



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



## ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αποϊδρυματοποίηση και Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση χρόνιων  
ψυχικά πασχόντων - Μελέτη περίπτωσης**

**Λάτρα Σταματία**

Νοσηλεύτρια

### ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Ξηρομερίτης Αθανάσιος**, Ψυχίατρος, Ψυχοθεραπευτής, Ειδικός Γενικής Ιατρικής, Διδάκτωρ Παν/μίου Μπολόνιας/Ιταλίας, Διδάκτωρ Παν/μίου Θεσσαλίας, MSc Κοινωνικής Ψυχιατρικής/Παιδοψυχιατρικής Παν/μίου Ιωαννίνων, Επιμελητής Α΄, τμήματος Ιατρικής Παν. Νοσοκομείου Λάρισας, (Επιβλέπων Καθηγητής)

**Μπακούρας Σιδέρης**, Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Παν/μίου Bochum - Γερμανία, Συνταξιούχος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Λάρισας (Μέλος Τριμελούς Επιτροπής)

**Καραουλάνης Σωκράτης**, Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Παν/μίου Θεσσαλίας, MSc ΠΦΥ Παν/μίου Θεσσαλίας, Επιμελητής Β΄, τμήματος Ιατρικής Παν. Νοσοκομείου Λάρισας (Μέλος Τριμελούς Επιτροπής)

**ΛΑΡΙΣΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2015**



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



## **Deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation of chronic mentally ill patients - Case Study**

**Larisa, June 2015**

## Περιεχόμενα

Σελ:

Περίληψη .....	6
Abstract .....	8
Εισαγωγή .....	9

### Γενικό Μέρος

<b>1. Μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας .....</b>	<b>13</b>
1.1 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση – Αποϊδρυματοποίηση .....	13
1.2 Νόμος 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» .....	17
1.3 «Ψυχαργός» .....	20
1.3.1 Α' φάση .....	21
1.3.2 Β' φάση .....	23
1.3.3 Γ' Φάση (2011-2020) .....	24
<b>2. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.....</b>	<b>29</b>
2.1 Η έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης .....	29
2.2 Αποϊδρυματισμός μέσω των προγραμμάτων αποκατάστασης .....	30
2.2.1 Δομές περίθαλψης .....	31
2.3 Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης .....	33

### Ειδικό μέρος

<b>3.Ειδικό μέρος .....</b>	<b>38</b>
3.1 Ξενώνας .....	38
3.2 Προστατευμένα διαμερίσματα .....	38

3.3 Μεθοδολογία μελέτης .....	39
3.3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα .....	39
3.3.2 Μέθοδος και Πληθυσμός μελέτης .....	40
3.3.3 Εργαλεία μελέτης .....	41
<b>4. Αποτελέσματα .....</b>	<b>43</b>
4.1 Περιγραφή του Ξενώνα « <u>Αργίσα</u> » .....	43
4.1.1. Επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση .....	47
4.1.2 Εργασία με την κοινότητα .....	48
4.1.3 Εργασία με τις οικογένειες .....	49
4.1.4 Εργασία με φορείς .....	49
4.1.5 Κύριοι στόχοι της Θεραπευτικής Ομάδας.....	49
4.2 Προστατευμένα Διαμερίσματα .....	51
4.3 Περιγραφή του Διαμερίσματος .....	52
4.4 Η περίπτωση των ενοίκων του Ξενώνα «Αργίσα» .....	54
4.4.1 Ιστορικό της Β. ....	54
4.4.2 Ιστορικό του Σ. ....	55
4.4.3 Συνύπαρξη των δύο ενοίκων στον Ξενώνα .....	58
4.4.4 Προετοιμασία για το διαμέρισμα .....	59
4.4.5 Συμβίωση στο Διαμέρισμα .....	59
4.4.6 Προετοιμασία γάμου .....	61
4.4.7 Τέλεση μυστηρίου .....	62
4.4.8 Συναισθήματα και συμπεριφορές μετά τον γάμο .....	62
4.4.9 Υφιστάμενη κατάσταση .....	64
4.5 Συνεντεύξεις των δύο ενοίκων .....	64

<b>5. Συμπεράσματα - Συζήτηση .....</b>	<b>66</b>
<b>6. Επίλογος .....</b>	<b>68</b>
<b>Βιβλιογραφικές αναφορές .....</b>	<b>69</b>
<b>Παράρτημα .....</b>	<b>72</b>

## **Ευχαριστίες**

Ευχαριστώ θερμά τον κ. Ξηρομερίτη, τον επιβλέποντα της παρούσας εργασίας για τη βοήθεια, την επιστημονική καθοδήγηση μέσω του ερευνητικού του υλικού και τη συνεχή υποστήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Επιπλέον ευχαριστώ τον κ. Μπακούρα καθώς και τον κ. Καραουλάνη που ήταν συνεπιβλέποντες στην παρούσα μελέτη.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά όλη την πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Αργίσσα καθώς και τους ενοίκους για τη συνέντευξη που μου παραχώρησαν.

## Περίληψη

Σκοπός της παρούσας περιγραφικής μελέτης είναι να διερευνηθούν ένα - ένα τα βήματα από το «Άσυλο στην κοινότητα» και εάν τελικά επιτυγχάνεται ο στόχος ο οποίος είναι η αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών και η επανένταξη τους στην κοινότητα. Για την επίτευξη του σκοπού της, η εν λόγω μελέτη χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται ανασκόπηση και μελέτη της βιβλιογραφίας όσον αφορά την μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας. Εκτιμάται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η αποϊδρυματοποίηση, ο Νόμος 2716/99: «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» και το πρόγραμμα «Ψυχαγωγός» σε όλες του τις φάσεις. Επιπλέον ερευνάται βιβλιογραφικά, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνια ψυχικά ασθενών δίνοντας έμφαση στον αποϊδρυματισμό μέσω των προγραμμάτων αποκατάστασης, τις δομές περίθαλψης και τις μονάδες και τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αυτών. Στο δεύτερο ειδικό μέρος της μελέτης αυτής, περιγράφεται η περίπτωση αποϊδρυματοποίησης και ψυχοκοινωνικής επανένταξης στην κοινότητα δυο πρώην ασθενών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου, οι οποίοι μεταφέρθηκαν αρχικά στον ξενώνα (μεταβατικής δομής) και στη συνέχεια μεταφορά τους σε προστατευόμενο διαμέρισμα (περιορισμένης εποπτείας) του Γ. Ν. Λάρισας. Σ' αυτό το ειδικό μέρος, αναλύονται η μεθοδολογία, ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα, ο πληθυσμός και τα εργαλεία της μελέτης. Επίσης, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης που αφορούν τον ξενώνα «Αργίσα» καθώς και της περίπτωσης των ενοίκων. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι τόσο τα ιατρικά ιστορικά και οι ιατρικοί φάκελοι - κοινωνικοί και νοσηλευτικοί - των ασθενών, τα καταγεγραμμένα στοιχεία της επικοινωνίας των ενοίκων με την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα (ΠΘΟ), τη συμπλήρωση σχετικών ερωτηματολογίων της ΜΥΠΕΠ από το πρόσωπο αναφοράς και την ψυχολόγο, όπως επίσης από την ετήσια έκθεση αξιολόγησης της ψυχολόγου, τις εβδομαδιαίες συναντήσεις των μελών της ΠΘΟ και τις ατομικές συνεδρίες με τους θεραπευτές. Επίσης σημαντικό εργαλείο εκτίμησης της μελέτης είναι η προσωπική συνέντευξη με κάθε ένοικο και η προσωπική εκτίμηση αυτού, όσον αφορά την εξέλιξη της αποϊδρυματοποίησή του. Στα **αποτελέσματα** φαίνεται ξεκάθαρα πως οι δυο ένοικοι, βιώνοντας τη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης έχουν βελτιώσει τη λειτουργικότητά τους, την αυτοεκτίμησή τους μειώνοντας τα μεσοδιαστήματα υποτροπής τους. Σε όλη τη διαδικασία της μετάβασης καταλυτικό ρόλο παίζει η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα καθώς και ο ψυχίατρος που παρακολουθεί τους ασθενείς. Τα **συμπεράσματα** από την παραπάνω περιγραφική μελέτη επιβεβαιώνουν τους στόχους της «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης». Κλείνοντας τα Ψυχιατρεία και δημιουργώντας μονάδες ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης όπως οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα έχει αλλάξει η ζωή των χρόνιων ψυχικά πασχόντων, έχουν βελτιωθεί οι συνθήκες νοσηλείας και γενικότερα φροντίδας. Η λειτουργία των

αποκαταστασιακών δομών μέσα στην κοινότητα αποτελούν ένα σταθερό δείγμα αντιμετώπισης του στίγματος για την ψυχική νόσο. Με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ελαττώνονται τα συμπτώματα της ψυχικής αρρώστιας, της μειονεξίας και της ανημποριάς, ενισχύοντας την εκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.

**Λέξεις κλειδιά:** Αποϊδρυματοποίηση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ψυχιατρική μεταρρύθμιση



## **Abstract**

The purpose of this descriptive study is to investigate one by one the steps from the 'asylum' to the 'community' and if the goal is achieved, which is the deinstitutionalisation of chronic mental patients and their reintegration into the community. To achieve its objective, this study is divided into two parts. The first part gives an overview of the literature concerning the reform of mental health services. It is an assessment of the psychiatric reform, the deinstitutionalization, the Law 2716/99 "Development and modernization of mental health services and other provisions" and the program "Psychargos" in all its phases. Moreover it investigates the literature, for the psychosocial rehabilitation of the chronic mentally ill by emphasizing on the deinstitutionalization through rehabilitation, care structures and units and psychosocial rehabilitation programs. In the second part of this study, there is the case of deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation in the community of two former patients of the Psychiatric Hospital of Petra Olympus, who were initially transferred to the hostel (transitional structure) and then to a protected partition (limited supervision) G. H. Larissa. In this part, it is analysed the methodology, the purpose, the research questions, the people and the tools of the study. Also there are presented the study results concerning the hostel "Argissa" and the case of the occupants. The tools used are both medical histories and medical records - social and nursing - of the patients, the records of communication between the occupants and the Multidisciplinary Treatment Group (PTH), the completion of relevant questionnaires MYPEP by the reference person and the psychologist as well as the annual evaluation report of the psychologist, the weekly meetings of the members of PTH and individual sessions with therapists. Also important assessment tool of the study is the personal interview with each occupant and the personal assessment on the evolution of the deinstitutionalisation. Finally, it can be clearly seen that the two occupants, experiencing the process of de-institutionalization have improved their functionality, their self-esteem by reducing their recurrence intervals. Throughout the transition process, catalytic role played the multidisciplinary therapeutic team and the psychiatrist who monitors patients. The conclusions from the above descriptive study confirm to the "Psychiatric Reform". Closing, the mental hospitals, the creation of psychosocial and vocational rehabilitation units as boarding houses, the guest houses and finally the sheltered apartments have both changed the life of chronic mentally ill and improved the nursing and general care conditions. The operation of these structures in the community is a constant sample of facing the stigma of mental illness. The psychosocial rehabilitation reduced the symptoms of mental illness, disability and helplessness, enhancing respect and trust in themselves.

**Keywords: Deinstitutionalization, psychosocial rehabilitation, psychiatric reform**

## Εισαγωγή

Οι άνθρωποι στην εξελικτική πορεία της ψυχιατρικής έχουν πραγματοποιήσει μακροχρόνιες προσπάθειες να κατανοήσουν τα προβλήματα και την αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας. Ωστόσο στις διάφορες ιστορικές περιόδους παρ' όλες τις έντονα αντίθετες αντιλήψεις που επικρατούσαν γύρω από την έννοια της ψυχικής ασθένειας, το κοινό που υπήρχε μεταξύ τους ήταν η αντίληψη, ότι η ψυχική ασθένεια είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την επικινδυνότητα. Ουσιαστικά θεωρούσαν τον τρελό ως ένα αμαρτωλό και κακό άτομο που είναι ικανό να διαπράξει βίαιες και εγκληματικές πράξεις. Οι διάφορες απόψεις μεταβάλλονται στη διάρκεια των χρόνων ανάλογα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν, καθώς και το επίπεδο ανάπτυξης της επιστημονικής γνώσης (Τσαλίκου, 1987).

