκων του Ψυχιατρικού Τομέα του νοσοκομείου. Οι ασθενείς παραμένουν στον ξενώνα για μικρό χρονικό διάστημα προκειμένου να προετοιμαστούν για την μετάβαση τους σε μονάδες και προγράμματα αποκατάστασης ή για την επιστροφή τους στην κοινότητα.

## **6.2 Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας**

### **6.2.1 Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας**

Στην Ελλάδα, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας (ΚΜΨΥ) αποτελούν μοντέλο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσαρμοσμένο στις ανάγκες των απομακρυσμένων από τα αστικά κέντρα περιοχών της υπαίθρου. Αποτελεί μονάδα των νοσοκομείων και είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Απευθύνεται σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικής νόσου. Απευθύνεται επίσης στον υγιή πληθυσμό, εφαρμόζοντας προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την καταπολέμηση του αποκλεισμού και την βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η φροντίδα των ασθενών γίνεται στην κοινότητα, δηλαδή στο φυσικό κοινωνικό τους περιβάλλον, σε μη περιοριστικές συνθήκες. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας είναι η ανάπτυξη υπηρεσιών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στο κοινοτικό πλαίσιο.

Παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε τομείς ψυχικής υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και

διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με τη φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας .

Χρησιμοποιούν τις υποδομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Όπως συμβαίνει διεθνώς, προτεραιότητα έχει η φροντίδα των ψυχικά ασθενών, καθώς ο συγκεκριμένος πληθυσμός έχει τις μεγαλύτερες ανάγκες και ταυτόχρονα τις μεγαλύτερες δυσκολίες στη λήψη φροντίδας ψυχικής υγείας. Βέβαια, η φροντίδα των άλλων ασθενών (με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.λπ.) δεν παραλείπεται.

Έργο της είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας και ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές. Παρέχει έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείρισης της κρίσης, παρακολουθείται η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει το κάθε άτομο. Εκπαιδεύει τα άτομα και τα βοηθά να γίνουν αυτόνομα καθώς καταπολεμά και το κοινωνικό στίγμα μέσω διαφόρων προγραμμάτων.

Οι διάφορες κινητές μονάδες έχουν αναλάβει πρωτοποριακές δράσεις, καλύπτοντας ειδικές ανάγκες και κατηγορίες ασθενών. Έχουν αναπτύξει πρόγραμμα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, χρησιμοποιούν την κλίμακα εκτίμησης αναγκών, χρησιμοποιούν τις δυνατότητες της τεχνολογίας (Τηλεψυχιατρική) για την παροχή φροντίδας σε περιοχές όπου η πρόσβαση είναι ιδιαίτερα δύσκολη ή σε περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ανάγκες των ασθενών δεν καλύπτονται επαρκώς από τις προγραμματισμένες επισκέψεις. Παράλληλα με την κλινική εργασία, παράγουν επιστημονικό-ερευνητικό έργο, όπως για παράδειγμα η διεξαγωγή επιδημιολογικής μελέτης σχετικά με τον επιπολασμό των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό μιας νησιωτικής περιοχής. Ορισμένες μονάδες έχουν αναπτύξει εσωτερικά εκπαιδευτικά προγράμματα για το προσωπικό τους (*in-service training*). Υποστηρίζεται μάλιστα ότι η συγκεκριμένη διαδικασία είναι χρήσιμη για την ενίσχυση της συνοχής της θεραπευτικής ομάδας, ειδικά σε αυτούς τους δύσκολους καιρούς της οικονομικής κρίσης.

Οι μονάδες αυτές υλοποιούνται από μη κυβερνητικές οργανώσεις ή ανήκουν σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων ή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Παρά το αξιόλογο έργο που παρέχουν, υπάρχουν σημαντικές προκλήσεις και ακάλυπτες ανάγκες. Έχει αναφερθεί ότι για ορισμένες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι προληπτικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς. Οι ηλικιωμένοι είναι πιθανόν να βρίσκονται σε δυσχερή οικονομική θέση, ενώ σε διάφορα πρακτικά ζητήματα όπως η μετακίνηση και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να

έχουν δυσκολίες. Επίσης, οι νεότεροι καθυστερούν σημαντικά ή αποφεύγουν να έρθουν σε έγκαιρη επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας έπειτα από την έναρξη μιας ψυχικής διαταραχής. Η οικονομική κρίση ενδέχεται να επιφέρει αύξηση των ψυχικών διαταραχών, όπως προκύπτει από πρόσφατη αναφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Οι άνθρωποι που ζουν στα όρια της φτώχειας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχικά νοσήματα αλλά και όσοι πάσχουν από ψυχικό νόσημα έχουν αυξημένες πιθανότητες να βρεθούν σε συνθήκες φτώχειας.

Ο ρόλος που καλούνται να διαδραματίσουν οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες παρέχουν δημόσια, δωρεάν και εύκολα προσβάσιμη φροντίδα, στις παρούσες συνθήκες, είναι σημαντικός.

### **6.2.2 Κέντρο Ψυχικής Υγείας**

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αποτελεί τον πυρήνα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας και συνιστώνται ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα των ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Σκοπός του είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, η πρόληψη, θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και η συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων ασθενών.

### **6.2.3 Κέντρα Ημέρας**

Το Κέντρο Ημέρας είναι μια ανοιχτή δομή παροχής υπηρεσιών σε ενήλικες, οι οποίοι αντιμετωπίζουν θέματα ψυχικής υγείας και ζουν εκτός ασύλου, είτε σε προστατευόμενες δομές, είτε με την οικογένειά τους.

Το Κέντρο Ημέρας έχει στόχο την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας ενήλικων ατόμων ηλικίας από 17-60 ετών και των δύο φύλων, με ψυχικά προβλήματα, οι οποίοι παρακολουθούνται από άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παράλληλα στοχεύει στην επανένταξη και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικά προβλήματα στο κοινωνικό σύνολο.

Στο Κέντρο Ημέρας παρέχονται υπηρεσίες από Ψυχολόγους, Νοσηλευτικούς Λειτουργούς Ψυχικής Υγείας και Εργοθεραπευτές.

Στόχος της δομής είναι να δράσει τόσο στο επίπεδο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μέσα από διάφορα θεραπευτικά προγράμματα, όσο και στο επίπεδο της πρόληψης και της ενημέρωσης για την Ψυχική Υγεία. (<http://www.iasismed.eu>)

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει πολύπλευρη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών μέσα σε ένα κατάλληλο πλαίσιο υποστήριξης, πρόληψη εκδήλωσης υποτροπών εισαγωγών, επαναεισαγωγών σε νοσοκομειακές μονάδες ψυχικής υγείας, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας, ενημέρωση και στήριξη των οικογενειών, εκτίμηση αναγκών, ανίχνευση ενδιαφερόντων, αναγνώριση δυνατοτήτων και αναζήτηση τρόπων απασχόλησης, παροχή κινήτρων και ευκαιριών για κινητοποίηση και έξοδο από την αδράνεια και δυνατότητα επικοινωνίας, έκφρασης και αλληλοϋποστήριξης των μελών (Ελληνικό κέντρο ψυχικής υγιεινής και ερευνών)

Για την επίτευξη των στόχων του, το Κέντρο Ημέρας αναπτύσσει ποικιλία δράσεων στις οποίες περιλαμβάνονται η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, η δημιουργία ομάδων υποστήριξης και ενδυνάμωσης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και των φροντιστών τους καθώς και η ενθάρρυνση των ατόμων για κοινωνικοποίηση και ανάπτυξη σχέσεων.

#### **6.2.4 Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο**

Το Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο (ΙΠΚ) παρέχει υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους. Περιλαμβάνονται υπηρεσίες πρώιμης διάγνωσης και θεραπείας, συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες καθώς και ψυχοκοινωνική βοήθεια. Η φροντίδα παρέχεται μέσω παρεμβάσεων σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, κατ' οίκον επισκέψεων, κοινοτικών δράσεων. Συνήθως η λειτουργία του είναι πρωινή και απογευματινή, επί πενθημέρου βάσεως.

Παρέχει διαγνωστική εκτίμηση παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους, συμβουλευτική και υποστηρικτική αντιμετώπιση, εξειδικευμένες υπηρεσίες παιδοψυχιατρικές και ψυχολογικές υπηρεσίες, υπηρεσίες λογοθεραπείας, εργοθεραπείας και ειδική διαπαιδαγώγηση.

