

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***«ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ  
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΝ 21<sup>ο</sup> ΑΙΩΝΑ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»***

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ**

***ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΑΚΗ ΜΑΡΙΑ -ΡΑΦΑΗΛΙΑ  
ΛΑΖΑΡΟΥ ΖΩΗ***

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

***κ. ΣΟΥΜΠΑΣΗ ΕΥΑΝΘΙΑ***

**ΠΑΤΡΑ, 2017**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*«Ο άνθρωπος δεν θα πρέπει να παλεύει να εξαφανίσει τα σύνδρομά του, αλλά να συντονιστεί με αυτά, γιατί είναι αυτά που κατευθύνουν την επαφή του με τον κόσμο».*

*Ζίγκμουντ Φρόυντ, 1856-1939, Αυστριακός ψυχίατρος*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ABSTRACT .....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	13
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ....	13
1.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	14
1.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	17
1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ – ΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ .....	42
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ .....	42
2.1 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ 21 <sup>ο</sup> ΑΙΩΝΑ .....	42
2.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	51
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ .....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	69
ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	
3.1 ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΠΟΧΗ .....	69
3.2 ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ .....	70
3.3 ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ .....	72

<b>3.4 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΕΠΙΦΕΡΟΥΝ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ «ΚΑΚΩΣ ΚΕΙΜΕΝΩΝ».....</b>	<b>74</b>
<b>3.5 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ .....</b>	<b>76</b>
<b>3.6 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ .....</b>	<b>78</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ .....</b>	<b>81</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....</b>	<b>81</b>
<b>4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Ι.....</b>	<b>81</b>
<b>4.2 ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΙΙ .....</b>	<b>91</b>
<b>4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .</b>	<b>101</b>
<b>4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....</b>	<b>103</b>
<b>4.5 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ-ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ .....</b>	<b>122</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>126</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>132</b>
<b>ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....</b>	<b>118</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σήμερα, με τον όρο «Κοινωνική Ψυχιατρική», ορίζεται ο επιστημονικός κλάδος που επικεντρώνεται σε ζητήματα της δημόσιας υγείας, ιδίως με την κατάργηση των ψυχικών διαταραχών. Αντιθέτως «Κοινοτική Ψυχιατρική», είναι η υποκατηγορία της παραπάνω έννοιας που πλαισιώνει τις λειτουργίες της τοπικής μερίδας του πληθυσμού, δηλαδή της κοινότητας και θεωρείται το αποτέλεσμα της ιστορικής εξέλιξης, σε σχέση με τις ανθρώπινες σχέσεις και την προσέγγιση της ψυχιατρικής ιδεολογίας. Στη κοινωνία, η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή παρουσιάζεται με δύο τρόπους, είτε με τις τυπικές (θεσμοθετημένες) υπηρεσίες είτε με τις άτυπες υπηρεσίες. Οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες, καλύπτουν τις λειτουργίες εκείνες που είναι κατοχυρωμένες νομικά από το Κράτος, σε αντίθεση με τις άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες που απευθύνονται σε λειτουργίες νομικά ανεπίσημες, χωρίς την συγκατάθεση ή κάλυψη καθιερωμένων κανόνων.

Η Ψυχιατρική αποτελεί μια εξελισσόμενη επιστήμη, ιδιαίτερα αν γίνει αντιληπτό η κατάσταση της προ δεκαετιών. Πραγματοποιώντας μια ιστορική αναδρομή διαπιστώνεται ότι περίπου στις αρχές της δεκαετίας του 70, ξεκινούν οι πρώτες ενέργειες που έχουν στο κέντρο τους την Ψυχιατρική Κοινότητα. Το πρόβλημα παρουσιαζόταν δυσβάσταχτο κυρίως σε περιοχές που έδρευαν στην Αττική καθώς αποτελούσε την σχεδόν αποκλειστική «ευθύνη» κάλυψης των ψυχιατρικών ασθενών. Πειραιάς, Κερατσίνι και Κορυδαλλός εμφάνιζαν τις μεγαλύτερες πληγές του προβλήματος.

Στον Ελλαδικό χώρο η σημασία της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής αναγνωρίζεται στα τέλη του 1970, όταν η Αθήνα αποκτά το σημαντικότερο οργανωτικό πλάνο των ψυχιατρικών θεμάτων. Με την ίδρυση του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Περίθαλψης, της Ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου

Αθηνών, στους δήμους Βύρωνα και Καισαριανής, αρχίζει να διευκρινίζεται ένα πιο σαφές υπόβαθρο για την πρόληψη και προαγωγή της Υγείας. Η εξέλιξη αυτού του κέντρου ήταν τόσο αναγκαία και αποδοτική, σε σημείο που έφτασε λίγα χρόνια μετά να αποτελεί αναφορά μίμησης των διενεργειών του και για άλλα κέντρα ψυχικής παρέμβασης, τα λεγόμενα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που αποτελούσαν πλέον μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η εκτίμηση αρχικά ήταν ότι δεν επιτελούταν κανενός είδους θεραπευτική αντιμετώπιση, φαρμακευτική ή ψυχολογική. Οι ασθενείς-τρόφιμοι δεν διέθεταν σε πολλές περιπτώσεις ούτε τα αγαθά πρώτης ανάγκης και μάλιστα μετά βίας εκπλήρωναν τις βιολογικές τους ανάγκες. Οι συνθήκες διαβίωσης όχι απλά δεν ήταν συμβατές με την ψυχιατρική παρέμβαση αλλά χαρακτηρίστηκαν ως απάνθρωπες.

Εντούτοις, με τις ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις το πλάνο της «ιδρυματοποίησης» καταργήθηκε και η διαγνωστική – θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή άλλαξε ριζικά. Σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας πλέον θεωρείται η αρνητικά εξελισσόμενη ψυχοπαθολογία, σε συνεργία με την ραγδαία αλλαγή της κοινωνικής υπόστασης (ιδίως με την οικονομική κρίση). Η Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, ως φορείς παροχής φροντίδας και περίθαλψης των ψυχικά πασχόντων, καλούνται να αντιμετωπίσουν αυτή την πολυπλοκότητα που διαφαίνεται εντός του κοινωνικού συνόλου και να επεκτείνουν την δράση τους σε νέα ερευνητικά πεδία, προκειμένου να λειτουργούν αποδοτικά σε θέματα ψυχικής υγιεινής.

Η ψυχιατρική, ως αυτόνομη επιστήμη, έχει απορρίψει κάθε υπόλειμμα κοινωνικού αποκλεισμού και διαθέτει ένα μεγάλο μέρος καινοτόμων τεχνικών, ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και φαρμακευτικής δράσης, που μπορεί να στοχεύει σε υψηλά ποσοστά επιτυχίας των ψυχικών ασθενειών. Μέσα σε αυτή την εξέλιξη, οι νοσηλευτές, ως επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι άτομα άρτια

καταρτισμένα πάνω στον τομέα της ψυχικής υγείας, με κύριο στόχο της προαγωγή της ψυχικής ευημερίας και ευεξίας του πληθυσμού. Επιπροσθέτως οι κοινοτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις ως εναλλακτική παρέμβαση έναντι της κλασικής κλινικής διεργασίας δίνουν την δυνατότητα της αξιολόγησης μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της οικογένειας, του σχολείου, της κοινότητας για πιο ολιστική εκτίμηση της όλης κατάστασης (βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική και πολιτισμική διάσταση).

Επειδή η προσπάθεια αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών αποσκοπεί στην επανένταξή τους, κατά το δυνατόν, στον κοινωνικό ιστό, θα πρέπει η κοινή γνώμη, το κοινωνικό ανθρώπινο δυναμικό να ενημερωθεί, να ευαισθητοποιηθεί με σκοπό τελικά να αποδεχτεί, αυτούς τους συμπολίτες τους. Γιατί ο τελικός αποδέκτης αυτών των ανθρώπων θα είναι η οικογένεια τους και το κοινωνικό σύνολο.

## **ABSTRACT**

Today, with the term "Social Psychiatry", the discipline is defined as focusing on issues of public health, particularly the elimination of mental disorders. On the contrary, "Community Psychiatry" is the sub-category of the above concept that frames the functions of the local population, that is, the community, and is considered the result of historical evolution, in relation to human relations and the approach of psychiatric ideology. In community, Community Mental Health is presented in two ways, either with formal (statutory) services or with informal services. Institutionalized services cover those functions legally guaranteed by the State, as opposed to informal community services that address legally unofficial operations without the consent or coverage of established rules.

Psychiatry is an evolving science, especially if the state of decades ago is perceived. Taking a historical recall, it is clear that in the early 70s, the first actions at the center of the Psychiatric Community began. The problem was particularly unstable in areas in Attica as it was the almost exclusive "responsibility" of covering psychiatric patients. Piraeus, Keratsini and Korydallos had the biggest wounds in the problem.

In Greece, the importance of Community Mental Health is recognized in the late 1970s when Athens acquires the most important organizational plan of psychiatric issues. With the establishment of the Community Center for Mental Health, the Psychiatric Clinic of the University of Athens, in the municipalities of Vyrona and Kessariani, a clearer background for the prevention and promotion of Health begins. The development of this center was so necessary and efficient, to a point where it was a few years later to be a reference to the imitation of its



operations and to other psychological intervention centers, the so-called Mental Health Centers which were now part of the National Health System. The initial assessment was that no therapeutic, pharmaceutical or psychological treatment was done. Patient-caregivers did not often have either basic necessities and even hardly fulfilled their biological needs. Living conditions were not simply incompatible with psychiatric intervention but were characterized as inhuman.

However, with psychiatric reforms the plan of "institutionalization" was abolished and the patient's diagnostic and therapeutic approach changed radically. An important issue of public health is now considered to be the negatively evolving psychopathology, in synergy with the rapid change of social status (especially with the economic crisis). Social and Community Mental Health, as providers of mental health care and care, are required to cope with this complexity within the community and to extend their action to new research fields in order to work efficiently on mental health issues.

Psychiatry, as an autonomous science, has rejected all social exclusion and has a great deal of innovative techniques, psychotherapeutic methods and pharmaceutical action that can target high rates of mental illness. Throughout this development, nurses, as health professionals, must be fully trained in mental health, with the main goal of promoting the well-being and well-being of the population. In addition, community nursing interventions as an alternative to classical clinical trial make it possible to assess within the broader context of family, school, community for a more holistic assessment of the overall situation (biological, psychological, social and cultural).

Because the attempt to de-institutionalize mental patients is aimed at reintegrating them, as far as possible, into the social fabric, public opinion, social human resources should be informed and sensitized to ultimately accept those

fellow citizens. Why the ultimate recipient of these people will be their family and society.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελεί μια από τις πολλές συνιστώσες της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και θεωρείται το αποτέλεσμα της ιστορικής εξέλιξης, σε σχέση με τις ανθρώπινες σχέσεις και την προσέγγιση της ψυχιατρικής ιδεολογίας. Είναι ένας καινούργιος ψυχιατρικός κλάδος, ο οποίος φέρει καινοτόμες θεραπευτικές παρεμβάσεις, σε σύγκριση με τις προηγούμενες δεκαετίες, για ψυχιατρικά ζητήματα που στο παρελθόν αντιμετωπιζόνταν μόνο υπό την μορφή του άσυλου.

Σκοπός της Κοινωνικής και Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής είναι η πρόληψη ψυχικών διαταραχών και η βελτίωση του επιπέδου υγείας των ψυχικά ασθενών, με κατάργηση της αποκλειστικά νοσοκομειακής παρέμβασης. Δημιουργείται ένα πλαίσιο περίθαλψης και υγειονομικών στρατηγικών με επίκεντρο την Κοινότητα και την δράση της.

Στο πρώτο κεφάλαιο, αναλύεται η έννοια της Κοινωνικής και Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας, προσδιορίζοντας τι σημαίνει ψυχιατρικό πρόβλημα έναντι στον ορισμό της ψυχικής υγείας. Καταγράφεται η κλινική εικόνα/συμπτωματολογία ενός ασθενούς που νοσεί ψυχικά και αναλύονται οι υπηρεσίες που υπάγονται στο φάσμα της κοινωνικής περίθαλψης. Σκοπός του κεφαλαίου είναι να τεθούν τα κριτήρια που θα εξασφαλίσουν στη συνέχεια την βάση της ευημερίας – ευεξίας του ατόμου, στο κοινωνικό σύνολο.

Αντικείμενο του δεύτερου κεφαλαίου είναι η περιγραφή των σύγχρονων ψυχιατρικών παρεμβάσεων που αλλάζουν το μοτίβο σκέψης και συμπεριφοράς, των ψυχικών-ψυχιατρικών πασχόντων, μέσω της καταγραφής των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων. Πραγματοποιείται ένα πλαίσιο, στο οποίο αναλύεται η έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, από το παρελθόν στο παρόν και

τοποθετούνται οι στόχοι και τα δεδομένα, στο σύνολο των υγειονομικών υπηρεσιών. Επιπλέον, παραθέτονται ορισμένα επιδημιολογικά δεδομένα, με σκοπό να προσεγγιστεί η επέκταση των ψυχιατρικών διαταραχών.

Στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας, αναλύονται όλα εκείνα τα προβλήματα που λειτουργούν ανασταλτικά σε κάθε μορφή ψυχιατρικής παρέμβασης – τροποποίησης και γίνεται μια προσπάθεια να περιγραφεί ο όρος του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, κατά την κλινική εκτίμηση. Αφού παρουσιαστούν οι δυσλειτουργίες του υγειονομικού συστήματος, εξάγονται ορισμένες πολιτικές, σύμφωνα με τις οποίες θα προαχθεί το επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, υπό την κοινοτική δραστηριοποίηση. Απόρροια των παραπάνω θεωρείτο η πυροδότηση του κοινωνικού αποκλεισμού, ο οποίος περιγράφεται στο τέλος του κεφαλαίου, πριν την ανάλυση των μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παραθέτουμε δύο περιστατικά ασθενών, ένα αναφερόμενο στο παρελθόν και ένα στα τωρινά δεδομένα, συνοδευόμενα από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, προκειμένου να κατανοηθεί ολιστικά η κάθετη μεταβολή των ψυχιατρικών προσεγγίσεων και κατά επέκταση των νοσηλευτικών διεργασιών. Συμμετέχει η περιγραφή του νοσηλευτικού ρόλου από διαφορετικές οπτικές τοποθετήσεις και ένα σύνολο δραστηριοτήτων, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών, σε θέματα ψυχικής υγείας και ασθένειας.

Τέλος, αντικείμενο του πέμπτου κεφαλαίου, είναι η εξαγωγή των απαραίτητων για την πτυχιακή εργασία συμπερασμάτων και η καταγραφή της βιβλιογραφικής διερεύνησης προκειμένου να αναγνωριστεί η ακρίβεια των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση των κεφαλαίων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

#### **1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**

Η Κοινοτική Ψυχιατρική αποτελεί μια από τις πολλές συνιστώσες της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και θεωρείται το αποτέλεσμα της ιστορικής εξέλιξης, σε σχέση με τις ανθρώπινες σχέσεις και την προσέγγιση της ψυχιατρικής ιδεολογίας. Είναι ένας καινούργιος ψυχιατρικός κλάδος, ο οποίος φέρει καινοτόμες θεραπευτικές παρεμβάσεις, σε σύγκριση με τις προηγούμενες δεκαετίες, για ψυχιατρικά ζητήματα που στο παρελθόν αντιμετωπιζόνταν μόνο υπό την μορφή του άσυλου. Δημιουργείται ένα πλαίσιο περίθαλψης και υγειονομικών στρατηγικών με επίκεντρο την Κοινότητα και την δράση της. Σκοπός της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι η πρόληψη ψυχικών διαταραχών και η βελτίωση του επιπέδου υγείας των ψυχικά άρρωστων ατόμων, με κατάργηση της αποκλειστικά νοσοκομειακής παρέμβασης. Αυτή η είσοδος του κλάδου, εμφανίζει έναν νέο κώδικα ψυχιατρικής προσέγγισης καθώς πλέον το επιστημονικό προσωπικό απαρτίζεται και από συσχετιζόμενες ειδικότητες όπως Κοινωνιολόγους, Ψυχολόγους, Ψυχοθεραπευτές – Ψυχαναλυτές, Ανθρωπολόγους και άλλους Επαγγελματίες Υγείας, όχι μόνο του ιατρικού κλάδου αλλά και των Κοινωνικών Επιστημών. (Vincent, 2001, Μαδιανός, 2006).

Αντιθέτως, Κοινωνική Ψυχιατρική καλείται η Επιστήμη, η οποία διερευνά την Ψυχική Υγιεινή, με αντικείμενο μελέτης την Δημόσια Υγεία μέσω εξάλειψης ψυχικών διαταραχών. Χρησιμοποιεί πληθώρα διαφορετικών ειδικοτήτων (ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο, κοινωνιολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μέχρι επισκέπτες υγείας) προκειμένου να προσφέρεται θεραπεία ανάλογα τον γεωγραφικό τομέα του πληθυσμού. Η εστίαση

συγκεκριμένων πληθυσμών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, προσφέρει αποδοτικότερα αποτελέσματα καθώς εξαλείφονται προβλήματα μη προσβασιμότητας σε υγειονομικά και εξεταστικά κέντρα, συσσώρευσης μεγάλης μάζας ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, υψηλό οικονομικό κόστος κ.ά.. Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι η επιστήμη που προσφέρει ολιστική διερεύνηση των ψυχικών προβλημάτων και μέσα από την σφαιρικότητα της δράσης της επιτυγχάνονται πολυάριθμες δυνατότητες όπως η δημιουργία μιας σαφούς εικόνας των επιδημιολογικών δεδομένων και η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. (Στυλιανίδης, 2014)

## **1.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ**

Ενώ ψυχική υγεία καλείται η απουσία παθολογικής και ψυχολογικής διαταραχής, με επικράτηση της ευημερίας – ευεξίας του ατόμου, από την αντίθετη όψη ψυχική νόσος ορίζεται ένα μοτίβο σκέψης και συμπεριφοράς, που αποκλίνει από το φυσιολογικό. Αυτή η ανικανότητα ομαλής ψυχικής ισορροπίας δημιουργεί πόνο, σύγχυση και αδυναμία του ασθενή να ανταπεξέλθει είτε στις προσωπικές του ανάγκες είτε στο κοινωνικό σύνολο, ως μέλος του. Η αιτιολογία μιας ψυχικής διαταραχής είναι πολύπλοκη και δεν περιορίζεται μόνο σε αναπτυξιακούς, παθολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες. (Παπαδημητρίου, 2013)

Η ψυχική νόσος, χαρακτηρίζεται και πυροδοτείται από ένα σύμπλεγμα επιμέρους δυσλειτουργιών, που αποφέρουν αρνητικές επιπτώσεις στην αντίληψη, το συναίσθημα, την ενεργητικότητα και την σκέψη του οργανισμού που νοσεί. Η βλάβη συνήθως προέρχεται από μη φυσιολογικές διεργασίες που πραγματοποιούνται σε διάφορες εγκεφαλικές περιοχές, νευρολογικής κυρίως

φύσεως, καταργώντας κάθε ομαλή λειτουργία. Η διάγνωση και η εκτίμηση των ψυχικών παθήσεων έχει πλέον τροποποιηθεί και αναγνωρίζονται πολυάριθμοι ορισμοί, ταξινομήσεις και θεραπευτικά πλάνα, ως βάση κατευθυντήριων γραμμών. (Παπαδημητρίου, 2013)

Βέβαια, διακρίνονται περιστατικά που η ψυχική υγεία διακυμαίνεται με την ψυχική νόσο και ο ασθενής παρουσιάζει ιδιαίτερες εναλλαγές, που δυσκολεύουν την διαγνωστική προσέγγιση των ειδικευόμενων ιατρών. Όπως ανακοινώνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ποσοστό μεγαλύτερο από το 1/3 παγκοσμίως, παρουσιάζει ψυχικές διαταραχές σε κάποια χρονική στιγμή της ζωής του, οι οποίες σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια κατατάσσονται στις κοινές αγχώδεις κρίσεις ή σε ήπια προσωρινά καταθλιπτικά επεισόδια. (Χονδρός, 2008)

Το επιστημονικό προσωπικό οφείλει να ανανεώνει το γνωστικό του αντικείμενο, για να μπορεί να αναγνωρίζει τα σημεία και συμπτώματα μιας ψυχικής διαταραχής (μεταβολές της ψυχοσύνθεσης είναι και η έκρηξη αυτοάνοσων νοσημάτων, που βρίσκονται σε αυξανόμενο ρυθμό εκδήλωσης). Η αιτιολογία πυροδότησης μιας ψυχικής διαταραχής δεν είναι μόνο μία αλλά ένα φάσμα συγκείμενων προβληματικών παραγόντων που άλλοτε εμπίπτουν με τους κοινωνικούς παράγοντες (ανεργία, φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο κ.ά.) και άλλοτε συνυπάρχουν νευρολογικά/παθολογικά αίτια. (Χονδρός, 2008).

Οι υπηρεσίες φροντίδας, περίθαλψης και αποκατάστασης στηρίζονται σε ψυχιατρικές κλινικές μονάδες αλλά επεκτείνονται και στην κοινότητα, με την συνεύρεση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η Κοινότητα έχει πάψει να λειτουργεί μονοδιάστατα στα φαινόμενα ψυχιατρικών παθήσεων και πλέον έχει αναπτύξει δεσμούς συνεργασίας με ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, διασφαλίζοντας μιας αποδοτικότερη και ποιοτικότερη φροντίδα υγείας. (Royes, 2001)

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Όπως κάθε πάθηση έχει ενδείξεις πριν την έναρξη της συμπτωματολογίας, έτσι και οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν ένα πλαίσιο πρώιμων συμπτωμάτων, οι οποίες αποκλίνουν από την φυσιολογική \_συμπεριφορά-σκέψη-αντίληψη και αίσθηση του ατόμου (πρόδρομη περίοδος): (Ραγιά, 2009)

- \* Εσωστρέφεια.
- \* Απομόνωση και αδιαφορία.
- \* Μελαγχολία ή κακή διάθεση.
- \* Έλλειψη ενδιαφέροντος και μείωση ενεργητικότητας.
- \* Αίσθημα δυσφορίας και ορισμένες φορές συχνά κεφαλαλγία.
- \* Μεταβολές ως προς την αντίληψη.
- \* Αδυναμία ή αίσθημα κόπωσης.
- \* Διακοπή ή ανικανότητα εκπλήρωσης εργασιακών καθηκόντων/σπουδών ή οικογενειακών – προσωπικών υποχρεώσεων.
- \* Εναγόνιο άγχος για την ζωή – διάχυτοι και αδικαιολόγητοι προβληματισμοί.
- \* Ανεξήγητες συναισθηματικές εξάρσεις ή κρίσεις. (Ραγιά, 2009)

Αντίθετα η ενεργός ψυχική διαταραχή περιλαμβάνει πιο έντονα και αλλόκοτα συμπτώματα, όπως:

- \* Διαστρέβλωση της πραγματικότητας.



- \* Εμμονές.
- \* Πλήρη απόσυρση από τα κοινωνικά και οικογενειακά καθήκοντα.
- \* Μειωμένη αυτοφροντίδα και περιποίηση του εαυτού του.
- \* Διαταραχές συναισθήματος
- \* Παραληρητικές ιδέες.
- \* Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- \* Διαταραγμένη αντίληψη, αδυναμία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων.(ψευδαισθήσεις-παραισθήσεις)<sup>13</sup>

### **1.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Όπως προαναφέρθηκε σκοπός της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, είναι η καλυτέρευση των δομών και η βελτίωση της προσφερόμενης φροντίδας, εντός των κοινοτικών ορίων, ώστε να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες της κάθε περιοχής ολιστικά, ανεξάρτητα από την διαφορετικότητα που φέρει η καθεμία γεωγραφική περιοχή (προσβασιμότητα, ανθρώπινοι πόροι, οικονομικό κόστος, υγειονομική περίθαλψη κ.ά.). Οι Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, διακρίνονται σε δυο σκέλη, τις τυπικές ή θεσμοθετημένες και τις άτυπες. (Τζανάκης, 2008)

#### **ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Αυτού του είδους οι υπηρεσίες, είναι κατοχυρωμένες νομικά από το Κράτος και περιλαμβάνονται στον Χάρτη Υγείας του πληθυσμού. Πραγματοποιούνται σε κοινότητες και τοποθετούνται σε ένα ευρύτερο πεδίο δραστηριοτήτων που απευθύνονται σε όλα τα επίπεδα φροντίδας. Το ανθρώπινο δυναμικό είναι κυρίως

επιστημονικά καταρτισμένα άτομα στον χώρο της Ψυχικής Υγείας, που προβλέπουν ιδίως σε προβλήματα αποκατάστασης.

Στόχος των υπηρεσιών είναι να προσφέρεται φροντίδα και αντιμετώπιση εκτός του νοσοκομειακού χώρου, με κινητές μονάδες ιατρικής παρακολούθησης σε κατ'οίκον περιβάλλον. Προσεγγίζονται ασθενείς με ειδικές ψυχιατρικές ανάγκες, όπως άτομα που λόγω της έντονης συμπτωματολογίας αδυνατούν να ευρισκονται κοινωνικά, ασθενείς με κρίσεις αγοραφοβίας και πανικού, θύματα που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα (σωματική και ψυχική βία, σεξουαλική κακοποίηση, πορνεία), αλλά και ευπαθείς ομάδες (όπως παιδιά και ηλικιωμένοι). (Τζανάκης, 2008)

Ενώ οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής πραγματοποιούνται σε εξωτερικούς χώρους μη νοσοκομειακού περιβάλλοντος, ωστόσο απαιτείται στενή επίβλεψη και συνεργασία από ψυχιατρικές νοσοκομειακές μονάδες καθώς αυτή η αμφίδρομη σχέση καλύπτει περιστατικά ασθενών με βραχύχρονο θεραπευτικό πλάνο, τα οποία θα πρέπει να παραπέμπονται προσωρινά μέχρι την πλήρη ίαση τους. Για την αποδοτικότητα αυτών των υπηρεσιών, χρειάζεται αυξημένη συνεργασία με τις υπηρεσίες που υπάγονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αλλά και τους κοινοτικούς φορείς, οι οποίοι συνήθως ενεργοποιούνται από άτυπους κανόνες. Στην συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται λεπτομερής καταγραφή των θεσμοθετημένων υπηρεσιών Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής:

#### Υπηρεσίες αποκατάστασης και αναμόρφωσης:

- Ø Κοινωνικά κέντρα ψυχικής υγείας/ εξωτερικά ιατρεία.
- Ø Κοινωνικές λέσχες.
- Ø Κέντρα ημέρας.