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που αρχίζοντας από την επιληψία (η οποία θεωρείτο η «ερή νόσος» της ανθρωπότητας) αναφέρει ότι αυτή οφείλεται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε μεταφυσικές δυνάμεις, όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού. Ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις πιο βασικές ψυχικές διαταραχές - τις φρενιτίδες- και τους έδωσε ονόματα που χρησιμοποιούμε ακόμα και σήμερα, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε ολόκληρο τον κόσμο, τη λεγόμενη υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια.

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση ή σύσταση ή θερμοκρασία των τεσσάρων χυμών του σώματος - αίμα, λέμφο, κίτρινη και μαύρη χολή - . Έτσι ο ανθρώπινος χαρακτήρας προσδιορίζεται από την αναλογία των σωματικών αυτών χυμών που κατά το ιπποκράτειο σύστημα διακρίνεται σε αιματώδη, λεμφατικό και χολερικό.

Παρόμοιες απόψεις με τον Ιπποκράτη για την προέλευση των ψυχικών διαταραχών είχαν και κάποιοι φιλόσοφοι όπως ο Δημόκριτος (που επηρέασε άμεσα τη θεωρία του Ιπποκράτη) και ο Αριστοτέλης ο οποίος προτείνει το θέατρο για τη κάθαρση από τις ψυχικές ασθένειες (Χαρτοκόλλη, 1991).

Η άποψη του Th. Szasz για την ψυχική ασθένεια, κατά την οποία η ψυχιατρική ετικέτα εξαρτάται περισσότερο από την κοινωνική περίσταση, τις κοινωνικές πιέσεις μαζί μ' ένα πρωτόγονο είδος ψυχιατρικής λογικής που ενθαρρύνει τους ψυχιάτρους να χρησιμοποιήσουν οποιαδήποτε ψυχιατρική έννοια και να διατυπώσουν τις μορφές της παθολογικής συμπεριφοράς (Szasz, 1989).

Κάτι αντίστοιχο διαφαίνεται και στην άποψη του K. Γρίβα για την ψυχική ασθένεια, αφού αναφέρει ότι *«πρόκειται για μια συγχυτική, κατακερματισμένη και αδιέξοδη απάντηση της ατομικής προσωπικότητας, στη σύγχυση, τον κατακερματισμό και το αδιέξοδο που της επιβάλλει μια νοσογόνα κοινωνική δομή. Είναι η τραγικότερη, ολοκληρωτικά αλλοτριωμένη, ατομική αντίδραση στην απόλυτα*

*αλλοτριωτική δράση μιας κοινωνικής δομής που λειτουργεί με στόχο την καθυπόταξη και όχι την εξυπηρέτηση των μελών της. Και αυτό σημαίνει πως κάθε απόπειρα για προσέγγισή της, προϋποθέτει πριν απ' όλα έρευνα στο χώρο της κοινωνικής και όχι της σωματικής παθολογίας» (Γρίβας, 1987 σελ. 17).*

Οι προκαταλήψεις για την ψυχική νόσο, εστιάζονται στην ελλειμματική, παράξενη συμπεριφορά, στο ακαταλόγιστο των πράξεων και στο ιστορικό αναγκαστικής νοσηλείας. Τέλος η παραπληροφόρηση για την ψυχική διαταραχή μιλά για αυτοπροκαλούμενο νόσημα, χρόνιας μορφής που δεν θεραπεύεται, ο ασθενής πρέπει να παίρνει πάντα τα φάρμακα του για να είναι καλά και βέβαια ότι όλα αυτά συσχετίζονται με την βίαιη συμπεριφορά και εγκληματικότητα.

Το στίγμα και οι προκαταλήψεις απέναντι στον ψυχιατρικό ασθενή οδήγησαν στην μακρόχρονη νοσηλεία και «ασυλοποίηση» σημαντικού αριθμού ψυχικά χρονίων πασχόντων σε νοσοκομειακά ιδρύματα στην Ελλάδα. Προς αποφυγή της στιγματοποίησης οδηγήθηκαν μέλη οικογένειες σε απομόνωση σε Ιδρύματα. Οι ψυχικά ασθενείς πήραν τον ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου στην οικογένεια και την κοινωνία και οδηγήθηκαν σε απομόνωση και κοινωνικό αποκλεισμό.

Όταν γίνεται λόγος για Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση εννοείται η υπέρβαση του ασύλου και η αντικατάσταση αυτού από ένα πλέγμα κοινοτικών ψυχιατρικών δομών, που θα ανταποκρίνεται με σφαιρικότητα σε κάθε ψυχιατρικό αίτημα, σε αντίθεση με την απλοποιητική αντιμετώπιση που υπάρχει στα άσυλα. Ακόμη οι κοινοτικές αυτές δομές θα καταργήσουν τα άσυλα και δε θα δημιουργούν προϋποθέσεις για την επιστροφή κάποιου ασθενούς σε αυτά. Γίνεται λόγος για ένα ανοιχτό κοινοτικό σύστημα που θα αντιμετωπίζει καλύτερα το λεγόμενο «*πρόβλημα της επικινδυνότητας*» των ψυχικά ασθενών (Κοκκινάκος, 2004).

Έτσι ξεκίνησε η ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Μετά από οργανωμένες καταγγελίες στην Ελλάδα στα τέλη του 1980 για τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης των εγκλείστων του ψυχιατρείου της Λέρου, το 1989 ξεκίνησε μια πρωτοβουλία μεταρρύθμισης στο κακόφημο περίπτερο 16 «των γυμνών» με συνεργασία μιας ομάδας προσωπικού της Λέρου, της μονάδας επανένταξης του ΨΝΘ με υπεύθυνο τον Κ. Μπαϊρακτάρη και μιας ομάδας εθελοντών από το τμήμα ψυχολογίας του Α.Π.Θ. Βασικός παράγοντας που συνέβαλε στο τέλμα αυτό της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η δημιουργία ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών εταιριών, που διαχειρίζονται ξενώνες και οικοτροφεία και μαζί με αυτά και τις ανθρώπινες ζωές που υπάρχουν εκεί εμπορευματοποιώντας τες με κάθε τρόπο.

Η διαχείριση αυτή, από τις μη κερδοσκοπικές εταιρίες, γίνεται εδώ και 25 χρόνια με συγχρηματοδοτούμενα, με την Ε.Ε., προγράμματα. Όμως το ελληνικό κράτος χρησιμοποιούσε τα χρήματα που προορίζονταν για τη μεταρρύθμιση, σαν ευκαιρία απορρόφησης κονδυλίων, με αποτέλεσμα κυρίως τα τρία τελευταία χρόνια η κατάσταση να έχει φτάσει στο απροχώρητο.

Τέλος η ψυχιατρική μεταρρύθμιση επικεντρώθηκε στη δημιουργία εξωνοσοκομειακών στεγαστικών δομών, δηλαδή προέβη σε μεταστέγαση των χρόνιων εγκλείστων των ασύλων, χωρίς όμως η λειτουργία και η κουλτούρα των δομών να αλλάζει. Έτσι δεν τέθηκε σε αμφισβήτηση η επικρατούσα «λογική» του ασύλου (Μπαϊρακτάρης, 2004).

Το 1990 μετά τον ολοκληρωτικό διασυσμό της χώρας και την διακοπή της χρηματοδότησης για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ξεκίνησαν με πάρα πολλές δυσκολίες προγράμματα χρηματοδοτούμενα από την Ε.Ε (αρχικά Λέρος 1 και 2 και αργότερα το Ψυχαργός) (Λουκάς, 2004).

Σκοπός της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα είναι ο εκσυγχρονισμός της ψυχιατρικής περίθαλψης και της φροντίδας της ψυχικής υγείας. Ο εκσυγχρονισμός αυτός είναι ζωτικής σημασίας διότι η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της υγείας και η καλή της κατάσταση αποτελεί προϋπόθεση για την αίσθηση συνολικής ευεξίας και καλής ποιότητας ζωής του ατόμου.

Όπως εύστοχα παρατηρούν οι Campbell et al (Burns, 2004), *«η ψυχική νόσος θέτει τέτοιες απαιτήσεις στο σύστημα υγείας, που καμιά ειδικότητα ή υπηρεσία δεν μπορεί από μόνη της να αντιμετωπίσει»*.

Στην Ελλάδα ο τομέας της ψυχιατρικής περίθαλψης χαρακτηριζόταν από την παντοδύναμη (και μοναδική) παρουσία του ψυχιατρικού νοσοκομείου ως τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Συνεπώς η ανάγκη της μετάβασης σε ένα κοινοτικά προσανατολισμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ήταν και είναι επιτακτική. Αυτή η μετάβαση από την ασυλική Ψυχιατρική (κλειστά νοσηλευτήρια, ιδρυματικού τύπου αποκομμένα από την κοινωνία και την ίδια τη ζωή) στην Κοινωνική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, με την ανάπτυξη συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, αποτελεί στις μέρες μας γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στο τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Η ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83) αποτελεί την αρχή της ριζικής μεταρρύθμισης των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας. Με την οικονομική ενίσχυση της τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84) άρχισε η διαδικασία της αποασυλοποίησης, βελτίωση των συνθηκών υγείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεωρείται η αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας και αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο. Η

ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται στενά με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής (Williams & Williams-Morris, 2000).

Αποϊδρυματοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα. Ταυτόχρονα, αναδύεται η Κοινωνική Ψυχιατρική, ως διεπιστημονική προσέγγιση του ανθρώπου, στοχεύοντας τόσο στην έρευνα, όσο και την παροχή κοινοτικών θεραπευτικών υπηρεσιών, που συνιστούν την Κοινοτική Ψυχιατρική. Η Κοινοτική Ψυχιατρική αφορά την παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς εντός της κοινότητας, χωρίς να τους απομακρύνει από το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας. Υποστηρίζει τη δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών φροντίδας και προωθεί την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, η οποία προωθεί τα άτομα με έκπτωση της λειτουργικότητάς τους, λόγω μιας ψυχονοητικής διαταραχής, να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα (Oud et al, 2007). Περιλαμβάνει τη διαρκή βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων και της λειτουργικότητας των ατόμων αυτών, ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων τους, διασφάλιση της ποιότητας ζωής, της ποιότητας στη φροντίδα και της αυτόνομης διαβίωσής τους στην κοινότητα (Κυλούδης Π., Τανανάκη Μ., Ρεκλείτη Μ., 2012).

## Γενικό Μέρος

### 1. Μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας

#### 1.1 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση – Αποϊδρυματοποίηση

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συντά- από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην *Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική* και στην *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση* (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στην Ελλάδα με την ψήφιση του νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ») ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο νόμος 2071/92 αποτέλεσε έναν ακόμη σταθμό, αφού για πρώτη φορά έγινε εκτεταμένη αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ρυθμίστηκαν σύμφωνα με σύγχρονες αντιλήψεις ζητήματα που αφορούν την ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

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

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

Είναι γεγονός πως τις τελευταίες δεκαετίες, από τα μέσα περίπου του 20ου αιώνα και έπειτα, άρχισε σταδιακά να επικρατεί ένα καινούριο και καθ’ όλα ριζοσπαστικό μοντέλο ψυχιατρικής που

ονομάστηκε διεθνώς: *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και στόχευε στην αποασυλοποίηση και το «λουκέτο» των ψυχιατρικών ιδρυμάτων.*

Φυσικά, η αποασυλοποίηση αποτελεί μια πτυχή, ουσιαστική βέβαια, της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που δεν εξαντλείται μόνο σ' αυτή. Η ποιότητα ζωής, η κάλυψη των αναγκών του ασθενή είναι κάποιοι από τους στόχους της κίνησης αυτής με απώτερο σκοπό τον αποϊδρυματισμό χρόνιων ψυχιατρικών νοσηλευομένων που συνεπάγεται τη μείωση ή ακόμα και την κατάργηση των ψυχιατρικών ασύλων.