Σημαντικό είναι το έργο του ιατροπαιδαγωγικού κέντρου στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης μέσα από την οργάνωση και εφαρμογή αντίστοιχων παρεμβάσεων σε παιδικούς σταθμούς, σχολεία, κλπ.

## **6.3 Εξειδικευμένα Κέντρα:**

### **6.3.1 Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση**

Το Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση (ΚΠΚ) είναι συνήθως εγκατεστημένο εκτός του Γενικού Νοσοκομείου (θεωρείται αποκεντρωμένη μονάδα) και δέχεται κυρίως ψυχιατρικούς ασθενείς οι οποίοι έχουν νοσήσει στο παρελθόν ή βρίσκονται σε συνεχή ψυχιατρική παρακολούθηση μέσω των τακτικών εξωτερικών ιατρείων οι οποίοι είναι σε κρίση χωρίς όμως να χρειάζονται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Δέχεται επίσης νέα περιστατικά για τα οποία απαιτείται η παροχή υπηρεσιών λόγω μιας κρίσης. Οι ασθενείς απευθύνονται σε αυτό κυρίως σε περιπτώσεις υποτροπών είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε από το συγγενικό τους περιβάλλον. Λειτουργεί σε 24ωρη βάση.

Αποτελεί τον ενδιάμεσο κρίκο για την πρόληψη και τη θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών και στόχος του είναι η βραχυπρόθεσμη θεραπευτική παρέμβαση του λεγόμενου «επείγοντος ψυχιατρικού περιστατικού».

### **6.3.2 Νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι**

Τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών αναλαμβάνει αρχικά η οικογένειά τους, η οποία λειτουργεί ως φροντιστής και όταν καταστεί ανάγκη και ο ασθενής εισάγεται σε νοσοκομείο καθίσταται απαραίτητη τόσο η συνεργασία μεταξύ φροντιστών και νοσηλευτών όσο και η ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών από τους νοσηλευτές.

Οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν μεγάλο βάρος για τους συντρόφους, τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους των ασθενών. Τα μέλη της οικογένειας συχνά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς εφόσον η συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών παρουσιάζει πολλές επιπτώσεις. Τα μέλη της οικογένειας μερικές φορές βιώνουν αισθήματα υπερβολικής ενοχής μετά τη διάγνωση του ασθενή, ανησυχούν για τις σκέψεις μίσους ή για το θυμό που είχαν προς τον ασθενή και πολλοί αναρωτιούνται μήπως προκάλεσαν με κάποιο τρόπο τη νόσο επειδή δεν ήταν υποστηρικτικοί ή δεν είχαν μεγάλες αντοχές. Η ζωή της οικογένειας αλλάζει σημαντικά, εφόσον η ασθένεια του αγαπημένου τους προσώπου μεταβάλλει τόσο τη ζωή του ίδιου του ασθενούς, όσο και την δική τους κοινωνική, προσωπική,

επαγγελματική. Για τους παραπάνω λόγους η υποστήριξη των φροντιστών κρίνεται απαραίτητη και σημαντική τόσο για τη δική τους υγεία όσο και για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ασθενούς τους.<sup>44</sup> (Ο. Κωνσταντακοπούλου, 2003)

Το 'Νοσοκομείο στο σπίτι' είναι ένα νέο μοντέλο φροντίδας και έχει αναπτυχθεί με διαφορετικό τρόπο σε κάθε χώρα. Σε κάποια μοντέλα λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα και σε άλλα ο νοσηλευτής και ο ιατρός έχουν τον πρωταγωνιστικό ρόλο. Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές μπορούν να λάβουν μεγάλου εύρους σύνθετων και υψηλού επιπέδου κατ' οίκον φροντίδα.

Αυτό το μοντέλο φροντίδας ξεκίνησε να εφαρμόζεται στην Γαλλία το 1961 και κατά την δεκαετία του 1980 άρχισε να γνωρίζει ιδιαίτερη άνθηση και σε άλλες χώρες.

Αποτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων εκείνων με βάση τις οποίες οι υπηρεσίες υγείας μεταφέρονται στα άτομα και την οικογένεια στον χώρο που ζούνε με σκοπό τη διατήρηση προαγωγής και αποκατάσταση της υγείας τους.

Η νοσηλεία στο σπίτι βοηθά τα άτομα να αυξήσουν το επίπεδο ανεξαρτησίας περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αρρώστιας ή της αναπηρίας.

Σκοπός αυτής της υπηρεσίας είναι η επανεκτίμηση, η αποκατάσταση και η καθυστέρηση ή η αποφυγή της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.

Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την άμεση παροχή φροντίδας ενώ ο ρόλος του ιατρού είναι η εποπτεία, οι παραπομπές στην υπηρεσία και η διενέργεια επισκέψεων στο σπίτι του ασθενή σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση. Συνεργασία με αυτή την υπηρεσία έχουν ακόμα, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί καθώς και διαιτολόγοι.

Αυτό το μοντέλο περίθαλψης περιλαμβάνει ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων σε εξωτερικούς ασθενείς στο σπίτι τους, ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων υπό την παρουσία του γιατρού στο ιατρείο, κατ' οίκον φροντίδα από οργανισμούς σε ασθενείς που λαμβάνουν εξειδικευμένες θεραπείες και τέλος, οξεία περίθαλψη με νοσηλευτικές παρεμβάσεις υπό την παρουσία γιατρού με επισκέψεις που κυμαίνονται από 2-3 φορές την ημέρα ή από 1 επίσκεψη κάθε 2-3 μέρες.

Η επίσκεψη στο σπίτι δίνει την δυνατότητα στους νοσηλευτές να δουν την πραγματική οικογενειακή κατάσταση και να σχηματίσουν σαφή εικόνα για τον ασθενή και για την οικογένειά του. Σαν μέθοδος κάνει τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον να αποκτούν εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας γιατί είναι πιο προσωπική και πιο εξατομικευμένη. Ακόμα υπάρχει μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, όπως είναι η



παρουσία λοιμώξεων. Μεγιστοποιεί την ανεξαρτησία του ασθενή, αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και της ευεξίας και αποτελεί οικείο περιβάλλον.

Τα μειονεκτήματα που προκαλούνται από αυτό το μοντέλο φροντίδας είναι το κόστος της φροντίδας, το οποίο ποικίλει από ασθενή σε ασθενή. Η οικογένεια του ασθενή επιβαρύνεται και μπορεί να προκληθούν ψυχοσωματικές βλάβες και στην ίδια. Οι ασθενείς δεν έχουν εύκολη και άμεση πρόσβαση σε θεραπευτικές και εργαστηριακές παρεμβάσεις από ειδικευμένο προσωπικό.

### **6.3.3 Εργαστήρια Επαγγελματικής Αποκατάστασης**

Πρόκειται για μονάδες που έχουν ως στόχο την προετοιμασία ψυχικά ασθενών με μειωμένη λειτουργικότητα για την ένταξή τους στην κοινωνία και ιδιαίτερα στον κόσμο της εργασίας.

Η επίτευξη του στόχου των μονάδων αυτών κατορθώνεται διαμέσου της εφαρμογής προγραμμάτων αποκατάστασης σε ατομική και ομαδική βάση.

Τα εργαστήρια αυτά παρέχουν τη δυνατότητα για μόνιμη απασχόληση σε ασθενείς οι οποίοι δύσκολα θα μπορούσαν να προωθηθούν στην εργασία.

Οι μονάδες αυτές λειτουργούν με ασθενείς οι οποίοι παραπέμπονται από άλλες μονάδες ψυχικής υγείας και εφαρμόζουν μέρος του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος που έχει εκπονηθεί για τον καθένα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### 7.1 Τα Δικαιώματα των Ατόμων με Ψυχικές Ασθένειες

Τα άτομα που πάσχουν από διάφορες ψυχικές διαταραχές βρίσκονται πολύ συχνά εκτεθειμένα σε ένα πολύ μεγάλο φάσμα παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αλλά και των δικαιωμάτων τους ως ασθενείς. Οι συγκεκριμένες παραβιάσεις λαμβάνουν χώρα στα διάφορα θεραπευτικά ιδρύματα και αφορούν κυρίως την παροχή ακατάλληλης και υποβαθμισμένης φροντίδας και περίθαλψης.