- Ø Ανοιχτά κέντρα.
- Ø Ομάδες υποστήριξης.
- Ø Επαγγελματικά εργαστήρια αποκατάστασης.
- Ø Εργαστήρια ψυχικής επιμόρφωσης.
- Ø Εποπτευόμενες θέσεις εργασιακής απασχόλησης.
- Ø Συναιτεριστικές εργασιακές – εταιρικές ομάδες.
- Ø Καταρτισμένα προγράμματα υποστηριζόμενης ενασχόλησης. (Τζανάκης, 2008)

#### Προγράμματα αποκατάστασης μέσω δράσης κινητών μονάδων:

- Ø Κινητές μονάδες υγείας, που προσφέρουν διαγνωστική εκτίμηση και θεραπεία ιδίως αγχωδών κρίσεων και διαταραχών (με αυτόν τον τρόπο παρέχεται περίθαλψη τις απογευματινές ώρες και τα σαββατοκύριακα, διευκολύνοντας το ωράριο των ασθενών). (Τζανάκης, 2008)

#### Υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων:

- Ø Ψυχολόγοι, Ψυχίατροι και Κοινωνικοί λειτουργοί επισκέπτονται οικίες ατόμων και τους ενθαρρύνουν για τυχόν δυσκολίες ή προλαμβάνουν ψυχικές διαταραχές.
- Ø Εξειδικευμένο προσωπικό ψυχολογικής κυρίως υποστήριξης, το οποίο υποχρεούται να διανυκτερεύει στην οικεία του πάσχοντα, εάν διανύει τακτικά διαστήματα κρίσεων, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Ø Κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων.

### Εποπτευόμενες στεγαστικές υπηρεσίες για την παροχή του θεραπευτικού πλάνου:

- Ø Διαμερίσματα που κατοικούνται από 2 μέχρι 4 ασθενείς (χωρίς επίβλεψη).
- Ø Σπίτια ομαδικής διαβίωσης (με ή χωρίς νοσηλευτικό προσωπικό).
- Ø Κέντρα Ξενώνων.
- Ø Σπίτια ημιδιαμονής.
- Ø Παραμεθόρια αγροτικά χωριά, που έχουν σχεδιαστεί ως κατάλληλοι ξενώνες ψυχιατρικής αποκατάστασης. (Τζανάκης, 2008)

### Υπηρεσίες κατ' οίκον

- Ø Πραγματοποιείται διαγνωστική εκτίμηση, σχεδιασμός θεραπείας και συντονισμός καταστάσεων από εξειδικευμένο προσωπικό, που υπάγεται στις λειτουργίες του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.
- Ø Ατομική προσέγγιση και αποκατάσταση περιστατικού, που εμφανίζει κρίσεις αγοραφοβίας και κοινωνικού αποκλεισμού, μέχρι κατάργησης των συμπτωμάτων, που διακόπτουν την κοινωνική του συμμετοχή.
- Ø Κέντρα υποστήριξης υπηρεσιών κατ' οίκον.
- Ø Κλινικές υπηρεσίες σε εκπαιδευτικές, εργασιακές και σωφρονιστικές μονάδες.
- Ø Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας.
- Ø Προγράμματα αποκατάστασης τραυματικών βιωμάτων σε ασθενείς που είναι πρόσφυγες- διανύουν την στρατιωτική τους θητεία ή σε μετανάστες που κατοικούν προσωρινά σε κέντρα κράτησης και διαμονής. (Τζανάκης, 2008)

## ΑΤΥΠΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Απευθύνεται σε υπηρεσίες που δρουν ανεπίσημα, χωρίς την συγκατάθεση ή κάλυψη καθιερωμένων κανόνων. Γίνονται με έναν πιο συνηθισμένο και κοινό τρόπο και αυτές οι υπηρεσίες δεν περιλαμβάνουν τόσο το επιστημονικό προσωπικό ψυχικής υγείας όσο άτομα με συναφή ενασχόληση, που τις περισσότερες φορές είναι μέλη των τοπικών κοινοτικών φορέων (όπως Πρόεδροι, Πολιτιστικοί Σύλλογοι) αναπτύσσοντας εκδηλώσεις και ημερίδες ενημέρωσης του κοινού. Παρόλο που αυτά τα μέλη δεν έχουν ακολουθήσει κάποια αναγνωρισμένη εκπαίδευση είτε σε γενικό επίπεδο είτε σε τομείς της Ψυχιατρικής εντούτοις, διαθέτουν πολυάριθμες προσωπικές δεξιότητες και ικανότητες να παράγουν έργο σε όσους ψυχικά ασθενείς το χρειάζονται. (Συλλογικό έργο, 2011)

Τα άτομα που εκπροσωπούν τις άτυπες υπηρεσίες κοινοτικής υγείας δραστηριοποιούνται ανάλογα με τα είδος των προσφερόμενων υπηρεσιών ψυχικού χαρακτήρα, όπως επίσης και με τους κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες της περιοχής. Σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν ή δεν χαρακτηρίζουν την κεντρική ιδέα των συνολικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγιεινής αλλά διαδραματίζουν σπουδαίο δευτερεύοντα ρόλο. Ο κρατικός φορέας τους αναγνωρίζει και τους αναδεικνύει ως αναγκαίο υποστηρικτικό συμπλήρωμα των κατοχυρωμένων/θεσμοθετημένων κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Αναφέρεται στην συνέχεια, το σύνολο των άτυπων υπηρεσιών ή κατ πρόσωπα που εκπροσωπούν μια άτυπη κοινοτική υπηρεσία υγείας:

- ▼ Παραδοσιακοί θεραπευτές (αντιπροσωπεύουν μια μορφή εναλλακτικής θεραπείας που λειτουργεί υποστηρικτικά ή ανακουφιστικά στον ανθρώπινο οργανισμό – μασάζ/ βεντούζες/ χρωματοθεραπεία κ.ά.).

- ✓ Υπάλληλοι σε κοινοτικά προγράμματα.
- ✓ Οικογενειακά άτομα, που προσφέρουν εργασία ή συμμετοχή σε ατομικά περιστατικά (φροντίδα, περιποίηση ηλικιωμένων ή παρακολούθηση για πυροδότηση κρίσεων).
- ✓ Υπηρεσίες συνηγορίας του πολίτη (για τυχόν παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που δεν είναι σε θέση ο ασθενής να ανταπεξέλθει σε αυτές, λόγω διανοητικής υστέρησης).
- ✓ Εθελοντές που δημιουργούν ημερίδες και σεμινάρια σε οικογένειες και έφηβους για πρόληψη και κατάργηση παραπληροφόρησης, σε οτιδήποτε εμπλέκεται η ψυχική ευεξία των πολιτών (συνήθως πραγματοποιούνται εκδηλώσεις σε σχολεία, πλατείες ή ακόμα και σε κλινικές αγροτικών χωριών).
- ✓ Υπηρεσίες που προσφέρονται κάθε μέρα, όλο το 24ωρο, από συγγενικά πρόσωπα- γειτονικά μέλη ή άτομα που έχουν συνταξιοδοτηθεί και επιθυμούν να συμμετέχουν σε κοινοτικές υπηρεσίες, υγειονομικής φροντίδας.
- ✓ Εθελοντές ανθρωπιστικής βοήθειας σε περιστατικά έκτακτου κινδύνου (π.χ. διάσωση ψυχικά ασθενών από οικείες που απειλούνται από φυσικές καταστροφές ή πυρκαγιά). (Τζανάκης, 2008, Συλλογικό έργο, 2011)

#### **1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ – ΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Πραγματοποιώντας μια ιστορική αναδρομή διαπιστώνεται ότι περίπου στις αρχές της δεκαετίας του 70, ξεκινούν οι πρώτες ενέργειες που έχουν στο κέντρο τους την Ψυχιατρική Κοινότητα. Το ερώτημα που τίθεται είναι με ποιον τρόπο θα

επιτευχθεί σταδιακά η απομάκρυνση των ψυχικά ασθενών από τα ιδρύματα μεγάλων αστικών κέντρων και συγκεκριμένα η «αποϊδρυματοποίηση των Ψυχιατρείων». Κύριο μέλημα ήταν, ο μέχρι τότε νοσηλευόμενος, να δέχεται την ιατρική και ψυχολογική κάλυψη από τους φορείς της τοπικής κοινότητας και όχι απευθείας από τις νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες είχαν τον χαρακτήρα του άσυλου. Η κοινωνία δεν παρουσίαζε ικανοποιητικές δομές και η γνώση περί ψυχικής υγείας ήταν ακόμη αμελητέα, συγκριτικά με τον δείκτη νοσούντων και εγκαταλελειμμένων ασθενών. (Λειβαδίτης, 2003)

Το πρόβλημα παρουσιαζόταν δυσβάσταχτο κυρίως σε περιοχές που έδρευαν στην Αττική καθώς αποτελούσε την σχεδόν αποκλειστική «ευθύνη» κάλυψης των ψυχιατρικών ασθενών. Πειραιάς, Κερατσίνι και Κορυδαλλός εμφάνιζαν τις μεγαλύτερες πληγές του προβλήματος. Η ανάγκη για προαγωγή της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έρχεται να δώσει το στίγμα της. (Μαδιανός, 2006)

Στον Ελλαδικό χώρο η σημασία της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής αναγνωρίζεται στα τέλη του 1970, όταν η Αθήνα αποκτά το σημαντικότερο οργανωτικό πλάνο των ψυχιατρικών θεμάτων. Με την ίδρυση του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Περίθαλψης, της Ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στους δήμους Βύρωνα και Καισαριανής, αρχίζει να διευκρινίζεται ένα πιο σαφές υπόβαθρο για την πρόληψη και προαγωγή της Υγείας. Η εξέλιξη αυτού του κέντρου ήταν τόσο αναγκαία και αποδοτική, σε σημείο που έφτασε λίγα χρόνια μετά να αποτελεί αναφορά μίμησης των διενεργειών του και για άλλα κέντρα ψυχικής παρέμβασης, τα λεγόμενα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που αποτελούσαν πλέον μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας. (Μαδιανός, 2006)

Διαπιστώνεται ότι περιόδους που χρονολογούνται πριν το 1970, η ψυχική υγεία περικλείει περισσότερο κρίσεις και παραβατικές συμπεριφορές ανθρώπων,

παρά την αναγνώριση και αξιολόγηση ιδιαίτερων ψυχικών διαταραχών. Αυτός άλλωστε ήταν και ο αιτιολογικός παράγοντας που η επικρατέστερη μέχρι τότε ονομασία ήταν «Προληπτική Ψυχιατρική», η οποία όμως με τον Ν.1379, 1983 του Άρ.21 μετονομάστηκε σε «Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή» (Community Mental Health).

Τα Κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ), είχαν ξεκινήσει την δραστηριότητα τους, με θεσμικό χαρακτήρα, που αποσκοπούσαν κυρίως στην πρόληψη κρίσεων και την αποτροπή παραβατικότητας κυρίως εφήβων, που η ηλικία επέτρεπε περιθώρια λανθασμένων συμπεριφορών. Στόχος του ΚΚΨΥ ήταν η αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Πρόληψης με ταυτόχρονη λήψη αποφάσεων από τις υπηρεσίες που υπάγονταν στην τοπική κοινότητα, προκειμένου να επέλθει σταδιακά η αποκέντρωση από τα ψυχιατρικά κέντρα. Το φαινόμενο της «ιδρυματοποίησης» ήταν για τους επαγγελματίες υγείας μια πρόκληση που ήθελαν να αποσύρουν. (Μαδιανός, 2006)

Σκοπός των ΚΚΨΥ ήταν η διασφάλιση της ψυχικής υγείας μέσω των ακόλουθων κατευθυντήριων γραμμών:

- ✓ Ενημέρωση κοινού για θέματα ψυχικού χαρακτήρα.
- ✓ Προώθηση της πρωτογενούς προληπτικής και κοινοτικής αγωγής, μέσω κρατικών φορέων, κοινοτικών οργανώσεων και σεμιναρίων – διαλέξεων.
- ✓ Διαχείριση και περιορισμός του stress.
- ✓ Μείωση των κρουσμάτων βίας εντός των σχολικών μονάδων.
- ✓ Εξάλειψη ή ελαχιστοποίηση περιπτώσεων διαταραγμένων ασθενών, λόγω χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και
- ✓ Προσέγγιση πασχόντων από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (η Σχιζοφρένεια καταλάμβανε την μεγαλύτερη μερίδα ψυχιατρικών ασθενών,



οι οποίοι νοσηλεύονταν σε «κλειστού τύπου» ιδρύματα, με κοινωνική απόσυρση λόγω κοινωνικού στίγματος). (Μαδιανός, 2006)

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι, είχαν οριστεί ορισμένες στρατηγικές που απευθύνονταν κυρίως, σε άτομα και οικογενειακό περιβάλλον, που κατέφευγαν στην άμεση παρέμβαση ψυχιάτρων, σε αστικά νοσοκομεία αλλά και σε ασθενείς που εκδήλωναν συχνές κρίσεις, ή άτομα που παρουσίαζαν μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης από τον γενικό πληθυσμό. Τα μέτρα που είχαν ληφθεί δεν αφορούσαν μόνο τους πάσχοντες και τον τρόπο προσέγγισης τους αλλά και την ίδια την κοινότητα καθώς αυτή είχε μερίδιο ευθύνης ως προς την ομαλή λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Οι δήμοι Βύρωνος και Καισαριανής υποχρεούνταν να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν το προσωπικό με σκοπό να διασφαλίζουν την ισορροπημένη ιατροκοινωνική περίθαλψη αλλά να διαθέτουν την ίδια στιγμή και τα προσόντα για συμμετοχή σε σεμινάρια, εκπαιδευτικές ημερίδες και ομάδες ευαισθητοποίησης.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε λίγα χρόνια μετά την λειτουργία των ΚΚΨΥ στους δήμους Βύρωνα – Καισαριανή ανέδειξε του ακόλουθους αριθμητικούς παράγοντες, οι οποίοι συντελούσαν στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των κοινοτικών κέντρων και στην ελαχιστοποίηση των ψυχιατρικών προβλημάτων:

- ▼ Κατά το διάστημα 1985-1986, το 52% των συνολικών επισκεπτών ήταν ασθενείς με ψυχικά προβλήματα, οι οποίοι όμως δεν είχαν αξιολογηθεί από ιατρικό προσωπικό ξανά στο παρελθόν.

- ✓ Το 32% των ασθενών που έπασχαν από κάποια μορφή ψυχικής προέλευσης επισκέφτηκαν τα ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής μόνο κατά τα 4 πρώτα έτη λειτουργίας τους.
- ✓ Κατά τα έτη 1979-1991 και 1995 παρουσιάζεται ελαχιστοποίηση του ποσοστού πασχόντων σε ποσοστό που υπολογίζεται ότι ξεπερνά το 50% (50,1%).
- ✓ 76,8% μειώνεται ο αριθμός των αλλεπάλληλων εισαγωγών ασθενών, το διάστημα 1979-1995, σε νοσοκομεία όπου το 61% αφορά την εισαγωγή πασχόντων για νοσηλεία σε ιδιωτικά ψυχιατρεία.
- ✓ Το ίδιο χρονικό διάστημα, παρουσιάζεται κατακόρυφη πτώση των αναγκαστικών νοσηλειών, σε ποσοστό που κυμαινόταν μεταξύ 90-90,3%.
- ✓ Από τους ασθενείς που νοσηλεύονταν, μειώθηκε ο χρόνος νοσηλείας τους κατά 71,8% καθώς τα ΚΚΨΥ πληρούσαν το δικαίωμα συνέχισης της αγωγής (είτε φαρμακευτικής είτε ψυχολογικής παρέμβασης).
- ✓ Τέλος ένα στοιχείο της έρευνας, σχετίζεται με την διαγνωστική αξιολόγηση των ασθενών που επισκέπτονταν τους δήμους Βύρωνα-Καισαριανής και αναφέρει ότι κατά το διάστημα λειτουργίας και ιδιαίτερα τα έτη 1979 μέχρι και 1995, η μείωση των οργανικών ψυχοσυνδρόμων ήταν αποτέλεσμα της δράσης κοινοτικών υπηρεσιών σε θέματα ψυχικής υγείας και πρόληψης. (Μαδιανός, 2006)

Τα προαναφερθέντα στοιχεία προέκυψαν από την αξιολόγηση έρευνας που πραγματοποιήθηκε από το 1978 μέχρι το 1986, λαμβάνοντας υπόψη ότι το ΚΚΨΥ στους δήμους Βύρωνα-Καισαριανής ξεκίνησε να λειτουργεί τον μήνα Οκτώβριο του 1979 και μέχρι το έτος 1983 η δραστηριότητα του ήταν προκαταρκτική, ως μια πιλοτική λειτουργία.

Τα πράγματα όμως δεν εξελίσσονταν το ίδιο και με την υπόλοιπη Ελλάδα. Τα ψυχιατρικά ιδρύματα αύξησαν την συμμετοχή τους μέχρι και 88,5%, την ίδια στιγμή (1979-1995) που τα ΚΚΨΥ σε δυο δήμους είχαν καταφέρει να τα μειώσουν κατά 61%. Μέχρι το 1983, η Ελλάδα είχε στην διάθεση της 9 ψυχιατρεία δημόσιου δικαίου ενώ τα ιδιωτικά κατέφθαναν τα 40. Εκ των οποίων τα περισσότερα ήταν με ανεπαρκή ιατρικό και φαρμακευτικό εξοπλισμό και μάλιστα με ανεκπαιδευτο προσωπικό παροχής φροντίδας. Αυτό αποτέλεσε αιτία διερεύνησης των άθλιων συνθηκών εντός των ψυχιατρικών υποδομών και όπως φάνηκε πραγματοποιήθηκε 2 χρόνια μετά, το 1985 όταν η Ελλάδα εισήχθη ως μέλος της ΕΟΚ. Ύστερα από εντολή της Ευρωπαϊκής Ένωσης επισκέφτηκε την Ελλάδα κλιμάκιο ελέγχου, που στελεχωνόταν από προσωπικό που ειδικευόταν σε θέματα ψυχικής υγείας, προκειμένου να λάβει οδηγίες και ενημερώσεις για το ψυχιατρικό ίδρυμα της Λέρου<sup>7</sup>.

Η εκτίμηση αρχικά ήταν ότι δεν επιτελούταν κανενός είδους θεραπευτική αντιμετώπιση, φαρμακευτική ή ψυχολογική. Οι ασθενείς-τρόφιμοι δεν διέθεταν σε πολλές περιπτώσεις ούτε τα αγαθά πρώτης ανάγκης και μάλιστα μετά βίας εκπλήρωναν τις βιολογικές τους ανάγκες. Οι συνθήκες διαβίωσης όχι απλά δεν ήταν συμβατές με την ψυχιατρική παρέμβαση αλλά χαρακτηρίστηκαν ως απάνθρωπες. Η ομάδα ελέγχου ζήτησε την άμεση και αναγκαία μετακίνηση των ασθενών σε χώρους είτε κοινοτικούς είτε με βάση την εντοπιότητα του καθενός, γεγονός που ήταν αναγκαστικό να κατοχυρωθεί και με ένα θεσμικό πλαίσιο.

Έτσι, λαμβάνουν νομολογία ορισμένες τροποποιήσεις που προσπαθούσε να διαμορφώσει η Ελλάδα το 1983, με τον Νόμο 1397/83, άρθρο 21, ο οποίος υπαγορεύει την εξασφάλιση και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από δύο σύγχρονες κοινοτικές μονάδες: Το α) Κέντρο Ψυχικής Υγείας και το β) Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου.

Η παραπάνω, νομικής κάλυψης, ανάγκη αποτελούσε την αρχή της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας, παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε η Ελλάδα, για αυτό άλλωστε θεωρήθηκε ως «αφετηρία των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων» στην Ελλάδα.

Οι αλλαγές που είχαν οριστεί να πραγματοποιηθούν ιδίως με την μετακίνηση και περίθαλψη των ψυχιατρικών ασθενών υποστηρίχθηκε από τον κανονισμό της ΕΟΚ 815/84, ο οποίος παρείχε την δυνατότητα χρηματοδότησης των ελληνικών φορέων, για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εξέλιξη των θεμάτων ψυχικής υγείας. Στη συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται μια συνοπτική περιγραφή των ημερομηνιών και των σημαντικότερων διαπιστώσεων που απορρέουν εκείνη την εποχή, από τις συνεχείς μεταρρυθμιστικές κινήσεις της Ελλάδας:

- ✓ Έτος 1984, με αφετηρία την διάταξη 815/84, που όριζε η Ευρωπαϊκή Ένωση, δημιουργούνται τα πρώτα χρηματοδοτούμενα προγράμματα, που αφορούν αποκλειστικά το ψυχιατρικό ίδρυμα της Λέρου.
- ✓ Ωστόσο μέχρι το 1989, οι αλλαγές στην λειτουργία κρίθηκαν αναποτελεσματικές και υποτυπώδεις, παρουσιάζοντας «αδράνεια» στην ψυχιατρική περίθαλψη.
- ✓ Σημαντικότερη αιτία, πέραν της κρατικής αδυναμίας, ήταν η ανικανότητα διαχείρισης των περιστατικών από τους ίδιους τους ψυχιατρικούς φορείς καθώς δεν εφάρμοζαν έστω και πιλοτικά την εφαρμογή της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας.
- ✓ Το επιστημονικό προσωπικό της Αττικής, παρατηρώντας τα δρώμενα στη Λέρο και τις επαναλαμβανόμενες καταγγελίες για τα περιστατικά ασθενών που δέχονταν κακοποίηση ως προς τα ανθρώπινα δικαιώματα, αποφασίζει

να συμμετάσχει στις μεταρρυθμιστικές ενέργειες. Η κίνηση αυτή όμως χαρακτηρίστηκε απρόσφορη διότι οι ψυχιατρικοί φορείς του νησιού δεν επέτρεπαν την εμπλοκή, ασκώντας έτσι κριτική και ζητώντας από το κράτος μέχρι και την διαγραφή αυτών των προσώπων από τον κατάλογο της Ε.Ψ.Ε.

- ▼ Η Ευρώπη στρέφεται εναντίον της Ελλάδας και της ψυχιατρικής κοινότητας, ύστερα από αναρίθμητες καταγγελίες, στο BBC και το OBSERVER και το Ελληνικό κράτος υποχρεούται να ακολουθήσει σαφή χρονοδιαγράμματα, ώστε να αποδείξει εντός χρονικών πλαισίων την μεταβατική του αλλαγή.
- ▼ Γεγονός που στέφθηκε από αποτυχία καθώς τον Σεπτέμβριο του 1989, ο βρετανικός Τύπος δημοσιεύει τις απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές, τροφίμων του ιδρύματος της Λέρου.
- ▼ Απόρροια των επαναλαμβανόμενων αποτυχημένων ενεργειών ήταν ο διασυρμός της Ελλάδας από την Ε.Ε το 1990 – και η ανοικτή «απειλή» για αφαίρεση των ευρωπαϊκών δικαιωμάτων της.
- ▼ Έτσι το Ελληνικό κράτος υπό την πίεση των ξένων δυνάμεων αναγκάστηκε να προχωρήσει σε καινούργιες «δεσμεύσεις», αποκτώντας υπό την διαχείριση του νέα χρονοδιαγράμματα. Έτσι προέκυψε η ανάγκη υιοθέτησης δυο νέων προγραμμάτων, αποκαλούμενα «Λέρος 1» και «Λέρος 2».
- ▼ Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση της Λέρου θα πραγματοποιούνταν από τις κατευθυντήριες οδηγίες που σκοπό είχαν: μέσω μιας τρίμηνης καθυστέρησης να προωθηθεί η αποσυμφόρηση του ιδρύματος και να καταγραφούν τα απαραίτητα στοιχεία αναγνώρισης των ασθενών και εγκατάστασης τους σε περιοχές καταγωγής και όχι διαμονής. Σε αυτή την κατάσταση αναγνωρίζεται για πρώτη φορά η συμμετοχή μη κερδοσκοπικών

οργανώσεων, οι οποίες με δική τους ευθύνη και στα πλαίσια εθελοντισμού για καλυτέρευση των ψυχιατρικών δομών, αποφάσισαν να μεταφέρουν δωρεάν τους ασθενείς σε άλλα κοινοτικά κέντρα, προκειμένου να επέλθει το φαινόμενο της « αποϊδρυματοποίησης».

- ✓ Η απομάκρυνση των περιστατικών ψυχιατρικών νοσούντων από τα ιδρύματα ήταν η βάση κάθε μεταρρυθμιστικής ενέργειας αλλά απαιτούσε και την παράλληλη ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, με σκοπό οι ασθενείς που δεν εμφάνιζαν επικίνδυνη ψυχική διαταραχή, να καλύπτουν την ιατρική περίθαλψη κατ' οίκον ή στην κοινότητα του δήμου που υπάγονταν.



Το διάστημα 1984-1989 παρουσιάζονταν συνεχώς διαμαρτυρίες από τους τοπικούς φορείς της χώρας ιδίως λόγω της επίδρασης του «κοινωνικού στίγματος» των ψυχιατρικών ασθενών, απορρίπτοντας με αυτό τον τρόπο κάθε δημιουργία

μιας καινούργιας μονάδας ψυχικής περίθαλψης. (Τζανάκης, 2008). Η ελλιπής κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού, η αδυναμία διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, η παγίωση της γραφειοκρατίας και η αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας ήταν οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες για κατάργηση μιας ουσιαστικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η Ελλάδα δεν διέθετε τα κριτήρια να αποτελέσει πηγή έμπνευσης για τα ανερχόμενα επιστημονικά μέλη, ψυχιατρικής κατάρτισης. Δεν ήταν ότι παρέλειπε η νομολογία των αποφάσεων αλλά και το ίδιο το Κράτος δεν είχε σαφείς άξονες για την εφαρμογή των νόμων.