Η διεργασία αυτή απέκτησε πολλούς θιασώτες κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης, ενώ αποφασιστικής σημασίας παράγοντας για τις εξελίξεις στον χώρο της ψυχιατρικής, υπήρξε η συνειδητοποίηση της ανάγκης για μια ουσιώδη αλλαγή στην φιλοσοφία της αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας (Δαμίγος, 2003).

Ορισμένες χώρες υιοθέτησαν μια μετάβαση σημαντικής κλίμακας, από συστήματα βασισμένα σε νοσοκομειακές μονάδες σε συστήματα βασισμένα στην κοινότητα, πράγμα που οδήγησε σε σοβαρή μείωση του αριθμού των κλινών στα ψυχιατρεία, και, σε μερικές περιπτώσεις, το κλείσιμό τους. Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση του 1978 στην Ιταλία είναι γλαφυρό παράδειγμα αυτής της τάσης: έκλεισαν τα ψυχιατρεία και αντικαταστάθηκαν από μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών στο επίπεδο της κοινότητας, οι οποίες προσέφεραν ψυχιατρική φροντίδα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και αντιμετώπιζαν θεραπευτικά τα οξέα επεισόδια. Άρχισαν προγράμματα προστατευόμενης στέγασης και εργασίας, ώστε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να έχουν περισσότερες ευκαιρίες ένταξης στην κοινότητα.

Οι ακόλουθες πόλεις, μεταξύ άλλων σε όλο τον κόσμο, έχουν οργανωμένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας: η Μελβούρνη στην Αυστραλία, το Santos και το Rio Grandedo Sol στη Βραζιλία, η Λύλλη στη Γαλλία, η Siauliai στη Λιθουανία, η Αστούριας και η Μαδρίτη στην Ισπανία, και το Λονδίνο και το Μπίρνμινχαμ στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, ο αποϊδρυματισμός δεν συνοδεύτηκε, δυστυχώς, από την ανάπτυξη κατάλληλων κοινοτικών υπηρεσιών. Υπήρχε η λανθασμένη εντύπωση, ότι οι εναλλακτικές μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης στο κοινοτικό επίπεδο θα ήταν περισσότερο αποδοτικές οικονομικά και ότι οι κυβερνήσεις θα είχαν τη δυνατότητα να διαμοιράσουν το κόστος θεραπείας σε άλλους εμπλεκόμενους.

Ο αποϊδρυματισμός δεν συνοδεύεται από επαρκή χρηματοδότηση και έμφυχο υλικό, ώστε να δημιουργηθούν οι εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες. Πρόσφατες αναφορές από το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ δείχνουν, ότι οι υπηρεσίες είναι αποδιοργανωμένες λόγω περιορισμένου προϋπολογισμού και σύγχυσης των κυρίως εμπλεκόμενων, ως προς το ποιος ευθύνεται για την χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο (Sharftein, 1996).

Στον Ελλαδικό χώρο, τα ρεύματα και τα κινήματα που προσανατολίζονται σε μία Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση αργούν να κάνουν την εμφάνισή τους για αρκετό καιρό, και μόλις τη δεκαετία του 80' θεσμοθετείται για πρώτη φορά η προσπάθεια μεταρρύθμισης της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Δύο σημαντικά γεγονότα υπήρξαν ορόσημο για το ουσιαστικό ξεκίνημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Στις αρχές της δεκαετίας του 80' θεσπίζεται ο ευρωπαϊκός κοινοτικός κανονισμός 815/84 που παίρνει τη μορφή μιας έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης που αποσκοπεί στην αποασυλοποίηση χρόνιων νοσηλευομένων σε ψυχιατρικές κλινικές, στην ενίσχυση της προσπάθειας για κοινοτική περίθαλψη και τη βελτίωση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας. Η χρηματοδότηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα έδινε επίσης τα εχέγγυα για την υλοποίηση προγραμμάτων που περιελάμβαναν εκτός των άλλων την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών μορφών περίθαλψης που μετατόπιζαν το βάρος στην κοινότητα, την κατάρτιση ειδικού προσωπικού και την ανάπτυξη κτιριακής υποδομής. Έπειτα, ως δεύτερο ορόσημο για τη διασφάλιση αυτή τη φορά της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, θεωρείται το πρόγραμμα «Ψυχαργός» που βρίσκεται υπό εξέλιξη και διακρίνεται σε τρεις φάσεις (Δαμίγος, 2003).

Αφορμή, βέβαια, για την κινητοποίηση αυτή θεωρείται η διεθνής κατακραυγή για τις συνθήκες που επικρατούσαν στο ψυχιατρείο της Λέρου. Η φήμη πέρασε τα σύνορα της Ελλάδας, ο διεθνής τύπος ασχολήθηκε συστηματικά με τη λεγόμενη «Αποικία ψυχοπαθών Λέρου» και η δημοσιότητα των άθλιων συνθηκών του ψυχιατρείου αποτέλεσε παράγοντα δραστηριοποίησης της τότε ΕΟΚ και οδήγησε στην έγκριση του κανονισμού 815/84.

Τελικά, το 1990 ξεκίνησε η παρέμβαση στο άσυλο της Λέρου, ύστερα από τις παραπάνω προσπάθειες που προηγήθηκαν από πλευράς ψυχιάτρων και ομάδων εθελοντών φοιτητών αλλά και από ξένους παράγοντες που συνέβαλαν στην ανάδειξη του ζητήματος. Ο κανονισμός του 815/84 ενώ για κάποια χρόνια φαινόταν πως είχε παγώσει, τη δεκαετία του 90' μπαίνει σε εφαρμογή και εγκρίνεται το ειδικό πρόγραμμα «Λέρος» που αποτελείται από δύο σχέδια. Το σχέδιο- 1 εξυπηρετεί τη δημιουργία οικοτροφείων στην ηπειρωτική Ελλάδα και το σχέδιο- 2 αποτελεί άμεση παρέμβαση για την κοινωνική επανένταξη των ασθενών και την αποϊδρυματοποίηση των χρονίως πασχόντων.

Το 1991 ξεκινά μια titάνια προσπάθεια στο ψυχιατρείο της Λέρου. Δημιουργήθηκαν 11 ξενώνες που ως σκοπό είχαν την επανένταξη 110 τροφίμων στους τόπους καταγωγής τους. Τα εμπόδια ήταν αρκετά, καθώς οι ασθενείς διέθεταν ένα δυσμενές ιστορικό που δεν επέτρεπε περαιτέρω αισιοδοξία, μιας και είχε επέλθει η λεγόμενη «ιδρυματοποίηση», και οι άρρωστοι ήταν πια μεγάλης ηλικίας, παρά όμως τις δυσκολίες το πρόγραμμα των ξενώνων φαίνεται πως πέτυχε αρκετούς από τους στόχους που είχε θέσει (Δαμίγος, 2003).

Η ευδοκίμηση του στόχου της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με πρώτο σταθμό το άσυλο της Λέρου, υπήρξε η πρώτη προτεραιότητα Ελλήνων και ξένων επιστημόνων της ψυχικής υγείας οι οποίοι



εγκαταστάθηκαν στο νησί, φέρνοντας μαζί τους τις ριζοσπαστικές τους ιδέες αλλά και την εργατικότητα τους με την αρωγή βεβαίως και των αρμόδιων επιτροπών της τότε ΕΟΚ, όμως η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν δύναται να κριθεί επιτυχημένη μόνο με την επίτευξη του στόχου της αποασυλοποίησης.

Ως δεύτερος σταθμός και εξέλιξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ορίζεται το εθνικό πρόγραμμα με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός». Το πρόγραμμα αυτό εκπονήθηκε κατά τα τέλη του 1995 από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ώστε να διασφαλιστεί απρόσκοπτα η πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα μετά το πάγωμα κονδυλίων από την Ε.Ε. Καθοριστική, πάντως, για την εξέλιξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας, υπήρξε η ψήφιση του νόμου 2716/99, στον οποίο παρεμπιπτόντως εντάσσονται και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί, για την «*Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας*» που αποσκοπούν στη θεσμική κατοχύρωση των συντελούμενων αλλαγών και δίνουν μια νέα δυναμική πνοή στο εγχείρημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Σύμφωνα, λοιπόν, με το νόμο 2716/99 στο άρθρο 1 αναφέρεται πως «*Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα*» (Νόμος 2716/99).

Ενώ στο άρθρο 2 αναφέρει «*Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος Νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της Πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας*» (Νόμος 2716/99).

Μετά την ένταξη της Ελλάδας στην Ε.Ε. υιοθετήθηκε ο Κανονισμός του Συμβουλίου της Ευρώπης 815/84 στις 24 Μαρτίου 1984, ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική στήριξη που αφορούσε τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα. Σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα δράσης για την ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία. Σημαντικό αποτέλεσμα του προγράμματος Ε.Ο.Κ. 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία,

προγραμμάτων προ- επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και τη δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα (Ψυχαργός Γ' 2011).

## **1.2 Νόμος 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις»**

Ο νόμος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (2716/99) ορίζει ότι:

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

Αναλυτικότερα, οι αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι οι ακόλουθες:

- Κάθε άτομο με ψυχικές διαταραχές έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται στην κοινότητα
- Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία
- Ενδυνάμωση χρηστών των υπηρεσιών
- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία
- Συνέχεια της Φροντίδας
- Παρέμβαση σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας και ανικανότητας
- Ευρύ φάσμα υπηρεσιών (θεραπευτικών και κοινωνικών) για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ΑμΨΔ
- Εξωστρεφείς- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες
- Συνεργασία με τους φροντιστές των ασθενών (ΠΟΥ, 2002; Ψυχαργός Γ', 2011)

Επιπρόσθετα, η ιδεολογία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Η παροχή αποτελεσματικών και αποδεκτών θεραπευτικών παρεμβάσεων υψηλής ποιότητας, με στόχο την μείωση της ψυχοπαθολογίας, τη βελτίωση της λειτουργικότητας και την πρόληψη ή μείωση της αναπηρίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών των υπηρεσιών.
- Η κατάργηση των ψυχιατρείων και η αντικατάστασή τους από δομές που λειτουργούν στο πλαίσιο της κοινότητας (Ψυχαργός Γ'2011).
- Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών από όλον τον πληθυσμό σε 24ωρη
- Λειτουργία και η συμβατότητά τους με τις ανάγκες των ασθενών.
- Η παροχή των κατάλληλων θεραπειών όποτε αυτές είναι αναγκαίες.
- Η συνέχεια στην φροντίδα για όσο χρόνο αυτή απαιτείται.
- Η προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και η πρόληψη της ψυχικής διαταραχής σε κάθε επίπεδο.
- Η προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών, των συγγενών και φροντιστών τους, του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της κοινότητας εν γένει.
- Η κατά το δυνατόν παροχή αποτελεσματικών εναλλακτικών θεραπευτικών σχημάτων, που προάγουν την ελεύθερη και ανεξάρτητη επιλογή από τους χρήστες των υπηρεσιών και τις οικογένειές τους.
- Ο συντονισμός μεταξύ του προσωπικού και των υπηρεσιών μεταξύ τους, δηλαδή η δημιουργία δικτύων συνεργαζομένων υπηρεσιών.
- Η λειτουργία πολυ-επαγγελματικών ομάδων στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Η ενδυνάμωση και υποστήριξη του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (εκπαίδευση, αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης – burn-out).
- Η θέσπιση και η δημιουργία οργάνων σε τοπικό επίπεδο και η αναφορά τους στις ανώτερες υπηρεσίες (ΥΥΚΑ, Τ.Ε.Ψ.Υ.), όπως και η αξιολόγησή τους (Τ.Ε.Ψ.Υ.), δηλαδή η δημιουργία ενός ιεραρχικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με δυνατότητα αναθεωρήσεων με βάση τα αποτελέσματα διαδικασιών αξιολόγησης (Ψυχαργός Γ'2011).