Το στίγμα της ψυχικής διαταραχής έχει αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ασθενών και οδηγεί σε διακρίσεις και καταπάτηση των ατομικών δικαιωμάτων. Το τελευταίο ειδικότερα, περιλαμβάνει τον αποκλεισμό στους τομείς της εκπαίδευσης, της απασχόλησης, της στέγασης κ.α.. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι το στίγμα και οι διακρίσεις θέτουν εμπόδια στην πρόσβαση του ατόμου στην κατάλληλη θεραπευτική φροντίδα, την κοινωνική ενσωμάτωση και την πλήρη ίαση της ασθένειας.

Η αναγκαιότητα ύπαρξης μιας ειδικής νομοθεσίας με σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών είναι ιδιαίτερα εμφανής. Η νομοθεσία δύναται να συμβάλει θετικά στην αλλαγή στάσεων και νοοτροπιών στην κοινωνία, κάτι που αναγνωρίζουν όλες οι κυβερνήσεις παγκοσμίως. Γι αυτό το λόγο, όλο και περισσότερα κράτη τείνουν να αναθεωρήσουν την νομοθεσία που σχετίζεται με τα δικαιώματα των ασθενών. Η νομοθεσία δηλαδή, προσφέρει τη δυνατότητα δημιουργίας ενός σαφούς πλαισίου μέσα στο οποίο μπορεί να κινείται ο ασθενής και οι επαγγελματίες υγείας, κινητοποιώντας ταυτόχρονα τους κατάλληλους κοινωνικούς μηχανισμούς με στόχο την αλλαγή των κοινωνικών στάσεων.

Η νομοθεσία θα πρέπει να καθορίζει με σαφήνεια, αλλά και να προστατεύει τα αστικά ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα του ασθενούς. Τα άτομα που πάσχουν

από ψυχικές διαταραχές έχουν δικαίωμα στην ελευθερία, στην ισότητα και στην αξιοπρέπεια στην καθημερινή τους ζωή, αλλά και κατά την διάρκεια περίθαλψης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Για το λόγο αυτό, ο νόμος οφείλει να μεριμνά για δικαιώματα που αφορούν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, την κοινωνική ασφάλεια, την ενσωμάτωση διαμέσου της εργασίας, την αξιοπρεπή διαβίωση μέσω ποικίλων στεγαστικών δομών αποκατάστασης ή της παροχής διαφόρων κοινωνικών βοηθημάτων.<sup>45</sup> (Αλεβίζος Β., 1997)

### **Συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας**

Δεδομένο θεωρείται ότι οι ψυχικές διαταραχές και οι επιπτώσεις τους προκαλούν σημαντική επιβάρυνση στις υπηρεσίες υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας λαμβάνοντας πρωτοβουλίες αγωνίζεται να μετατοπίσει την ψυχική υγεία από την παραμελημένη θέση στην οποία βρίσκεται σε μια πιο κεντρική, στην παγκόσμια δημόσια υγεία. Κατά τη διάρκεια της 54ης Συνέλευσης για την παγκόσμια υγεία διατυπώθηκαν κατευθύνσεις που αφορούν τη χάραξη εξειδικευμένων πολιτικών για την ψυχική υγεία, οι οποίες παρατίθενται παρακάτω: (ΠΟΥ, 2001)

- Η πρώτη κατεύθυνση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αφορά τη δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, η δημιουργία δομών παροχής φροντίδας δύναται να διευκολύνει και να επιταχύνει την παροχή φροντίδας σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων, ενώ ο περιορισμός των οικονομικών δαπανών θα είναι εμφανής. Οι δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να είναι εύκολα και άμεσα προσβάσιμες στον ασθενή και το προσωπικό εξειδικευμένο στην παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας ενώ παράλληλα θα παρακολουθεί επιμορφωτικά προγράμματα.
- Η δεύτερη κατεύθυνση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αφορά τη διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων, καθώς αυτά μειώνουν τα συμπτώματα και την ανικανότητα και προλαμβάνουν τις υποτροπές.
- Η τρίτη κατεύθυνση περιλαμβάνει την παροχή περίθαλψης μέσα στην κοινότητα και την αποφυγή εισαγωγής σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Έχει αποδειχθεί ότι, η φροντίδα στην κοινότητα προσφέρει θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία του ασθενούς, εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής, σεβασμό των δικαιωμάτων του και παράλληλα εξοικονομεί πόρους. Κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία υποστηρικτικών δομών στην κοινότητα που θα αναλάβουν τη φροντίδα των ασθενών, σε συνεργασία με τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων και τις μονάδες φροντίδας κατ' οίκον .
- Η εκπαίδευση του κοινού αφορά την τέταρτη κατεύθυνση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η συστηματική αγωγή κοινότητας έχει ως αποτέλεσμα την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά

- ασθενών αφού ενημερώνει το κοινό για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες και τα δικαιώματά τους.
- Η συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και χρηστών αποτελεί την πέμπτη κατεύθυνση, και απώτερος στόχος είναι η συμμετοχή στην ανάπτυξη πολιτικών και προγραμμάτων και στη λήψη αποφάσεων.
  - Η έκτη κατεύθυνση περικλείει την ύπαρξη εθνικών πολιτικών, προγραμμάτων και νομοθεσίας, όπως είναι η αύξηση των προϋπολογισμών για την ψυχική υγεία. Οι μεταρρυθμίσεις που αφορούν την ψυχική υγεία πρέπει να αποτελούν τμήμα των ευρύτερων μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας κάθε χώρας.
  - Η έβδομη κατεύθυνση αναφέρεται στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων δηλαδή στην ύπαρξη επαρκούς αριθμού εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας που πρόκειται να στελεχώσουν τις δομές ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα οι δομές αυτές στελεχώνονται από Πολυκλαδικές Θεραπευτικές Ομάδες (ψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους, ψυχιατρικούς νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές). Στόχος είναι η παροχή ολοκληρωμένης περίθαλψης και η ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.
  - Η όγδοη κατεύθυνση περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεσμών με άλλους τομείς, δηλαδή την διατομεακή συνεργασία με τις υπηρεσίες δικαιοσύνης, την εκπαίδευση, τον οργανισμό ανεύρεσης εργασίας, μη κυβερνητικές οργανώσεις και γενικότερα με άλλες δημόσιες και μη υπηρεσίες. Κύριος στόχος είναι η καταπολέμηση του στίγματος και η προαγωγή της ψυχικής υγείας.
  - Η ένατη κατεύθυνση σχετίζεται με την καταγραφή της ψυχικής υγείας μέσω πληροφοριακών συστημάτων σε κοινοτικό επίπεδο, η οποία θα αποτυπώνεται μέσω δεικτών που θα μετρούν τον αριθμό των ψυχικών διαταραχών και την παρεχόμενη περίθαλψη. Με αυτόν τον τρόπο, θα γίνεται εύκολη καταγραφή των τάσεων και των μεταβολών στην ψυχική υγεία, ενώ θα είναι δυνατή η εκτίμηση των αναγκών και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας του συστήματος υγείας.
  - Η δέκατη κατεύθυνση αφορά την υποστήριξη της έρευνας αναφορικά με τις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ψυχικής υγείας με σκοπό την κατανόηση των νέων συνθηκών που διαμορφώνονται κάθε φορά. (ΠΟΥ, 2001)

## **7.2 Το Νομοθετικό Πλαίσιο στην Ελλάδα**

## **Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του νοσηλευόμενου**

Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς αναφέρονται στο Ν. 2071/92 και συγκεκριμένα στο άρθρο 47. Πιο αναλυτικά αναγνωρίζει το δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του και δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης κάθε διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν. Το τελευταίο, είναι δυνατό να καμφθεί σε περίπτωση μερικής ή πλήρους νοητικής ανικανότητας, οπότε είναι δυνατό να ασκηθεί από το πρόσωπο που ενεργεί για λογαριασμό του ασθενούς.

Επιπλέον, ο ασθενής έχει το δικαίωμα πληροφόρησης για την κατάστασή του και για τους ενδεχόμενους κινδύνους που είναι πιθανό να παρουσιαστούν ή να προκύψουν με την αφορμή εφαρμογής πειραματικών ή ασυνήθιστων διαγνωστικών ή θεραπευτικών πράξεων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εφαρμογή τέτοιων πράξεων γίνεται μόνο έπειτα από τη συγκατάθεση του ασθενούς. Η συγκατάθεση είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να είναι τέτοια ώστε να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της κατάστασής του και να λαμβάνει ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που πιθανόν να προδικάσουν την μετέπειτα ζωή του.