Από το 1991 και για 5 περίπου έτη, ξεκινά μια μεταβατική περίοδος με την συμμετοχή μιας ειδικής ευρωπαϊκής επιτροπής, η οποία στηριζόμενη στον κανονισμό 4130/88, αναγκάζει το Κράτος να προχωρήσει εκ νέου σε προγράμματα εγκατάστασης της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας και το 1995 η Ελλάδα καταφέρνει να λειτουργεί με καινούργιους ψυχιατρικούς χώρους, όπου η περίθαλψη παρέχεται σε ξενώνες – οικοτροφεία – κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα σε ψυχιατρικά τμήματα που εδρεύουν εντός των νοσοκομειακών μονάδων και δεν βρίσκονται σε απόμακρα σημεία πόλεων, με την σημασία του άσυλου. Ωστόσο, το πρόβλημα παρέμενε άλυτο καθώς 19 νομοί της Ελλάδας, δεν είχαν άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής<sup>8</sup>. (Τζανάκης, 2008)

Καθώς η Κοινωνία όμως εξελίσσεται, παράγεται και ένα φάσμα διαδοχικών μεταβολών στην ψυχιατρική προσέγγιση των ψυχικά πασχόντων ατόμων. Αυτή η εικόνα αλλαγής σχετίζεται με την παράλληλη αλλαγή σημαντικών πολιτικών, βιολογικών – ανθρωπολογικών και επιστημονικών δεδομένων. Η ιδρυματική περίθαλψη των ψυχικά ασθενών ενώ αποτελούσε κυρίαρχο στοιχείο θεραπευτικής παρέμβασης τα προηγούμενα έτη, σήμερα στο μεγαλύτερο μέρος της έχει καταργηθεί και έχει αντικατασταθεί από κοινοτικά και δημόσια μέτρα, όπως είναι τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγιεινής και

οι Ξενώνες Περίθαλψης Ψυχιατρικών Παθήσεων. Πέραν αυτών συνεχίζουν την λειτουργία τους, ιδρύματα Ψυχικής Αποκατάστασης, με την μορφή όμως κλινικών εντός ή εκτός των νοσοκομειακών ιδρυμάτων.

Οι μεταβολές της Ψυχιατρικής Επιστήμης εξουδετέρωσαν πολυάριθμα αντιθεραπευτικά αποτελέσματα των προηγούμενων χρόνων, μερικά των οποίων είναι:

- ∅ Ο «στιγματισμός» των ψυχικών νόσων.
- ∅ Η κοινωνική κατακραυγή των οικογενειακών μελών.
- ∅ Η απόσυρση των θεραπευμένων από την κοινωνική συμμετοχή.
- ∅ Η παραγωγή και μετάδοση προκαταλήψεων και αρνητικών στερεότυπων εκφράσεων.
- ∅ Η ελαχιστοποίηση των προσωπικών και κοινωνικών προσδοκιών.
- ∅ Η κατάργηση του κοινωνικού δικτύου εντός της Κοινότητας.
- ∅ Η σχέση εξάρτησης μεταξύ της κοινωνικής αποδοχής και της χαμηλής αυτοπεποίθησης των ψυχικών ασθενών.

Σήμερα, η επιστημονική γνώση έχει μετατρέψει το ψυχιατρικό μοντέλο, ως ένα εργαλείο ενίσχυσης της κοινοτικής συμμετοχής σε ζητήματα ψυχιατρικού χαρακτήρα,. Το επιστημονικό κοινό υποστηρίζει ότι η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή αποτελεί το πιο αποτελεσματικό μέσο για την αντιμετώπιση κοινωνικών φαινομένων που έχουν τις ρίζες τους στα ψυχιατρικά και ψυχικά προβλήματα των πολιτών. Η παρότρυνση του πληθυσμού να ενημερώνεται και να ευαισθητοποιείται σε ψυχικές ανισοροπίες που προλαμβάνονται και αντιμετωπίζονται εντός της Κοινότητας, επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση των ψυχικών διαταραχών, που εγκλωβίζουν τον ασθενή στον εαυτό του.



Ο ρόλος της «τοπικής κοινότητας» άλλαξε χαρακτήρα και πλέον περιλαμβάνει ζητήματα και προβληματισμούς των τοπικών κοινωνικών μελών, με δραστηριοποίηση ιδιαίτερα σε θέματα που δεν απαιτούν αποκλειστικά νοσοκομειακή κάλυψη, όπως η λειτουργία της Ψυχικής Υγιεινής. Αυτή η εξέλιξη της Κοινοτικής ανάπτυξης ενίσχυσε περισσότερο την αποκέντρωση του ψυχιατρικού προβλήματος από τα ιδρύματα και συμμετέχει σε μεγάλο ποσοστό στην προληπτική αγωγή των ψυχικών διαταραχών, που εμφανίζουν αυξητικές τάσεις, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως παρουσιάζεται στην σημερινή εποχή.

Η ψυχιατρική περίθαλψη, επεκτείνεται πέραν των νοσοκομειακών μονάδων, σε κοινοτικά πλαίσια, υπό την μορφή ξενώνων, οικοτροφείων, ιδιωτικών και δημόσιων υπηρεσιών, που στοχεύουν ιδίως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην παράλληλη ενσωμάτωση των εθελοντών πολιτών και των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ), που προσφέρουν δωρεάν φροντίδα σε άτομα που το έχουν ανάγκη. Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, χρησιμοποιώντας εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, προσπαθεί να επιτελέσει μια λειτουργία, η οποία αντικατοπτρίζει την κρατική ευθύνη έναντι στην επίλυση προβλημάτων που χρειάζονται άμεση παρέμβαση καθώς τα ψυχικά συμπτώματα ενός οργανισμού, του στερούν το δικαίωμα φυσιολογικής ζωής και επιβίωσης.

#### ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Η εκδήλωση ψυχικών διαταραχών είναι αναπόφευκτη. Υπήρχε πάντα στους λαούς όλων των χωρών, με την διαφορά ότι η αναγνώριση της – η αποδοχή της και η αποκατάσταση της- μεταβαλλόταν ανάλογα την εθνογραφία του πληθυσμού, την

ιατρική της πορεία σε θέματα ψυχιατρικού χαρακτήρα αλλά και τις επιδράσεις της θρησκείας έναντι αυτών των παθήσεων. (Παπαδημητρίου, 2013)

Ο Ιπποκράτης, πρώτος προσέγγισε την εννοιολογική σημασία της ψυχικής υγείας, ορίζοντας την απόκλιση της ως «ψυχοπαθολογία», η οποία δεν ήταν κάτι άλλο πέραν του αποτελέσματος τεσσάρων στοιχείων, αποκαλούμενα με την λέξη «χυμοί».

Το αίμα, η μαύρη χολή, η κίτρινη χολή και το φλέγμα ήταν απόρροια της ψυχοπαθολογίας ενός οργανισμού που νοσούσε σε σώμα και ψυχή «φρενίτιδες». Σε αυτό το σημείο ένα αξιόλογο στοιχείο είναι ότι πρωτύτερα του Ιπποκράτη, ο άνθρωπος δεν αντιμετωπιζόταν ξεχωριστά ως σώμα και νους αλλά ως ενιαίο σύνολο. Την ίδια περίοδο, στα τέλη του 17<sup>ου</sup> αιώνα, εισέρχονται στο φάσμα της ψυχικής υγείας και οι θεωρίες του Αριστοτέλη, ο οποίος μέσα από μια άλλη οπτική γωνία, κήρυττε ότι το θέατρο και η συμμετοχή των θεατών στο θέαμα αποτελούσε κριτήριο κάθαρσης της ψυχής, η οποία είχε τις δυνάμεις να επιδράσει αρνητικά και στο σώμα. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται στην Ελλάδα, ένα υπόβαθρο για τον ερχομό του ψυχιατρικού κλάδου, ο οποίος όμως δέχτηκε τις μεγαλύτερες και πιο ουσιώδεις επιδράσεις κυρίως από ξένες χώρες του κόσμου. (Παπαδημητρίου, 2013)

Στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα, ο ιατρός Philippe Pinel, γαλλικής καταγωγής ανέπτυξε και εφάρμοσε ένα πλαίσιο, στηριζόμενο στις ανθρωπιστικές θεωρίες, με επίκεντρο τους πάσχοντες που ήταν επί έτη τρόφιμοι σε παραμελημένα άσυλα. Κύριο μέλημα του ήταν οι ψυχικά διαταραγμένοι ασθενείς να απομακρυνθούν από την καθημερινή αδράνεια του σώματος και του πνεύματος και να ασχοληθούν με συνεχείς και ποικίλες δραστηριότητες, οι οποίες θα «ξυπνούσαν» τις ψυχικές τους ανησυχίες. Για τον γάλλο επιστήμονα Pinel, η έκφραση της δημιουργίας ήταν πρωταρχική ένδειξη της ελευθερίας των ασθενών. Η εικόνα της αλλοιωμένης

ψυχικής υγείας των ασθενών καθυστέρησε να αναβαθμιστεί καθώς την εποχή εκείνη στην Ελλάδα, ένα μέρος των ψυχιατρικών πασχόντων αναγνωρίζονταν ως δαιμονισμένοι και για αυτό τον λόγο παρέμεναν αλυσοδεμένοι σε άσυλα έναντι κάποιας αμοιβής, των οικογενειακών προσώπων, προκειμένου να διασφαλίζουν την δημόσια υγεία του υγιούς πληθυσμού<sup>9</sup>.

Αρχές 19<sup>ου</sup> αιώνα, εμφανίζεται ο Emil Kraepelin, ψυχίατρος από την Γερμανία, ο οποίος με τις γνώσεις του κατάφερε να εφαρμόσει με επιτυχία για πρώτη φορά την νοσολογική θεωρία, σε θέματα δυσλειτουργιών περί ψυχικής υγείας. Με αυτό τον τρόπο η εξέλιξη όχι απλά ήταν αναμενόμενη αλλά δόθηκε και η ευκαιρία στο επιστημονικό προσωπικό να στηρίζεται για την αξιολόγηση των ψυχιατρικών ασθενών στην Ταξινόμηση των Ψυχικών Νοσημάτων με επιμέρους διαβαθμίσεις, ώστε να διακριθεί το αδιαφοροποίητο που υπήρχε έως τότε, στο ψυχοπαθολογικό και στο οργανικό τεκμήριο. Ήταν μια σημαντική στιγμή για την ιστορία της ψυχιατρικής καθώς αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά η έννοια της Σχιζοφρένειας, με την μορφή της πρώιμης άνοιας, ενώ πραγματοποιήθηκε και η πρώτη προσέγγιση της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής (μιας νόσου με πολυάριθμα «ανεξήγητα» περιστατικά ασθενών). (Αγγελόπουλος, 2009)

Η πιο ουσιώδης όμως, για την Ελλάδα περίοδος, διακρίνεται στα τέλη 19<sup>ου</sup> με αρχές 20<sup>ου</sup> αιώνα, όπου θεμελιώνονται οι δυο σημαντικότεροι άξονες του ψυχιατρικού κλάδου, αναφερόμενοι στην συνέχεια του κεφαλαίου:

Ø Εφαρμογή των ψυχολογικών μεθόδων του ψυχιάτρου Freud: Αποτελούσαν μεθόδους μελέτης, διερεύνησης και αντιμετώπισης των ψυχικών ασθενειών, οι οποίες δημιούργησαν το μεγαλύτερο φάσμα καινοτόμων ιδεών και δυνατοτήτων. Οι τεχνικές του Freud θεωρήθηκαν ως οι κατευθυντήριες γραμμές για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ως προς τις

ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και βρέθηκαν στο επίκεντρο σε πολυάριθμες θεωρητικές σχολές.

Ø Από την εξέλιξη των θεωριών του, δεν παρέλειπαν οι συγκρούσεις μεταξύ των αναλυτών και των ψυχολόγων, οι οποίοι αντιμάχονταν τους «κανονισμούς» του, όμως αναγνωρίστηκε για την εποχή ως ένα αναπόφευκτο και αναμενόμενο φαινόμενο καθώς η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης ήταν δυνατόν να προκαλέσει και ποικιλία αντικρουόμενων απόψεων έναντι της ραγδαίας εξέλιξης του ψυχικά ασθενή. Με το πέρασμα του χρόνου και την διεύρυνση της γνωστικής ικανότητας υπήρξε αλληλεγγύη ανάμεσα στους ψυχιάτρους – ψυχολόγους και πολλές από τις μεθόδους του Freud υιοθετήθηκαν κατά την κλινική και θεραπευτική εκτίμηση.

Ø Εγκαθίδρυση των βιολογικών θεραπειών σε ψυχικές ασθένειες: Σε αυτή την φάση εφαρμόζεται μια κατηγορία δραστικών ουσιών, στην φαρμακευτική κάλυψη των ασθενών, τα λεγόμενα αντιψυχωτικά φάρμακα. Η βιολογική τους δράση αλλά και η θεραπευτική τους ικανότητα άλλαξαν την νοοτροπία των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και έδωσαν νέες στρατηγικές οδηγίες στους ειδήμονες του χώρου. Αποτέλεσαν πεδίο επαναστατικής συμπεριφοράς καθώς οι παρενέργειες τους, χρησιμοποιήθηκαν σαν κίνητρο κατάργησης τους, γεγονός όμως που δεν στέφθηκε με επιτυχία. Τα άσυλα και τα ψυχιατρικά ιδρύματα έπαψαν να δίνουν την εικόνα χώρων με κλειστές πόρτες και σιδερόφρακτα παράθυρα και δόθηκε η δυνατότητα οι πάσχοντες να μπορούν να εισέρχονται σε Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, χωρίς τον φόβο πρόκλησης κινδύνου στο κοινό. Η σταδιακή κατάργηση του φαινομένου της «ιδρυματοποίησης», πρόσφερε στους νοσηλεύόμενους την εξασφάλιση ορισμένων, παγιωμένων μέχρι τότε, δικαιωμάτων τους, όπως

την διαμονή τους στο οικογενειακό περιβάλλον ή σε ειδικούς ξενώνες περίθαλψης. Στην πορεία την φαρμακευτικής εξέλιξης, εισήλθε ένα νέο φάσμα υποστηρικτικό των αντιψυχωτικών, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία ενώ είχαν αναγνωριστεί από το 1950 ως αποτελεσματικές δραστικές ουσίες, ωστόσο το 1970 αποτέλεσαν ολιστικό κομμάτι της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν ευρέως στα ΚΚΨΥ για την πρόληψη και θεραπεία αγχωδών διαταραχών και των καταθλιπτικών επεισοδίων και η εφαρμογή τους ορίστηκε ως αιτία της αύξησης της λειτουργικότητας – αποτελεσματικότητας των κοινοτικών κέντρων, καθώς μείωναν το ποσοστό εισαγωγής και περίθαλψης των ασθενών σε νοσοκομειακές υπηρεσίες. (<http://tvxs.gr/news/politismos/psychiatriki-einai-toy-mixali-papaggeli>).

## ΕΜΠΟΔΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ: ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΑΦΟΡΙΣΜΟΙ.

Η θρησκεία κάθε λαού αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες χαρακτηρισμού του πολιτισμού και της παιδείας, που τρέφει τον πληθυσμό. Στην Ελλάδα, η παραποίηση κειμένων από ιερείς και η άγνοια για την ασθένεια της ψυχικής νόσου, δημιουργούσε ένα κλίμα ικανό για την παραγωγή προκαταλήψεων, φόβων, διαμαχών μέχρι και αφορισμών. Η μη αποδοχή των ψυχικά πασχόντων καλυπτόταν υπό το φάσμα της θρησκευτικής ποινής. Κατά τα έτη 1930-1936, για την Ορθόδοξη Εκκλησία η θρησκευτική ποινή είχε πάψει να λειτουργεί ως περιορισμός του ατόμου που δεν ανταποκρίνεται στις ηθικές και κοινωνικές επιταγές αλλά είχε περισσότερο τον χαρακτήρα του «δαιμονισμένου». (Yalom, 2003)

Σε πολλές περιοχές παρατηρούταν διάφορες θρησκευτικές κοινότητες να κατακερματίζουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών, καταφεύγοντας σε κυρώσεις που προέβλεπαν την απομάκρυνση του πάσχοντα από την τοπική κοινότητα αλλά και την διαπόμπευση του από τους υγιείς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το «ανάθεμα» του λαού στους ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια στην περιοχή της Κεραμειάς, των Χανιών της Κρήτης. Αναγνωρίζονταν ως άνθρωποι αμαρτωλοί, που η ψυχή τους αμαυρώθηκε από δαιμόνια και βρίσκονταν επί χρόνια στο περιθώριο της κοινωνίας. (Yalom, 2003)

Η θρησκεία του καθενός, διαδραμάτισε ανασταλτικό παράγοντα στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, η οποία δέχτηκε την μεγαλύτερη κριτική για την ύπαρξη της και τις θεωρίες της. Στη συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται βιβλιογραφική αναφορά στους αφορισμούς και τις κριτικές επιθέσεις, που δέχτηκε ο ερχομός της ψυχιατρικής, από τον 18<sup>ο</sup> μέχρι και τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα:

- Ø Θεωρίες Thomas Szasz και Karl Kraus: Κατά αυτές τις προσωπικότητες της ιστορίας, η ψυχιατρική καλούταν ως «Ψυχοτεχνική Δαιμονολογία», καθώς δεν αναγνωριζόταν ως επιστημονικός κλάδος της Ιατρικής, αλλά ως μια δαιμονολογία την οποία υποστήριζαν ψευτο-επιστήμονες, με σκοπό να αλλοιώσουν τις ηθικές αξίες του κοινωνικού συνόλου. Κατά τον Szasz, ο ψυχίατρος ήταν πρόσωπο που όφειλε να περάσει από την Ιερή Εξέταση καθώς η ελευθερία των ανθρώπων βαλλόταν τόσο από τους κρατικούς φορείς που επέτρεπαν την λειτουργία του ιατρού, όσο και από τις επιδράσεις των θεωριών της Ψυχιατρικής.
- Ø Η Ψυχιατρική έχει μόνο έναν σκοπό: να μολύνει την Ιατρική από την φθορά των ψυχιατρικών ασθενών.

- Ø Οι «τρελοί» οφείλουν να «εξυπηρετούνται» με τα άσυλα, την μαστίγωση, την χρήση ζουρλομανδύων αλλά και την αφαίμαξη (17<sup>ος</sup> αιώνας).
- Ø 18<sup>ος</sup> αιώνας: η Ψυχιατρική θα γίνει αποδεκτή εάν στην θέση της υπάρξουν φυλακές και μπουντρούμια για τους «υπηρέτες» της.
- Ø Όπως η Εκκλησία έχει τις αιρέσεις έτσι και η κοινωνία έχει τους «παράφρονες». (Yalom, 2003)
- Ø Δεν είναι Επιστήμη η Ψυχιατρική, είναι απλά μια ιατρική πράξη αφαίρεσης με νυστέρι του μετωπιαίου λοβού από τον υπόλοιπο εγκέφαλο. Το ηλεκτροσόκ δεν είναι λύση.
- Ø Ο όρος της «Θεσμικής Ψυχιατρικής»: Χρησιμοποιούταν για να περιγράψει το πλαίσιο των ψυχιατρικών μεθόδων, οι οποίες εφαρμόζονταν με βία στους ανθρώπους. Η μόνη δραστηριότητα των φορέων, που υπάγονταν σε αυτή ήταν ο ακούσιος εγκλεισμός ανθρώπων που εμφάνιζαν δαιμονισμούς και τρελές σκέψεις. Τα μόνα εργαλεία της Θεσμικής Ψυχιατρικής ήταν η βία και η εξαθλίωση, όσον δεν μπορούσαν να διαχειριστούν από μόνη τους την ζωή. Πέραν αυτού, οι ψυχίατροι σκόπευαν να λάβουν την εξουσία υπό την ιδιοκτησία τους και να γίνουν αυτή η «Κοινότητα» του κάθε τόπου. (Yalom, 2003)
- Ø Η έννοια της «Ψυχικής Αρρώστιας»: Μέχρι και τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα η σημασία της διαταραγμένης ψυχικής υγείας χαρακτηριζόταν εσφαλμένη, με διάχυτα σημεία πλάνης. Αποτελούσε νόημα που αντιστοιχούσε σε ηθική και κοινωνική καταδίκη του ασθενή, καθώς το να νοσεί η ψυχή κάποιου σηματοδοτούσε την ανικανότητα του να διευθετήσει της ηθικές του αξίες και τις υποχρεώσεις του προς το σύνολο. Μάλιστα πηγές αναφέρουν ότι η ψυχική νόσος περιλαμβανόταν στα πλαίσια της μαγείας, για αυτό άλλωστε και αναφερόταν ως παραπλανητική. Η αιτία αυτού του προσδιορισμού ήταν

η ανακρίβεια της εκδήλωσης της (όπως και στην μαγεία) και το αποτέλεσμα που επέφερε στον ανθρώπινο οργανισμό, δηλαδή τον εγκλεισμό του στο ίδιο του το σώμα και έπειτα και στους γύρω ανθρώπους. Πιστεύετε επιπλέον ότι η μαγεία και η ψυχική αρρώστια αλληλοσυσχετίζονταν και πως τα πρόσωπα που τις προκαλούσαν ήταν διεστραμμένοι ιερείς σε συνεργασία με ιατρούς – μάγους. (Yalom, 2003)

Ø Η σημασία του «Ψυχιάτρου»: Ο ιατρός που εφαρμόζει τις θεωρίες και πρακτικές της Θεσμικής Ψυχιατρικής, αναγνωριζόταν ως ένας «εκμεταλλευτής» πονεμένων ψυχών που μόνος του σκοπός ήταν η εξασφάλιση κέρδους από το Κράτος. Δεν θεωρούνταν πρόσωπο αξιοσέβαστο από την στιγμή που το κοινό υποστήριζε ότι μέσω της κρατικής εξουσίας, εξανάγκαζε τους ασθενείς να δέχονται την «βοήθεια» του. Μάλιστα ο θεσμικός ψυχίατρος πολλές φορές γινόταν θύμα εξυβρίσεων και συκοφαντιών διότι τα οικογενειακά πρόσωπα του πάσχοντα τον αντιμετώπιζαν ως την αιτία που ο άνθρωπος τους «ανέβαινε στην πυρά», όπως περιγράφεται σε βιβλία με μαρτυρίες τέτοιων περιστατικών. Προσωπικότητες που δέχτηκαν «αφορισμούς» από την θρησκευτική κοινότητα για την ειδικότητα του ψυχιάτρου που διέθεταν ήταν οι: Bleuler, Freud, Alexander, Menninger και Grinker.

Ø Κριτική διαμάχη κατά του θεμελιωτή των μεθόδων της Ψυχιατρικής Freud: Για το μεγαλύτερο μέρος της κοινωνίας ο Freud αποτελούσε ένα παθιασμένο άτομο, που δεν ενδιαφερόταν μέσω της ψυχανάλυσης να θεραπεύσει ανθρώπους που τον είχαν ανάγκη αλλά να εκπληρώσει δικούς του κακούς σκοπούς, που δεν ήταν άλλοι από την εκδίκηση των εχθρών του. Τον αποκαλούσαν σχιζοφρενή οργανισμό ο οποίος λόγω της δικής του προσωπικής αρρώστιας μπορούσε να κατανοεί και τους άλλους ασθενείς



που έπασχαν από την ίδια νόσο. Η ψυχανάλυση για τον ίδιο, όπως πολλοί θεωρούσαν, αποτελούσε θρησκευτικό όργανο και όχι μέθοδο ίασης. Ενώ ως επιστήμονας εγκατέστησε τις βάσεις της Ψυχιατρικής Θεραπείας ψυχικών διαταραχών και άλλαξε ριζικά τις στάσεις και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνταν μέχρι τότε στα άσυλα και τα ιδρύματα παρόλα αυτά η αποδοχή του και η υιοθέτηση των θεωριών του χρειάστηκαν πολλές δεκαετίες για να παρουσιαστούν στην κοινωνία ως καρποφόρες διότι δεχόταν μια αδιάκοπη κριτική. (Yalom, 2003)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

#### **2.1 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ 21<sup>ο</sup> ΑΙΩΝΑ**

Η Ελλάδα διανύει σήμερα, μια οδυνηρή για τους πολίτες της κατάσταση, απόρροια της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης. Μεταβάλλεται η καθημερινότητα και το περιβάλλον ζωής του ανθρώπου, με τέτοιο τρόπο που του προκαλεί άγχος και υψηλή πίεση για να καλύψει τις απαραίτητες ανάγκες. Αυτό το σκηνικό πέραν της ευνόητης δυσφορίας που προκαλεί, υποχρεώνει την ψυχική περίθαλψη και τους κλάδους της, να αλλάζει και να προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα. Η ψυχιατρική επιστήμη, διαδραματίζει το σημαντικότερο ρόλο στην εφαρμογή νέων μεθόδων και μέτρων, στην πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών, καθώς παρατηρείται η αλληλεπίδραση δυο μεταβαλλόμενων παραμέτρων: της αρνητικά εξελισσόμενης ψυχοπαθολογίας και της ραγδαίας αλλαγής της κοινωνικής υπόστασης, γεγονός που αναγκάζει ολόκληρο το επιστημονικό κοινό να «ανανεώσει» τα ερωτήματα περί τι θεωρείται πλέον ομαλό και συμβατό με την υγεία και τι αποκλίνει από αυτή (διασαφήνιση φυσιολογικού και παθολογικού ερεθίσματος ή συμπτώματος). (Παπαδημητρίου 2013)

Η κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική, ως φορέας παροχής φροντίδας και περίθαλψης των ψυχικά πασχόντων, καλείται να αντιμετωπίσει αυτή την πολυπλοκότητα που διαφαίνεται εντός του κοινωνικού συνόλου και να επεκτείνει την δράση της σε νέα ερευνητικά πεδία, προκειμένου να λειτουργεί αποδοτικά σε θέματα ψυχικής υγιεινής. Αυτό επιτυγχάνεται με την συνεργασία της ψυχιατρικής, της ανώτερης των προαναφερθέντων κλάδων, επιστήμης με σχετιζόμενους τομείς όπως επιδημιολογία της δημόσιας υγείας, κοινωνιολογίας (για εξερεύνηση των

κοινωνικών φαινομένων), αλλά και με επιμέρους επιστημονικούς τομείς, όπως η κοινωνική ανθρωπολογία, η ψυχοθεραπεία και τέλος η παιδοψυχιατρική. (Στυλιανίδης, 2014) (Παπαδημητρίου, 2013)

Η ψυχιατρική αποτελεί μια από τις σημαντικότερες ως προς την ιστορικότητα και εξέλιξη της επιστήμη, η οποία παρουσιάζει αξιόλογη μεταβλητότητα καθώς το πρώτο βήμα της αλλαγής της, ξεκίνησε με τον απεγκλωβισμό των ψυχικά πασχόντων από τα άσυλα και τα ψυχιατρικά ιδρύματα, παρέχοντας την δυνατότητα ιατρικής διάγνωσης και αξιολόγησης με τον ταυτόχρονο σχεδιασμό ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού πλάνου. Η κοινοτική ψυχική υγεία, επικεντρώθηκε στην εκτίμηση και στην κατανόηση των «καθημερινών αναγκών» του ανθρώπου και η λειτουργία της εστιάζει στην αναγνώριση του υγιούς ψυχικά οργανισμού. Αυτό το γεγονός, προσφέρει πολυάριθμα ευεργετήματα τόσο στα νοσοκομειακά ιδρύματα όσο και στην εξέλιξη της κοινωνίας, με την προαγωγή της υγείας και τις προληπτικές παρεμβάσεις. (Χονδρός, 2008)

Για την επίτευξη της ομαλής πορείας των ψυχιατρικών φορέων, απαιτείται και η παράλληλη διερεύνηση βιολογικών – κοινωνικών και επιδημιολογικών δεδομένων. Σήμερα, αυτή η ενέργεια φαίνεται να καλύπτεται από ένα νέο πλαίσιο, καινούργιο ως προς την εφαρμογή του στην Ελλάδα, αποκαλούμενο ως «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική». Όπως αναγνωρίζεται και από τον ίδιο τον ορισμό δεν είναι κάτι άλλο από την εξέταση και τεκμηρίωση μιας γενικής «διασύνδεσης» των στοιχείων που απορρέουν από τα ερευνητικά έργα της ψυχοσωματικής, της βιοψυχοκοινωνικής ιατρικής και της επιδημιολογίας δημόσιας υγείας. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η ανάπτυξη και δραστηριότητα των υπηρεσιών, που υπάγονται τόσο στα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγιεινής όσο και στα τμήματα

ψυχολογικής και ψυχιατρικής περίθαλψης των ιατρικών και νοσοκομειακών φορέων.

Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, αποτελεί απόδειξη της ψυχιατρικής επιστήμης, η οποία υποχρεούται να δημιουργήσει και να υποστηρίξει νέες μεθόδους παρέμβασης των ψυχολόγων-ψυχιάτρων, στην πρακτική άσκηση του επιστημονικού προσωπικού. Χρησιμοποιεί επιστημονικά τεκμήρια κλάδων που υπάγονται στην ενασχόληση με την ιατρική, με σκοπό να αναρτήσει στοιχεία που αποδεικνύουν ορισμένα κρίσιμα δεδομένα, όπως την ανανέωση και αναδιαμόρφωση υπηρεσιών που εμπλέκονται κυρίως με την κοινοτική ψυχική υγιεινή, τις σχέσεις και παρεμβάσεις μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (με αιτιολογία ότι είναι οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας, που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή), την ψυχολογική επιβάρυνση/φθορά του ασχολούμενου με την ψυχική υγεία προσωπικού και τέλος τις επιδράσεις που προκύπτουν από την επαγγελματική εξουθένωση. (Χονδρός, 2008)

Η δομή, οι παρεμβάσεις και το σύνολο που πληρούν την θεραπευτική προσέγγιση ενός ασθενή έχουν αλλάξει και σηματοδοτούν την αντίστοιχη αντανάκλαση αρνητικών ζητημάτων, που έρχονται στο προσκήνιο ως ανασταλτικοί παράγοντες στην περαιτέρω εξέλιξη της ψυχιατρικής. Οι καινοτόμες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις απαιτούν την ανανέωση καινούργιων φαρμακευτικών αγωγών, η πρόληψη η αναγνώριση ψυχιατρικών δυσλειτουργιών από τους κοινοτικούς φορείς υγείας απαιτεί συνεχή επαγρύπνηση του γνωστικού αντικείμενου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όπως και η νομική – θεσμική παράκαμψη «γεννά» ηθικού χαρακτήρα προβλήματα. Η ομαλή συνεργασία κοινωνικού, κοινοτικού και κρατικού μηχανισμού οφείλει να ενσωματώνεται σε ένα καινούργιο χρονικά πεδίο κάλυψης, το λεγόμενο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο,

το οποίο θα προωθεί τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας σε αποδοτικότερο πλάνο. (Λύκουρας, 2009)

## ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Η ψυχιατρική διερεύνηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, απαιτεί την σύμπραξη ιατρικών θεωριών που προκύπτουν από την συνεργασία της με επιστημονικές υποκατηγορίες και εμφανίζουν αποτελέσματα και τεκμηριώσεις για ζητήματα διαδικασιών – διενεργειών που παράγει ο εγκέφαλος, το νευρικό σύστημα αλλά και η επιρροή των πνευματικών ερεθισμάτων του υγιούς ή παθολογικού οργανισμού. Σήμερα, αναγνωρίζεται ως ένας μεσολαβητικός άξονας ανάμεσα στις επιδράσεις της εξέλιξης του συνόλου με αυτές που υπάγονται στα ψυχοσωματικά νοσήματα. Η ψυχιατρική δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στην ψυχιατρική μελέτη των ασθενών αλλά εστιάζει πλέον και στο φορτίο αρνητικών συμπεριφορών και αγχωδών καταστάσεων που εκπνέει η ίδια η κοινωνία στον άνθρωπο, καθώς η οικονομική και κοινωνική μεταβλητότητα επηρεάζουν άμεσα την ανθρώπινη εξέλιξη της συμπεριφοράς.

Έτσι λοιπόν, παρατηρείται το δυναμικό αυτού του κλάδου να εξειδικεύεται και να διαφοροποιείται από το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό διότι απαιτείται η απόκτηση γνώσης και επιπρόσθετων τεχνικών, προερχόμενες από την κοινωνιολογία και τις βιολογικές επιστήμες. Κύριο χαρακτηριστικό αντικείμενο μελέτης των ψυχιάτρων θεωρείται η αναγνώριση και αξιολόγηση των διαφορετικών λειτουργιών και διεργασιών του σώματος και του εγκέφαλου του ανθρώπου, σε συνάρτηση με τα προσωπικά βιώματα και ερεθίσματα του κάθε οργανισμού ξεχωριστά. Αυτός άλλωστε είναι και ο αιτιολογικός παράγοντας των

πολλαπλών μεθόδων αντιμετώπισης των ψυχοθεραπευτικών εφαρμογών, σε έναν ασθενή που φέρει ψυχολογικές ή ψυχιατρικές αλλοιώσεις.

Ως προς τις ψυχικές δυσλειτουργίες, ο κλάδος της ψυχιατρικής έχει προχωρήσει σε ένα γενικό διαχωρισμό, κατά τον οποίο οι ενέργειες έκφρασης της φυσιολογίας του οργανισμού είναι ίδιες με την διαφορά ότι ποικίλουν ως προς την αιτία πυροδότησης και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης. Οι κατηγορίες συνίστανται στις: ψυχικές παθήσεις, ήπιες και σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες και στις διαταραχές προσωπικότητας.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι ενώ το αντικείμενο μελέτης και έρευνας της ψυχιατρικής και των υποκατηγοριών της παραμένει η ανθρώπινη συμπεριφορά και η ψυχική λειτουργία του οργανισμού έναντι σε οτιδήποτε παθολογικό, ωστόσο η διαγνωστική εκτίμηση και το θεραπευτικό πλάνο έχουν πραγματοποιήσει μια αξιόλογη ανοδική πορεία, από τα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα και συνεχίζει αυτή η εξέλιξη αποδεικνύοντας ότι ο τομέας της ψυχιατρικής διερεύνησης στρέφεται πλέον περισσότερο σε βιολογικά δεδομένα και λιγότερο σε ιδεολογικές θεωρίες. (Λύκουρας, 2009, Στυλιανίδης, 2014)

## ΠΕΔΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Παρόλο που ο χαρακτήρας της ψυχιατρικής αναγνωρίζεται ως ιατρικός τομέας που έχει υπό την μελέτη και έρευνα στοιχεία από επιπλέον ειδικότητες, όπως της νευροεπιστήμης, της ψυχολογίας, της βιολογίας, της βιοχημείας και της φαρμακολογίας, ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας την προσεγγίζουν ως έναν επιστημονικό κλάδο που διαπραγματεύεται πληροφορίες ανάμεσα στην επιστήμη της νευρολογίας και της ψυχολογίας. Οι ψυχίατροι διαφοροποιούνται από το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό σε ένα σημείο, το οποίο αποτελεί και τον κεντρικό

άξονα της εξέλιξης της, αυτό είναι η ειδίκευση σε επικοινωνιακά θέματα μεταξύ θεράπων ιατρού και πάσχοντα. Σε αντίθεση με τους νευρολόγους και τους ψυχολόγους, οι ψυχίατροι προάγουν την διδασκαλία ως προς την ποικιλία μεθόδων ψυχοθεραπείας, σε συνδυασμό με την φαρμακευτική άλλοτε αγωγή του οργανισμού. Η υποχρεωτική μεταπτυχιακή τους εκπαίδευση αφορά την κατοχύρωση των δικαιωμάτων ψυχολογικής υποστήριξης, συνταγογράφησης, διαγνωστικής εκτίμησης μέσω εργαστηριακών και απεικονιστικών μεθόδων και τέλος της αποτελεσματικότερης κλινικής εκτίμησης της συμπτωματολογίας που φέρει ένας ψυχικά επιρρεπής οργανισμός. (Αγγελόπουλος, 2009)

Πλέον, αποφαίνεται ότι η εξέλιξη της ψυχιατρικής, έχει διευρύνει κατά πολύ τους ορίζοντες της, γεγονός που αποδεικνύεται από την πληθώρα υποειδικοτήτων που την συνιστούν, οι οποίες χρειάζονται για την απόκτηση τους επιπρόσθετη σπουδαστική μελέτη και έγκριση από το Αμερικάνικο Συμβούλιο Ψυχιατρικής και Νευρολογίας – ABPN (American Board of Psychiatry and Neurology). Στην συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται η καταγραφή των ειδικοτήτων, που συμπεριλαμβάνονται στην Επιστήμη της Ψυχιατρικής:

- Κλινική νευροφυσιολογία.
- Εγκληματολογική ψυχιατρική.
- Ψυχιατρική σε θέματα εθισμού και εξάρτησης.
- Παιδοψυχιατρική.
- Γηριατρική ψυχιατρική.
- Διασυνδετική ψυχιατρική.
- Συμβουλευτική ψυχιατρική.
- Βιολογική ψυχιατρική.
- Κοινοτική ψυχιατρική.

- Û Διεθνής ψυχική υγεία.
- Û Στρατιωτική ψυχιατρική.
- Û Κοινωνική ψυχιατρική. (Αγγελόπουλος, 2009)

## ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗΣ

Κάθε επιστήμη οφείλει να υπάγεται και να προστατεύεται από μια ανώτερη αρχή, η οποία θα κατοχυρώνει τα δικαιώματα και τα όρια του επαγγελματία ιατρού κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του. Η ψυχιατρική επιστήμη, έχει εξασφαλίσει την δεοντολογία των ενεργειών της από την δημιουργία της παγκόσμιας ψυχιατρικής ένωσης, γνωστή με την ορολογία World Psychiatric Association. Κύρια λειτουργία αυτής της αρχής είναι η σύνταξη και η παράδοση των ηθικών κανονισμών που διέπουν τις ψυχιατρικές διεργασίες από τους αντίστοιχους ιατρούς. (Μπιλανάκης, 2004)

Η εκπόνηση των ηθικών κανόνων πρωτοεμφανίστηκε το έτος 1977, όταν καθιερώθηκε η διακήρυξη της Χαβάης, η οποία τροποποιήθηκε το 1983 στα πλαίσια της ανανέωσης της Βιέννης, μέχρι την χρονολογία 1996, όπου συμπεριλήφθηκε στην λεγόμενη, διακήρυξη της Μαδρίτης. Οι κανονισμοί ωστόσο, δέχονται σε συχνά διαστήματα αλλαγές, ως αποτέλεσμα συνεχόμενων συνεδριάσεων και συσκέψεων για την καλυτέρευση των ηθικών θεωριών και η τελευταία πραγματοποιήθηκε το 2011.

Σε αυτή την αποδεκτά, από την επιστημονική κοινότητα, Παγκόσμια Ψυχιατρική Ένωση, οριοθετούνται και αξιολογούνται ζητήματα που σχετίζονται με την διαγνωστική κατανόηση του πάσχοντα, την αδιάλειπτη απόκτηση του γνωστικού αντικειμένου των ψυχιάτρων (μιας και η εξέλιξη δεν σταματά να φέρνει καινούργια δεδομένα για την ψυχιατρική), την ρητή εξασφάλιση της



ανθρώπινης αξιοπρέπειας ασθενών που δεν παρουσιάζουν την δυνατότητα νοητικά να προφυλαχτούν από μόνοι τους, το αίσθημα της φερεγγυότητας, τον σεβασμό και την δεοντολογία των ερευνητικών διαδικασιών, την επιλογή φύλου, το ακατανόητο ζήτημα της ευθανασίας, διενέργειες με θέμα την μεταμόσχευση οργάνων, την στάση και την συμπεριφορά των ΜΜΕ για την προσέγγιση και διευκρίνιση ψυχικών διαταραχών και τέλος προβλήματα που προκύπτουν από την γενετική επιστήμη – σε σχέση με την εθνική και την πολιτιστική ιδιότητα της χώρας. (Μπιλανάκης, 2004)

## Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΗΜΕΡΑ

Στο παρελθόν η διαγνωστική εκτίμηση του ψυχιατρικού ασθενή βρισκόταν στην κρίση του θεράπων ιατρού και συνήθως η διάγνωση ήταν μονόπλευρη, δηλαδή ή έπασχε από ψυχική διαταραχή και όφειλε να εισαχθεί σε άσυλο ή παρουσιαζόταν υγιείς και μπορούσε να επιβιώνει με το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Σήμερα, το επιστημονικό προσωπικό ακολουθεί μια τεκμηριωμένη επιστημονικώς ταξινόμηση και η αξιολόγηση του πάσχοντα πραγματοποιείται σε μια κλίμακα διαβαθμίσεων. Η ψυχιατρική διαθέτει για χρήση και εφαρμογή 2 εγχειρίδια διαγνωστικής εκτίμησης, που απευθύνονται σε όλες τις μη φυσιολογικές συμπεριφορές της ψυχικής υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, εκδίδει το ICD 10, κατά το οποίο περιγράφεται ένα μέρος των ασθενειών, ψυχιατρικής φύσεως, παγκόσμιας χρήσης, ενώ παράλληλα αναγνωρίζεται το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), προϊόν δημιουργίας του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συλλόγου, γνωστό ως American Psychiatric Association. Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι έχει ανοίξει ο κλοιός

μια σωστής διαγνωστικής προσέγγισης του ασθενή και αυτό αποφαίνεται και από την θέση του ψυχιάτρου, ο οποίος διευκρινίζει την ψυχοσωματική έκφραση του οργανισμού, την απόκλιση ή μη συνυπάρχουσας παθολογικής διαταραχής, την λήψη πληροφοριών τόσο από τον ασθενή – οικογενειακό περιβάλλον όσο και από άλλες ειδικότητες εμπλεκόμενες στην ψυχική υγεία (κοινωνιολογία, βιολογία, ιατρική) και τέλος την επιβεβαίωση ή όχι εργαστηριακών και νευροαπεικονιστικών εξετάσεων<sup>1</sup>. (Τζανάκης, 2008),

## ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Το θεραπευτικό πλάνο των ψυχιατρικών ασθενειών παρουσιάζει ριζικές μεταβολές από το 1980 και ύστερα. Τις περασμένες δεκαετίες, ο πληθυσμός που νοσούσε από σοβαρές ψυχικές διαταραχές, δεχόταν ως αποκλειστική αντιμετώπιση τον εγκλεισμό του σε κάποιο άσυλο ή ίδρυμα, προκειμένου να δέχεται μια τυπική ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Η νοσηλεία ήταν μακροχρόνια χωρίς να ήταν και απαραίτητα αποτελεσματική για τον προσβεβλημένο οργανισμό. Κύριο μέλημα της κοινωνίας ήταν η πρόληψη επικινδυνότητας από τους ψυχιατρικούς ασθενείς προς τους πολίτες και η απομάκρυνση-απομόνωση τους για αποφυγή διαπόμπευσης και ρατσιστικής συμπεριφοράς. (Συλλογικό έργο, 2011)

Σήμερα, η ψυχιατρική, ως αυτόνομη επιστήμη, έχει απορρίψει κάθε υπόλειμμα κοινωνικού αποκλεισμού και διαθέτει ένα μεγάλο μέρος καινοτόμων τεχνικών, ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και φαρμακευτικής δράσης, που μπορεί να στοχεύει σε υψηλά ποσοστά επιτυχίας των ψυχικών ασθενειών. Τα άτομα που υποβάλλονται σε ψυχιατρική περίθαλψη μπορούν να θεραπευτούν είτε

ενδονοσοκομειακά, είτε σε ιδρύματα πέραν των νοσοκομειακών μονάδων, για το πλήθος των πασχόντων που απαιτείται μακροχρόνια νοσηλεία και εκδηλώνουν άρνηση συνεργασίας με τους ειδικούς. Οι νοσηλείες δεν βασίζονται στην μονομερή χορήγηση αντιψυχωτικών και κατασταλτικών δραστικών ουσιών αλλά μια πολυεπιστημονική ομάδα (ψυχίατροι, κοινωνιολόγοι, ψυχοθεραπευτές και εργοθεραπευτές) προσεγγίζει τον ασθενή με περιοδικές συνεδρίες και φαρμακευτική υποστήριξη ακόμη και στις λειτουργίες της κοινοτικής κλινικής. (Συλλογικό έργο, 2011)

Ο ψυχίατρος εκπαιδεύει τον ανθρώπινο οργανισμό να διατηρεί ή να βελτιώνει την συναισθηματική του και διανοητική του κατάσταση και δεν αποσκοπεί στην «αδράνεια» της ψυχής και του πνεύματος. Κύριος στόχος είναι με την εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και την χρήση της ψυχανάλυσης να βρεθεί ο αιτιολογικός παράγοντας πυροδότησης της ψυχικής δυσλειτουργίας και να αλλάξει τυχόν η διεργασία σκέψης και παραγωγής προβληματικών κρίσεων. Με αυτόν τον τρόπο, προσφέρεται η εξέλιξη της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής και ελαχιστοποιούνται τα επιδημιολογικά δεδομένα και οι κακοί προγνωστικοί δείκτες των ψυχικών παθήσεων. Θα πρέπει να τονιστεί ότι σημαντικός παράγοντας αυτής της εξέλιξης, ιδίως από το 1995 και μετά, θεωρείτο και η ισορροπημένη ασφαλιστική κάλυψη που διέθετε ο κάθε ασθενής για να αντιμετωπίσει με την λιγότερο οικονομική επιβάρυνση το κόστος της νοσηλείας του σε κοινοτικό επίπεδο. (Χριστοδούλου, 2004)

## **2.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Η ψυχική υγεία καταλαμβάνει ένα σημαντικό τμήμα της ολιστικής ευεξίας του κάθε ανθρώπου, από την στιγμή που μέσω αυτής παράγεται ένα φάσμα που

περιλαμβάνει την ανθρώπινη συμπεριφορά, την ανάπτυξη της συνειδητής γνώσης, τον μηχανισμό σκέψης και κρίσης καθώς και τον επικοινωνιακό κώδικα του κάθε ατόμου. Όταν η ψυχική υγεία απειλείται τότε αυτόματα επηρεάζονται και όλες οι εκφάνσεις της, δημιουργώντας αδυναμία ομαλής λειτουργίας τόσο στα προσωπικά όσο και στα επαγγελματικά – κοινωνικά ζητήματα του ασθενή. Η αντανάκλαση της ψυχικής υγείας έχει άμεσα αποτελέσματα στην κοινωνία για αυτό θα πρέπει να αποτελεί κύρια συνιστώσα απασχόλησης από τους κοινοτικούς φορείς. (Μαδιανός, 2006)

Οποιαδήποτε παράμετρος επιδρά δυσλειτουργικά στο υπόβαθρο της ψυχοσύνθεσης του ατόμου, αναγνωρίζεται ως κρίσιμη ανάγκη αντιμετώπισης διότι αποτελεί έναν παράλληλο κίνδυνο για την οικονομική και κοινωνική ευημερία μιας περιοχής και κατά επέκταση ολόκληρου του κράτους. Για την ψυχιατρική, ο όρος της ψυχικής υγείας χαρακτηρίζεται ως ένα στοιχείο άρρηκτα συνδεδεμένο με την εξέλιξη της ευημερίας και της προαγωγής της υγείας. Κάθε απόκλιση από το φυσιολογικό οφείλει η κοινότητα όχι μόνο να το προλαμβάνει αλλά και να το εξάγει σε επείγον περιστατικό. Για να πραγματοποιηθεί με επιτυχία η εξασφάλιση της ψυχικής υγείας, χρειάζεται συντονισμένη κινητοποίηση από το σύνολο των άμεσα συσχετιζόμενων τομέων, όπως των κρατικών και κοινοτικών υπηρεσιών, των τοπικών αρμόδιων αρχών, των μη κερδοσκοπικών οργανώσεων, των εθελοντικών ομάδων μέχρι και των πολιτικών των Μ.Μ.Ε (Συλλογικό έργο, 2005)

Υπό την δημιουργία μιας γενικής κατευθυντήριας γραμμής διαπιστώνεται ότι ο άξονας που ακολουθεί η κοινοτική ψυχική υγεία, ως προς τις αρχές της δημόσιας περίθαλψης, υποχρεούται να περιλαμβάνει πρακτικές και μεθόδους που στοχεύουν στην προαγωγή της ισορροπημένης ψυχικής ευεξίας, στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων καθώς και στην ελαχιστοποίηση της συχνότητας εκδήλωσης των ψυχικών παθήσεων στον

πληθυσμό της κοινωνίας. Η προαγωγή της ευημερίας μιας κοινότητας θα πρέπει να βασίζεται στις κυριότερες συνιστώσες της καλής ψυχικής υγείας, οι οποίες είναι: (Μαδιανός, 2006)

- Ατομικά: Επιτυγχάνεται με την ανάγκη έκφρασης προσωπικών ικανοτήτων – δεξιοτήτων, η οποία εμπλουτίζεται από την έννοια της αυτογνωσίας και αυτοεκτίμησης. Ένα άτομο που δημιουργεί προσωπικές στρατηγικές για την διαχείριση αγχωδών καταστάσεων, καθίσταται πιο ικανό να ανταπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις και αυτό συνεπάγεται ότι αναγνωρίζεται και λιγότερο ευάλωτος στις συχνές διακυμάνσεις της ψυχικής του ισορροπίας (οι οποίες αιτιολογούν την ρήξη της καλής ψυχικής υγείας και άρα την πυροδότηση ψυχικής ασθένειας).
- Κοινοτικά: Για να εξασφαλίζεται καλή ψυχική υγεία στο σύνολο μιας κοινωνίας θα πρέπει πρώτα να έχουν εξαλειφθεί στοιχεία μη κοινωνικής συνοχής, παραπληροφόρησης, ρατσιστικών στάσεων και κοινωνικού αποκλεισμού. Εργαλείο κατάργησης των παραπάνω αρνητικών παραγόντων είναι η δράση της κοινότητας μέσω ημερίδων σε σχολικές μονάδες, πολιτιστικές συνεδριάσεις με επίκαιρα ψυχιατρικά θέματα και εκπαιδευτικών οργανώσεων σε δήμους και κοινοτικά ιδρύματα.
- Κρατικά: Οι κρατικοί φορείς της χώρας, οφείλουν να κατανοήσουν την σημασία της έγκαιρης ενεργοποίησης μέτρων και πολιτικών σε όλες τις βαθμίδες υγείας, προκειμένου να κατοχυρώνεται άρρηκτα η συνεχιζόμενη πρόληψη ψυχικών – ψυχιατρικών παθήσεων αλλά και η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας, μέσα σε ένα οργανωμένο, τόσο νομικά όσο και κρατικά, πεδίο δράσης<sup>2</sup>.