Ο νόμος 2716/99 είναι ο πρώτος νόμος που ρυθμίζει αποκλειστικά θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Στόχος του συγκεκριμένου νόμου είναι «η δημιουργία ενός ενιαίου αποκεντρωμένου και

αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας που να ανταποκρίνεται στις αυξημένες ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους». (αρ. φύλλου 165/21/8/1997).

## **Βασικές διατάξεις του νόμου**

Στο άρθρο 1 διατυπώνονται οι βασικές αρχές βάσει των οποίων οργανώνεται η ψυχική υγεία. Αυτές είναι η τομεοποίηση, η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η αποασυλοποίηση, τα προγράμματα επανένταξης, η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας, η κοινωνική επανένταξη και πληροφόρηση.

Το άρθρο 2 προβλέπει τη σύσταση γραφείων και επιτροπής προστασίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που αναφέρεται στην προστασία αυτών των ατόμων, καθώς και στην πρόσβαση τους σε προγράμματα αποκατάστασης.

Η παράγραφος 3 αναφέρεται στο δικαίωμα των ατόμων να λαμβάνουν νομική βοήθεια, εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, δικαίωμα αμφισβήτησης της ακούσιας νοσηλείας στα δικαστήρια, να έχουν πρόσβαση στα αρχεία που τους αφορούν, δικαίωμα να προστατεύουν την περιουσία τους και το δικαίωμα στην κοινωνική επανένταξη.

Τα άρθρα 3,4,5 και 6 αναφέρονται στην οργάνωση και λειτουργία των ΤΕΨΥ και στην βελτίωση της τομεοποίησης.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το άρθρο 9 στο οποίο καταγράφονται οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προβλέπεται ο θεσμός των φιλοξενουσών οικογενειών για παιδιά , ενήλικες ή εφήβους. Σκοπός τους είναι η παραμονή ατόμων που χρήζουν ψυχιατρικής παρακολούθησης και στερούνται επαρκούς οικογενειακού περιβάλλοντος, σε περιβάλλοντα που μπορούν να τους παράσχουν επαρκή φροντίδα , μετά από αίτηση τους και αντίστοιχη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού ή της θεραπευτικής ομάδας.

Στο άρθρο 10 ορίζονται ειδικά για πρώτη φορά τα θέματα της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Μέσω των μονάδων αποκατάστασης και επανένταξης παρέχονται υπηρεσίες για την αποκατάσταση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχοκοινωνικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα , από το κατάλληλο προσωπικό με στόχο την κοινωνική επανένταξη, τη θεραπεία και την ενσωμάτωση στην ελεύθερη ή προστατευόμενη αγορά εργασίας. Στόχος του νομοθέτη είναι να κωδικοποιήσει νομοθετικά τις σύγχρονες επιστημονικές κατευθύνσεις που επιβάλλουν την αποκατάσταση και θεραπεία μέσω της κοινωνικής επανένταξης και της επανάκτησης της λειτουργικότητας των ψυχικά ασθενών.

Το άρθρο 12 προβλέπει τη σύσταση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι. Σ.Π.Ε.). Αντικείμενο τους είναι η ανάπτυξη οποιασδήποτε οικονομικής δραστηριότητας. Το ποσοστό των ψυχικά ασθενών που μπορούν να συμμετάσχουν είναι 5% (παρ.4) και αφορά άτομα άνω των 15 ετών, τα οποία αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητα τους ή το ωράριο εργασίας.

Το άρθρο 13 ρυθμίζει τις δαπάνες για την ψυχική υγεία και το άρθρο 14 ορίζει τις προϋποθέσεις για την έγκριση αντίστοιχων προγραμμάτων αποκατάστασης και τη χορήγηση χρηματικών ποσών ως κινήτρων επανένταξης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα.

Το άρθρο 16 ορίζει τους όρους και τις προδιαγραφές που πρέπει να τηρούν οι ιδιωτικές μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης, για να δέχονται τους ασθενείς με ακούσια νοσηλεία. Οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτές τις μονάδες ελέγχονται από Ειδική Επιτροπή προστασίας ατόμων με ψυχικές διαταραχές (αρ. φύλλου 165/21/8/1997).

Ο ρόλος του 2716/99 είναι πρωτίστως συμπληρωματικός. Αποστολή του είναι να περιγράψει λεπτομερώς λειτουργίες και θεσμούς που είχαν εισαγάγει προηγούμενοι νόμοι προωθώντας την προσπάθεια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Οι καινοτομίες που εισάγει είναι των Φιλοξενουσών Οικογενειών και των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι. Σ.Π.Ε.).

Με αυτό τον νόμο, εμπλουτίζεται το πλέγμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, θεσπίζεται όργανο για τον έλεγχο παροχής ψυχιατρικής φροντίδας, προασπίζονται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών μέσω των ξενόνων, των προγραμμάτων αποκατάστασης. Οι υπηρεσίες αποκεντρώνονται και περιγράφονται με λεπτομέρειες οι αρμοδιότητες τους, ώστε να θεσπιστούν πρότυπα λειτουργίας που εξυπηρετούν τον στόχο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Νόμος 2716/99).

### 1.3 «Ψυχαργός»

Το εθνικό σχέδιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα ονομάστηκε «Ψυχαργός», με την κωδική ονομασία να παραπέμπει στη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος, συμβολίζοντας έτσι την «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και αναφέρεται στον κύριο άξονα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το δεκαετές πρόγραμμα των αξόνων δράσης αποσκοπεί στην κάλυψη των αναγκών που αφορούν τον τομέα της ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο. Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα του Ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας.

Η πρώτη φάση του «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργός» ώστε να ισχύσει και για τα έτη 2001-2010. Η δεύτερη αναθεώρηση έγινε το 2004 και η τρίτη έχει ισχύ από 2011-2020.

Συγκεκριμένα πρόκειται για ένα πρόγραμμα, στόχος του οποίου είναι η συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση:

- στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη
- στην επαγγελματική (επαν)ένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας

### 1.3.1 Α' φάση

Μέρος της Α' φάσης του προγράμματος, εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ως «Ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο.

Αυτό το μέρος της Α' φάσης του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη την Ελλάδα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το χαρακτηριστικό αυτής της φάσης είναι πως για πρώτη φορά συμμετείχαν και γενικά νοσοκομεία με μια εταιρική μορφή σχέσης με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του προγράμματος εφαρμογής του «Ψυχαργός» ήταν:

- Δημιουργία 49 ξενώνων και 6 οικοτροφείων αποασυλοποίησης
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής; Κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση – Κατάρτιση 973 ασθενών που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Αποϊδρυματισμός- Διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές ( ξενώνες- οικοτροφεία) 769 ασθενών.
- Πρόσληψη, εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών.
- Κατάρτιση 930 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Άλλες δράσεις της Α' φάσης του προγράμματος υλοποιήθηκαν με εθνικούς πόρους. Αυτές αφορούσαν την αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο». Επίσης την λειτουργία μικρών μονάδων αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομά, πρόσφυγες, μουσουλμάνους). Επίσης συμπεριλήφθησαν δομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε 6 Γενικά νοσοκομεία κατά την περίοδο 1997-2001.

Μέχρι το τέλος του 2001 που συμπίπτει με το τέλος της Α' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» στη χώρα μας λειτουργούσαν:

<b>ξενώνες αποασυλοποίησης/αποκατάστασης</b>	92
<b>οικοτροφεία αποασυλοποίησης/αποκατάστασης</b>	13
<b>προστατευμένα διαμερίσματα</b>	94
<b>ενδονοσοκομειακοί ξενώνες αποκατάστασης</b>	3

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- διεύθυνση ψυχικής υγείας- μονάδα υποστήριξης- εμπύχωσης και παρακολούθησης του «Ψυχαργός- φάση Α».

Στο πλαίσιο παρακολούθησης των δράσεων λειτούργησε πιλοτικά «Μονάδα Υποστήριξης- Εμπύχωσης και Παρακολούθησης» (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) του προγράμματος.

Στόχος της (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των φορέων δράσης και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα.

Το έργο σύστασης, συγκρότησης και οργάνωσης της μονάδας ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής ( Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) έπειτα από προκήρυξη και ανοιχτό διαγωνισμό.

Η δραστηριότητα της μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:

- συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων.
- ενέργειες διάδοσης- ευαισθητοποίησης
- σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας
- σχεδίαση και επεξεργασία βάσεων δεδομένων τηλεματικής.
- εμπύχωση και ενεργός υποστήριξη των φορέων υλοποίησης.

Το έργο της Μ.ΥΠ.Ε.Π. αξιολογήθηκε θετικά από ανεξάρτητη επιτροπή εμπειρογνομόνων και από τους εμπλεκόμενους φορείς ([www.msu.gr/article](http://www.msu.gr/article)).

### 1.3.2 Β' φάση

Η δεύτερη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000-2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία- Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και αφορά την ανάπτυξη δομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα.

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται η οργάνωση υπηρεσιών πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης για ενήλικες, εφήβους και παιδιά. Η ανάπτυξη δομών και υποδομών ακολουθεί τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποασυλοποίηση, αποκατάσταση 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα όλης της χώρας και αφετέρου στην Πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και νοσοκομειακή περίθαλψη στα πλαίσια του Γενικού νοσοκομείου.

- Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που προβλέπεται να δημιουργηθούν είναι: ψυχιατρικές κλινικές σε δημόσια νοσοκομεία, παιδοψυχιατρικά τμήματα σε δημόσια νοσοκομεία και αφορούν τη δημιουργία τμήματος νοσηλείας, μονάδα βραχείας νοσηλείας, τμήμα παρέμβασης στην κρίση και μονάδα οξέων. Άλλα τμήματα επρόκειτο να δημιουργηθούν εξαρχής και άλλα για να συμπληρώσουν υπάρχουσες δομές και τμήματα.
- Επίσης υπήρχε μέριμνα για δημιουργία Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά.
- Προκατάρτιση, κατάρτιση, απασχόληση 973 ασθενών.
- Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην κρίση χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε γενικά νοσοκομεία.
- Μονάδες ψυχολογικής υποστήριξης και σωματικής απεξάρτησης αλκοολικών
- Κέντρα ημέρας για ενήλικες , παιδιά ή εφήβους.
- Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας.
- Ξενώνες, οικοτροφεία για άτομα με αυτιστικές διαταραχές.
- Μονάδες στήριξης οικογένειας.



- Ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα για 3.500 άτομα που διαβιούσαν για χρόνια σε ψυχιατρικά καταστήματα.

Η ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία καθώς στοχεύει στην ενίσχυση της αποασυλοποίησης με απώτερο σκοπό την πλήρη κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Επιπλέον η ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών δομών, η εκπαίδευση του προσωπικού, στόχευαν στην σταδιακή κατάργηση του ψυχιατρικού στίγματος στην αποδοχή των ψυχικά ασθενών από την κοινωνία και στην κοινωνική τους επανένταξη που θα εδραίωνε την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη χώρα μας.

Σύμφωνα με το σχεδιασμό προβλέπεται η κατάργηση 5 Ψυχιατρικών νοσοκομείων και η δραστηκή μείωση των νοσηλευόμενων στα υπόλοιπα. Τα νοσοκομεία που σχεδιάστηκε να κλείσουν είναι τα παρακάτω:

- της Πέτρας Ολύμπου
- των Χανίων
- της Κέρκυρας
- της Τρίπολης και
- το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Νταού Πεντέλης)

Προβλέπεται η μείωση του αριθμού των νοσηλευόμενων στα ψυχιατρικά νοσηλευτήρια Αττικής (“Δαφνί” και “Δρομοκαίτιο”), της Θεσσαλονίκης και της Λέρου, τα οποία έχει σχεδιαστεί να κλείσουν και αυτά μέχρι το 2015 ([www.msu.gr/article](http://www.msu.gr/article)).