Επιπρόσθετα ο ασθενής έχει το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής, μέσω του απόρρητου χαρακτήρα των πληροφοριών που τον αφορούν και του ιατρικού του φακέλου. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών αυτών πρέπει να είναι εγγυημένος. Ο ασθενής τέλος έχει το δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων καθώς και της κατάθεσης διαμαρτυριών και ενστάσεων στις αρμόδιες αρχές και της πληροφόρησής του για τα αποτελέσματα που επιφέρουν αυτές.

Στον ίδιο νόμο γίνεται αναφορά και στις υποχρεώσεις του νοσηλευόμενου ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα ο ασθενής υποχρεούται να ενημερώνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την φαρμακευτική αγωγή που λάμβανε πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Να συνεργάζεται με ειλικρίνεια, να είναι συνεπής στα καθορισμένα ραντεβού του, να προσκομίζει τα απαραίτητα έγγραφα για τη νοσηλεία του και να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες που του ζητούνται από το προσωπικό.

Τα δικαιώματα των ασθενών προβλέπονται και ρυθμίζονται από πολλές διεθνείς συμβάσεις που κυρώθηκαν από τη Βουλή των Ελλήνων και έγιναν νόμοι της χώρας μας, όπως ο νόμος 2619/1998 που κύρωσε τη σύμβαση του Συμβουλίου της

Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής και ο νόμος 3418/2005.

Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν:

Ο κάθε ασθενής μπορεί και πρέπει να απευθύνεται στα αρμόδια όργανα που προβλέπονται από τις προαναφερθείσες διατάξεις και ιδιαίτερα στο Διοικητή του Νοσοκομείου αν νομίζει ότι θίγονται τα δικαιώματα του ή προσβάλλεται η προσωπικότητα του ή η συμπεριφορά του προσωπικού του Νοσοκομείου δεν είναι η πρόποσα.

Ο ασθενής δεν υποχρεούται να καταβάλει κάποιο χρηματικό ποσό κατά το διάστημα νοσηλείας του στο ιατρικό, νοσηλευτικό ή διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου, πέραν εκείνου του ποσού το οποίο προβλέπεται από το νόμο και υποχρεούται να καταβάλει στο λογιστήριο του νοσοκομείου και να πάρει σχετική απόδειξη.

#### **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Η προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών προβλέπεται στο άρθρο 47 του Ν. 2071/1992, στο άρθρο 1 του Ν. 2519/1997, στην Υπ. Απ. ΔΥ3α/οικ. 1848/29-9-1997, στο Ν. 2716/1999, στο Ν. 2619/1998 και στο Ν. 3418/2005.

Κάθε νοσοκομείο έχει υποχρέωση να γνωστοποιεί τα δικαιώματα αυτά στους ασθενείς κατά την εισαγωγή τους.

Κάθε νοσοκομείο διαθέτει τριμελή επιτροπή προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη και Γραφείο Επικοινωνίας Πολίτη.

#### **Τα Αστικά και Κοινωνικά Δικαιώματα**

Νομοθετικά μέτρα σε τομείς που δεν άπτονται με την πολιτική για την ψυχική υγεία ή την υγεία γενικότερα μπορούν να παίζουν ένα θετικό ρόλο για την ενσωμάτωση στην κοινότητα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Μπορούν να διασφαλίσουν την επιτυχία μιας πολιτικής που προάγει τη φροντίδα στην κοινότητα και την αποϊδρυματοποίηση. Η νομοθεσία σε αυτούς τους τομείς είναι σημαντική καθώς συμβάλλει στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα ενδιαφέρουν τα παρακάτω δικαιώματα :

#### **Τα αστικά δικαιώματα**

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν όλα τα αστικά δικαιώματα όμοια με τους άλλους ανθρώπους, όπως καθορίζονται από τις διεθνείς συνθήκες.

Πιο συγκεκριμένα τα άτομα έχουν το δικαίωμα να ψηφίζουν, να παντρεύονται, να αποκτούν παιδιά, να κατέχουν και να διαχειρίζονται την περιουσία τους, να εργάζονται και να μορφώνονται. Ακόμα μπορούν να επιλέγουν την κατοικία τους και να έχουν ελεύθερη μετακίνηση

### Το δικαίωμα στην υγεία

Κάθε άτομο έχει δικαίωμα στο αγαθό υγεία. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να προστατεύεται από παράγοντες επιβαρυντικούς για την υγεία του, την απόλυση, την εκμετάλλευση, τις διακρίσεις εξαιτίας της ιδιαιτερότητάς του. Είναι σημαντικό να απολαμβάνει ίσες ευκαιρίες στην απασχόληση. Το αίτημα αυτό πιθανά απαιτεί ειδικά προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης και συνθήκες προστατευμένης εργασίας. Υπάρχει ανάγκη διαρκούς υποστήριξης του χρήστη στο χώρο εργασίας, αλλά και συνθήκες τέτοιες που θα αποτρέπουν τη δημιουργία αρνητικού κλίματος στο χώρο εργασίας. Η καταναγκαστική εργασία είναι ασύμβατη με την έννοια των ανθρώπινων δικαιωμάτων.

### Το δικαίωμα κοινωνικής ασφάλειας

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δικαιούνται κοινωνικά βοηθήματα στον ίδιο βαθμό με τα άτομα που παρουσιάζουν φυσικές αναπηρίες.

### Το δικαίωμα στην εκπαίδευση

Τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικοι πρέπει να έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση. Αν αυτό πρέπει να γίνει κάτω από ειδικούς όρους, θα πρέπει από την πλευρά της πολιτείας να διασφαλίζονται αυτοί οι όροι. Η ειδική εκπαίδευση θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του εκπαιδευτικού συστήματος.

### Το δικαίωμα στην κατοικία

Είναι πολύ σημαντικό τα πάσχοντα άτομα να έχουν εξασφαλίσει στέγη σε αξιοπρεπείς δομές στην κοινότητα. Για το λόγο αυτό θα χρειαστούν ίσως ειδικά

προγράμματα και επιδοτήσεις καθώς και συνθήκες προστατευμένης κατοικίας , όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.

### **7.3 Το Πρώτο Νομικό Καθεστώς και ο Ισχύων Νόμος**

Το καθεστώς που ίσχυε στην Ελλάδα πριν το 1992 όριζε ότι την ευθύνη του εγκλεισμού ενός ψυχικά ασθενή την είχε ο ψυχίατρος, ενώ η υποβολή της αίτησης εισαγωγής σε κάποιο ψυχιατρείο ήταν δυνατό να γίνει από κάθε συγγενή ή τρίτο πρόσωπο ή την αστυνομία έπειτα από εισαγγελική παρέμβαση. Η γνωμάτευση δε του επιστημονικού διευθυντή της κλινικής και η συγκατάθεση ενός ψυχιάτρου ήταν αρκετές για την κράτηση. Σύμφωνα με το Ν.Δ. 104/1973 που ίσχυε παλαιότερα, ο νοσηλευόμενος ήταν κάτω από την αόριστη και ισόβια εποπτεία των υπεύθυνων του ψυχιατρείου, οι οποίοι είχαν τη διαχείριση της υγείας, της ζωής και της ελευθερίας του δίχως χρονικό περιορισμό. Ο συγκεκριμένος χαρακτήρας του περιορισμού στο ψυχιατρείο ήταν δικαιολογημένος όμως, εξαιτίας της πεποίθησης που υπήρχε ότι ο ασθενής ήταν επικίνδυνος. Το βασικό κριτήριο του εγκλεισμού ήταν η προστασία των πολιτών από τον ασθενή, κάτι που ευθύνεται για τη μεγάλη χρονική διάρκεια των εγκλεισμών, τη διαιώνιση της ιδρυματοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο ασθενής εθεωρείτο άτομο δίχως βούληση, με αδυναμία λήψης αποφάσεων και διαχείρισης προσωπικών ζητημάτων και ανίκανο να ασκεί κάθε δικαίωμα. Ο πρότερος νόμος δυσχέραινε τις σχέσεις γιατρού και ασθενή, διότι ο πρώτος έπρεπε να είναι αυτός που θα καθορίσει την ελευθερία του δεύτερου. Η ανάγκη για ψυχιατρική μεταρρύθμιση οδήγησε στην αναθεώρηση της νομοθεσίας που υγεία και ειδικότερα αυτής που διέπει τα δικαιώματα των ασθενών, αλλά και των ασθενών που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες. Ο ισχύων Ν.2071/92 (άρθρα 94-100) επιπλέον, ρυθμίζει τα ζητήματα της ακούσιας νοσηλείας και τις προϋποθέσεις εισαγωγής. Η αίτηση της ακούσιας νοσηλείας υποβάλλεται μόνο από συγγενή σε ευθεία γραμμή ή εκ πλαγίου μέχρι β' βαθμού, από αυτόν που έχει την επιμέλεια του ασθενή, από τον επίτροπο δικαστικά απαγορευμένου και από τον εισαγγελέα. Η αίτηση ακολουθείται από τη γνωμάτευση δύο ψυχιάτρων,



ενώ έπειτα, ο εισαγγελέας διατάζει τη μεταφορά του ασθενή σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Η μεταφορά του ασθενή για ακούσια εξέταση ή νοσηλεία πραγματοποιείται με τη συνδρομή του αστυνομικού προσωπικού σε περιπολικό, συχνά με δέσμευσή του με χειροπέδες, αφού η εισαγγελική παραγγελία απευθύνεται προς το αστυνομικό τμήμα και όχι προς το ΕΚΑΒ.