Κάθε κέντρο της χώρας, που υπάγεται στην κοινοτική ψυχική υγιεινή, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το οποίο προσφέρει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ώστε να αντιμετωπίζει τις ιατρικές ανάγκες, ψυχικού ενδιαφέροντος μιας περιοχής. Η κύρια δράση των κοινοτικών φορέων είναι η έγκαιρη ανταπόκριση σε ζητήματα/προβληματισμούς του κοινού σε χώρους με μορφή εξωτερικών ιατρείων, κέντρων συμβουλευτικής ψυχιατρικής, επαγγελματικούς χώρους αλλά και κατ' οίκον περίθαλψη. Δεν υπάρχουν περιορισμοί ως προς την προσέγγιση και αντιμετώπιση, με μόνη παράμετρο να εστιάζει στην ψυχοσύνθεση του ασθενή και να λαμβάνεται υπόψη το οικογενειακό και οικονομικό υπόβαθρο του καθενός, προκειμένου να εντοπίζεται το είδος δυσκολιών που αιτιολογούν την ψυχολογική κατάπτωση/διαταραχή του πάσχοντα. Τα κοινοτικά κέντρα περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό, καταστάσεις που παράγουν ψυχολογική κατάπτωση λόγω: (Σακελλαρόπουλος, 2005)

- Έντασης.
- Αδιαχείριστου άγχους.
- Επαναλαμβανόμενες εκρήξεις απελπισίας.
- Έντονου θυμού.
- Μελαγχολικών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σκέψεων.
- Διαταραχών ύπνου (συνήθως αϋπνία).
- Κακής διάθεσης και μειωμένης δραστηριότητας.
- Διατροφικών διαταραχών (ανορεξία ή βουλημία).
- Εξάρτησης από ουσίες.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα κοινοτικά κέντρα εξυπηρετούν ομάδες πληθυσμού, οι οποίες απαιτούν συνεχή ψυχολογική υποστήριξη στην περιοχή διαμονής των διαταραγμένων ψυχικά ασθενών, ώστε να αναγνωρίζονται τα ανασταλτικά κριτήρια κάθε περιοχής αλλά και να απορρίπτεται το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού από τα μεγάλα αστικά κέντρα. Η κοινοτική ψυχική υγιεινή περιλαμβάνει σε μεγάλη μερίδα δράσης για τους ασθενείς που διανύουν την τρίτη ηλικία και χρειάζονται επείγοντως ψυχολογική και φαρμακευτική παρέμβαση. Οι κυριότερες υπηρεσίες καλύπτουν το εξής φάσμα:

- Πληροφόρηση και ευθυκρισία της τοπικής κοινωνίας για ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία και τις διαταραχές της.
- Εκτίμηση, συμβουλευτική τοποθέτηση και κατάρτιση ψυχολογικών παθήσεων.
- Εξασφάλιση ψυχιατρικής νοσηλευτικής παρέμβασης και προσυνηννόηση για περιστατικά που απαιτούν κατ' οίκον ψυχική φροντίδα.
- Κατατόπιση και ενθάρρυνση ατόμων σε ζητήματα επαγγελματικής προσαρμοστικότητας.
- Συμβουλευτική ψυχιατρική υποβοήθηση σε δυσκολίες, προσωπικού και οικογενειακού χαρακτήρα.
- Εφαρμογές ψυχοθεραπείας.
- Ψυχιατρική παρακολούθηση.
- Εργοθεραπευτική παρέμβαση (εκμάθηση διαχείρισης άγχους, θυμού, επίλυσης προβλημάτων κ.α.) και στο χώρο εργασίας. (Σακελλαρόπουλος, 2005)

Η ψυχική υγιεινή είτε με την μορφή της κοινοτικής παρέμβασης είτε με την κοινωνική της όψη, οφείλει να αποτελεί μέτρο της δημόσιας υγείας. Η ολιστική διερεύνηση της ψυχικής υγείας αλλά και της ψυχικής νόσου, για να επιφέρει αποδοτικά προς το κοινό αποτελέσματα, θα πρέπει να καλύπτει και να περιλαμβάνει στη δράση της, το σύνολο των βιοψυχοκοινωνικών, πολιτιστικών και γνωστικών αξόνων, ώστε να κινείται παράλληλα με τις εξελίξεις που αφορούν την ανθρώπινη ψυχή και οργανισμό. (Royes, 2001)

Εάν η δημόσια υγεία εστιάσει σε μεθόδους που αφορούν μόνο την νοσοκομειακή περίθαλψη και απορρίψει την εξωνοσοκομειακή ψυχική φροντίδα, το αποτέλεσμα θα είναι η σταδιακή κατάργηση της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και η μονομερής ανάπτυξη των ψυχιατρικών παρεμβάσεων. Η κοινωνική ψυχιατρική δεν θα λειτουργεί ως κεντρικός τομέας των κοινοτικών κέντρων ψυχικής κάλυψης και έτσι θα επανεμφανιστεί σταδιακά η συσσώρευση και «ιδρυματοποίηση» μιας μάζας ασθενών, σε νοσοκομειακά κέντρα. (Royes, 2001)

Η ψυχική υγεία, αποτελεί μέρος των δημόσιων υγειονομικών στόχων μιας κοινωνίας, η οποία προσδιορίζεται από μεθόδους και αρχές, προσαρμοσμένες στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας – κοινοτικής, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Κύρια εστία μελέτης και έρευνας είναι ο ανθρώπινος οργανισμός, όπως ορίζεται και εκτιμάται σήμερα, ως μια ενιαία βιοψυχοκοινωνική και ψυχοσωματική οντότητα. (Ραγιά, 2009)

Από το διάστημα 2007 μέχρι και 2013, η δραστηριοποίηση της Εθνικής Στρατηγικής, τόσο για την σημασία της υγείας, όσο και για θέματα που απαρτίζουν την κοινωνική αλληλεγγύη, αναβαθμίζει ολόκληρο το φάσμα των πολιτικών υγείας που εξελίσσονται στον ελλαδικό χώρο, με σκοπό να διασφαλιστεί και στο μέλλον η υψηλού τύπου παρεχόμενη υγεία – ευεξία σε



ολόκληρο το πληθυσμό, χωρίς αποκλεισμούς λόγω οικονομικών, γεωγραφικών και μη βιώσιμων κριτηρίων. Με αυτήν την εξασφάλιση προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα και αποδεικνύεται εμπράκτως η έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η λειτουργία της δημόσιας υγείας, σε θέματα ψυχικού και ψυχιατρικού χαρακτήρα, απαρτίζεται από θεωρίες που διέπουν το σύστημα υγείας, μερικές των οποίων συμβαδίζουν με την εκπλήρωση της ψυχικής ευεξίας του κοινωνικού συνόλου, την επίδραση σωματικής και ψυχικής υπόστασης του ανθρώπινου οργανισμού, το δικαίωμα προσβασιμότητας σε όλες τις βαθμίδες υπηρεσιών υγείας καθώς και στην διατήρηση της ισονομίας μεταξύ των κοινωνικών εταίρων. Η Ελλάδα με την εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης, αναζητά την ίδια στιγμή και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας, προκειμένου να διατηρηθεί ασφαλές το περιβάλλον της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και να αναβαθμίζεται σε θέματα που απασχολούν την μεγαλύτερη πλειοψηφία του πληθυσμού, δηλαδή την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων και την ενημέρωση – πρόληψη των αυτοάνοσων ασθενειών. (Χονδρός, 2008)

Για να σχεδιάζεται ένα επιτυχές πλάνο δημόσιας και κοινωνικής περίθαλψης, κύριο μέλημα των κρατικών φορέων θεωρείται η ολιστική προσέγγιση και απόδοση της εξωνοσοκομειακής παρέμβασης, η οποία θα κατοχυρώνεται από ένα ενιαίο θεσμικό και νομικό πλαίσιο. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ιδιαιτερότητα του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με την γεωγραφική θέση της περιοχής που διαμένει αλλά και η μεταβλητότητα των επιδημιολογικών δεδομένων που προκύπτουν από ερευνητικά ζητήματα του σύγχρονου κόσμου. Επιπλέον, κάθε τοπική νοσοκομειακή και κοινοτική μονάδα οφείλει να αντικατοπτρίζει την υιοθέτηση των τεχνολογικών εξελίξεων και την συνύπαρξη της με το γνωστικό αντικείμενο.

Το κράτος έχει δημιουργήσει ένα ασφαλές κλίμα πολιτικών μεταρρυθμίσεων, το οποίο όμως δεν έχει αντιστοιχήσει πλήρως με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Ενώ η ψυχιατρική έχει δεχτεί πληθώρα ουσιωδών αλλαγών εντός των τελευταίων δεκαετιών, παρόλα αυτά η ψυχική υγεία δεν αποδεικνύει πρακτικά αυτή την μεταβατική περίοδο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επικεντρώνεται στις ανομοιογένειες του συστήματος υγείας μεταξύ νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και τονίζει διαρκώς την αναγκαιότητα της υποστήριξης των κοινοτικών κέντρων πρωτοβάθμιας δράσης. Δεν αρκεί μόνο το πέρασμα από την «ασυλική» ψυχιατρική φροντίδα στην κοινωνική και κοινοτική περίθαλψη αλλά αναγκαία παράμετρος είναι και η διατήρηση μιας ολιστικής παρεμβατικής συμπεριφοράς, στον ψυχικά ή ψυχιατρικά προσβεβλημένο ανθρώπινο οργανισμό μέσω της δημιουργίας ενός αυτοτελούς συστήματος κοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σκοπός αυτών των υπηρεσιών θα πρέπει να είναι οι παρακάτω αρχές: (Χονδρός, 2008)

- Ø Παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, από όλους του φορείς περίθαλψης, ιδίως των κοινοτικών κέντρων για να επιτυγχάνεται γεωγραφική κάλυψη ολόκληρης του πληθυσμού.
- Ø Νομικό πλαίσιο απευθυνόμενο στην κοινωνική και επαγγελματική ενσωμάτωση των ψυχικών ασθενών.
- Ø Περιορισμός της γραφειοκρατίας και των διαδικασιών διαγνωστικής απόδειξης των ψυχικά διαταραγμένων πασχόντων.
- Ø Υποστήριξη των υπηρεσιών και δομών, που υπάγονται σε ενέργειες εξωνοσοκομειακές και προσφέρουν την πρόληψη ψυχικών δυσλειτουργιών επομένως και τον περιορισμό της συσσώρευσης εντός των νοσοκομειακών μονάδων αυτών των ασθενών (Προληπτική Αγωγή).

- Ø Κατάργηση του φαινομένου «ιδρυματοποίησης» και αποκλειστικής νοσοκομειακής ανταπόκρισης.
- Ø Ενημέρωση μέσω σεμιναρίων/ημερίδων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων τόσο του δημόσιου κοινού όσο και των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αποφευχθεί κάθε υπόλειμμα διάκρισης, ρατσιστικής θέσης και προκαταλήψεων απέναντι σε αποκλίσεις ψυχικού χαρακτήρα.
- Ø Ρητή διασφάλιση και υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- Ø Πρόληψη ή ανακούφιση ασθενών από ηθικής προέλευσης ζητήματα.
- Ø Έγκαιρη πληροφόρηση και προσέγγιση των καινούργιων, αναδυόμενων ψυχικών παθήσεων και της συμπτωματολογίας που εκφράζουν εντός της κοινωνικής συναλλαγής.
- Ø Εξασφάλιση φορέων που θα παρέχουν εργασιακή ψυχοθεραπεία στους ασθενείς που έχουν απομακρυνθεί από τα επαγγελματικά τους καθήκοντα-δικαιώματα και διανύουν παραγωγική φάση ηλικίας (μείωση του αισθήματος απομόνωσης και «αχρήστευσης» από την δράση της κοινωνίας).
- Ø Ολιστική αξιοποίηση του επαγγελματικού δυναμικού τομείς ψυχικής φροντίδας.
- Ø Ευαισθητοποίηση του κοινού για θέματα εθελοντικών διενεργειών.
- Ø Εξασφάλιση ολοκληρωμένων προγραμμάτων παθήσεων με πλήρη ή μερική ίαση (Alzheimer – Αυτισμός). (Στυλιανίδης, 2014)

## ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΡΧΩΝ ΣΕ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι αρχές που διέπουν το ελληνικό κράτος οφείλουν να έχουν συμμετοχή στην λειτουργία των φορέων δημόσιας υγείας, προκειμένου να εξομαλύνονται τα

όποια προβλήματα προκύπτουν από την φύση της ψυχιατρικής στα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγιεινής. Για να αποδίδουν αποτελεσματικά και σε συγκεκριμένο χρόνο, οι δράσεις των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να εφαρμοστούν οι παρακάτω διευκρινήσεις: (Μπιλανάκης, 2004)

- Ολοτελής επιβολή της ισχύος του νόμου περί ψυχικής υγείας Ν.2716/99, με την σύμπραξη των υπουργικών διατάξεων, περί τροποποιήσεις ψυχιατρικής περίθαλψης.
- Την αρμόδια για εφαρμογή και ολοκληρωμένη δραστηριότητα λήψης του κανονισμού 815/84, που απευθύνεται σε θέματα κοινοτικών πρωτοβουλιών, σε συνεργασία με τα επιχειρησιακά προγράμματα «καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», όπως επίσης και του Ε.Π. «Υγεία και Πρόνοια» του Β' (ειδική δράση για το ΨΝΑ) και του Γ' ΚΠΣ.
- Αναίρεση και ακύρωση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, που παρουσιάζουν υποδομές και λειτουργία «ασύλου» και αναβάθμιση των ψυχιατρικών κέντρων και μονάδων ψυχικής υγείας.
- Επιμέλεια και εκμάθηση του προσωπικού, το οποίο έχει ήδη προσληφθεί και εργάζεται υπό τις προϋποθέσεις εφαρμογής και κατάρτισης των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων.
- Κατοχύρωση των απαραίτητων ρυθμίσεων, που υπάγονται σε διοικητικές – θεσμικές και οικονομικές διατάξεις, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας.
- Λειτουργία της νομολογίας που αφορά την εξασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχιατρικά πασχόντων ατόμων, που συνεχίζουν την διαμονή τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα και των νοσούντων, οι οποίοι σταδιακά αποασυλοποιούνται, με την παράλληλη επιμέλεια και αξιολόγηση όλων των

απαραίτητων προϋποθέσεων, για τις δυνατότητες που προάγει η κάθε περιοχή διαμονής τους.

- Διατήρηση σύνδεσης και επικοινωνίας μεταξύ στρατηγικών που αναπτύσσει η κοινότητα της κάθε περιοχής με την πολιτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Προαγωγή του φαινομένου «mainstreaming». Αποτελεί μια αρχή «πολιτικής ισότητας», το οποίο κατοχυρώνεται στο δίκαιο κρατών και προωθεί το υπερκείμενο κοινοτικό δίκαιο. Σκοπός του mainstreaming είναι η «ανοικτή επαγγελματική αγορά» όσων είχαν αποκλειστεί από την επαγγελματική και κοινωνική δραστηριότητα, για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω ψυχικών προβλημάτων.
- Ευαισθητοποίηση κοινοτικών αρχών και δημιουργία εθελοντικών κινήσεων.
- Αύξηση των πολιτικών πληροφόρησης από τα τοπικά δίκτυα ενημέρωσης σε θέματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Μεγιστοποίηση επενδύσεων σε υλικούς και άυλους πόρους της κοινότητας κάθε περιοχής. (Μπιλανάκης, 2004)

## ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Στο πλαίσιο ενίσχυσης και βελτίωσης των λειτουργιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πραγματοποιείται ένα πεδίο δράσης για την αναβάθμιση της δημόσιας υγείας του πληθυσμού, μέσω της δημιουργίας κοινοτικών συστημάτων υγείας. Εργαλεία αξιολόγησης των αποτελεσμάτων είναι η οικονομική επιδεξιότητα, η αποδοτικότητα σε συνάρτηση με την ποιότητα υπηρεσιών και η αριθμητική επιδημιολογικά αποτελεσματικότητα (η οποία αποτελεί μια χρονοβόρα διαδικασία εμφάνισης της αποτελεσματικότητας των μέτρων). Παρατηρούνται

συνεχείς μεταρρυθμιστικές διεργασίες στο σύνολο των συστημάτων υγείας που στοχεύουν στην ανάδειξη της χρησιμότητας της Π.Φ.Υ εντός του κοινοτικού πλαισίου (μέσω κυρίως χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων από επιχειρησιακά κέντρα και ασφαλιστικών φορέων υγείας). (Συλλογικό έργο, 2005)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οφείλει να αλλάξει προφίλ και από νοσοκομειακή φροντίδα να μετασχηματιστεί σε κοινοτική προαγωγή της ψυχικής υγείας, απασχολούμενη με σημαντικά προβλήματα υγείας, που μαστίζουν την κοινωνία. Η κοινωνική ψυχιατρική θα αναδείξει τις ικανότητες δράσης και συμμετοχής της, σε πιο πρόσφορο περιβάλλον καθώς η ενδυνάμωση και η εκμάθηση τρόπων ζωής θα αλλάξουν το βιοτικό επίπεδο ολόκληρης της κοινότητας.

Σήμερα, η Ελλάδα παρουσιάζει βελτίωση των νομικών της ρυθμίσεων, ύστερα από την δημιουργία των νόμων Ν.1397/83 και Ν.3329/2005, κατά τους οποίους κατοχυρώνονται οι δραστηριότητες των κοινοτικών υπηρεσιών και επιτρέπονται πλέον θεσμικά οι αναβαθμίσεις των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης, αποτέλεσμα των οποίων είναι ο διπλασιασμός των δαπανών υγείας, σε δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα. Το ποσοστό αναβάθμισης αγγίζει το 10% του ΑΕΠ, αλλά παρατηρείται ταυτόχρονα και ευδοκίμηση της δημιουργίας νέων υποδομών, που εστιάζουν περισσότερο στις δημόσιες υπηρεσίες (κέντρα υγείας & νοσοκομεία). Εντούτοις, διαπιστώνεται ότι οι ανάγκες και τα προβλήματα που απορρέουν από την διαφορετικότητα της κάθε περιοχής, χαρακτηρίζουν το σύνολο του εγχειρήματος ακόμη ανεπαρκής, διότι ανιχνεύονται τα παρακάτω προβλήματα: (Συλλογικό έργο, 2005)

- Απουσία κοινωνικών φορέων σε προγράμματα του συστήματος υγείας περί ψυχικές «μεταρρυθμιστικές διαδικασίες».

- Ανικανότητα του συστήματος υγείας να ενσωματωθεί στους κοινωνικούς φορείς με «κοινωνική πολιτική».
- Μείωση αποδοτικού σχεδιασμού στον τομέα των χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων.
- Αδυναμία καταγραφής και πλάνου των αναγκών της κάθε περιοχής – μη ενημέρωση από την κοινότητα για τυχόν τοπικές ανάγκες.
- Περιορισμένη αποτελεσματικότητα των κρατικών φορέων και των μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης μιας κοινότητας σε ζητήματα Π.Φ.Υ.
- Ανεπάρκεια λειτουργικού «δικτύου Π.Φ.Υ», λαμβάνοντας υπόψη και τις υποδομές αποκατάστασης και την γεωγραφική και πληθυσμιακή περιοχή της κάθε χώρας.
- Στασιμότητα περιφερειακών προγραμμάτων και ημερίδων, σε ιδιαίτερα σημαντικά ζητήματα δημόσιας υγείας, που επιτυγχάνουν πιο αποτελεσματικά όταν πραγματοποιούνται υπό κοινοτικό χαρακτήρα, παραδείγματα των οποίων είναι η ενημέρωση και οι προληπτικές στρατηγικές για το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες και οι καρδιαγγειακές παθήσεις (που φθείρουν ή εμπλέκονται άμεσα με πυροδότηση κακής ψυχικής υγείας).
- Μειωμένη εξέλιξη στην κατάρτιση συστημάτων που υπάγονται στο Management στο σύνολο των δημόσιων μονάδων υγείας.
- Ανεπαρκής εξειδίκευση ανθρώπινου δυναμικού σε πολιτικές κοινοτικής και κοινωνικής ψυχικής υγιεινής.
- Δυσχέρεια εξοικείωσης του ανθρώπινου δυναμικού, στα εξελισσόμενα δεδομένα της γνώσης και των ερευνητικών προγραμμάτων, με επίκεντρο την συσχέτιση της Π.Φ.Υ. και της κοινωνικής –κοινοτικής ψυχικής υγείας.  
(<http://www.epanad.gov.gr/default.asp?pid=37&la=1>)

## **2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Χωρίς την παρουσία αμφίρροπης γνώμης, μια από τις προοδευτικές δράσεις, που εξελίχτηκαν από τον 20<sup>ο</sup> αιώνα μέχρι σήμερα, τόσο σε πολιτικό όσο και κοινωνικό στάδιο, θεωρούνταν η αρχή της «αποασυλοποίησης», με την κατάργηση της λειτουργίας μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων, τα οποία παρουσίαζαν τεράστια κενά σε θέματα ποιότητας και υποδομών. Δημιουργήθηκαν νέες δομές στον Ελλαδικό χώρο, με την μορφή κοινοτικής περίθαλψης και η κοινότητα αναβαθμίστηκε δίνοντας θετικές ενδείξεις συμβολής στην κοινωνία. Αυτές οι εναλλακτικές μορφές περίθαλψης και προσέγγισης θεμάτων που αφορούν την ψυχική υγεία, άλλαξαν την εικόνα των ψυχιατρικών όρων και φάνηκε ότι το πρόβλημα των ψυχικών – ψυχιατρικών νόσων είναι θέμα που απευθύνεται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο και όχι αποκλειστικά σε μια μερίδα ασθενών. (Σακελλαρόπουλος, 2005)

Μέσα από αυτήν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση προέκυψε ένας καινούργιος επιστημονικός κλάδος, αποκαλούμενος ψυχιατρική επιδημιολογία, αντικείμενο μελέτης του οποίου είναι η επιστημονική διερεύνηση κάθε είδους ψυχιατρικού προβλήματος. Εξετάζονται οι παράμετροι που επιδρούν στην συχνότητα εκδήλωσης της καλής ψυχικής υγείας, όπως και των παραγόντων που προκαλούν νόσο στη δημόσια υγεία. Χρησιμοποιώντας στοιχεία που αφορούν τις ανώτερες λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως συγκέντρωση-σκέψη-αντίληψη-συναίσθημα- κρίση κ.ά., γίνεται εμφανής ο προσδιορισμός των προβλημάτων των ψυχιατρικών παθήσεων.

Σήμερα, η ψυχιατρική επιδημιολογία βασίζεται σε δείκτες ειδικών ερευνών (όπως της Common Mental Disorders/ερευνητικό σώμα) και σε δεδομένα από



υπηρεσίες υγείας (ΥΥΚΑ, διεύθυνση ψυχικής υγείας, χάρτης ψυχικής υγείας, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ και ΕΛ.ΣΤΑΤ) και κοινωνικές υπηρεσίες, με σκοπό να προσεγγίσει αριθμητικά τις ψυχικές δυσλειτουργίες και βάση αυτών να εκπονήσει κατευθυντήριες γραμμές. Έτσι λοιπόν προκύπτουν τα εξής: (<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=11391&nt=19>, [http://psycosynthes.is.blogspot.gr/2008/04/blog-post\\_2049.html](http://psycosynthes.is.blogspot.gr/2008/04/blog-post_2049.html))

- Αναγνωρίζεται πολύπλοκο και διαφορετικό επιδημιολογικό προφίλ σε κάθε ψυχική κυρίως (και λιγότερο ψυχωτική) διαταραχή, σε θέματα που αφορούν τον επιπολασμό και τους προγνωστικούς δείκτες.
- Η κοινοτική ψυχική υγιεινή, μέχρι στιγμής, εστιάζει περισσότερο σε ζητήματα αιτιολογικών παραγόντων πυροδότησης μιας ψυχικής νόσου και αποκατάστασης και παραμένει εκτός της δράσης της η πρόγνωση και οι παράγοντες κινδύνου.
- Ανιχνεύεται ανεπάρκεια κοινωνικών και κοινοτικών φορέων στην καταγραφή των διακυμάνσεων των δεικτών υγείας σε ένα τμήμα του πληθυσμού.
- Η δημόσια υγεία και ιδίως η Π.Φ.Υ., επιβαρύνεται στο μεγαλύτερο ποσοστό της από τις καταθλιπτικές διαταραχές και τις αγχώδεις κρίσεις (συμβάλλει το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης και της μεταβολής των δεδομένων της καθημερινότητας).
- Ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η μανιοκατάθλιψη, αποδίδουν αρνητικό αντίκτυπο σε ατομικό επίπεδο, αλλά δεν επηρεάζουν σημαντικά την δημόσια υγεία, λόγω του μειωμένου ποσοστού νοσηρότητας των συνολικών ασθενών.

- Ποσοστό 25% των ψυχικά ασθενών θα έπρεπε να απευθύνονται σε κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγιεινής και όχι σε νοσοκομειακές μονάδες, καθώς το 21% αυτών φέρουν απλές αγχώδεις κρίσεις ή συμπεριφορές, που προλαμβάνονται από την Π.Φ.Υ.
- Οι γνωστότερες διαγνωστικές παρεμβάσεις σε κοινοτικά κέντρα πραγματοποιούνται για την αναγνώριση των πιο κοινών ψυχικών διαταραχών (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή – κρίσεις πανικού- αγοραφοβία- χρόνια κόπωση και μελαγχολική διάθεση/ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο).
- Τα δεδομένα για το σύνολο των αγχωδών διαταραχών αναφέρουν ότι ανιχνεύεται εύρος επικράτησης ενός μηνός από 2,5% - 8,2%. Ετήσια επικράτηση μεγαλύτερη από την προσδοκώμενη: 17,2 % και σε όλο το φάσμα επιβίωσης των ασθενών υπολογίζεται σε 24,9 %. Τα αποτελέσματα των ερευνητικών προγραμμάτων αποδεικνύουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές θεωρούνται στον Ελλαδικό χώρο ως η συχνότερη και σπάνια η δεύτερη σε συχνότητα (μετά τις καταθλιπτικές διαταραχές) ομάδα ψυχικών δυσλειτουργιών που πλήττουν τον ανθρώπινο οργανισμό. Επιπλέον, ορίζεται ότι η συχνότητα εμφάνισης αυτών των διαταραχών, αντανακλάται περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες καθώς η αναλογία είναι 2/1 και φτάνει και μέχρι 3/1. Τέλος, έχει αναγνωριστεί ότι η συχνότητα εκδήλωσης των Α.Δ. αλληλεπιδρά άμεσα με παραμέτρους όπως το εισοδηματικό κριτήριο, το μορφωτικό υπόβαθρο και η επαγγελματική ταυτότητα (μειωμένο εισόδημα – χαμηλή εκπαιδευτική βαθμίδα – ανεργία).
- Το μεγαλύτερο μέχρι σήμερα ερευνητικό πρόγραμμα με αντικείμενο διερεύνησης τις αρχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εκπληρώθηκε υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και έλαβε χώρα σε 15

κέντρα έρευνας και μελέτης ανάμεσα σε 14 χώρες, λαμβάνοντας συμμετοχή 26.000 ψυχικά πάσχοντες. Η Ελλάδα εξέδωσε συμμετοχή εκπροσωπώντας την η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Αθήνας και τα δεδομένα της έρευνας δηλώνουν ότι: ποσοστό που υπολογίζεται σε 24% των συνολικών κρουσμάτων υπό την διαχείριση της Π.Φ.Υ. εμφανίζουν κυρίως καταθλιπτικά επεισόδια και αγχώδεις κρίσεις. Ποσοστό που κυμαίνεται στο 9% συνδέονται έμμεσα με τις προσφερόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. και εκδηλώνουν ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, την ίδια ώρα που η κλινική εικόνα δεν συμβαδίζει με την διαγνωστική τεκμηρίωση. Στην περιοχή της Αθήνας, παρουσιάζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό οι αγχώδεις διαταραχές παρά η Καταθλιπτική Διαταραχή και αυτό αιτιολογείται επί το πλείστον ότι μέσω των αγχωδών κλινικών σημείων εκφράζεται καλύτερα η ψυχοσύνθεση του ασθενή παρά μέσω της «μελαγχολίας». Ενώ οι υπηρεσίες υγείας «μιλούν» για υψηλά ποσοστά Α.Δ εντούτοις μόνο το 13,4% των πασχόντων επιστούν τα αντίστοιχα διαγνωστικά κριτήρια, την ίδια ώρα που η παγκόσμια καταγραφή υπολογίζεται σε 64,1%. Αυτές οι αριθμητικές ανακοινώσεις προειδοποιούν στην ουσία για περαιτέρω αναβάθμιση και διαχείριση των ψυχιατρικών ζητημάτων εντός των λειτουργιών της Π.Φ.Υ. (για τους παραπάνω λόγους έχουν αναπτυχθεί ειδικά εκπαιδευτικά σεμινάρια για το ανθρώπινο δυναμικό των ψυχιατρικών δομών που υπάγονται στην Π.Φ.Υ).