### 1.3.3 Γ΄ Φάση (2011-2020)

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης «Ψυχαργός» Γ 2011-2020 αποτελεί συνισταμένη των ακόλουθων παραμέτρων:

- του αξιακού υποστρώματος της κοινοτικής ψυχιατρικής
- του προγενέστερου στρατηγικού σχεδιασμού της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Εθνικό Σχέδιο Δράσης «Ψυχαργός» Γ 2001-2009)
- του προγενέστερου επιχειρησιακού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- των σημείων του Συμφώνου Spidla
- των αξόνων δράσης του ΕΣΠΑ

- των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Ευρωπαϊκού Συμφώνου Ψυχικής Υγείας
- των αξιολογήσεων και της αποτίμησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργός» Β και των σχετικών προτάσεων εμπλεκόμενων θεσμικών φορέων
- της πολιτικής ψυχικής υγείας που εφαρμόζεται με κοινοτικούς και εθνικούς πόρους.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης «Ψυχαργός» Γ' διαρθρώνεται στους ακόλουθους πέντε άξονες δράσης:

- Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών
- Προαγωγή – Πρόληψη Ψυχικής Υγείας
- Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας
- Προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και συνηγορία για την ψυχική υγεία και προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους
- Εκπαίδευση – Έρευνα – Νομοθεσία

Ο πρώτος αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και της πρόληψης της κακής ψυχικής υγείας. Το τρίτο αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Αναλυτικότερα:

- **Κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων**

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» σε όλες τις φάσεις του προέβλεπε ότι, η φροντίδα ψυχικής υγείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πρέπει να αντικατασταθεί από φροντίδα στην κοινότητα, μέσω υπηρεσιών που καλύπτουν όλες τις ανάγκες των ασθενών από τη νοσηλεία (στα γενικά νοσοκομεία) έως την μετανοσοκομειακή φροντίδα και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Η κατάργηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων προέκυψε ως ανάγκη με βάση την τεκμηριωμένη εμπειρία ότι η νοσηλεία σε ιδρύματα παρόμοιου τύπου δημιουργεί περισσότερα προβλήματα από εκείνα που καλείται να λύσει, παραβιάζει βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και περιορίζει δραματικά το επίπεδο ποιότητας ζωής των χρόνιων ασθενών.

Τέλος, η απομάκρυνση των ασθενών από την κοινότητα επιτείνει τον κοινωνικό στιγματισμό και δημιουργεί έντονα προβλήματα στην κοινωνική τους επανένταξη. Όσον αφορά στους οικονομικούς πόρους που εξοικονομούνται από το μετασχηματισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων, μπορεί να επενδυθούν τόσο σε αποτελεσματικές δράσεις προαγωγής ψυχικής υγείας όσο και σε εναλλακτικές μορφές ψυχιατρικής φροντίδας στην Κοινότητα με όρους αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Ωστόσο, κρίνεται σημαντικό να ληφθεί μέριμνα ώστε οι πόροι, οικονομικοί και άνθρωποι, οι οποίοι θα εξοικονομηθούν από την κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων, να μην επηρεάσουν αρνητικά το επίπεδο περίθαλψης του ψυχικά πάσχοντα .

Σε αυτό το πλαίσιο και με στόχο την ουσιαστική και τυπική κατάργηση ή μετασχηματισμό των υφιστάμενων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων μέχρι το 2015 (ή εφόσον η τρέχουσα οικονομική συγκυρία δεν το επιτρέπει, μέχρι το 2020) θα πρέπει να αναπτυχθούν δράσεις στους τομείς Πρόληψης, Νοσηλείας, Αποασυλοποίησης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ως εξής:

- **Αποασυλοποίηση και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση**

Ολοκλήρωση δράσεων αποασυλοποίησης για τους ασθενείς των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων Αθήνας (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – «Δαφνί», Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – «Δρομοκαΐτειο») και Θεσσαλονίκης και του Ψυχιατρικού Τομέα Τρίπολης.

Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσονται η υλοποίηση προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων από τις υφιστάμενες Μονάδες Ψυχικής Υγείας και κάλυψη των κενών θέσεων που θα προκύψουν, κατά προτεραιότητα με χρόνιους ασθενείς των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

Ανάπτυξη νέων Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης σε όσους ΤοΨΥ έχουν ανεπαρκές δίκτυο υπηρεσιών.

Λειτουργία Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ως Κέντρων Αναφοράς για τη διαχείριση και αντιμετώπιση ασθενών που παρουσιάζουν διεγερτική και βίαιη συμπεριφορά. Στόχος της σχετικής δράσης είναι η διερεύνηση των δυνατοτήτων κοινοτικής ένταξης των ασθενών αυτών και της πρόληψης των επανεισαγωγών. Για την επίτευξη αυτού του στόχου θα πρέπει να λάβει χώρα εξειδικευμένη κατάρτιση του προσωπικού των εμπλεκόμενων δομών και διάχυση της σχετικής γνώσης στο σύνολο του προσωπικού.

Συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης για τη διαδικασία ένταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου κρατουμένων Κορυδαλλού στο ΕΣΥ, σύμφωνα με τις συστάσεις του Ειδικού Εισηγητή των Ηνωμένων Εθνών.

Ανάπτυξη υπηρεσιών για τους ακαταλόγιστους και ποινικά ανεύθυνους ψυχικά ασθενείς (ψυχικά ασθενείς που έχουν καταδικαστεί για εγκλήματα με βάση το άρθρο 69 Π.Κ).

Τη σύσταση Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας με τέσσερες διαφορετικές επιλογές:

- Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα υπάρχοντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα Γενικά Νοσοκομεία
- Δημιουργία “Περιφερειακών Συστημάτων Ψυχικής Υγείας” στο πρότυπο των “Mental Health Trusts” της Μ. Βρετανίας, στο πλαίσιο του νέου διοικητικού συστήματος των περιφερειών, η οποία και φαίνεται να αποτελεί την πλέον προτιμώμενη επιλογή (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).
- Ευέλικτα συστήματα με τοπικές παραλλαγές.
  - Προτεραιότητα στη λειτουργία των ΤοΨΥ ως δίκτυο συντονισμένων υπηρεσιών.
  - Προσδιορισμός προτύπων υπηρεσιών με προτεραιότητα τις κοινοτικές.
  - Πλήρωση των κενών στα παιδιά – εφήβους, 3η ηλικία, “αδικημένες ομάδες”.
  - Πρόβλεψη για τους νέους ασθενείς μακράς παραμονής.
  - Έλεγχος των κενών στις στεγαστικές υπηρεσίες.
  - Κάλυψη των προβλημάτων στη μισθοδοσία του προσωπικού.
  - Πρόβλεψη μηχανισμών λογοδοσίας.
  - Δημιουργία μηχανισμών και μοντέλων για την εκτίμηση των τοπικών αναγκών.
  - Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου των νέων αλλαγών με συμμετοχή χρηστών και οικογενειών.
  - Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.
  - Προτεραιότητα στην κοινοτική και κοινωνική φροντίδα και στον συντονισμό και αξιολόγηση του συστήματος.
  - Προτεραιότητα στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

- Προτεραιότητα στην εκπαίδευση του προσωπικού κύρια στα πρακτικά προβλήματα και σε οδηγίες και πρωτόκολλα με βάση την τεκμηριωμένη ψυχιατρική.
- Προώθηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) ή άλλων μοντέλων εργασιακής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.
- Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
- Ενίσχυση της έρευνας υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της αξιολόγησης κυρίως μέσω των ακαδημαϊκών τμημάτων.

## 2. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

### 2.1 Η έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Γενικά, με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και την διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη θέση εργασίας ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (ορισμός που δόθηκε από το συμβούλιο της Ευρώπης 1958) (Μαδιανός 1994).

Παράλληλα, σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (WHO- WAPR, 1996) «η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα με έκπτωση λειτουργικότητας ανάμεσα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο την βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχοκοινωνική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχοκοινωνικής τους ικανότητας τέτοια που να παραγάγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας» (Ζήση Α., 2002).

Με αυτό τον τρόπο, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί δομικό στοιχείο της τριτογενούς πρόληψης στη Ψυχιατρική, με την έννοια της πρόληψης της «ανικανότητας» που η ψύχωση και η χρονιότητά της μπορεί να επιφέρει. Επίσης, οι δομές και οι υπηρεσίες παροχής ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι φανερό ότι σταδιακά βελτιώνουν την κατάσταση των ψυχικά ασθενών μέσω της εξάσκησης δεξιοτήτων απαραίτητων για τη μερική ή και πλήρη ένταξη στην κοινότητα (Καρύδη, 2007)

Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχουν ως σκοπό να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ψυχικά ασθενών, όχι μόνο με τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους, για να μπορούν να ανταποκριθούν σε κοινωνικές συμπεριφορές και ρόλους, αλλά και εξασφαλίζοντας τις συνθήκες συνάντησης με τις πραγματικές τους ανάγκες και επιθυμίες (Μαρτινάκη και συν., 2009).

## 2.2 Αποϊδρυματισμός μέσω των προγραμμάτων αποκατάστασης

Προκειμένου η διαδικασία του αποϊδρυματισμού να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα κάθε πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να διέπεται από τις εξής αρχές λειτουργίας:

- Πρέπει να στοχεύει στο χρόνιο ψυχωτικό άρρωστο.
- Πρέπει να υπάρχει εξατομικευμένο πρόγραμμα για κάθε ασθενή το οποίο να καλύπτει το σύνολο των λειτουργικών του αναγκών (κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση, φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία κλπ.) στα πλαίσια των πραγματικών δυνατοτήτων του
- Το πρόγραμμα πρέπει να ταιριάζει στην κοινωνικοπολιτισμική του κατάσταση και να είναι προσαρμόσιμο στις ανάγκες της κοινότητας.
- Το προσωπικό του προγράμματος πρέπει να είναι εξειδικευμένο (εκμάθηση δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συμπεριφορικές τεχνικές) και ευαισθητοποιημένο στις δυσκολίες υλοποίησης προγραμμάτων τέτοιου τύπου.
- Πρέπει να υπάρχει διασύνδεση του προγράμματος με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό πλαίσιο (συμβουλευτική υπηρεσία, κέντρο ημέρας, μονάδα παρέμβασης στην κρίση κ.α.) και με ψυχιατρικά ή γενικά νοσοκομεία (κάλυψη ανάγκης επανεισαγωγής του ασθενούς).
- Επιβάλλεται η συστηματική και αντικειμενική αξιολόγηση των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης (απεμπλοκή από την ιδεολογικοποίηση του προβλήματος) (Εταιρία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας, 2007).

Τα χαρακτηριστικά καλής πρακτικής στον αποϊδρυματισμό είναι τα εξής:

- **Σεβασμός για το άτομο**

Οι άνθρωποι που έχουν αποκτήσει την ετικέτα του ψυχικά ασθενούς φαίνεται να προσλαμβάνουν κοινά χαρακτηριστικά όπως επίπεδες συναισθηματικές αντιδράσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση και καταστάσεις άγχους για ασήμαντα ζητήματα. Μόλις οι άνθρωποι βρουν κάποιον να ακούσει και να εκτιμήσει τις εμπειρίες τους, η συναισθηματική δέσμευση και η αισιοδοξία μπορούν να επανέλθουν.