Εάν η εξέταση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί για κάποιο λόγο, τότε ο εισαγγελέας δύναται να διατάξει την εξέταση σε ψυχιατρική κλινική, όπου ο ασθενής παραμένει έως και 48 ώρες. Αν οι γνωματεύσεις των ειδικών συνηγορούν, τότε πραγματοποιείται η μεταφορά του σε ψυχιατρική κλινική, όπου ο ασθενής ενημερώνεται για τα δικαιώματά του ή το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Τρεις μέρες έπειτα από τη μεταφορά, ο εισαγγελέας εισάγει την υπόθεση στο πολυμελές πρωτοδικείο, που συνεδριάζει σε 10 μέρες και αποφασίζει για την ακούσια νοσηλεία. Έπειτα από 3 μήνες, ο επιστημονικός διευθυντής και ένας ψυχίατρος υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα και δικαιολογούν τυχόν ανάγκη παράτασης της νοσηλείας. Για την τελευταία απαιτείται η σύμφωνη γνώμη τριών ψυχιάτρων, οι δύο εκ των οποίων ορίζονται από τον εισαγγελέα, οπότε και αποφασίζεται η παράταση της νοσηλείας για περισσότερο από τους 6 μήνες (Ν.2071/92, άρθρα 94-100).

Προβληματισμοί δημιουργήθηκαν όμως, και στους ψυχιάτρους, καθώς θεώρησαν ότι η ακούσια νοσηλεία διαταράσσει τις σχέσεις μεταξύ γιατρού και ασθενή, λόγω λειτουργίας τους ως όργανα κοινωνικού ελέγχου. Άλλα προβλήματα δημιουργούνται επίσης, όταν αποφασίζεται ο εγκλεισμός και η αναγκαστική επιβολή θεραπείας ακόμα και αν υπάρχει νομική κάλυψη και ιατρική ηθική, καθώς ένα καλό αποτέλεσμα περιλαμβάνει και την επιλογή των κατάλληλων μέσων και την υιοθέτηση συμπεριφορών σεβασμού των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ψυχικά ασθενούς. (Αλεβίζος Β., 1997)

Ειδικότερα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα πρέπει να περιλαμβάνει την υψηλή κοινοτική φροντίδα που θα προλαμβάνει την νοσηλεία, θα ενισχύει την παρακολούθηση και την στήριξη τόσο του ασθενούς, όσο και της οικογένειάς του, αλλά και θα προωθεί την παραμονή και πλήρη ένταξη στην κοινότητα. Με αυτόν τον τρόπο, θα αμβλύνονται προβλήματα που αφορούν την ακούσια νοσηλεία, όπως προσφυγή στον εισαγγελέα, ή μεταφορά σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μακριά από τον τόπο διαμονής του πάσχοντα.

Οι καινοτομίες της νέας νομοθεσίας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν έγιναν αποδεκτές από πολλούς εισαγγελείς. Τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν έγιναν διακριτά από τον πρώτο καιρό εφαρμογής του νόμου, ενώ επίσημη προσπάθεια καταγραφής των αδυναμιών έγινε έπειτα από ένα χρόνο. Αυτά αφορούσαν την μηδενική ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους, τις αργές

γραφειοκρατικές διαδικασίες και την επιμονή των εισαγγελέων στην Αθήνα να εφαρμόζουν πρακτικά τον νόμο 104/1973. (Κοσμάτος Κ., 1998)

Το 1993, η Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης και Υποτιμητικής Μεταχείρισης και Τιμωρίας τόνισε τις άθλιες συνθήκες των ελληνικών ψυχιατρικών ιδρυμάτων και ασχολήθηκε με το νομοθετικό καθεστώς για την ακούσια νοσηλεία. Η Επιτροπή παρατήρησε την μηδενική εφαρμογή των διατάξεων, αλλά και την αδυναμία πληροφόρησης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Επιπλέον, η Επιτροπή συνέστησε στις ελληνικές αρχές να προβούν στην εφαρμογή του νόμου, αν και το ίδιο έτος επίσημα έγγραφα της Εισαγγελίας Πρωτοδικών αναφέρουν την αδυναμία εφαρμογής του Ν. 2071/92 και την πρόταση ισχυροποίησης του Ν.Δ 104/73. Η αντίδραση της Εισαγγελίας Πρωτοδικών Αθηνών και η μη εφαρμογή του νόμου οδήγησαν τον Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου να εκδώσει την 504/96 Εγκύκλιο, που καταλήγει στην υποχρέωση εφαρμογής του από τις δικαστικές αρχές.

Το Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης, εφάρμοσε εξαρχής πιστά το νέο νόμο. Ο Προϊστάμενος της Εισαγγελίας Πρωτοδικών Θεσσαλονίκης, με την έκδοση της 633/2000 εγκυκλίου, έθεσε ως κύριο ζήτημα την προάσπιση των ατομικών δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την προστασία τους από τον αυθαίρετο εγκλεισμό. Τόνισε επίσης, ότι ο δικαστικός λειτουργός θα πρέπει να λειτουργεί ως προστάτης και εγγυητής των ελευθεριών αυτών, ενώ ο ρόλος του Εισαγγελέα Πρωτοδικών είναι καθοριστικός, καθώς οφείλει να ελέγχει τις προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας, ώστε η τελευταία να μην επιβάλλεται καταχρηστικά.

Σημαντικό εμπόδιο αποτέλεσε η γραφειοκρατία και η πολυπλοκότητα των διαδικασιών που απαιτούσε ο νόμος, η έλλειψη προσωπικής επαφής μεταξύ ψυχιάτρων, εισαγγελέων και ψυχικά πασχόντων και οι πρακτικές δυσκολίες της εισαγωγής της υπόθεσης στο αρμόδιο δικαστήριο. Στην δικαστική εξουσία συγκεκριμένα, αναγκαίες ήταν οι αλλαγές σε σχέση με την ρητή αναφορά ορισμένων προθεσμιών, την κατάργηση της επικινδυνότητας ως διαζευκτικής προϋπόθεσης για την ακούσια νοσηλεία, την δυνατότητα αλλαγής τύπου Μονάδας Ψυχικής Υγείας και την θεσμοθέτηση μεταβατικών διατάξεων.<sup>46.</sup> (Μανιτάκης Α., 1997)

Σημαντικό πρόβλημα επίσης ήταν ότι οι εισαγγελείς εφάρμοζαν το νόμο περιοριζόμενοι στις γραφειοκρατικές διαδικασίες και αγνοούσαν το βαθύτερο νόημά του. Επιπλέον, αρνούσαν να πάρουν την ευθύνη που τους αναλογούσε για τον εγκλεισμό και την προστασία της προσωπικής ελευθερίας του ασθενή, ενώ συχνά δεν κινούσαν έγκαιρα και έγκυρα τις προβλεπόμενες διαδικασίες και αδιαφορούσαν όταν αυτές δεν τηρούνταν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

### Τα Χαρακτηριστικά και ο Ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας

Η ψυχιατρική νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της νοσηλευτικής που έχει σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στο ψυχικά διαταραγμένο ασθενή προκειμένου να αντιμετωπίσει την ψυχική ασθένεια και να προάγει την ψυχική υγεία. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας δρουν τόσο στις ψυχιατρικές κλινικές των νοσοκομείων όσο και στην κοινότητα.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μαζί με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας συμμετέχουν και στα τρία στάδια της πρόληψης, βοηθώντας στην ανάπτυξη και την αποκατάσταση των κοινωνικών σχέσεων του ασθενή, αλλά και στην καθοδήγηση του ασθενή στην εφαρμογή της θεραπευτικής του αγωγής. Υπάρχουν τρία στάδια πρόληψης:

- Η πρωτογενής πρόληψη εφαρμόζεται σε άτομα υγιή και τα προφυλάσσει ώστε να μην αναπτύξουν νόσο. Ένα παράδειγμα πρωτογενούς πρόληψης αποτελεί η ενημέρωση των εφήβων σχετικά με την κατάχρηση ουσιών.
- Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται σε άτομα που έχουν ήδη προσβληθεί από ένα νόσημα. Στόχος είναι να αναγνωριστούν τα συμπτώματα και να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά νωρίς, ώστε να προληφθούν οι δυσμενείς

συνέπειες του νοσήματος. Ένα παράδειγμα αποτελεί ο προληπτικός έλεγχος για κατάθλιψη, πριν ο καταθλιπτικός έφηβος εγκαταλείψει το σχολείο ή επιχειρήσει να βάλει τέλος στην ζωή του.