- Αναλογία 1/10 θεωρείται ότι πρόκειται να νοσήσει στο μέλλον, λόγω εγκατάστασης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον ανθρώπινο οργανισμό και μάλιστα επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι ποσοστό περίπου 6% φέρει κλινικά τεκμηριωμένη καταθλιπτική διαταραχή (αριθμός που

υπερβαίνει τα 350 εκατομμύρια ασθενών παγκοσμίως -550 χιλιάδες από αυτούς Έλληνες).

- Με βάση τα δεδομένα που έχει τυποποιήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας με τα αριθμητικά στοιχεία από την παγκόσμια τράπεζα του ΟΗΕ, με κριτήριο και συντελεστή βαρύτητας που υπολογίζει την ολιστική επιδείνωση σε προσωπικό/εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο, αποδεικνύεται ότι 5 στις 10 παθήσεις που παρουσιάζει ο γενικός πληθυσμός είναι ψυχικής διαταραχής. Επιπλέον, ο Π.Ο.Υ υποστηρίζει ότι η καταθλιπτική διαταραχή καταλαμβάνει σε σειρά συνολικών παθήσεων την 4<sup>η</sup> θέση, σε παγκόσμια κλίμακα (με την μεγαλύτερη ζημία σε αναπηρικά/ κοινωνικά και αυτοκτονικά προβλήματα) και μέχρι το έτος 2020, προβλέπεται να κατέχει την 1<sup>η</sup> θέση εντός των δυτικών χωρών<sup>4,5</sup>.

Συμπεραίνεται λοιπόν, η επιτακτική ανάγκη προαγωγής της κοινοτικής περίθαλψης της ψυχικής υγείας, μέσω των στρατηγικών αναδιαμόρφωσης του Ε.Σ.Υ και ειδικότερα των δομών ψυχιατρικής προληπτικής αγωγής, καθώς η επιδημιολογική μελέτη στρέφεται σε μια καινούργια κινδυνολογία, με αντικείμενο μελέτης την έξαρση των ψυχικών διαταραχών. Οι νοσοκομειακές μονάδες αδυνατούν να προσεγγίσουν το ζήτημα της ψυχικής υγείας ολιστικά και το κράτος, σε συνεργασία με τους κοινωνικούς –κοινοτικούς και θεσμικούς παράγοντες υποχρεούται να προάγει την ψυχική ευημερία παρά να την αντιμετωπίζει. Πρόληψη αντί θεραπείας. (Χονδρός, 2008)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

### **ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ**

#### **3.1 ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΠΟΧΗ**

Έχει διαπιστωθεί και είναι αδιαμφισβήτητο ότι η σημερινή εποχή, σε παγκόσμιο επίπεδο διανύει μια μεγάλη κοινωνικοοικονομική κρίση. Επόμενο είναι πολλά άτομα σε τέτοιο πιεστικό περιβάλλον να χρειάζονται ψυχιατρική περίθαλψη. Όμως το μοντέλο που επικρατεί στις περισσότερες χώρες όπως και στην Ελλάδα είναι το ίδρυμα-άσυλο και η φαρμακολογική αντιμετώπιση του ατόμου. Ταυτόχρονα δαπανώνται τεράστια χρηματικά ποσά για χρόνια νοσηλεία χωρίς να υπάρχει δυνατότητα πλήρους επανένταξης στην κοινότητα και κατά επέκταση στη κοινωνία (Στυλιανίδης, 2014).

Το ζητούμενο λοιπόν, είναι η αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών και η επιστροφή τους στην κοινότητα που για να επιτευχθεί χρειάζεται να γίνει μια μεγάλη μετακίνηση πόρων (ανθρώπινων και υλικών) αλλά και δημιουργία νέων κοινωνικών δομών, που θα ακολουθήσουν το ταξίδι του ασθενούς από το άσυλο προς την κοινωνία, προς την ίδια την ζωή. Έτσι παρατηρείται να συμβαίνει μια μεγάλη αλληλοεπίδραση μεταξύ των κρατικών φορέων και των επιμέρους ειδικοτήτων τους. Ψυχίατροι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λειτουργήσουν ομαδικά και σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένεια του, να επιτευχθεί η επανένταξη του ατόμου στη κοινότητα και αν είναι δυνατόν η ψυχοκοινωνική ανεξαρτητοποίηση του. (Στυλιανίδης, 2014).

Εντούτοις, η ακαδημαϊκή εκπαίδευση που παρέχεται στους νέους ψυχιάτρους δεν προβλέπει την ανάπτυξη δεξιοτήτων σχέσεων με τον ασθενή, γνώσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών και της δημόσιας υγείας ή συγκρότηση

κοινωνικών δικτύων προς όφελος της κάλυψης των πολύπλοκων αναγκών των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών στην κοινότητα. Επιπλέον, ακόμη και αν επιτευχθούν όλοι αυτοί οι στόχοι, όπως η αποσυλοποίηση, η οργάνωση των υπηρεσιών και η συνεργασία πολλαπλών ειδικοτήτων δεν θα λειτουργήσουν με την αποτελεσματικότητα που επιδιώκεται αν η κοινωνία δεν προετοιμαστεί και πληροφορηθεί κατάλληλα για την στάση της απέναντι στον ψυχικά ασθενή (Στυλιανίδης, 2014).

### **3.2 ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Είναι γνωστό πως η προσωπική υγεία του κάθε ατόμου έχει δύο συνιστώσες: την ψυχική και την σωματική που μεταξύ τους αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται. Συνεπώς στο αντικείμενο που τίθεται υπό μελέτη, η ψυχική διαταραχή πρέπει οπωσδήποτε να τύχει της καλύτερης διαχείρισης, ώστε το άτομο να αποδοθεί στον κοινωνικό ιστό υγιές και ισορροπημένο (Συλλογικό έργο, 2011).

Είναι ενδεικτικό και βέβαια πολύ ενθαρρυντικό ότι μετά το 1990 αναπτύσσονται πολιτικές ψυχικής υγείας ενάντια στο ιδρυματικό μοντέλο και εμφανίζεται επικράτηση της κοινωνικής ψυχιατρικής και των αρχών του αποϊδρυματισμού. Από τη δεκαετία του '90 ως και σήμερα αναγνωρίζεται η κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου, όπου με την εξελισσόμενη γνώση των ψυχοθεραπευτικών μεθόδων, αναδεικνύει όλο και περισσότερο την αξία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Συλλογικό έργο, 2011)

Παρόλα αυτά όμως, το βιοϊατρικό μοντέλο στηρίζεται σε μια άλλη προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας, την οποία ορίζει ως μια αμιγώς διαταραχή, προερχόμενη από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επομένως η ψυχική υγεία

εκπληρώνεται όταν υπάρχει και η αντίστοιχη αποκατάσταση αυτών των δυσλειτουργιών (γενετικών, νευροφυσιολογικών, νευροχημικών). Είναι γεγονός ότι ο ορισμός της ψυχικής υγείας υπερβαίνει την διχοτόμηση μεταξύ ύπαρξης ή μη ψυχικής νόσου. Επίσης η συμβολή της ψυχανάλυσης βοήθησε αποφασιστικά στην ανάδειξη-τεκμηρίωση της ύπαρξης ενός μεταβλητού σημείου μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού. Σε αυτή την αναφορά όμως, θα πρέπει να αναγνωρίζεται ότι η ψυχική υγεία δεν έχει νόημα παρά μόνο στο εσωτερικό ενός κοινωνικό-πολιτισμικού συστήματος που κυριαρχεί σε έναν τόπο .

Σήμερα, με βάση τα τελευταία δεδομένα του ψυχιατρικού κλάδου, διαπιστώνεται η εγκαθίδρυση τριών διαφορετικών προσανατολισμών, που υπόκεινται στον ορισμό της ψυχικής υγείας, τα οποία είναι τα ακόλουθα:

- Ø Ένα κεφάλαιο που πλησιάζει την έννοια της προαγωγής της ψυχικής υγείας.
- Ø Ένας χώρος έκφρασης της οδύνης, ενσωματώνοντας τις κοινωνικές και πολιτισμικές συνιστώσες της.
- Ø Ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο τα άτομα αναμετρώνται με τις δυσκολίες, προσαρμόζονται ή αναζητούν νέες ισορροπίες (Συλλογικό έργο, 2011).

Μέσα στα πλαίσια του ορισμού της ψυχικής υγείας γεννιούνται και ερωτήματα όπως για παράδειγμα ο λόγος των ειδικών ψυχικής υγείας στην διαχείριση των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα που αντικειμενικά συναντά και το λόγο του εσωτερικού χώρου του εγκεφάλου (νευροψυχιατρική, νευροεπιστήμες, ψυχοφαρμακολογία) όπου θα συναινέσουν να συναντηθούν με το λόγο των ληπτών και των οικογενειών της συνηγορίας για τα δικαιώματα που συνιστούν το κίνημα «recovery». Επίσης, τίθεται το ερώτημα αν οι ψυχίατροι-ψυχοθεραπευτές και ψυχολόγοι είναι έτοιμοι, σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο,

να διαγνώσουν τις διαταραχές ή γίνονται φορείς μιας - νέου τύπου - ψυχιατρικοποίησης (π.χ. σε διαταραχές της διάθεσης) ή υποδιαγιγνώσκουν (στίγμα, κοινωνικός αποκλεισμός κ.τ.λ.) τις νέες μορφές ψυχικών διαταραχών (Τζανάκης, 2008).

Συμπληρωματικά, φαίνεται να εμπλέκεται σημασιολογικά ο λόγος του Nicolas Rose, ο οποίος ανέφερε: «είναι πια εξαιρετικά δύσκολο να προσδιοριστεί και να διαγνωστεί η φυσιολογικότητα». Με αυτή τη φράση προσδιορίζει ότι η ψυχική υγεία, εκφράζεται και θα πρέπει να εκφράζεται ως εντελώς υποκειμενική έννοια για κάθε άτομο, από την στιγμή που συσχετίζεται με γενετικές, νευροχημικές και περιβαλλοντικές ιδιαιτερότητες (Τζανάκης, 2008).

### **3.3 ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ**

Η επιστήμη πολλές φορές έχει κατηγορηθεί για την «αποστειρωμένη» εργαστηριακή νομοτελειακή στάση απέναντι στις πραγματικές συνθήκες. Παρά το προτεινόμενο πλούσιο «μενού», που παρέχει κάθε υπηρεσία ψυχικής υγείας απέναντι στις ανάγκες των ληπτών που εξυπηρετεί, στην πράξη το μενού αυτό είναι εξαιρετικά φτωχό και περιορισμένο. Για παράδειγμα μέσα από τις πολυάριθμες επιστημονικά τεκμηριωμένες ψυχοθεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αυτό που στην πράξη είναι διαθέσιμο είναι η φαρμακοθεραπεία και μια υποτυπώδης δεκάλεπτη ψυχολογική υποστήριξη, στη διάρκεια που καλύπτεται ή δικαιολογείται η συνταγογράφηση. Η εφαρμογή των μεθόδων ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης δεν εντοπίζεται στην επαφή του θεράποντος ιατρού με τον νοσηλευόμενο ασθενή αλλά εμπλέκεται κυρίως με ιδιωτικού τύπου περίθαλψη, η οποία προσφέρεται με κόστος για τον ασθενή (Παπαδημητρίου, 2013).



Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας αποτελεί μια ενδιαφέρουσα περίπτωση στην εφαρμογή της σύγχρονης ιατρικής και ψυχιατρικής επιστήμης. Αναπτύχθηκε από τον Dr. George Engels και Dr. John Romano το 1977 στη Νέα Υόρκη. Αποτελεί ταυτόχρονα μια φιλοσοφική προσέγγιση της κλινικής φροντίδας αλλά και ένα πρακτικό κλινικό οδηγό. Η ψυχολογία της υγείας καθώς και η ψυχοσωματική ιατρική βασίζονται στις αρχές του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, έτσι ώστε να μπορούν να διερευνήσουν σε βάθος τα αίτια της κλινικής εικόνας του νοσηλευόμενου, έτσι ώστε να προσφέρεται η δυνατότητα να παρέχεται η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (Παπαδημητρίου, 2013).

Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση οι συμπεριφορές, οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συνθήκες διαβίωσης δύνανται να επηρεάζουν τη φυσική κατάσταση ενός ατόμου. Παράλληλα η υγεία ή η ασθένεια ενός ατόμου είναι το ορατό αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων διαφόρων παραγόντων που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό του.

Σε αντίθεση με τα παραδοσιακά βιοϊατρικά μοντέλα, σύμφωνα με τα οποία η υγεία ή η ασθένεια ενός οργανισμού είναι αποτέλεσμα βιολογικών και μόνο παραγόντων και κατά επέκταση αντιμετωπίζουν τον ανθρώπινο οργανισμό σαν μια αμιγώς βιολογική υπόσταση, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο με τη θεώρηση πως ο άνθρωπος είναι ένα «όλον», το οποίο αποτελείται από σώμα, ψυχή και κοινωνικό περιβάλλον προτείνει μια ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση και θεραπεία του σύγχρονου ανθρώπου (Παπαδημητρίου, 2013).

Η σωματική υγεία αλληλεπιδρά με την ψυχική υγεία του ατόμου. Είναι γεγονός πως βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαμορφώνουν το άτομο και κατ' επέκταση το καθιστούν υγιές ή νοσούν. Έτσι η απομάκρυνση από το αποστειρωμένο αυστηρά βιολογικό μοντέλο, φαίνεται πως έχει ανοίξει νέους δρόμους θεραπείας και συνεργασίας ανάμεσα στις ειδικότητες υγείας με γνώμονα

την παροχή θεραπείας εξειδικευμένη στις ανάγκες και τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή (Παπαδημητρίου, 2013).

Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον το γεγονός πως η βιοψυχοκοινωνική θεώρηση της νόσου προσανατολίζει τον ειδικό σε ρεαλιστικούς θεραπευτικούς σχεδιασμούς καθώς επιλαμβάνεται τα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του θεραπευμένου και τα ενσωματώνει στο θεραπευτικό σχεδιασμό. Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση με βάση την ενσυναίσθηση, την κατανόηση και το σεβασμό αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την σύναψη ουσιαστικής θεραπευτικής συμμαχίας. Σύμφωνα με την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση τα ανθρωπιστικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκβαση της θεραπείας. Η χρήση της αυτογνωσίας είναι εξίσου ένα πολύ σημαντικό διαγνωστικό και θεραπευτικό εργαλείο (Λειβαδίτης, 2003).

Επίσης η διαδικασία λήψης ιστορικού θεωρείται μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία διερευνώνται όλοι οι παράγοντες ζωής ενός ατόμου. Συνεπώς οι ερωτήσεις που μπορεί να μοιάζουν αταίριαστες στη λήψη ενός ιστορικού, τις περισσότερες φορές είναι αυτές που ανοίγουν τον δρόμο της σωστής διάγνωσης και της κατάλληλης για το κάθε άτομο ξεχωριστά θεραπείας. Σε αυτό το σημείο, παρουσιάζεται μια πρόκληση για την ψυχιατρική. Πόσο ικανή είναι να ενσωματώσει στο άμεσο μέλλον τα νέα ερευνητικά δεδομένα και να εφαρμόσει την πολυπλοκότητα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου και γενικότερα στην πρακτική κλινική καθημερινότητα, τη συγκρότηση ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας για το χρήστη υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Λειβαδίτης, 2003).

### **3.4 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΕΠΙΦΕΡΟΥΝ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ «ΚΑΚΩΣ ΚΕΙΜΕΝΩΝ».**

Το γεγονός της κοινωνικοοικονομικής κρίσης που σαρώνει σχεδόν όλες τις χώρες της Ευρώπης έχει σαν αποτέλεσμα να υποχωρήσει δραματικά η ψυχιατρική περίθαλψη ακόμα και η διάθεση για μεταρρυθμίσεις στον τομέα αυτό. Φαίνεται σαν οι εμπλεκόμενοι φορείς να δέχονται παθητικά αυτή την συρρίκνωση και αποδόμηση του δικτύου κοινωνικής προστασίας των πολιτών κάθε χώρας. Παρατηρείται λοιπόν, πως το θέμα είναι περισσότερο πολιτικό, παρά τεχνικό. Όμως ίσως τελικά η κοινωνικοοικονομική κρίση να είναι το έναυσμα μιας άλλης οπτικής και πολιτικής αλλαγής στην αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας των πολιτών. Έτσι και αλλιώς, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ «δεν μπορεί να υπάρχει υγεία, χωρίς ψυχική υγεία». Αυτό αν επεκταθεί μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν γίνεται να μην συνδέεται η ψυχική υγεία με το κοινωνικό-οικογενειακό-εργασιακό περιβάλλον του ατόμου (Σακελλαρόπουλος, 2005).

Μια οικογένεια χωρίς προβλήματα, άτομα με επικερδή εργασία και υγιές κοινωνικό περιβάλλον χτίζουν υγιείς ψυχολογικές σχέσεις και βέβαια αυτό επηρεάζει τον κοινωνικό ιστό και προάγει τον πολιτισμό. Το θέμα όμως είναι όταν κάποιος από τους τρεις παράγοντες πάσχει. Η εργασία, οι σχέσεις, η οικογένεια. Τότε αλληλοεπηρεάζονται όλες αυτές οι παράμετροι και το κράτος πρέπει να έχει ενεργές δομές ώστε να τις αποκαταστήσει. Να στηρίζει τις φτωχές οικογένειες, να μειώσει την ανεργία ώστε οι πολίτες να είναι ψυχοσωματικά υγιείς και η απουσία ή η παραβατική συμπεριφορά να εκλείψουν (Λύκουρας, 2009).

Επιπλέον, οικογένειες ψυχικά πασχόντων πρέπει να ενδυναμωθούν και να στηριχτούν με στόχο να ξεπεραστεί το οποιοδήποτε ψυχικό θέμα και να επανενταχθεί το άτομο στον κοινωνικό ιστό υγιές. Για να επιτευχθεί αυτό το υπόβαθρο, επάνω στο οποίο στηρίζεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, πρέπει να υπάρξει ένα εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας που για αυτό το σκοπό είναι ανάγκη να μεταφερθούν πόροι από το νοσοκομειακό μοντέλο στην κοινότητα.

Έτσι, θα πραγματοποιηθεί η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η αντικατάσταση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων από πλήρες δίκτυο τομεοποιημένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Λύκουρας, 2009).

Βεβαίως, σε αυτόν τον κανονισμό δεν θα πρέπει να παραλείπεται και η προαγωγή – αγωγή της ψυχικής υγείας που περιλαμβάνει δράσεις ενάντια στο στίγμα, τις διακρίσεις, τις προκαταλήψεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Επομένως, διαπιστώνεται ότι είναι ανάγκη να δημιουργηθεί ανασχεδιασμός των Εθνικών νόμων, τόσο για επιτήρηση του σεβασμού και της άσκησης των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων όσο και την εναρμόνισή τους με τις ανωτέρω εξελίξεις στην επικαιροποιημένη ψυχική υγεία (Λύκουρας, 2009).

### **3.5 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί μια ιδιαίτερη και πολύπλοκη διαδικασία, η οποία ενσωματώνεται στα πλαίσια της ψυχιατρικής πρακτικής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτό είναι δυνατό να ερμηνευθεί εξαιτίας του μεγάλου κλινικού και συναισθηματικού φορτίου που απαιτεί η απασχόληση με τέτοιου είδους πληθυσμούς, κοινωνικά αποκλεισμένους από τη μια πλευρά αλλά και ο φόβος ή η προκατάληψη των ψυχιάτρων για την αλλοίωση του ρόλου τους (μετατρέπόμενος σε φορέα κοινωνικής φροντίδας) από την άλλη (Χριστοδούλου, 2004).

Όμως ο κοινωνικός αποκλεισμός θα έπρεπε να καταλαμβάνει κεντρική θέση στην κοινωνική πολιτική με έννοιες όπως η ελευθερία, η ισότητα, η αξιοπρέπεια, ο σεβασμός, η αυτονομία. Αν δεν υπάρχει ο σεβασμός σε αυτά τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα τότε δεν δικαιούται ο άνθρωπος να υποστηρίζει και να

πιστεύει ότι υπάρχει κοινωνική αλληλεγγύη και μέριμνα, για ένα σημαντικό ποσοστό πολιτών. Το κοινωνικά αποκλεισμένο άτομο, μπορεί να οδηγηθεί στην απώλεια βασικών συνταγματικών δικαιωμάτων του πολίτη (μόρφωση, υγεία, εργασία, πολιτισμός) και να αποτελέσει βασική άρνηση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων: δηλαδή απώλεια ευκαιριών για εργασία, εκπαίδευση και δεξιότητες, στέρηση βασικών αγαθών κατά την παιδική ηλικία, αποδιοργάνωση οικογενειών, εμπόδια στην ποιότητα ζωής της τρίτης ηλικίας, περιθωριοποίηση, φόβο για εγκληματικότητα, διακρίσεις σε βάρος ατόμων άλλων εθνοτήτων και γενικά ομάδων με κοινωνική μειονεξία (Royes, 2001).

Η φύση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι δυναμική. Η φτώχεια και ο αποκλεισμός δεν είναι στατικές καταστάσεις, είναι μάλιστα καταστάσεις φαύλου κύκλου. Ο άνεργος είναι φτωχός, δημιουργεί χρέη που τον αναστατώνουν και επιδεινώνουν τόσο τις σχέσεις του με το φιλικό περιβάλλον όσο και με τον εαυτό του, προσδίδοντας του άγχος και αβεβαιότητα. Ίσως να οδηγηθεί σε εγκληματικές δραστηριότητες προκειμένου να επιβιώσει και έτσι δημιουργείται κοινωνική απόρριψη και κοινωνικός αποκλεισμός. Με όλα αυτά η ψυχική του κατάσταση διαταράσσεται και εύκολα μπορεί να αναπτύξει ψυχοσωματικά συμπτώματα (Royes, 2001).

Σε αυτό το σημείο εισέρχεται η έννοια και η σημασία της κοινωνικής ποιότητας: ο όρος της ασφάλειας, της κοινωνικής συνοχής, και της ενδυνάμωσης αντανακλά τη συμμετοχή των ατόμων στην κοινωνική και οικονομική ζωή των κοινοτήτων τους, κάτι που μπορεί δυναμικά να ενισχύσει την ποιότητα ζωής και το ανθρώπινο δυναμικό. Αυτές οι μορφές συμμετοχής είναι απύσυχες στη ζωή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού. Η υποβάθμιση των υπαρχόντων κοινωνικών δικτύων μπορεί να ενισχύσει την

πιθανότητα του φαύλου κύκλου ψυχικής διαταραχής- υποτροπών -κοινωνικού αποκλεισμού (Royes, 2001).

Συνεπώς, αβίαστα αναδύονται νέες προκλήσεις σχετικά με την ανάγκη θέσπισης νέων κανόνων, ευκαιριών, ακρόασης της ασθένειας και της οδύνης, ανάγκη ολοκληρωμένων απαντήσεων απέναντι στις ανάγκες και τα αιτήματα επιβίωσης και επανένταξης των αποκλεισμένων, εργασία-καταλύτη μεταξύ κανόνων- υπηρεσιών- νέων αιτημάτων- δικαιωμάτων, νέων μορφών συμμετοχής και κοινωνικής ένταξης, αποτελεσματικότερη διαχείριση των αντιστάσεων και της διευκόλυνσης της συμμετοχής στο χώρο της ψυχικής υγείας (Royes,2001).

### **3.6 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δεν είναι απλά μια τεχνική που προστίθεται στις άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, αλλά αποτελεί ένα εννοιολογικό και πρακτικό πλαίσιο, που θέτει υπό αμφισβήτηση και διερεύνηση το παραδοσιακό βιο-ιατρικό μοντέλο. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα το εννοιολογικό μοντέλο στην ψυχιατρική διαχείριση ήταν άμεσα συνδεδεμένο με την ψυχοπαθολογία και τα ελλείμματα του ατόμου. Όμως το κίνημα της αποσυλοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής έδωσε προτεραιότητα σε άλλες συνιστώσες και πρακτικές, όπως η χρήση της ψυχοφαρμακολογίας σε εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας, η έννοια των αναγκών, η διερεύνηση του μοντέλου της μειονεξίας με έμφαση στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες, η επαγρύπνηση σε θέματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και βέβαια η συμμετοχή των ληπτών και των οικογενειών τους στο σχεδιασμό και λειτουργία των υπηρεσιών (Χονδρός, 2008).

Στόχος αυτής της αλλαγής στην θέαση των ψυχικών παθήσεων είναι ο περιορισμός της μειονεξίας, η ελαχιστοποίηση της αναπηρίας και της βλάβης και

τέλος η κοινωνική ένταξη και η ουσιαστική ενδυνάμωση των ληπτών από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η διαδικασία αυτή βεβαίως είναι δυναμική και προσαρμόζεται αναλόγως με το υποκείμενο και το ψυχοκοινωνικό του περιβάλλον. Σ' αυτή τη διαδικασία έγκειται η δυσκολία και πρόκληση συνάμα, αν οι τομεοποιημένες υπηρεσίες λειτουργήσουν συνεργατικά με απόδοση (Χονδρός, 2008).