- **Βοήθεια ώστε να επανακτήσουν τα δικαιώματά τους ως πολίτες**

Για τους περισσότερους, τα δικαιώματα του πολίτη να ψηφίζει, να λαμβάνει κρατικά επιδόματα, να έχει διαβατήριο ή ταυτότητα θεωρούνται δεδομένα. Για όσους έχουν χάσει αυτά τα δικαιώματα, η ανάκτησή τους είναι ένα πολύ σημαντικό σημάδι ότι η ανάκτηση φυσιολογικών κοινωνικών ρόλων

έχει αρχίσει να γίνεται πραγματικότητα.

- **Αποκατάσταση αυτοσεβασμού, αυτοπεποίθησης και ικανότητα ανάληψης ρόλων και ευθυνών**

Ίσως οι σημαντικότεροι από αυτούς τους ρόλους να είναι εκείνοι που αφορούν στην εργασία και στην απασχόληση- το να μπορεί δηλαδή το άτομο να κάνει πράγματα για άλλους ανθρώπους, πράγματα τα οποία οι άλλοι εκτιμούν και ανταμείβουν.

- **Δημιουργία μιας δυναμικής ατμόσφαιρας**

Η ρουτίνα μπορεί να είναι απειλή για τον αποϊδρυματισμό επειδή σταθεροποιεί τους ανθρώπους σε συγκεκριμένους ρόλους, αντί να τους ενθαρρύνει να δοκιμάζουν καινούργιους.

- **Κατανόηση της σημασίας της «πραγματική» δουλειάς**

Σύμφωνα με τον R. Warner (1994), με βάση μια επιστημονική έρευνα και είκοσι έτη εμπειρίας στη διαχείριση υπηρεσιών, η εύρεση εργασίας είναι ο πρώτος και κύριος παράγοντας που οδηγεί στην ανάρρωση από σοβαρές ψυχικές ασθένειες.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι καθώς η διαδικασία του αποϊδρυματισμού δεν σταματά ποτέ, το να βοηθούμε ανθρώπους να ανακτήσουν την ζωή τους είναι μια από τις πιο σημαντικές προκλήσεις. Η εργασία στο πρόγραμμα αποκατάστασης δίνει μοναδική ευκαιρία για απόκτηση γνώσης όπου θα χρειαστεί να είμαστε μαθητές, επιχειρηματίες, καλλιτέχνες, ποιητές, φιλόσοφοι πέρα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Εταιρία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας, 2007).

## 2.2.1 Δομές περίθαλψης

Ο αποϊδρυματισμός υλοποιείται μέσω των εναλλακτικών δομών περίθαλψης στην κοινότητα, αλλά πριν προχωρήσουμε στην περιγραφή αυτών των δομών θα πρέπει να αναφερθούμε στη μεταβατική λειτουργία κατά την οποία χρόνιοι ασθενείς μεταφέρονται από το άσυλο στην κοινότητα.

Η έννοια του μεταβατικού παραπέμπει στον όρο που εισήγαγε ο D. Winnicott (1971) για να προσδιορίσει ένα υλικό αντικείμενο ιδιαίτερης αξίας για το βρέφος ή το μικρό παιδί. Η ενασχόληση με αντικείμενα αυτού του τύπου είναι κατά τον συγγραφέα φυσιολογικό φαινόμενο και επιτρέπει στο παιδί να πραγματοποιήσει την μετάβαση από την πρώτη στοματική σχέση με την μητέρα στην πραγματικά αντικειμενοτρόπο αγάπη. Για την McDougall (2001) ο μεταβατικός χώρος και το μεταβατικό αντικείμενο, μας βοηθούν να κατανοήσουμε το πέρασμα του βρέφους από την ολοκληρωτική εξάρτηση στην ανεξαρτησία.

Κατ' αναλογία λειτουργεί και ο μεταβατικός χώρος του πλαισίου του ξενώνα και κατόπιν του



διαμερίσματος. Όπως το παιδί ανακαλύπτει μόνο του το αγαπημένο του αντικείμενο που ήδη υπάρχει, έτσι και οι θεραπευτές και θεραπευόμενοι ενός πλαισίου ανακαλύπτουν και δημιουργούν ταυτόχρονα. Η ανακάλυψη και η δημιουργία αναφέρεται σύμφωνα με τον Δαμίγο (1999), σε δυναμικά χαρακτηριστικά όπως τις δυνατότητες που έχει και που μπορεί να αναπτύξει κανείς στον χώρο αυτό και τη σημασία που θα τους αποδώσει. Η διεργασία αναπτύσσεται σε ένα ήδη υπάρχον πεδίο το οποίο προσδιορίζεται από τα τεχνικά χαρακτηριστικά του, το χώρο και τον χρόνο.

Επιπλέον δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το συνεχές στη διεργασία εμπεριέχει την έννοια του ανολοκλήρωτου, του προσωρινού. Κατά συνέπεια έχουμε πάντα κατά νου την δυνατότητα εξέλιξης τόσο των θεραπευομένων όσο και των θεραπευτών. Μια ενδιάμεση- μεταβατική δομή, με τα δυναμικά χαρακτηριστικά που διαθέτει, οφείλει να φέρει τα μέλη της σε επαφή με την εκτός της, κοινωνική πραγματικότητα. Είναι απαραίτητη η αυτονόμηση των μελών της και η ανάπτυξη των ικανοτήτων τους, έτσι ώστε να μπορέσουν να μεταβούν σε μια μορφή πιο ανεξάρτητης διαβίωσης.

Τελικά οι ενδιάμεσες δομές με όλο το πλέγμα των σχέσεών τους δεν θα επιτελούσαν το σκοπό τους εάν εντός τους δεν πραγματοποιούνταν δυο ζωτικές λειτουργίες: η μεταβατική και η εμπεριέχουσα, η μια προϋπόθεση της άλλης. Διαχειριστές και των δύο είναι οι θεραπευτές των δομών αυτών.

Οι εναλλακτικές μορφές περίθαλψης είναι προσανατολισμένες στις ανάγκες του ψυχικά πάσχοντος οι οποίες ποικίλουν στις διαφορετικές φάσεις της νόσου, όπως επίσης ποικίλουν και σε διαφορετικές ψυχικές διαταραχές. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο προσδιορισμός των αναγκών ποιοτικά και ποσοτικά. Σε ένα σύγχρονο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης πρέπει να προβλέπονται υπηρεσίες για την πρόληψη, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.

Οι σύγχρονες μορφές περίθαλψης στην κοινότητα περιλαμβάνουν:

- Μονάδες νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία,
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας,
- Κέντρα Αποκατάστασης,
- Οικοτροφεία,
- Ξενώνες,
- Προστατευμένα Διαμερίσματα,
- Νοσοκομεία Ημέρας και

- άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Τα οικοτροφεία είναι δομές περίθαλψης που καλύπτουν ανάγκες ασθενών που χρειάζονται αρκετή επίβλεψη για την κοινωνική τους διαβίωση και οι πιθανότητες επαγγελματικής τους αποκατάστασης είναι μικρές ή ανύπαρκτες. Οι ξενώνες εξυπηρετούν ασθενείς που λίγο πολύ αυτοεξυπηρετούνται, παραμένουν για λιγότερα χρονικά διαστήματα και έχουν κάποιες ελπίδες επαγγελματικής αποκατάστασης. Τις ανάγκες ασθενών που εργάζονται αλλά έχουν ανάγκη στέγασης μπορούν επίσης να καλύψουν οι ξενώνες και τα προστατευμένα διαμερίσματα.

Πιο συγκεκριμένα θα λέγαμε ότι στο πρόγραμμα προστατευμένου διαμερίσματος αν και προσομοιάζει με εκείνο του ξενώνα, δίνεται εξέχουσα βαρύτητα στην προώθηση και ενθάρρυνση της ανεξάρτητης διαβίωσης των ασθενών, στην προώθηση της επαγγελματικής αποκατάστασης - σύνδεση με την αγορά εργασίας και σε ένα ευρύ πρόγραμμα αγωγής κοινότητας με ενεργό συμμετοχή των μελών. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής μένει με την οικογένειά του και επομένως δεν έχει ανάγκη σίτισης και στέγασης, έχει όμως μειωμένη κοινωνική προσαρμογή και είναι χωρίς επαγγελματική απασχόληση, απαιτείται η κοινωνικοποίησή του, δηλαδή η επανεκπαίδευσή του στη χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων και η επανεκτίμηση των επαγγελματικών δυνατοτήτων του. Τις παραπάνω ανάγκες των ασθενών καλύπτουν τα Κέντρα επαγγελματικής και προ-επαγγελματικής αποκατάστασης (Εταιρία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας, 2007).

## **2.3 Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**

Κατά τη μετάθεση της εστίας της ψυχιατρικής περίθαλψης από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, έτσι όπως αυτή κωδικοποιείται στο πρόγραμμα «Ψυχαργός», δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στο η μεταρρύθμιση να αποτελεί μια διαδικασία αποδόμησης και δόμησης σε συνεχή εξέλιξη. Η αποδόμηση αφορά στο παλιό, που έχει πια γίνει ανεπαρκές να αντιμετωπίσει τις νέες προκλήσεις της πραγματικότητας, η δόμηση αφορά στην αναζήτηση νέων διαδικασιών για την επίτευξη των στόχων που τίθενται κάθε φορά.

Οι νέες δομές που δημιουργούνται στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης έρχονται να επιτελέσουν διπλή λειτουργία: από τη μια μεριά να φροντίσουν μέσα στην κοινότητα, σεβόμενες το δικαίωμα του πάσχοντα στη φροντίδα, όσους παρέμεναν έγκλειστοι στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (οι δομές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, κ.ά.). Από την άλλη, να προάγουν πρακτικές που θα απαντούν στις ανάγκες φροντίδας όσων νοσούν τώρα και όσων θα νοσήσουν στο μέλλον και των οποίων οι ανάγκες αυτές σε διαφορετική περίπτωση ή θα έμεναν αναπάντητες ή θα ελάμβαναν απαντήσεις ακατάλληλες.

Η επίτευξη των στόχων λειτουργίας των νέων δομών (σύμφωνα μάλιστα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2002) αφορά σε:

- σύνδεση της ψυχιατρικής φροντίδας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- διαθεσιμότητα της χρήσης των ψυχοφαρμάκων
- παροχή της φροντίδας στην κοινότητα
- εκπαίδευση και επιμόρφωση των πολιτών
- συμμετοχή της κοινότητας των οικογενειών και των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων
- ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων
- ενίσχυση της έρευνας

Οι αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής θα πρέπει να διέπουν τη λειτουργία όλων των μονάδων και υπηρεσιών. Επιπλέον, κάθε υπηρεσία, ανάλογα με την αποστολή της, θα πρέπει να παρέχει εξειδικευμένες παρεμβάσεις στον τομέα, που δραστηριοποιείται.

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους και σκοπό έχουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάστασή τους.

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

Πιο συγκεκριμένα οι δομές που δημιουργήθηκαν στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης αφορούν σε:

### **Δομές Διαμονής**

Οι δομές διαμονής αποτελούνται από ξενώνα, οικοτροφείο, προστατευμένο διαμέρισμα. Οι δομές διαμονής περιγράφονται στη συνέχεια, καθώς η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενους ψυχικής υγείας των αντίστοιχων δομών.

- **Ξενώνας:** Είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σ' έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Η δυναμικότητα ενός ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.
- **Οικοτροφείο:** Είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία άτομα με ψυχικές διαταραχές. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται σε ένα Οικοτροφείο δεν μπορεί να ξεπερνά τα 25 και μπορούν να είναι είτε άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα είτε άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές είτε, τέλος, άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας.
- **Προστατευμένα Διαμερίσματα:** Είναι χώροι στέγασης - σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες - ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα.

## Μονάδα Κοινωνικής Επαγγελματικής Επανάταξης/ Εργαστήρια

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

## Ψυχιατρικές Μονάδες Γενικού Νοσοκομείου

- **Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου:** Το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου σκοπό έχει να παρέχει ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και μετανοσοκομειακή φροντίδα σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- **Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων:** Αποτελεί μονάδα του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου, όπου οι εκούσια νοσηλευόμενοι μπορούν να βγουν έξω και να δεχτούν επισκέψεις.