- Η τριτογενής πρόληψη αφορά άτομα που έχουν προσβληθεί σοβαρά από μια ψυχική διαταραχή. Ο στόχος είναι να βοηθηθούν να αναρρώσουν και να προληφθεί περεταίρω αναπηρία. Παράδειγμα αποτελεί ένα κέντρο ημερήσιας φροντίδας και νοσηλείας, που κρατά τους ψυχικά ασθενείς νέους μακριά από ιδρύματα.<sup>47</sup> (Brown, 2010)

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα προκειμένου να ανταπεξέλθει στην ορθή και ολοκληρωμένη φροντίδα του << απαιτητικού>> ψυχικά διαταραγμένου ασθενή. Επιπλέον οφείλει να παρέχει ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας στους ψυχιατρικούς ασθενείς αλλά και στις οικογένειες τους εντός και εκτός νοσοκομείου.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι όταν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας λειτουργούν με σωστό σχεδιασμό και σαφήνεια τότε γίνεται πιο αποτελεσματική η φροντίδα των ασθενών. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να ταραζονται από τις απότομες προσαρμογές ή να κατακλύζονται από το φόβο απρόβλεπτων καταστάσεων αλλά θα πρέπει να παρακινούνται ώστε να διαθέτουν την ψυχική τους ενέργεια και προσοχή για να μαθαίνουν διαπροσωπικές δεξιότητες και τρόπους λύσης προβλημάτων της ζωής τους. Για το λόγο αυτό ο νοσηλευτής διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο λειτουργώντας υπεύθυνα και φροντίζοντας ώστε οι ασθενείς να καταλαβαίνουν ότι συμβαίνει και γιατί συμβαίνει σε κάθε στιγμή και περίπτωση.

Ιδιαίτερο προσόν του νοσηλευτή ψυχικής υγείας αποτελεί η καλή επικοινωνία μεταξύ του με τον ασθενή. Η θεραπευτική επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς ενθαρρύνει το ψυχικά διαταραγμένο άτομο να δοκιμάσει διάφορους τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς, που θα τον οδηγήσουν σε ψυχολογική ωριμότητα και επικοινωνία. Για να επιτευχθεί ορθή επικοινωνία ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενδιαφέρεται θερμά για τον ασθενή, να δείχνει αποδοχή και κατανόηση, να δείχνει σεβασμό και ευγένεια, ειλικρίνεια και επιείκεια προς τον ασθενή, ενώ ταυτόχρονα να διασφαλίζει την σωματική και ψυχολογική του προστασία. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναπτύξει κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, προκειμένου ο ασθενής να αισθάνεται ασφαλής, να τονώσει την αυτοπεποίθηση του ασθενούς και να τον ανακουφίσει από το αίσθημα ενοχής και συναισθηματικής έντασης. Τέλος, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να διασφαλίσει ένα ορθό θεραπευτικό περιβάλλον, στο οποίο ο ασθενής θα νιώθει ασφαλής από φυσικούς κινδύνους και συναισθηματικά τραύματα, ελεύθερος να εκφράσει τα αισθήματά του, να χρησιμοποιεί τις δικές του ικανότητες για την επίλυση των προβλημάτων του και να υπάρχει δυνατότητα φιλικής και ζεστής ατμόσφαιρας που θα του διασφαλίζει εξατομίκευση της θεραπείας και της φροντίδας του.

### **Τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι:**

- Προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενή
- Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή
- Σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή
- Προσεκτική ακρόαση στα προβλήματα του ασθενή
- Δημιουργία ήρεμου θεραπευτικού περιβάλλοντος για τον ασθενή
- Ευγένεια
- Ενδιαφέρον και ευαισθησία
- Αίσθημα υπευθυνότητας
- Μη επικριτική στάση προς τον ασθενή
- Κατανόηση

Έτσι λοιπόν, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, είναι ένας πολύ υπεύθυνος και σημαντικός ρόλος είτε είναι κύριος είτε δευτερεύων, και ο ίδιος ο νοσηλευτής πάντα αποτελεί ενεργό μέλος σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Η φύση της ειδικότητας αυτής είναι αρκετά απαιτητική, καθώς ο νοσηλευτής επιβάλλεται να διατηρεί λεπτές και εύθραυστες ισορροπίες στη σχέση του με τους ασθενείς.

### **Οι βασικές διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου εντοπίζονται στα παρακάτω:**

- Εφαρμογή πρωτοβάθμιας κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, στοχεύοντας στην πρωτογενή αλλά και κάθε είδους πρόληψη, καθώς επίσης και στην παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα.
- Οργάνωση, προγραμματισμός και συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας, προς κάλυψη βιοψυχοκοινωνικών αναγκών των ψυχικά πασχόντων.
- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά ασθενή άτομα και υποστήριξη στις οικογένειές τους.
- Εφαρμογή ψυχοθεραπείας
- Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους νοσηλευόμενους, τους βοηθούς, τους εκπαιδευόμενους, τις οικογένειες και το κοινό.
- Συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, με άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες, με φορείς υπηρεσιών της κοινότητας και με το υπόλοιπο προσωπικό.
- Προστασία των ψυχικά ασθενών ατόμων από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειάς τους.

- Αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με την νοσηλευτική διεργασία.
- Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Άσκηση συμβουλευτικής – διασυνδεδετικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής στο γενικό νοσοκομείο.
- Έρευνα και δημοσιεύσεις με θέματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.
- Εκπαίδευση νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτή σε όλες τις βαθμίδες.
- Εκπαίδευση νοσηλευτών στις νοσηλευτικές ειδικότητες μιας ενιαίας τριτοβάθμιας πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
- Μεταπτυχιακή εκπαίδευση.
- Διαρκής επιμόρφωση σε νέα δεδομένα και εφαρμογή τους στην πράξη.<sup>48</sup>  
(ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ., 1999)

Ο Νοσηλευτής με βάση τη κλινική ηθική το οποίο είναι ένα σχετικά νέο παρακλάδι της ηθικής, απευθύνεται σε ηθικά ζητήματα και προβλήματα που προκύπτουν μέσα στα σχετιζόμενα με την φροντίδα του ασθενούς σε διαφορετές θέσεις, στο νοσοκομείο, κατ' οίκον ευκολίες, στην κλινική και στο σπίτι. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τουλάχιστον δύο κοινές προσεγγίσεις στην κλινική ηθική. Την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές και την προσέγγιση που βασίζεται στην φροντίδα.