Το recovery model αποτελεί μια δυναμική διαδικασία συγκρότησης μιας ζωής ικανοποιητικής και με νόημα, όπως υποκειμενικά ορίζεται από τον καθένα, ανεξάρτητα από την τρέχουσα και υποτροπιάζουσα ψυχοπαθολογία. Το recovery απεικονίζει μια κίνηση μακριά από την παθολογία και την ασθένεια με συμπτώματα προς την υγεία, τη δύναμη και το «ευ ζην». Μια ζωή διαρκούς εκπαίδευσης σε νέες δεξιότητες και απασχόλησης σε πραγματικές συνθήκες εργασίας, που οδηγούν σταδιακά στην αυτόνομη διαβίωση. Σε όλη αυτή τη λογική η ελπίδα έχει μια κεντρική θέση και διευκολύνεται κι' ενθαρρύνεται η αυτοδιαχείριση. Η αμφίδρομη σχέση ιατρού-ασθενούς ή γενικότερα κλινικής-ασθενούς δίνει τη θέση της σε μια άλλη πολυεταίρική σχέση, σε ένα ταξίδι ισορρόπησης του λήπτη και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Χονδρός, 2008).

Με αυτό το σκεπτικό φαίνεται ότι γενικά οι άνθρωποι δεν μπορούν να αναρρώσουν όντας σε απομόνωση. Το recovery είναι στενά συνδεδεμένο με την κοινωνική ένταξη και τη νοηματοδότηση των κοινωνικών ρόλων των ατόμων σε τοπικές κοινότητες και όχι σε απομονωμένες υπηρεσίες. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών που βασίζεται στις αρχές του recovery δίνει έμφαση που τόσο στις προσωπικές ιδιότητες του προσωπικού όσο και στα τυπικά προσόντα του στοχεύει να καλλιεργεί την ικανότητα επένδυσης στην ελπίδα, τη δημιουργικότητα, τη φροντίδα, τη συμπόνια, το ρεαλισμό και την αντοχή.

Από αυτή τη στήριξη και ουσιαστική δικτύωση δεν παραλείπεται βέβαια και η οικογένεια. Η οικογένεια και άλλα μέλη του υποστηρικτικού δικτύου είναι κομβικά στη διαδικασία και θα έπρεπε να ενσωματώνονται ως εταίροι όπου είναι δυνατόν. Η βασική πρόκληση στον 21ο αιώνα πια είναι να ενσωματωθεί η κουλτούρα του recovery model στην καθημερινή ψυχιατρική πρακτική, ανοίγοντας νέες θεραπευτικές δυνατότητες και νέο υποστηρικτικό πλαίσιο για τους ασθενείς (Στυλιανίδης, 2014).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Στη συνέχεια του κεφαλαίου, έχει πραγματοποιηθεί η καταγραφή – ανάλυση και αξιολόγηση δύο νοσηλευτικών διεργασιών, ψυχωτικής διαταραχής, εκ των οποίων το πρώτο περιστατικό απευθύνεται σε παρελθοντικό χρόνο προηγούμενων δεκαετιών, ενώ το δεύτερο περιστατικό είναι της σημερινής εποχής. Σκοπός αυτού του «χρονικού κενού» είναι η ανάδειξη των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων τόσο στη διαγνωστική όσο και στη θεραπευτική προσέγγιση των ψυχικά πασχόντων ατόμων.

#### **4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Ι**

Άνδρας ασθενής Α.Κ., άγαμος και άνεργος, ηλικίας 30 ετών, εισήχθη στο Ψυχιατρικό Άσυλο της Λέρου, ύστερα από εμφάνιση ψυχωτικού τύπου ψυχοπαθολογίας.

Συγκεκριμένα, ο ασθενής παρουσίαζε ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργάνωση συμπεριφοράς, απρόσφορο συναίσθημα, ανηδονία, αβουλησία, υπερκινητικότητα, ετεροκαταστροφική συμπεριφορά.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 09/10/1978 και ώρα 15:50 μ.μ.

#### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ.

Φύλλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.: 27/06/1948 Ηλικία:30

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σχιζοφρένεια

Οικ. Κατάσταση: άγαμος

### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

Η νοσηλεύτρια του ιδρύματος ενημερώθηκε από το οικογενειακό περιβάλλον ότι επί 6 μήνες, ο ασθενής εκδηλώνει βίαιες εξάρσεις και αδυνατεί να προσαρμοστεί στους κανόνες του σπιτιού. Ο ασθενής δεν έχει μορφωθεί και είναι μοναχοπαίδι. Δεν επιθυμεί να εργάζεται και να ακολουθεί την οικογένεια του στις αγροτικές δουλειές και συμπεριφέρεται σαν να είναι «δαιμονισμένος». Ο πατέρας ασκούσε βία στον ασθενή (ξυλοδαρμό), σε τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου να συνετίσει τον κακό του χαρακτήρα αλλά δεν είδε αποτελέσματα. Ο οικογενειακός ιατρός που τον παρακολουθεί, εξέφρασε την ανησυχία ότι μάλλον χρειάζεται ψυχιατρική παραπομπή διότι είναι επικίνδυνος να συμβιώνει υπό αυτά τα συμπτώματα, εντός της οικείας.

### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Ο ασθενής έχει μεγαλώσει σε ένα πειστικό περιβάλλον, από δύο γονείς αγράμματους και βίαιους, στους οποίους ως μέσο επικοινωνίας επικρατεί η επιθετική και απροσάρμοστη συμπεριφορά. Ζουν παραμεθόρια μιας αγροτικής περιοχής του νησιού Λέρος και δεν είναι λίγες οι φορές που τους έχει γίνει παρατήρηση από τον τοπικό πρόεδρο για επαναλαμβανόμενες παραβιάσεις των τοπικών κανόνων.

Ο ασθενής, γιος αυτής της οικογένειας δεν έχει παρακολουθήσει το σχολείο λόγω άρνησης του πατέρα και βρισκόταν πάντα σε κοινωνική απομόνωση. Μόνο

ορισμένοι μετανάστες του νησιού ορισμένες φορές του μιλούσαν αλλά η υπερκινητική του εικόνα προκαλούσε φόβο και αποφυγή. Επί τους έξι τελευταίους μήνες συμπεριφέρεται ως «δαιμονισμένος» με ακραίες και αδικαιολόγητες εξάρσεις έναντι του πατέρα του και μάλιστα για 2 μέρες προκειμένου να ηρεμήσει, τον έδεσαν με σχοινί στο υπόγειο του σπιτιού αλλά οι γονείς δεν είδαν αλλαγή της συμπεριφοράς.

Η μητέρα του δηλώνει ότι από τα 16 φαινόταν πως θα γίνει κακό παιδί και δεν θα υπηρετεί τις οδηγίες των γονιών του, για αυτό τον λόγο πιστεύουν ότι καλύτερο για την ασφάλεια των γονιών είναι ο εγκλεισμός του στο άσυλο.

## **ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο άσυλο παρουσίαζε ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένο προφορικό λόγο, απρόσφορο συναίσθημα, ανηδονία, αβουλησία, υπερκινητικότητα, εξάρσεις βίας και αντικοινωνική συμπεριφορά. Πραγματοποιήθηκε εκτίμηση αιματολογικών εξετάσεων και γενικής επισκόπησης προκειμένου να αντιληφθεί ο ιατρός κάποια συνυπάρχουσα παθολογική διαταραχή.

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Ο ψυχίατρος αφού έλεγξε τον ασθενή, προχώρησε σε μια λεπτομερή συζήτηση με τους γονείς, τους οποίους κατηγόρησε ότι ευθύνονται αυτοί για την ανώμαλη διαπαιδαγώγηση του παιδιού τους. Δέχτηκε να προχωρήσει στην εισαγωγή του ασθενή στο ψυχιατρικό άσυλο και να επισκέπτονται τακτικά οι γονείς τον χώρο προκειμένου να έρχονται σε μια επικοινωνία με τον γιο τους.

Ο ιατρός, χρησιμοποιώντας την τοποθέτηση του ψυχιάτρου Emil Kraepelin, ανέφερε ότι η πάθηση που εκδηλώνει ο 30χρόνος είναι μια μορφή άνοιας, κατά την οποία «σχίζεται το μυαλό στη μέση». Σύμφωνα λοιπόν με την συμπτωματολογία, το θεραπευτικό πλάνο περιλαμβάνει:

- Ø Διαμονή στο άσυλο ως τρόφιμος.
- Ø Κατά την πυροδότηση κρίσεων, δέσιμο άνω άκρων για ακινησία ασθενούς.
- Ø Χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων (για καταστολή ψυχωτικής διέγερσης και περιορισμό ψυχωτικών συμπτωμάτων) - Δοσολογία :5-10 mg κάθε 8 ώρες.
- Ø Λήψη Βενπεριδόλη (Benperidol) - Δοσολογία: 0.25-1.5 mg /ημερησίως/ σε διαιρεμένες δόσεις.
- Ø Χορήγηση λιθίου.

<i>Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
* Ψευδαισθήσεις	* Καταστολή ψυχωτικής διέγερσης.	* Παρακολούθηση από τοξικότητα – παρενέργειες αντιψυχωτικής αγωγής.	* Κατά την πυροδότηση κρίσεων, δέσιμο άνω άκρων για ακινησία ασθενούς.  * Χορήγηση αντιψυχωτικών (Δοσολογία: 5-10 mg κάθε 8 ώρες).	* Εξάψεις συμπτώματος.

<p>* Παραλήρημα &amp; Αποδιοργανωμένος προφορικός λόγος.</p>	<p>* Περιορισμός ψυχωτικών σημείων.</p>	<p>* Λήψη ζωτικών σημείων. * Φροντίδα/περιποίηση ασθενούς. * Παρατήρηση για τυχόν παρενέργειες από Βενπεριδόλη – ταχυκαρδία, αρρυθμίες, ορθοστατική υπόταση, ξηρότητα των βλεννογόνων &amp; δυσκοιλιότητα.</p>	<p>* Λήψη Βενπεριδόλη (Benperidol) - Δοσολογία: 0.25-1.5 mg/ημερησίως / σε διαιρεμένες δόσεις.</p>	<p>* Μείωση συμπτωματολογίας. * Πρόψη τραυματισμού * Εμφύση μελάγχρωσης δέρματος και αμφιβληστροειδούς λόγω μακροχρόνιας λήψης Βενπεριδόλης.</p>
--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>* Απρόσφορο συναίσθημα.</p>	<p>* Ελαχιστοποίηση συναισθηματικής απόσυρσης και ενδυνάμωση της συμμετοχής του ασθενούς στο περιβάλλοντα χώρο του ασύλου.</p>	<p>* Ψυχολογική προσέγγιση ασθενούς και προαγωγή θετικών «ερεθισμάτων» ανάπτυξης φυσιολογικού συναισθήματος.</p>	<p>* Χορήγηση λιθίου.</p>	<p>* Περρισμός συμπτώματος αλλά μηδενική εξάλειψη.</p>
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------------------------

<p>* Ανηδονία &amp; Αβουλησία.</p>	<p>* Αν ακούφισ η ασθενούς από τα συμπτώμ ατα.</p>	<p>* Ενθάρρ υνη για αύξηση της δραστηριότητ ας και απασχόλησης με τους υπόλοιπους τροφίμους.</p>	<p>* Χορήγη ση λιθίου.</p>	<p>* Μεί η 1 έντασης τ υποκείμεν ν ενδείξεα</p>
--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------------------------



<p>* Υπερκίνη- τικότητα.</p>	<p>* Πρ όληψη αυτοτραυ- ματισμού . * Απ οφυγή τοξικότη- τας λόγω χορήγησ- ης αντιψυχω- τικής αγωγής.</p>	<p>* Συχνή παρακολούθη- ση από τυχόν δερματικές αλλοιώσεις λόγω «δεσίματος» άνω άκρων.</p>	<p>* «δέσιμο » άνω άκρων και παρακολούθη- ση τυχόν αύξης δοσολογίας αντιψυχωτικό ν δραστικών ουσιών.</p> <p style="text-align: center;">*</p>	<p>* Συνε- ζόμενη εφαρμογή προληπτικ ν μέτρων.</p>
----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

<p>* Εξάρσεις βίας &amp; Αντικοινωνική συμπεριφορά.</p> <p>* ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ - ΠΑΡΑΝΟΙΑ.</p>	<p>* Πρόληψη αυτοτραυματισμού και σωματικής βίας στους υπόλοιπους τροφίμους.</p> <p>* Κοινωνική προσαρμογή και εξάλειψη αντιδραστικής συμπεριφοράς.</p>	<p>* Ψυχολογική ενθάρρυνση &amp; παρακολούθηση επιπέδου συνειδήσεως.</p> <p>* Αναμονή μετριασμού συμπτωματολογίας από τη φαρμακευτική αγωγή ή ενημέρωση ιατρών για εκ νέου φαρμακευτική ρύθμιση ασθενούς.</p>	<p>* Λήψη Βενπεριδόλη (Benperidol) - Δοσολογία: 0.25-1.5 mg/ημερησίως / σε διαιρεμένες δόσεις.</p>	<p>* Μείωση ψυχοδιεγερτικών κρίσεων.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

## **4.2 ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ II**

Γυναίκα ασθενής Μ.Κ άγαμη και άνεργη ηλικίας 19 ετών. Εισήχθη για δεύτερη νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική του Γ.Ν.Κ ύστερα από υποτροπή της νόσου από την οποία πάσχει ( ψυχωσική συνδρομή).

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, τάσεις φυγής, ήταν διεγερτική με επιθετική συμπεριφορά, παραληρητικές ιδέες (την παρακολουθούν δαίμονες και θέλουν το κακό της), δυσκολία για αυτονόμηση και τάση προσκόλλησης σε γονικές φιγούρες-ανασφάλεια ότι χλευάζεται και ότι σχολιάζεται κάθε προσπάθειά της-φόβος εγκατάλειψης από αυτούς που την στηρίζουν.

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Όνοματεπώνυμο: Μ.Κ

Φύλλο: Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης: 27/09/1998 Ηλικία: 19

Διάγνωση: ψυχωσική συνδρομή

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη

### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Μετά από κλήση ΕΚΑΒ ιατρός μετέβει στην οικία. Η ασθενής ήταν διεγερτική με επιθετική συμπεριφορά (χρήση σωματικής και λεκτικής βίας). Ψυχιατρικό ιστορικό από διετίας με ομοιοπαθητική αγωγή και ψυχοθεραπεία. Στην οικεία έγιναν ενδομυϊκά 1 amp aloperidin 1amp akineton και ½ amp stedon.

Λήψη ζωτικών σημείων ΑΠ:100/60 Σφίξεις:78 SpO2: 97%. Αφού μεταφέρθηκε εκούσια στην κλινική έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις, ΗΚΓ και εκτίμηση από ψυχίατρο από τον οποίο αποφασίστηκε η εισαγωγή της ασθενούς στην ψυχιατρική κλινική.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η ασθενής έχει μεγαλώσει σε φυσιολογικό περιβάλλον με δύο γονείς μορφωμένους και άλλες δυο αδερφές. Το οικογενειακό περιβάλλον από την αρχή της εμφάνισης της νόσου προσπαθούσε να είναι υποστηρικτικό δίνοντας όλη την προσοχή πάνω στην ασθενή. Η ασθενής σταμάτησε το σχολείο στην ηλικία των 17 χρονών, λόγω του έντονου κοινωνικού αποκλεισμού, των παραληρητικών ιδεών που εμφάνιζε (διωκτικό παραλήρημα πίστευε ότι οι συμμαθητές της θέλουν να την σκοτώσουν) και ψευδαισθήσεων (άκουγε φωνές μέσα στο κεφάλι της) και ξεκίνησε ιδιαίτερα μαθήματα στο σπίτι.

Ο πατέρας της δηλώνει ότι από τα 16 άρχισαν τα πρώτα συμπτώματα άλλα δεν έδωσαν σημασία λόγω της εφηβείας την οποία διένυε η ασθενής, έπειτα όμως συμβουλευτήκαν τυχαία κάποιο ψυχίατρο ο οποίος έκανε την διάγνωση και συνέστησε ψυχιατρική παρακολούθηση και φαρμακευτική αγωγή. Μετά από διάστημα 3 χρόνων ακολούθησε η πρώτη νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική του Γ.Ν.Κ και έπειτα από διάστημα 6 μηνών από την πρώτη νοσηλεία ακολούθησε η δεύτερη παρούσα νοσηλεία.

Η μητέρα της ασθενούς αναφέρει ότι τον τελευταίο καιρό είχε απομονωθεί, δεν κοιμόταν, δεν δεχόταν να φάει παρά μόνο εάν δοκίμαζε κάποιος το φαγητό ώστε να σιγουρευτεί ότι δεν έχει δηλητήριο, ισχυριζόταν ότι το βράδυ κάποιος μπαίνει στο δωμάτιο της και της κάνει ενέσεις στο λαιμό και ότι κάποιος της έχει

κάνει μάγια για αυτό πρέπει να πλένει τα ρούχα της με θαλασσινό νερό για να τα "λύσει". Τέλος πρόσθεσε ότι τους τελευταίους 6 μήνες βρισκόταν σε ομοιοπαθητική θεραπευτική αντιμετώπιση που έμοιαζε να την βοηθά.

## **ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ασθενής κατά την εκούσια εισαγωγή της παρουσίαζε αντιλιπτικού τυπου διαταραχές(ακουστικές ψευδαισθήσεις),διαταραχές από το περιεχόμενο της σκέψης( παραληρητικές ιδέες δίωξης,δηλητηρίασης,μαγικής επίδρασης), επιθετική συμπεριφορά και ήταν ιδιαίτερα διεγερτική.

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Ο ψυχίατρος αφού έλεγξε την ασθενή, προχώρησε σε μια λεπτομερή συζήτηση με τους γονείς για να λάβει ένα πλήρες ιστορικό της νόσου και της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθεί η ασθενής. Ο ιατρός διαβεβαίωσε τους γονείς ότι η υποτροπή της νόσου αναγνωρίστηκε έγκαιρα και πως η νόσος θα μπορούσε να υποτροπιάσει παρότι παίρνει την αγωγή της. Η υποτροπή τις περισσότερες φορές δεν έρχεται ως κεραυνός εν αιθρία, συνήθως παρατηρούνται αρκετές μέρες πριν φανεί ότι κάτι δεν πάει καλά.

Σύμφωνα λοιπόν με την συμπτωματολογία το θεραπευτικό πλάνο περιλαμβάνει:

- Διαμονή στην ψυχιατρική κλινική και παρακολούθηση
- Θεραπευτικές συνεδρίες (ψυχοθεραπεία-εργοθεραπεία)

- Ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει-χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων
- Αντιμετώπιση οξέων περιστατικών που θα εμφανιστούν.

<i>Βιολόγηση θενούς Ανάγκες- οβλήματα- σηλευτική ίγνωση</i>	<i>Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ψευδαισθήσεις.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξάλειψη συμπτώματος.</li> <li>Αύξηση επιπέδου συνειδήσεως.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Παρακολούθηση και αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων της ασθενούς προς τα φάρμακα που λαμβάνει.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων I.m (1amp χλωροπρομαζίνη, 1amp αλοπεριδόλη, 1amp βιπεριδένη 2drops ετιλεφρίνη).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξάλειψη συμπτώματος.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Παραλήρημα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μείωση ή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Λήψη ζωτικών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μείωση</li> </ul>

	εξάντληση των συμπτωμάτων.	σημείων · Περιποίηση ασθενή · Παρακολούθηση και αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων της ασθενούς προς τα φάρμακα που παίρνει.	αντιψυχωτικών φαρμάκων I.m (1amp χλωροπρομαζίνη, 1amp αλοπεριδόλη, 1amp βιπεριδένη 2drops ετιλεφρίνη).	συμπτωματολογίας · Ενίσχυση της ικανότητας επικοινωνίας.
· Επιθετική	· Πρόληψη	· Συστηματική	· Κατά την	· Μείωση



συμπεριφορά.	αυτοτραυματισμού · Παράταση της σταθερής φάσης της νόσου.	παρακολούθηση και περιγραφή της συμπεριφοράς για να γίνει σύγκριση αλλαγών αργότερα.	πυροδότηση κρίσεων παρέμβαση με όσο το δυνατό λιγότερο περιορισμό και σταδιακή κλιμάκωση των μέτρων.	επιθετικής συμπεριφοράς και εξάλειψη κρίσεων θυμού και απόγνωση.
· Κοινωνικός	· Μεγιστοποιί	· Νοσηλευτική	· Προσπάθεια	· Σταδιακή

<p>αποκλεισμός.</p> <p>· Διχασμός της</p>	<p>ηση της ποιότητας ζωής.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ενθάρρυνση εύρεσης ατόμων για κοινωνική συναναστροφή.</li> <li>· Ενημέρωση για έναρξη κοινωνικής συμμετοχής.</li> <li>· Αποδυνάμω</li> </ul>	<p>προσέγγιση με θετική επικοινωνία &amp; εξάλειψη σημείων κοινωνικού ρατσισμού ή προκαταλήψεων .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ενημέρωση ασθενούς για τις ευεργετικές μεταβολές του τρόπου σκέψης μέσω των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών.</li> <li>· Παρακολούθησ</li> </ul>	<p>ένταξης της ασθενούς σε δραστηριότητες που συνδέονται με την πραγματικότητα προκειμένου να προσανατολιστεί προς αυτή.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών ημερίδων εντός της νοσοκομειακής μονάδας.</li> <li>· Εφαρμογή</li> </ul>	<p>ένταξη στην ομάδα και τις δραστηριότητες της κλινικής.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Αύξηση</li> </ul>
-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

βούλησης.	ση συμπτώματο ς και ενίσχυση προσωπικής κρίσης με την εφαρμογή της φαρμακευτι κής κάλυψης και της ψυχολογικής ενθάρρυνση ς.	η ενδείξεων σωστής φαρμακευτικής αγωγής και ομαλής εξέλιξης ψυχοθεραπευτικ ών μέτρων. · Παρατήρηση πορείας ασθενούς ή ενημέρωση ιατρού για εκ νέου ρύθμιση δοσολογιών.	ψυχοθεραπευ τικών ημερίδων εντός της νοσοκομειακή ς μονάδας.	προσωπικ ών πεποιθήσε ων κι επιθυμία καλύτερει σης τι ποιότητας ζωής.
· Δυσκολία για	· Προαγωγή	· Εκμάθηση	· Προσπάθεια	· Αξιοποίησης

<p>αυτονόμηση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ-ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ</li> </ul>	<p>επιπέδου αυτοφροντίδας και ικανότητας αντίληψης &amp; διεκπεραίωσης των αναγκών της.</p>	<p>σωστής λήψης φαρμάκων και περιποίησης του εαυτού της.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ψυχολογική ενθάρρυνση.</li> <li>· Προαγωγή του επιπέδου κατανόησης και λήψης αποφάσεων.</li> <li>· Τήρηση κατευθυντήριων αρχών ψυχοθεραπευτικής εφαρμογής.</li> </ul>	<p>ένταξης της ασθενούς σε δραστηριότητες που συνδέονται με την πραγματικότητα προκειμένου να προσανατολιστεί προς αυτή.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών ημερίδων εντός της νοσοκομειακής μονάδας (Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία).</li> </ul>	<p>η προσωπικών δεξιοτήτων και αύξησης επιπέδου αυτοφροντίδας.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Καλύτερη ποιότητας ζωής.</li> <li>· Εξομάλυνση ψυχωτικών διεγερτικών κρίσεων &amp; συμπεριφορών.</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία δεν αφορά μόνο την απουσία ψυχικής διαταραχής. Αναφέρεται στην ψυχική ευεξία και ευχαρίστηση που νιώθει ένας ανθρώπινος εσωτερικός μηχανισμός, όταν ταυτόχρονα παραλείπεται κάποιο παθολογικό σημείο. Ωστόσο υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά της σκέψης, της συμπεριφοράς και του συναισθήματος τα οποία δίνουν τις κατευθυντήριες γραμμές για να διακριθεί το ψυχικά νοσούν άτομο από το ψυχικά υγιές. Γενικά οι ψυχικά υγιείς άνθρωποι δύνανται να:

- Αντιλαμβάνονται την πραγματικότητα όπως είναι.
- Ελέγχουν την συμπεριφορά τους.
- Έχουν υγιή αυτοαντίληψη.
- Είναι δημιουργικοί και παραγωγικοί.
- Είναι ικανοί να δημιουργούν σχέσεις με άλλους ανθρώπους.
- Επιτυγχάνουν να βρουν νόημα στη ζωή τους (Συλλογικό έργο, 2011).

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι μια ειδικότητα της νοσηλευτικής που έχει σαν σκοπό την παροχή φροντίδας σε ψυχικά νοσούντα άτομα και έχει σαν στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη της ψυχικής ασθένειας, την προσφορά ποιοτικής φροντίδας και άλλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, την αποκατάσταση του ψυχικά πάσχοντα και τέλος την επανένταξη του στην κοινότητα (Συλλογικό έργο, 2011).

Η φροντίδα που παρέχει η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι πολυδιάστατη και προσφέρεται με πολύ εξειδικευμένες παρεμβάσεις για την ανταπόκριση στις

ποικίλες ανάγκες του πολύ ιδιαίτερου και ευαίσθητου τομέα της ψυχικής υγείας.

Τα προγράμματα που προσφέρονται είναι:

- Ø Εκούσια ή ακούσια εσωτερική νοσηλεία.
- Ø Εκπαίδευση και ενημέρωση των πολιτών για θέματα ψυχικής υγείας και νόσου.
- Ø Συμβουλευτική νοσηλευτική σε άτομα με ψυχική νόσο.
- Ø Συμβουλευτική νοσηλευτική σε παιδιά και εφήβους.
- Ø Κοινοτικές παρεμβάσεις για ενήλικα άτομα και άτομα τρίτης ηλικίας.
- Ø Κατ'οίκον επισκέψεις για παροχή στήριξης και εκπαίδευσης σε οικογένειες ατόμων με προβλήματα ψυχικής νόσου (Συλλογικό έργο, 2011).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα για να μπορέσουν όλοι οι στόχοι και οι σκοποί της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας να υλοποιηθούν. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας πρέπει να είναι άτομα άρτια καταρτισμένα πάνω στον τομέα αυτό και ως στόχο έχουν την πρόληψη της ψυχικής νόσου, την προαγωγή της ψυχικής υγείας, τη συμβουλευτική, την θεραπεία και την αποκατάσταση. Πιο συγκεκριμένα οι κυριότερες δραστηριότητες του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι:

- Ø Εκτίμηση της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης του ασθενή.
- Ø Εκπαίδευση των πασχόντων και των οικογενειών για τη σωστή και αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου και της σωστής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής (ενημέρωση για τυχόν παρενέργειες που θα μπορούσαν να εμφανιστούν).