- **Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων:** Αποτελεί μονάδα του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου, που παρέχει κλειστή νοσηλεία σε καινούργια και παλαιά περιστατικά, που η νόσος τους βρίσκεται σε οξεία φάση.
- **Νοσοκομείο Ημέρας:** Αποτελεί θεραπευτική και αποκαταστασιακή δομή ημερήσιας νοσηλείας, ανάμεσα στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς.
- **Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων:** Φιλοξενεί ψυχιατρικούς ασθενείς στην τελευταία φάση της νοσηλείας τους
- **Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου:** Το Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου παρέχει διαγνωστικές, συμβουλευτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες και νοσηλεία σε έφηβους με ψυχιατρικά προβλήματα, από 14 ως 18 ετών.
- **Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου:** Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου παρέχει υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε παιδιά έως 12 ετών.

### Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

- **Κέντρο Ψυχικής Υγείας:** Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας σκοπό έχει την πρόληψη, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποτατάσταση των ψυχικά πασχόντων μέσω παρεμβάσεων στην κοινότητα.
- **Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο:** Το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο παρέχει υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπείας σε παιδιά και εφήβους καθώς και συμβουλευτικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες.
- **Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας:** Η κινητή μονάδα παρεμβαίνει στην κρίση στο χώρο, που εκδηλώνεται.
- **Κέντρο Ημέρας:** Το Κέντρο Ημέρας αναπτύσσει προγράμματα, που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας.

## Εξειδικευμένα Κέντρα

- **Κέντρο Παρέμβασης στην κρίση:** Το Κέντρο Παρέμβασης στην κρίση δέχεται ασθενείς που παρακολουθούνται αλλά βρίσκονται σε κρίση, χωρίς να χρειάζονται νοσηλεία ή νέα περιστατικά, λόγω μιας κρίσης, που διέρχονται.
- **Ολοκληρωμένο Κέντρο Παρέμβασης για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου:** Πρόκειται για ένα Κέντρο Παρέμβασης με εξειδικευμένα τμήματα (παιδιών, εφήβων, ενηλίκων), που παρέχει υπηρεσίες σε άτομα με αυτισμό και στις οικογένειές τους.
- **Κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer:** Πρόκειται για Κέντρο που παρακολουθεί ασθενείς με Alzheimer, που μένουν με την οικογένειά τους ή σε μονάδες διαμονής και παρέχουν ψυχολογική στήριξη και εκπαίδευση στους φροντιστές.

## Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

Σύμφωνα με το νόμο, οι ΚοιΣΠΕ αποβλέπουν στην κοινωνικό-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:179; Μαδιανός, 2005:168- 171).

### 3. Ειδικό μέρος

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση της μεθοδολογίας της μελέτης περίπτωσης, είναι απαραίτητο να ορίσουμε το πλαίσιο και τους βασικούς σκοπούς των κύριων δομών του προγράμματος «Ψυχαργός», του ξενώνα και των προστατευόμενων διαμερισμάτων που υπάρχουν στο γενικό νοσοκομείο.

#### 3.1 Ξενώνας

Ο Ξενώνας ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη.

Οι Ξενώνες διαβαθμίζονται ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και του βαθμού υποστήριξης αυτών σε Βραχείας (παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες) Μέσης (παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες) και Μακράς (παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες) διάρκειας παραμονής.

Η υποστήριξη των Ξενώνων ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού διαβαθμίζεται ως εξής:

- Υψηλός βαθμός υποστήριξης: Εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού.
- Μέσος βαθμός υποστήριξης: Κατώτερη του εικοσιτετράωρου
- Χαμηλός βαθμός υποστήριξης: η κατά περίπτωση περιοδική παρουσία του προσωπικού.

Η δυναμικότητα του ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

**Βασικός στόχος** είναι η αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη αυτών των ανθρώπων. Για την υλοποίηση των στόχων συνεργάζεται ο αρμόδιος Ψυχίατρος με τη Θεραπευτική Πολυκλαδική Ομάδα, η οποία στελεχώνεται από Ψυχολόγο, Κοινωνική Λειτουργό, Εργασιοθεραπεύτρια, νοσηλεύτες, Εκπαιδευτή Εργαστηρίου, Υπάλληλος Γενικών Καθηκόντων.

Η **ψυχοκοινωνική φροντίδα** που παρέχεται έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητας των ενοίκων ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και με τελικό στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση τους.

#### 3.2 Προστατευμένα διαμερίσματα

Το προστατευμένο διαμέρισμα είναι ένας χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική καθυστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά δεν υπερβαίνει συνήθως τα έξι. Οι πιο σημαντικές υπηρεσίες που παρέχονται σ' αυτούς τους χώρους εκτός από κατοικία, είναι:

- Φαρμακοθεραπεία
- Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες
- Ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειές τους
- Επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση σε συνθήκες προστατευμένης εργασίας.
- Συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
- Αντιμετώπιση προβλημάτων σωματικής υγείας
- Διασύνδεση με υπηρεσίες υποστήριξης στην κοινότητα

Σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της Δομής κατά την επιλογή των ενοίκων στο διαμέρισμα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κάποιοι παράμετροι. Συγκεκριμένα, οι ψυχολογικές εκδηλώσεις τους πρέπει να βρίσκονται σε φάση σταθεροποίησης έτσι ώστε να μπορούν να συμμετάσχουν στη ζωή του διαμερίσματος. Τα δεδομένα της αξιολόγησης της δυνατότητας ένταξης του ενδιαφερόμενου, συζητούνται σε κλινική συνάντηση της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας, υπό την εποπτεία του επιστημονικά υπευθύνου, όπου αποφασίζεται η αποδοχή ή όχι του αιτήματος του.

Μετά την αίτηση ένταξης του ενδιαφερόμενου στη δομή, πραγματοποιείται συνάντηση μαζί του ή και με την παρουσία συγγενών του όταν είναι δυνατό, όπου του γνωστοποιούνται ο σκοπός, ο τρόπος λειτουργίας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες της δομής. Ακολούθως ζητείται η έγγραφη σύμφωνη γνώμη του, ή γνώμη τους για την εξέλιξη της διαδικασίας.

Κατά την περίοδο ένταξης του ενοίκου στη δομή εφαρμόζεται ένα στάδιο προετοιμασίας και υποδοχής του, μέσω οργανωμένων και συντονισμένων συνεργασιών και συναντήσεων με το προσωπικό, έτσι ώστε να προετοιμαστεί κατάλληλα, και να επιτευχθεί η ομαλή ένταξη και προσαρμογή στο νέο περιβάλλον διαμονής του.

Κατά την περίοδο αυτή ο ένοικος και οι συγγενείς ενημερώνονται εγγράφως, λεπτομερώς και με απόλυτη σαφήνεια για τα δικαιώματα και τις ευθύνες του ενοίκου, τις παρεχόμενες υπηρεσίες της δομής πριν την οριστική μετακίνηση του σ' αυτή.

### **3.3 Μεθοδολογία μελέτης**

#### **3.3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα**

Σκοπός της συγκεκριμένης περιγραφικής μελέτης είναι να δούμε ένα-ένα τα βήματα αυτής της πορείας και εάν τελικά επιτυγχάνεται ο στόχος ο οποίος είναι η αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων



ψυχικά ασθενών και η επανένταξη τους στην κοινότητα μέσα από τη λειτουργία των ξενώνων και των προστατευόμενων διαμερισμάτων. Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

- Η αποασυλοποίηση που πραγματοποιήθηκε μέσα από τα Ευρωπαϊκά Συγχρηματοδοτούμενα Προγράμματα έχει αλλάξει τη ζωή των χρόνιων ψυχικά πασχόντων βελτιώνοντας και τροποποιώντας τις συνθήκες διαβίωσης και γενικότερα φροντίδας;
- Κατά πόσο η «ποιότητα ζωής» των ανθρώπων έχει βελτιωθεί;
- Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα η οποία απαρτίζεται από εκπαιδευμένο προσωπικό, συγκεκριμένα (Ψυχολόγο, Κοινωνική Λειτουργό, Νοσηλευτικό προσωπικό, Εκπαιδευτή, Γενικών καθηκόντων) έχει συμβάλει στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και επανένταξη αυτών των ανθρώπων και με ποιο τρόπο ;
- Έχει αλλάξει η νοοτροπία και οι αντιλήψεις μας για την αντιμετώπιση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας;

### 3.3.2 Μέθοδος και Πληθυσμός μελέτης

Η περιγραφική έρευνα, που χρησιμοποιείται και στην παρούσα μελέτη, αποσκοπεί στην καταγραφή και περιγραφή ψυχολογικών φαινομένων. Πλεονέκτημα της εν λόγω έρευνας, αποτελεί η συλλογή δεδομένων που γίνεται κάτω από φυσικές συνθήκες (φυσικό περιβάλλον, λεκτική επικοινωνία, κλπ). Η παρέμβαση του ερευνητή σε αυτή τη μέθοδο είναι όσο το δυνατόν μικρότερη. Μειονεκτήματα αποτελούν πρώτον, ότι δεν συλλέγονται στοιχεία σχετικά με τον προσδιορισμό των αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, καθώς υπάρχουν πολλές μεταβλητές που μεταβάλλονται συγχρόνως.

Η παρούσα μελέτη αρχικά πραγματοποιήθηκε στον Ξενώνα «Αργίσσα» (Προστατευμένης Διαμονής) του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας ο οποίος ξεκίνησε να λειτουργεί τον Σεπτέμβριο του 2000 ενταγμένος στην Α' Φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» και στη συνέχεια σε ένα Προστατευμένο Διαμέρισμα (με Περιορισμένη Εποπτεία) που δημιουργήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός» Β' Φάση από το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας.

Έγινε μια αρχική λεπτομερή καταγραφή με τη βοήθεια των ερωτηματολογίων των αδυναμιών, αλλά και των ικανοτήτων του κάθε αρρώστου. Εντοπίστηκαν θέματα και σημεία όπου ο κάθε άρρωστος υστερούσε. Με βάση αυτά τα στοιχεία εκπονήθηκε για τον κάθε άρρωστο, ένα ατομικό πλάνο φροντίδας –πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έτσι ώστε να βοηθήσει να κατακτήσει τις απαραίτητες δεξιότητες που θα τον επέτρεπαν να επανεγκατασταθεί στην κοινότητα. Σε

εβδομαδιαίες συναντήσεις των μελών της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας συζητούνταν η πρόοδος του κάθε ενοίκου και καθοριζόταν το πλάνο της εξατομικευμένης φροντίδας για την απόκτηση μιας δεξιότητας. Το ατομικό πρόγραμμα ήταν καταγραμμένο στο έντυπο θεραπευτικής παρέμβασης.

Επιλέχθηκαν δυο ένοικοι. Κριτήρια για την μετάβαση των δυο αυτών ενοίκων στο διαμέρισμα αποτέλεσαν η καλή λειτουργικότητα, η διάθεση για βελτίωση, η ύφεση της ψυχοπαθολογίας τους, η αποδοχή λήψης συνιστώμενης φαρμακευτικής αγωγής από τον ψυχίατρο και η επιθυμία διαβίωσης σ' ένα διαμέρισμα. Μία γυναίκα η Β. και ένας άνδρας ο Σ. Πρόκληση για την επιλογή αυτών των δύο ενοίκων στο Διαμέρισμα αποτέλεσαν εκτός από τη «σχέση τους» που ξεκίνησε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου η καλή λειτουργικότητα, η διάθεση για βελτίωση, η ύφεση της ψυχοπαθολογίας και η αποδοχή λήψης συνιστώμενης φαρμακευτικής αγωγής από τον ψυχίατρο.