### **Προσέγγιση που βασίζεται στην Φροντίδα**

Η μη ικανοποίηση με την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές για την νοσηλευτική ηθική συνδυασμένη με την ριζοσπαστική δουλειά του Gilligan (1982) στην ηθική ανάπτυξη οδήγησε κάποιες θεωρητικές νοσηλεύτριες να ξεκινήσουν να συνθέτουν μια ηθική της φροντίδας.<sup>49</sup> (BANKOWSKI Z, 1989) Κέντρο αυτής της προοπτικής είναι η φύση της σχέσης νοσηλεύτριας-ασθενούς και προσοχή στις ιδιαιτερότητες των ξεχωριστών ασθενών μέσα στα περιεχόμενα της ζωής τους. Δουλεύοντας με αυτή την μεθοδολογία οι νοσηλεύτριες δίνουν σημασία στις ανθρώπινες ανάγκες και ενδιαφέροντα που υπόκεινται στην ηθική διαμάχη με την πρόθεση να αποκαταστήσουν και να ενισχύσουν τους δεσμούς μεταξύ επαγγελματιών, ασθενών και οικογενειών.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της νέας νοσηλευτικής λειτουργίας είναι να εγκαθιδρύσει μια σχέση φροντίδας και προσοχής προς όλες τις ανάγκες του άρρωστου ατόμου και όχι περιορισμό σε ένα απλό έλεγχο των συμπτωμάτων της αρρώστιας ή της ψυχολογικής μειονεξίας που εκδηλώθηκαν ή διαγνώστηκαν κάποτε. Να προωθήσει της διαδικασία της αποκατάστασης δια μέσου της εγκαθίδρυσης μιας σχέσης με τον ασθενή που απλώνεται στο χρόνο,

υπερασπίζοντας τον απέναντι σε εμπόδια ιδρυματικά, κοινωνικά, πολιτιστικά, και ενθαρρύνοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις αρχίζοντας από τη δική του σχέση με τον άρρωστο σαν άνθρωπος προς άνθρωπο. Η δυνατότητα εξεύρεσης νέων χώρων, και αυτό είναι επίσης ευθύνη του θεραπευτή δηλαδή του νέου ρόλου που πρέπει να αποκτήσει. Νέο χώρο στο περιβάλλον εκτός Ψυχιατρείου στο οποίο πρέπει να οργανωθεί η επανένταξη του ασθενή. Η ικανότητα να δημιουργεί μια σύνθεση όλων των εμπειριών αποκατάστασης του ασθενή με στόχο να ξεπεραστούν οι αντιφάσεις που από εμπειρίες μπορούν να δημιουργούν στον ασθενή. Αυτό σημαίνει μια γενικευμένη γνώση δουλειάς που γίνεται με τον ασθενή και της προσωπικής του ιστορίας. Τέλος, η δουλειά μέσα στην ομάδα, στο βαθμό όπου δια μέσου της κυκλοφορίας της πληροφορίας, είναι δυνατό να παρακολουθείται ο ασθενής με τους χρόνους και τους χώρους του.

Ο νοσηλευτής οφείλει κατά κάποιο τρόπο να καταλάβει ποια εναλλακτική λύση είναι η πιο κατάλληλη για τον ασθενή, να βρει αναγκαίους πόρους οικονομικούς, δομικούς, οργανωτικούς να κάνει ένα πρόγραμμα αποκατάστασης για να ξεπεραστεί η ιδρυματική πρακτική και η προνοιακή συντήρηση π.χ. να διδάξει τον ασθενή πως να τρώει αυτόνομα και σωστά, τη φροντίδα του σώματος, την οργάνωση χώρων διαμονής, να εξασφαλίσει τη βαθμιαία επανένταξη του ασθενή στη νέα κατάσταση της ζωής του, να τον μάθει να ψωνίζει, να τον διδάξει να χρησιμοποιεί το λεωφορείο, να τον ενθαρρύνει να αναπτύξει αυτόνομες φιλικές σχέσεις. Ακόμα, πρέπει να εξεύρει πόρους που είναι αναγκαίοι π.χ. να κατευθύνει τον ασθενή στο γραφείο εύρεσης εργασίας, να προωθήσει την υλοποίηση των συνεταιρισμών, να βρει ιδιωτική χρηματοδότηση. Κάτι ακόμα που πρέπει να κάνει για την ένταξη του ασθενή στην ελεύθερη αγορά είναι να βοηθήσει στη διαπραγματευτικότητα του και να τον στηρίξει στον εργασιακό του ρόλο. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός, να οδηγήσει σε ένα βαθμιαίο ξεπέρασμα του εξαναγκαστικού και του υποχρεωτικού χαρακτήρα της εργασίας του νοσοκομείου. Η κοινωνική ταυτότητα σημαίνει ανάκτηση υποκειμενικότητας με την απελευθέρωση από συμπεριφορές επαναληπτικές και απρόσωπες, ικανότητα και δυνατότητα να πειραματίζεται με καινούργια πράγματα και να μαθαίνει μέσα από την εμπειρία. Σε αυτό πρέπει να προωθήσει τη βελτίωση συνθηκών ζωής και να κεντρίσει νέες ανάγκες όχι να επιβάλει, να κεντρίσει να παρακινήσει και να κάνει ικανό τον ασθενή να επιλέγει, να απαντήσει θετικά στις ανάγκες του ασθενή, να αναπτύξει την ικανότητα του να κατανοεί τις θεραπευτικές πράξεις που είναι και αναγκαίες πχ να παίρνει τα φάρμακα με τρόπο αυτόνομο και συνειδητό, να μάθει τη χρήση του χρήματος για να το χρησιμοποιεί ακολούθως μόνος του. Ο νοσηλευτής μέσω της θεραπευτικής σχέσης πρέπει να παράγει στον ασθενή την ικανότητα να αναπτύσσει συνείδηση των δικαιωμάτων του. Πρέπει να επιτρέπει μια συναλλαγή όχι μόνο ανάμεσα σε λειτουργό και ασθενή αλλά σαν σχέση δύο ανθρώπινων εμπειριών που έρχονται σε επαφή μεταξύ τους.

Θεωρώντας δεδομένα όσα προλογικά αναφέρθηκαν για τον τελικό στόχο για όλους τους ασθενείς μπορούμε να κάνουμε έναν αρχικό προγραμματισμό με τρόπο όχι άκαμπτο και σταθερό αλλά σε σχέση με το απρόβλεπτο της απαίτησης του χρόνιου και ιδρυματοποιημένου ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει μια τέτοια προσοχή στο περιβάλλον, ώστε να εξασφαλίσει τις καλύτερες συνθήκες υγιεινής κατοικίας και ερεθισμάτων. Να αρχίσει μια δουλειά εξατομίκευσης αποκατάστασης προσεγγίζοντας τον ασθενή με ένα τρόπο όλο και περισσότερο στην κατεύθυνση των κανονικών συνθηκών της καθημερινής ζωής σε σχέση με την αποδεκτή κουλτούρα. Να αρχίσει να μοιράζεται τη δουλειά του με τους συναδέλφους του σαν δουλειά ομάδας. Εργασία σημαίνει να αρχίσει μια σχέση πειραματισμού με αντικείμενα και με το να κάνει πράγματα, να δοθεί η δυνατότητα στον άρρωστο να πειραματιστεί και να τροποποιήσει την πρώτη του επαφή με το αντικείμενο χωρίς η καταστροφή ή απώλεια του αντικειμένου να δημιουργεί ευθύνες στον νοσηλευτή. Να οδηγεί τον ασθενή σε μια διαδικασία αλληλεπίδρασης της σημασίας και της χρήσης του αντικειμένου στην πραγματικότητα. Κοινωνική ταυτότητα σε αυτή την περίπτωση, μπορεί να σημαίνει ότι ο ασθενής πρέπει να αναγνωρίζεται σαν υποκείμενο με ίσα δικαιώματα κοινωνικά, νομικά, πολιτικά, που δίνουν την ιδιότητα του πολίτη με ουσιαστικό τρόπο. Ο νοσηλευτής πρέπει να εξανθρωπίζει τη σχέση του με τον άρρωστο. Να γίνει ο λειτουργός του περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο που θα υποστηρίξει αυτά τα δικαιώματα κι έξω από τους τοίχους του Ψυχιατρείου. Να προσπαθήσει να διαμεσολαβεί σε περίπτωση δυσμενών σχέσεων με την κοινότητα, να επιτελέσει μια λειτουργία αλλαγής της νοοτροπίας και της κουλτούρας ενάντια στον αποκλεισμό και περιθωριοποίηση ή την αντιμετώπιση με οίκτο των διαφορετικών ατόμων. Αυτό που έχει μεγάλη σημασία είναι το είδος της θεραπευτικής σχέσης για την οποία μιλάμε και ποια δυνατότητα υπάρχει για μια ουσιαστική θεραπευτική σχέση μέσα στο θεσμικό πλαίσιο.

Ο κύριος τρόπος είναι δια μέσου του μετασχηματισμού της θέσης και του ρόλου του λειτουργού αποιδρυματοποιώντας τη γνώση του λειτουργού και την πρακτική του και την εξουσία του και χρησιμοποιώντας της σε άλλες κατευθύνσεις που δεν ήταν για τον έλεγχο του ασθενή αποδημώντας επ' άπειρον το ρόλο με την έννοια ότι ο λειτουργός αποκτά πολλαπλές λειτουργίες και στόχους ολοένα και λιγότερο ειδικούς προς μια σφαιρική προσέγγιση των προβλημάτων των ασθενών.