- Ø Ενημέρωση των οικογενειών για την σωστή διαχείριση των ασθενών με χρόνια ψυχική νόσο και την ανάπτυξη εναλλακτικών τρόπων διαβίωσης με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής.
- Ø Παροχή φροντίδας με στόχο την γρήγορη ανάρρωση, τη μείωση ή απαλοιφή των συμπτωμάτων και την λειτουργική επαναφορά του ατόμου στην κοινότητα.
- Ø Συνεργασία με κοινοτικούς φορείς για προώθηση δραστηριοτήτων με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας.
- Ø Εκτίμηση και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων και των πιθανών παρενεργειών της φαρμακευτικής θεραπείας.
- Ø Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και διαχείριση κρίσεων των ψυχικά νοσούντων ατόμων.
- Ø Βοήθεια στην αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων διαβίωσης και στην ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισής τους (Ραγιά, 2009).

Η ψυχική υγεία του κάθε ατόμου είναι αναμφίβολα το ίδιο σημαντική με την σωματική του υγεία και χωρίς αυτήν ένας οργανισμός δεν μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Έτσι, αναγνωρίζεται το συμπέρασμα του σημαντικού ρόλου που κατέχει η νοσηλευτική στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Βέβαια τα εκτελεστικά όργανα αυτής της επιστήμης, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, θα χρειασθεί να συμβάλλουν αποφασιστικά στην διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας που να απευθύνεται σε ασθενείς και οικογένειες δίνοντας ανθρωπιστικό τόνο στην οδυνηρή εμπειρία της νόσου (Ραγιά, 2009).

#### **4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Η κοινοτική νοσηλευτική ανήκει στον κλάδο της νοσηλευτικής επιστήμης ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και παρεμβάσεις τις οποίες χρησιμοποιεί για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται σε οικείο περιβάλλον όπως στο σπίτι, στο σχολείο ή στο χώρο εργασίας. Είναι η νοσηλευτική διεργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου που με άλλα λόγια συνθέτει την νοσηλευτική φροντίδα με την πρακτική της δημόσιας υγείας. Οι στόχοι της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι οι εξής:

- § Πρόληψη της ασθένειας και περιορισμός της εξέλιξής της.
- § Εξασφάλιση ολοκληρωμένης φροντίδας προς τον ασθενή.
- § Προαγωγή της κοινοτικής υγείας.
- § Περιορισμός των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης νόσου.
- § Ενημέρωση και διδασκαλία οικογενειών ή ομάδων για την απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής (Vincent, 2001).

Οι κοινοτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις ως εναλλακτική παρέμβαση έναντι της κλασικής κλινικής διεργασίας δίνει την δυνατότητα της αξιολόγησης μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της οικογένειας, του σχολείου, της κοινότητας για πιο ολιστική εκτίμηση της όλης κατάστασης (βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική και πολιτισμική διάσταση). Η κοινοτική νοσηλευτική ως εναλλακτική παρέμβαση είναι αποδοτική διότι στηρίζεται στις αρχές για αποδοτικές υπηρεσίες όπως είναι η εύκολη πρόσβαση, η διαθεσιμότητα, η ανταποκρισιμότητα και το μειωμένο κόστος (Vincent, 2001).

Η κοινοτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι το τμήμα των νοσηλευτικών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας που προσφέρει φροντίδα στα άτομα με ψυχική



ασθένεια και στο οικογενειακό περιβάλλον, μέσα στην ίδια τους την κοινότητα. Στόχος της κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας είναι:

- ✓ Η βελτίωση του συνολικού επιπέδου υγείας των ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων.
- ✓ Η προαγωγή της ψυχικής υγείας.
- ✓ Η πρόληψη της ψυχικής ασθένειας.
- ✓ Η προσφορά ποιοτικής φροντίδας και άλλων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής νόσου (Τζανάκης, 2008).

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές, τους οποίους ο Π.Ο.Υ χαρακτηρίζει, ως τους «στρατιώτες της πρώτης γραμμής», για την διασφάλιση της ψυχικής υγείας του ευρύτερου πληθυσμού, εδρεύουν στα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας και καλύπτουν τις ανάγκες για κατ'οίκον φροντίδα. Οι τομείς πάνω στους οποίους δραστηριοποιούνται οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι: η οικογένεια, το σχολείο, ο χώρος εργασίας, η φροντίδα ηλικιωμένων, η νοσηλεία στο σπίτι, η φροντίδα ατόμων-ομάδων πληθυσμού με προβλήματα υγείας, το περιβάλλον και η δημόσια υγεία και η επιδημιολογική έρευνα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να:

- ✓ Προάγει την υγεία ατόμων, οικογενειών και ομάδων στην κοινότητα.
- ✓ Αξιολογεί και να αντιμετωπίζει τις ανάγκες υγείας ατόμων, οικογενειών και ομάδων στην κοινότητα.
- ✓ Χρησιμοποιεί κάθε μέσο αποτελεσματικής επικοινωνίας ώστε να παρέχει αποτελεσματικότερη φροντίδα υγείας και να συμβάλλει στην αυτοφροντίδα ατόμων, οικογενειών και ομάδων.

- ✓ Σέβεται και να αναγνωρίζει τα δικαιώματα των ατόμων σε σχέση με την υγεία τους αλλά και αυτά που κατέχουν παράλληλα ως πολίτες.
- ✓ Συμμετέχει ή να διεξάγει έρευνα με σκοπό την πρόοδο της επιστημονικής γνώσης.
- ✓ Συμμετέχει σε προγράμματα συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης και να αποκτά κάθε νέα δεξιότητα απαραίτητη για την άσκηση του ρόλου του.
- ✓ Παρέχει σωματική και ψυχολογική φροντίδα σε περιπτώσεις ασθένειας.
- ✓ Προλαμβάνει την ασθένεια και να προάγει την υγεία.
- ✓ Συμμετέχει σε δραστηριότητες της κοινότητας για κινητοποίηση του πληθυσμού να ενδιαφερθεί για θέματα της υγείας του.

Η όλη ιδέα της κοινοτικής νοσηλευτικής βασίζεται στην έξοδο από το κτήριο του νοσοκομείου και μεταφορά της φροντίδας στην κοινότητα δίνοντας έμφαση στον ολισμό και την θετική αντιμετώπιση της υγείας (Τζανάκης, 2008).

#### **4.5 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ-ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Επειδή η προσπάθεια αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών αποσκοπεί στην επανένταξή τους, κατά το δυνατόν, στον κοινωνικό ιστό, θα πρέπει η κοινή γνώμη, το κοινωνικό ανθρώπινο δυναμικό να ενημερωθεί, να ευαισθητοποιηθεί με σκοπό τελικά να αποδεχτεί, αυτούς τους συμπολίτες τους. Γιατί ο τελικός αποδέκτης αυτών των ανθρώπων θα είναι η οικογένεια τους και το κοινωνικό σύνολο με την δυνατότητα να γίνουν οι φίλοι, οι γνωστοί, οι συνάδελφοι (Royes, 2001).

Έτσι αυτή η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, όσον αφορά αυτούς τους ιδιαίτερους ασθενείς, είναι το ίδιο σημαντική, όπως ακριβώς και η στελέχωση των παραγόντων την κοινοτικής ιατρικής με ψυχιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές κτλ. Ξεκινώντας από το πολύ τρεμμένο «φοβάμαι ότι δεν γνωρίζω», θα πρέπει να υπάρξει αρχικά μέριμνα γνωστοποίησης και επαφής του κοινού με την ψυχιατρική νόσο και σε δεύτερο πλάνο με τους ασθενείς. Γενικά, στόχος όλων των δραστηριοτήτων, δεν πρέπει να αφορά μόνο γονείς και κοινωνικό σύνολο αλλά και επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικούς, δημοσιογράφους που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως καταλύτες και σύνδεσμοι ανάμεσα στους ψυχικά ασθενείς και την κοινωνία με απώτερο στόχο την αποδοχή της διαβίωσης αυτών των ατόμων στην κοινότητα ως ισότιμου μέλους (Royes, 2001).

Πρωταρχικό λοιπόν, ζήτημα θα ήταν η προληπτική ενημέρωση γονέων με την επικουρία των εκπαιδευτικών για την ψυχική υγεία. Μια απλή όμως και πρόχειρη ενημέρωση δεν θα απέδιδε σε μεγάλο βαθμό, γιατί δεν θα μπορούσε να προσφέρει την ευαισθητοποίηση και το ενδιαφέρον των γονέων και γενικά της κοινωνίας. Αντίθετα η συνεργασία με σχολικούς συμβούλους, εκπαιδευτικούς και γονείς μέσω προγραμμάτων ψυχικής υγείας θα απέφερε όχι μόνο την δημοσιότητα που αναμένεται, αλλά και την προώθηση της έκθεσης των προβλημάτων ψυχικής υγείας, της έγκαιρης διάγνωσης σε πρώιμα στάδια και κυρίως η διασπορά της γνώσης του χειρισμού τέτοιων περιπτώσεων (Royes,2001).

Θετικό σημείο των ψυχιατρικών μεταβολών, είναι ότι συνεχίζεται ένας αγώνας και σήμερα, περισσότερο από ποτέ, μέσα από τον οποίο μπορεί ο κόσμος να ενημερωθεί και να ευαισθητοποιηθεί με την βοήθεια των ΜΜΕ. Οι ίδιοι οι δημοσιογράφοι μπορούν να προβάλλουν τις θέσεις τις αποασυλοποίησης,

θράυοντας το ταμπού της προκατάληψης και να συμβάλλουν στην ομαλή ένταξη και κοινωνικοποίηση των ψυχικά ασθενών (Στυλιανίδης, 2014).

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, είναι ενδεικτικό ότι έχουν γίνει αρκετά και σταθερά βήματα στα πλαίσια της αποασυλοποίησης και της κοινωνικής ένταξης. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η δραστηριότητα του ψυχιατρικού κέντρου Πέτρας Ολύμπου με τον εμπνευσμένο τίτλο: «Από άσυλο...ποίηση». Αυτά τα συνέδρια ήταν η αρχή μιας σειράς δραστηριοτήτων, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των ειδικών, των άμεσα ή έμμεσα εμπλεκόμενων, αλλά και της κοινωνίας. Από τον τίτλο και μόνο διαπιστώνεται η υπερπροσπάθεια όλων για ένταξη ανθρώπων κεκλεισμένων και αποκλεισμένων μέσα σε άσυλα, στην κοινωνία, στην οικογένεια που τελικά ανήκουν σαν δημιουργικά πρόσωπα (Στυλιανίδης, 2014).

Σαφώς είναι υπέροχη εξέλιξη να βλέπει κανείς άτομα που ήταν εγκλωβισμένα να συνεχίζουν τις σπουδές τους, να προσφέρουν την τέχνη τους, τις ιδέες τους, να συμμετέχουν σε κοινές ομαδικές δραστηριότητες (χορό, μουσική, θέατρο κτλ). Όμως αυτό που ακούγεται τόσο ωραία, δηλαδή η ένταξη ή η επανένταξη θέλει προσεκτικό σχεδιασμό, συνεργασία πολλών ειδικοτήτων και βέβαια πολιτική βούληση, για να αποδοθεί ο ψυχικά ασθενής στον κοινωνικό ιστό και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό γίγνεσθαι (Στυλιανίδης, 2014).

Στο πλαίσιο της ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης του κοινού για την ψυχική ασθένεια το ΨΝΠΟ εκτύπωσε με δικές του δαπάνες και διένειμε δωρεάν σε ενδιαφερόμενα άτομα (προσερχόμενους σε υπηρεσίες του, σε σχολεία, στη διάρκεια διαφόρων εκδηλώσεων, σε μεμονωμένα άτομα κτλ) αρκετά επιστημονικά βιβλία και ενημερωτικά φυλλάδια που σχετίζονται με την ψυχική ασθένεια. Συγγραφείς τους ήταν οι εργαζόμενοι, επαγγελματίες ψυχικής υγείας του ΨΝΠΟ.

Από τότε έγιναν πολλές επανεκτυπώσεις και επανεκδόσεις που έχουν βοηθήσει στην πληρέστερη ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου, ώστε να εξαλειφθούν κάποιες από τις εσφαλμένες πεποιθήσεις που επικρατούν για την ψυχική ασθένεια. Δηλαδή έγινε προσπάθεια καταπολέμησης του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και της άρσης των προκαταλήψεων για τα άτομα με ιστορικό ψυχικής διαταραχής, όπως επίσης στην καταπολέμηση του μύθου της επικινδυνότητας για αυτούς (Στυλιανίδης, 2014).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ø Η κοινοτική ψυχιατρική αποτελεί κλάδο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και θεωρείται το αποτέλεσμα της ιστορικής εξέλιξης, σε σχέση με τις ανθρώπινες σχέσεις και την προσέγγιση της ψυχιατρικής ιδεολογίας. Σε αντίθεση με την κοινωνική ψυχιατρική, η οποία διερευνά την ψυχική υγιεινή, συγκεκριμένων πληθυσμών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο.
- Ø Κύριο στοιχείο της εξέλιξης της ψυχιατρικής είναι η διαφορετική προσέγγιση, τόσο στη διάγνωση όσο και στην θεραπεία, της «ψυχικής ασθένειας».
- Ø Ενώ ψυχική υγεία καλείται η απουσία παθολογικής και ψυχολογικής διαταραχής, με επικράτηση της ευημερίας – ευεξίας του ατόμου, από την αντίθετη όψη ψυχική ασθένεια ορίζεται ένα μοτίβο σκέψης και συμπεριφοράς, που αποκλίνει από το φυσιολογικό.
- Ø Στον ελλαδικό χώρο η σημασία της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής αναγνωρίζεται στα τέλη του 1970, όταν η Αθήνα αποκτά το σημαντικότερο οργανωτικό πλάνο των ψυχιατρικών θεμάτων. Με την ίδρυση του κοινοτικού κέντρου ψυχικής περίθαλψης, της ψυχιατρικής κλινικής του πανεπιστημίου Αθηνών, στους δήμους Βύρωνα και Καισαριανής όπου αρχίζει να διευκρινίζεται ένα πιο σαφές υπόβαθρο για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας.
- Ø Η εκτίμηση του άσυλου ήταν αρχικά ότι δεν επιτελούταν κανενός είδους θεραπευτική αντιμετώπιση, ούτε φαρμακευτική ούτε ψυχολογική. Οι ασθενείς-τρόφιμοι δεν διέθεταν σε πολλές περιπτώσεις ούτε τα αγαθά πρώτης ανάγκης και μάλιστα μετά βίας εκπλήρωναν τις βιολογικές τους

ανάγκες. Οι συνθήκες διαβίωσης όχι απλά δεν ήταν συμβατές με την ψυχιατρική παρέμβαση αλλά χαρακτηρίζονταν ως απάνθρωπες.

- Ø Η ελλιπής κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού, η αδυναμία διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, η παγίωση της γραφειοκρατίας, η απουσία νομικού πλαισίου και η αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας ήταν οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες για κατάργηση μιας ουσιώδους ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
- Ø Έτσι, λαμβάνουν νομολογία ορισμένες τροποποιήσεις που προσπαθούσε να διαμορφώσει η Ελλάδα το 1983, με τον Νόμο 1397/83, άρθρο 21, ο οποίος υπαγορεύει την εξασφάλιση και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από δύο σύγχρονες κοινοτικές μονάδες: Το κέντρο ψυχικής υγείας και το ψυχιατρικό τμήμα του γενικού νοσοκομείου.
- Ø Οι αλλαγές που είχαν οριστεί να πραγματοποιηθούν ιδίως με την μετακίνηση και περίθαλψη των ψυχιατρικών ασθενών παρουσιάστηκε υποστηρικτική από τον κανονισμό της ΕΟΚ 815/84, ο οποίος παρείχε την δυνατότητα χρηματοδότησης των ελληνικών φορέων, για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εξέλιξη των θεμάτων ψυχικής υγείας.
- Ø Η απομάκρυνση των ψυχιατρικά νοσούντων από τα ιδρύματα ήταν η βάση κάθε μεταρρυθμιστικής ενέργειας αλλά απαιτούσε και την παράλληλη ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, με σκοπό οι ασθενείς που δεν εμφάνιζαν επικίνδυνη ψυχωτική διαταραχή, να καλύπτουν την ιατρική περίθαλψη κατ' οίκον ή στην κοινότητα του δήμου που υπάγονταν.
- Ø Από το 1991 και για 5 περίπου έτη, ξεκινά μια μεταβατική περίοδος με την συμμετοχή μιας ειδικής ευρωπαϊκής επιτροπής, η οποία στηριζόμενη στον κανονισμό 4130/88, αναγκάζει το κράτος να προχωρήσει εκ νέου σε προγράμματα εγκατάστασης της κοινοτικής ψυχικής υγείας και το 1995 η

Ελλάδα καταφέρνει να λειτουργεί με καινούργιους ψυχιατρικούς χώρους, όπου η περίθαλψη παρέχεται σε ξενώνες – οικοτροφεία – κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα σε ψυχιατρικά τμήματα που εδρεύουν εντός των νοσοκομειακών μονάδων.

- Ø Η πιο ουσιώδης όμως, για την Ελλάδα περίοδος, διακρίνεται στα τέλη 19<sup>ου</sup> με αρχές 20<sup>ου</sup> αιώνα, όπου θεμελιώνονται οι δυο σημαντικότεροι άξονες του ψυχιατρικού κλάδου, η εφαρμογή των ψυχολογικών μεθόδων του ψυχιάτρου Freud και η χρησιμοποίηση των βιολογικών θεραπειών σε ψυχικές νόσους.
- Ø Αυτό επιτυγχάνεται με την συνεργασία της ψυχιατρικής, της ανώτερης των προαναφερθέντων κλάδων, επιστήμης με σχετιζόμενους τομείς όπως επιδημιολογία της δημόσιας υγείας, κοινωνιολογίας (για εξερεύνηση των κοινωνικών φαινομένων), αλλά και με επιμέρους επιστημονικών τομέων, όπως η κοινωνική ανθρωπολογία, η ψυχανάλυση, η ψυχοθεραπεία και η παιδοψυχιατρική.
- Ø Σήμερα, η ψυχιατρική, ως αυτόνομη επιστήμη, έχει απορρίψει κάθε υπόλειμμα κοινωνικού αποκλεισμού και διαθέτει ένα μεγάλο μέρος καινοτόμων τεχνικών, ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και φαρμακευτικής δράσης, που μπορεί να στοχεύει σε υψηλά ποσοστά επιτυχίας των ψυχικών νόσων.
- Ø Η ψυχική υγιεινή είτε με την μορφή της κοινοτικής παρέμβασης είτε με την κοινωνική της όψη, οφείλει να αποτελεί μέτρο της δημόσιας υγείας, τόσο σε ατομικό όσο και κοινοτικό και κρατικό επίπεδο.
- Ø Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, διακρίνονται σε δυο σκέλη, τις θεσμοθετημένες και τις άτυπες.



- Ø Παρατηρούνται συνεχείς μεταρρυθμιστικές διεργασίες στο σύνολο των συστημάτων υγείας που στοχεύουν στην ανάδειξη της χρησιμότητας της Π.Φ.Υ εντός του κοινοτικού πλαισίου.
- Ø Η παγκόσμια κοινωνικοοικονομική κρίση, που στερεί τους πόρους στα διάφορα ιδρύματα, ίσως είναι τελικά η κινητήριος δύναμη που αναγκάζει την κάθε πολιτεία να επανασχεδιάσει την αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών.
- Ø Έχουμε πλέον την κοινότητα σαν αποδέκτη αυτών των ανθρώπων αλλά υπάρχει μια τεράστια εμπλοκή φορέων και ειδικοτήτων για την στήριξη και αποασυλοποίησή τους. Η ακαδημαϊκή κοινότητα όμως οφείλει να εφοδιάσει τους ψυχιάτρους και με δεξιότητες προσέγγισης των ψυχικά ασθενών λόγω των πολύπλοκων αναγκών τους μέσα στην κοινότητα.
- Ø Τα διάφορα παραδοσιακά μοντέλα που εξυπηρετούσαν τους ψυχικά ασθενείς έδιναν περισσότερη σημασία στην φαρμακολογική στήριξη και σε μια υποτυπώδη δεκαπεντάλεπτη συζήτηση. Το νέο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο με την θεώρηση πως ο άνθρωπος είναι ένα <<όλον>>, με σώμα, ψυχή και κοινωνικό περιβάλλον προτείνει μια ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση και θεραπεία του σύγχρονου ανθρώπου.
- Ø Η απομάκρυνση από το αυστηρά βιολογικό μοντέλο φαίνεται να ανοίγει νέους δρόμους θεραπείας και συνεργασίας ανάμεσα στις ειδικότητες υγείας με γνώμονα την εξειδικευμένη παροχή βοήθειας στις ανάγκες και τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή.
- Ø Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση των ασθενών με βάση την ενσυναίσθηση, την κατανόηση και το σεβασμό αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων.

- Ø Η διαδικασία λήψης ιστορικού θεωρείται μια διαδικασία δυναμική, διερευνώντας παραμέτρους και της κοινωνικής ζωής του ατόμου, που μπορεί να φαίνονται άσχετες, όμως είναι αυτές που τις περισσότερες φορές ανοίγουν τον δρόμο της σωστής διάγνωσης και της κατάλληλης, για το κάθε άτομο ξεχωριστά, θεραπείας.
- Ø Ο ΠΟΥ διακηρύσσει ότι δεν μπορεί να υπάρχει υγεία, χωρίς ψυχική υγεία και ότι δεν μπορεί να μην συνδέεται η ψυχική υγεία με το κοινωνικό-οικογενειακό-εργασιακό περιβάλλον του ατόμου. Όταν κάποιος από αυτούς τους παράγοντες πάσχει όλο το άτομο πάσχει και ανάλογα με το μέγεθος του προβλήματος επηρεάζει και την ψυχή του ατόμου εμφανίζοντας επιπτώσεις στην ψυχική του υγεία.
- Ø Η εργασία, οι σχέσεις, η οικογένεια αλληλοεπηρεάζονται και το κράτος θα πρέπει να έχει ενεργές δομές, ώστε να τις αποκαταστήσει. Η στήριξη φτωχών οικογενειών, η μείωση της ανεργίας θεωρείται δεδομένη, για να έχουμε πολίτες ψυχοσωματικά υγιείς.
- Ø Εύκολα, άτομα με ψυχωτικά σύνδρομα αποκλείοντα κοινωνικά και οδηγούνται στην απώλεια βασικών συνταγματικών δικαιωμάτων του πολίτη (μόρφωση, υγεία, εργασία, πολιτισμός), στην αποδιοργάνωση των οικογενειών τους, στην περιθωριοποίηση, στην εγκληματικότητα.
- Ø Το recovery model προτάθηκε στον αντίποδα της παθολογίας και της ασθένειας, οδηγώντας των ασθενή σε μια ζωή εκπαίδευσης σε νέες δεξιότητες και απασχόλησης σε πραγματικές συνθήκες εργασίας που σταδιακά οδηγούν στην αυτόνομη διαβίωση.
- Ø Σκεπτόμενοι έτσι αβίαστα συμπεραίνουμε πως κανένας άνθρωπος δεν αναρρώνει όντας σε απομόνωση. Το recovery model είναι στενά συνδεδεμένο με την κοινωνική ένταξη και την νοηματοδότηση των

κοινωνικών ρόλων των ατόμων σε τοπικές κοινότητες και όχι σε απομονωμένες υπηρεσίες. Από αυτή την δικτύωση και στήριξη δεν παραλείπεται και η οικογένεια με την συμμετοχή της όπου είναι αναγκαία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αγγελόπουλος, Νικηφόρος, (2009), Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Λειβαδίτης, Μίλτος, (2003), Πολιτισμός και Ψυχιατρική, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Λύκουρας, Λευτέρης, (2009), Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Μαδιανός, Μιχάλης, (2006), Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Μπιλανάκης, Νικόλαος, (2004), Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα, Εκδόσεις ΟΔΥΣΣΕΑΣ, Αθήνα

Παπαδημητρίου, Γεώργιος, (2013), Σύγχρονη Ψυχιατρική, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Ραγιά, Αφροδίτη, (2009), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα

Σακελλαρόπουλος, Παναγιώτης, (2005), Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Στυλιανίδης, Στέλιος, (2014), Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής, Εκδότης Τόπος, Αθήνα

Συλλογικό έργο, (2005), Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Συλλογικό έργο, (2011), Εφαρμοσμένη Κοινοτική Νοσηλευτική, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Τζανάκης, Μανώλης, (2008), Πέραν του Ασύλου – Η Κοινοτική Ψυχιατρική και το Ζήτημα του Υποκειμένου, Εκδότης: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών και Επιστημών του Ανθρώπου, Αθήνα

Χονδρός, Παναγιώτης, (2008), Κοινότητα και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα

Χριστοδούλου, Γεώργιος, (2004), Ψυχιατρική, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Royes, Sterling Alean, (2001), Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Vincent, Karen, (2001), Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Yalom, Irvin, (2003), Θρησκεία και Ψυχιατρική, Εκδόσεις Άγρα, Αθήνα

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE>
2. [http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_problems/mental\\_health/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_el.htm)
3. <http://www.epanad.gov.gr/default.asp?pid=37&la=1>
4. <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=11391&nt=19>,
5. [http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/04/blog-post\\_2049.html](http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/04/blog-post_2049.html)
6. <http://www.i-psyxologos.gr/psixoseis/>
7. <https://christostsantis.com/2016/03/19/%CE%BB%CE%AD%CF%81%CE%BF%CF%82-%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B1-%CE%BC%CE%B9%CE%B1%CF%82-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%B1%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%AF%CE%B1%CF%82/>
8. <https://athens.indymedia.org/post/1566167/>
9. <https://www.e-psychology.gr/diafora-themata-psychologias/43-istoriki-anadromi-psychopathologias.html>

10. <http://tvxs.gr/news/politismos/psyxiatriki-einai-toy-mixali-papaggeli>
  
11. [http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/F584360C65871FE2C2257A1E00273631/\\$file/%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20090412.pdf?OpenElement](http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/F584360C65871FE2C2257A1E00273631/$file/%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20090412.pdf?OpenElement)
  
12. <http://www.maxmag.gr/psychologia/viopsychokinoniko-montelo-tis-ygias/>
  
13. <http://www.i-psyxologos.gr/psixoseis/>