## **Βιβλιογραφία**

- <sup>1</sup> Γ. Παπαδόπουλος, 2005. *Λεξικό της Ψυχολογίας, Σύγχρονη Εκδοτική*
- <sup>2</sup> Alex Thio, 2008. *Παρεκκλίνουσα Συμπεριφορά*, Εκδόσεις: ION
- <sup>3</sup> [www.eclass.teipat.gr/649149/dialeksi5](http://www.eclass.teipat.gr/649149/dialeksi5)
- <sup>4</sup> Ευθύμιος Κάκουρος 2014. *Αναπτυξιακή Ψυχοπαθολογία, Ενότητα 2: Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών*, Τει Αθήνας
- <sup>5</sup> <http://www.psychologia.gr/disorders/schizophrenia.htm>
- <sup>6</sup> DSM-5, Neurodevelopmental Disorders, pg 31, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>7</sup> Π. Βοσάνης, ΔΕΠ-Υ, 2013, <https://www.noesi.gr/book>
- <sup>8</sup> DSM-5, Bipolar and Related Disorders, pg 123, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>9</sup> Onmed, 2016, Διπολική διαταραχή: Ποια είναι τα 4 είδη της ψυχικής νόσου, <http://www.onmed.gr>
- <sup>10</sup> DSM-5, Depressive Disorders , pg 155, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>11</sup> DSM-5, Anxiety Disorders , pg 189, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>12</sup> DSM-5, Obsessive – Compulsive and Related Disorders , pg 235, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>13</sup> Δ. Στογίογλου, Σωματο-Δυσμορφική Διαταραχή [www.psigiatros.gr](http://www.psigiatros.gr)

- <sup>14</sup> DSM-5, Trauma- and Stressor – Related Disorders , pg 265, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>15</sup> DSM-5, Dissociative Disorders , pg 291, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>16</sup> DSM-5, Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders, pg 87, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>17</sup> DSM-5, Somatic Symptom and Related Disorders , pg 309, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>18</sup> DSM-5, Feeding and Eating Disorders , pg 329, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>19</sup> DSM-5, Elimination Disorders , pg 355, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>20</sup> DSM-5, Sleep - Wake Disorders , pg 361, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>21</sup> DSM-5, Sexual Dysfunctions , pg 423, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>22</sup> DSM-5, Personality Disorders , pg 645, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
- <sup>23</sup> Θ. Ασκητής, Παραφιλικές Διαταραχές, [www.askitis.gr](http://www.askitis.gr)
- <sup>24</sup> Ι. Σιγάλας, 1999, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου "Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα
- <sup>25</sup> Μ. Φαφαλιού, 1995, Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο. Εκδόσεις Κέδρος , Αθήνα
- <sup>26</sup> Κ. Φιλανδριανός, Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, Το Δαφνί μια φανταστική πολιτεία, Αθήνα, 1977
- <sup>27</sup> Ι. Σιγάλας, 1999, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου "Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα
- <sup>28</sup> Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Γενική Διεύθυνση Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας & Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών
- <sup>29, 30</sup> Γαληνός, 1986, "Το νέο σύστημα των ψυχιατρικών υπηρεσιών και ο ψυχιατρικός τομέας του γενικού νοσοκομείου" Τόμος 28<sup>ος</sup>, τεύχος 5
- <sup>31</sup> Φ. Γονιδάκης, Ε. Βάρσου, 2008, Νευρογενής ανορεξία: αυτοφυλακισμένες κοπέλες και το μονοπάτι προς την έξοδο. Αθήνα: Βήτα.
- <sup>32</sup> Zipfel S., 2014, Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment.

- <sup>33</sup> [www.onmed.gr](http://www.onmed.gr)
- <sup>34</sup> [www.attikohospital.gr](http://www.attikohospital.gr)
- <sup>35</sup> [www.snf.org](http://www.snf.org)
- <sup>36</sup> [www.child-psychiatry.med.gr](http://www.child-psychiatry.med.gr)
- <sup>37, 38</sup> [www.psychargos.gov.gr](http://www.psychargos.gov.gr)
- <sup>39</sup> Κ. Κοσμάτος, Ν. Παρασκευόπουλος, 1997, Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας, Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του νόμου 2071/1992  
Ο εγκλεισμός σε Ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και ως μέτρο ασφαλείας του ελληνικού Ποινικού Κώδικα. Τετράδια Ψυχιατρικής
  
- <sup>40</sup> Δ. Σκαραγκάς, 2007  
Ηθικά και Δεοντολογικά Προβλήματα κατά τη δικαστηριακή πρακτική και την ψυχιατρική αντιμετώπιση των ακαταλόγιστων παραβατών.
- <sup>41</sup> [http://www.enallaktikos.gr/kg15el\\_klimaka-foreas-anaptyksis-anthrwpinoy-kai-koinwnikoy-kefalaioy-gia-tin-antimetwpsi-toy-koinwnikoy-apokleismoy\\_a2694.html](http://www.enallaktikos.gr/kg15el_klimaka-foreas-anaptyksis-anthrwpinoy-kai-koinwnikoy-kefalaioy-gia-tin-antimetwpsi-toy-koinwnikoy-apokleismoy_a2694.html)
- <sup>42</sup> Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, Άρθρο 6, 2000
- <sup>43</sup> Ίρις, Εταιρία Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων  
<http://www.iris-health.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=31>
- <sup>44</sup> Ο. Κωνσταντακοπούλου, Αξιολόγηση της λειτουργίας των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων στα νοσοκομεία, Αθήνα, 2003
- <sup>45</sup> Β. Αλεβίζος, <Το σκεπτικό του Νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία> Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60, (1997)
- <sup>46</sup> Α. Μανιτάκης, <Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία;> Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60, 1997
- <sup>47</sup> Ε. Brown, 2010, Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία
- <sup>48</sup> Γ. Χριστοδούλου, Αλεβίζος Β., Μαυρέας Β. (επιμ & μτφρ) Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα . Οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση. Αθήνα , Βήτα, 1999
- <sup>49</sup> BANKOWSKI Z, ETHICS AND HEALTH, WORLD HEALTH. 1989

**Αναφορές:**

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001

Γ. Πετριόλης Διευθυντής Ψυχίατρος Ψ.Τ.Γ.Ν «Ερυθρός Σταυρός»

Α. Γιαννοπούλου, <Ψυχιατρική Νοσηλευτική>, 1993

Α. Σωτηρίου-Λιόλη, <Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών> σελ 12., 2013

Μ. Σκάγκου, <Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών στην ευρωπαϊκή έννομη τάξη>, 2013

ΕΕΔΑ – Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, <Ζητήματα Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχιατρική Εμπειρία στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα>, 2011

Δ. Σαραντίδης, (Ψυχίατρος Επιμελητής Ψ.Τ.Γ.Ν <<Ευαγγελισμός>>). <<Ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το 1983 μέχρι σήμερα. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του Ε.Σ.Υ. μέχρι σήμερα>>

#### Internet:

Γενικό Νοσοκομείο Πατρών 'Ο Άγιος Ανδρέας', Υπηρεσίες Νοσοκομείου,  
<http://www.agandreashosp.gr>

ΨΝΑ Δρομοκαίτειο, <http://www.dromokaiteio.gr/>

Προμηθέας Α.Μ.Κ.Ε., <http://promitheasamke.gr/>

NEWSITAMEA, [www.newsitamea.gr](http://www.newsitamea.gr)

Ψυχαργός, [www.psychargos.gov.gr](http://www.psychargos.gov.gr)

ΊΡΙΣ, Εταιρία προαγωγής ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων,  
<http://www.iris-health.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=1>

Προστατευόμενα Διαμερίσματα  
<http://www.irishealth.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=31>

Κέντρο Ημέρας  
<http://www.iris-health.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=32>

Onmed.gr, Ψυχική Υγεία, <http://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh>

The Toc Times Of Change, <http://www.thetoc.gr/>

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, <http://www.attikonhospital.gr/>

HealthMag, Ψυχική Υγεία, <http://healthmag.gr/category/psychology>

Εθνικόν Και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <http://child-psychiatry.med.uoa.gr/>

[www.snf.org](http://www.snf.org)

Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, [www.snf.org](http://www.snf.org)