### 3.3.3 Εργαλεία μελέτης

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια στροφή προς τις ποιοτικές μεθόδους για την σε βάθος διερεύνηση των κοινωνικών φαινομένων. Η ποιοτική έρευνα στηρίζεται στην υπόθεση ότι η γνώση για τους ανθρώπους είναι αδύνατη χωρίς την περιγραφή της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως αυτή βιώνεται και όπως περιγράφεται από τους ίδιους τους πρωταγωνιστές (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Η έρευνα αυτή παρέχει τη δυνατότητα μέσα από την αφήγηση να καταγραφούν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, τα οποία σε μια ποσοτική έρευνα δεν αναδεικνύονται. Η κυριότερη μέθοδος για τη συλλογή ποιοτικών στοιχείων είναι η συνέντευξη. Συνέντευξη είναι η τεχνική που έχει σκοπό να οργανώσει μια σχέση προφορικής επικοινωνίας ανάμεσα σε δύο πρόσωπα, το συνεντευκτή και τον ερωτώμενο, έτσι ώστε να επιτρέψει στον πρώτο τη συλλογή ορισμένων πληροφοριών από το δεύτερο πάνω σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο. Η έρευνα που γίνεται με αυτή τη μέθοδο πρέπει να έχει προετοιμαστεί με κάθε λεπτομέρεια καθώς ο συνεντευκτής οφείλει σε ελάχιστο χρονικό διάστημα, να αποκτήσει πολυάριθμες και σημαντικές πληροφορίες. Αυτή η προετοιμασία αποτελεί τον «οδηγό συνέντευξης» και επιδιώκει να μετατρέψει τους σκοπούς της έρευνας σε ερωτήσεις (Φίλιας, 2002).

Η συνέντευξη, δημιουργεί μια κοινωνική και ψυχολογική σχέση ανάμεσα στο συνεντευκτή και τον ερωτώμενο για αυτό είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των συνεντευκτών προτού ξεκινήσουν την έρευνα πεδίου. Δίνονται οδηγίες για τον τρόπο προσέγγισης των ερωτώμενων, τη συμπεριφορά που θα πρέπει να επιδεικνύουν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, καθώς και τη σημασία της ακριβούς καταγραφής των απαντήσεων (αυτός είναι και ένας σημαντικός λόγος που ενισχύεται η χρήση μαγνητοφώνου ώστε να καταγράφονται όλες οι απαντήσεις). Από τη στιγμή της πρώτης επαφής η

γενική εντύπωση που δημιουργεί ο ερευνητής στους ερωτώμενους καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Στη συνέχεια, ο τόνος της φωνής, η μη λεκτική επικοινωνία αλλά και οι παρεμβάσεις του συνεντευκτή μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα της έρευνας και στο βαθμό αξιοπιστίας τους. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης δεν θα πρέπει να παρευρίσκονται άλλα άτομα επειδή είναι πιθανόν να επηρεάσουν τις απαντήσεις του ερωτώμενου (Κυριαζή, 2002).

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία εργαλείο βασικό για τη μελέτη θα είναι μια προσωπική συνέντευξη με κάθε ένοικο σχετικά με την προσωπική του εικόνα όσον αφορά την αποϊδρυματοποίηση (βλ. παράρτημα).

Επίσης, τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν είναι τόσο τα ιστορικά, οι σχετικοί φάκελοι, (κοινωνικοί- νοσηλευτικοί), η προσωπική επικοινωνία με όλο το θεραπευτικό προσωπικό, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από το πρόσωπο αναφοράς-Ψυχολόγο, η ετήσια έκθεση αξιολόγησης από την ψυχολόγο, οι εβδομαδιαίες συναντήσεις των μελών της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, οι ατομικές συνεδρίες με τη ψυχολόγο.

Πιο συγκεκριμένα, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη αυτής της περίπτωσης είναι:

- **Το «Ατομικό Θεραπευτικό» πρόγραμμα**

Όπως αναφέρεται και στο Νόμο 2716/1999, η ύπαρξη του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος αποτελεί υποχρέωση των αποκαταστασιακών δομών. Συγκεκριμένα περιγράφεται ότι: *«Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα καταρτίζουν εξαμηνιαίο πρόγραμμα για κάθε μια από τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς επίσης και το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για κάθε φιλοξενούμενο άτομο στο οποίο αποτυπώνονται τα ανωτέρω, και καταγράφονται λεπτομερώς και συστηματικά με την ενεργό συμμετοχή του ενδιαφερόμενου στον ατομικό του φάκελο. Το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα αναθεωρείται τουλάχιστον κάθε εξάμηνο. Ανά βδομάδα καταχωρείται στο φάκελο του κάθε ατόμου κάθε είδος δραστηριότητά του μέσα και έξω από το χώρο κατοικίας είτε αυτή προβλέπεται στο Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα είτε όχι».*

Αντίστοιχα στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των προστατευμένων διαμερισμάτων του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας αναφέρεται ότι, «Άρθρο 11: Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα»:

α) Το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα συντάσσεται εγγράφως από το πρόσωπο αναφοράς σε συνεργασία με την Ψυχολόγο και περιλαμβάνει τους στόχους και τις ενέργειες που χρειάζεται να πραγματοποιηθούν με σκοπό την αποκατάσταση των ψυχικών, λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του ενοίκου. Ενδεικτικά στο Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα είναι δυνατόν να συμπεριλαμβάνονται ο σχεδιασμός της φροντίδας σωματικής και ψυχικής υγείας των ενοίκων, της συμμετοχής τους σε οργανωμένες δραστηριότητες στη δομή και στην κοινότητα, της ανάπτυξης των

σχέσεων με το υποστηρικτικό δίκτυο, της συμμετοχής των συγγενών, της οργάνωσης της απασχόλησης και της ψυχαγωγίας, της οργάνωσης της επαγγελματικής προκατάρτισης ή κατάρτισης και της επαγγελματικής αποκατάστασης του ενοίκου.

β) Η αποτελεσματικότητα του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος αξιολογείται συστηματικά και σε τακτά χρονικά διαστήματα και αναθεωρείται κατάλληλα, ώστε να διασφαλίζεται η ικανοποιητική κάλυψη των μεταβαλλόμενων αναγκών του ενοίκου».

- **Το «Κλινικό Ημερολόγιο» - «Λογοδοσία»**

Ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία της διεπιστημονικής επικοινωνίας είναι τα έντυπα καταγραφής και διαχείρισης των παρεμβάσεων των επιστημόνων υγείας στους ενοίκους. Είναι έντυπα καταγραφής γεγονότων, παρατηρήσεων, παρεμβάσεων για κάθε δραστηριότητα που γίνεται στα πλαίσια του προγράμματος. Η καταγραφή αυτή είναι απαραίτητη προκειμένου να εξασφαλισθεί η συνέχεια του προγράμματος. Το Κλινικό Ημερολόγιο – Λογοδοσία αποτελεί οδηγό στην αξιολόγηση και στην οργάνωση φροντίδας αφού συμβάλλει στην αποτελεσματική επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον συμβάλλει στη συνέχεια της φροντίδας από θεραπευτή σε θεραπευτή ολόκληρο το 24ωρο. Τα παραπάνω έντυπα είναι έγκυρα αρχεία, βάση του Εσωτερικού Λειτουργίας του Ξενώνα - Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

- **Η Ετήσια Έκθεση Αξιολόγησης από την Ψυχολόγο της Δομής**

Στο τέλος κάθε έτους η Ψυχολόγος συντάσσει την ετήσια έκθεση αξιολόγησης κάθε ενοίκου. Η σύνταξη γίνεται με βάση το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα, τα έντυπα καταγραφής και τις παρατηρήσεις – συμπεράσματα των Ατομικών Συνεδριών με κάθε ένοικο. Σ' αυτή αναγράφεται η πορεία κάθε ενοίκου και οι αποκαταστασιακοί στόχοι των παρεμβάσεων για το επόμενο έτος.

- **Και μια Προσωπική Συνέντευξη με κάθε ένοικο χωριστά, σχετικά με την προσωπική εικόνα όσο αφορά την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.**

Η προσωπική συνέντευξη θα παρατεθεί στο τέλος της μελέτης (βλ. παράρτημα).

## **4. Αποτελέσματα**

### **4.1 Περιγραφή του Ξενώνα «Αργίτσα».**

Η έναρξη λειτουργίας του Ξενώνα στα πλαίσια της Α' φάσης του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» έγινε το 2000. Είναι εγκατεστημένος μέσα στην πόλη της Λάρισας, με ευθύνη του

Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας "Κουτλιμπάνειο-Τριανταφύλλειο", για την αποασυλο-ποίηση ασθενών που προέρχονται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.)

Ο Ξενώνας της Λάρισας είναι η πρώτη των στεγαστικών δομών στο νομό Λάρισας και ένας από τους τέσσερις Ξενώνες στη Θεσσαλία στα πλαίσια της Α' φάσης του επιχειρησιακού προγράμματος αποασυλοποίησης «Υγεία και Πρόνοια 2000-2006» του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Σκοπό είχε τη φιλοξενία ατόμων από το Ψ.Ν.Π.Ο., ανθρώπους έγκλειστους και καταδικασμένους στην κοινωνική λήθη για αρκετά χρόνια. Στην δομή αυτή μετακινήθηκαν αρχικά 11 νοσηλευόμενοι από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου.

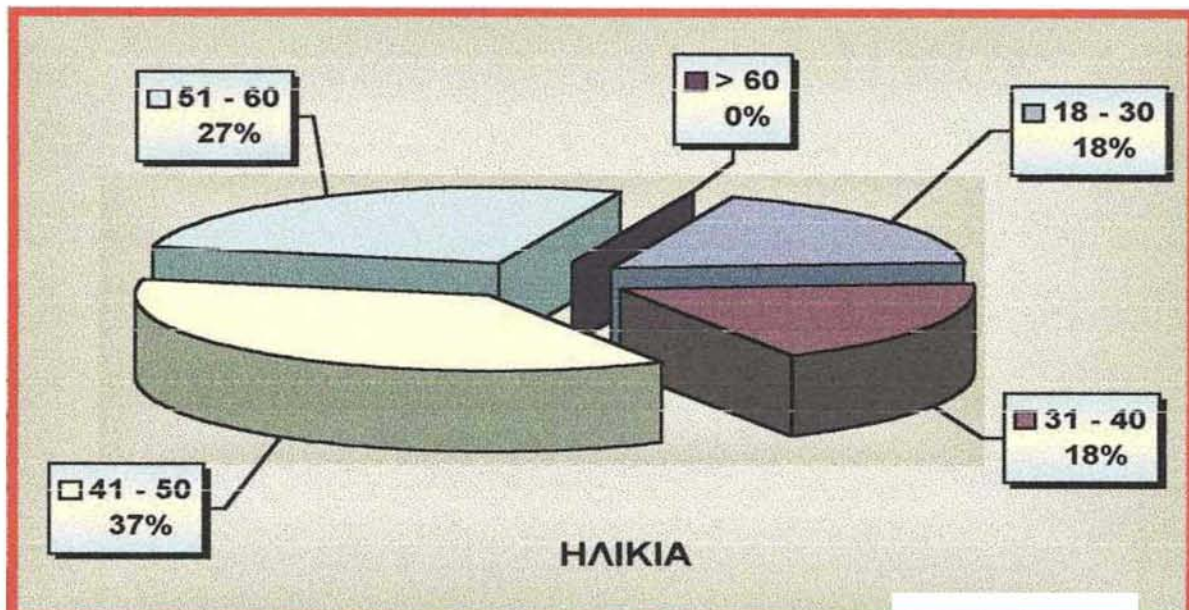
Το πρόγραμμα ξεκίνησε την 29/1/2000 με την ολοκλήρωση της προσλήψης του προσωπικού. Το προσωπικό που επιλέχθηκε ξεκίνησε την εκπαίδευσή του στο Ψ.Ν.Π.Ο. και παράλληλα ξεκίνησε η επιλογή των ασθενών που θα μετακινούνταν στον ξενώνα της Λάρισας. Η έλευση των ασθενών έγινε την 5/9/2000.



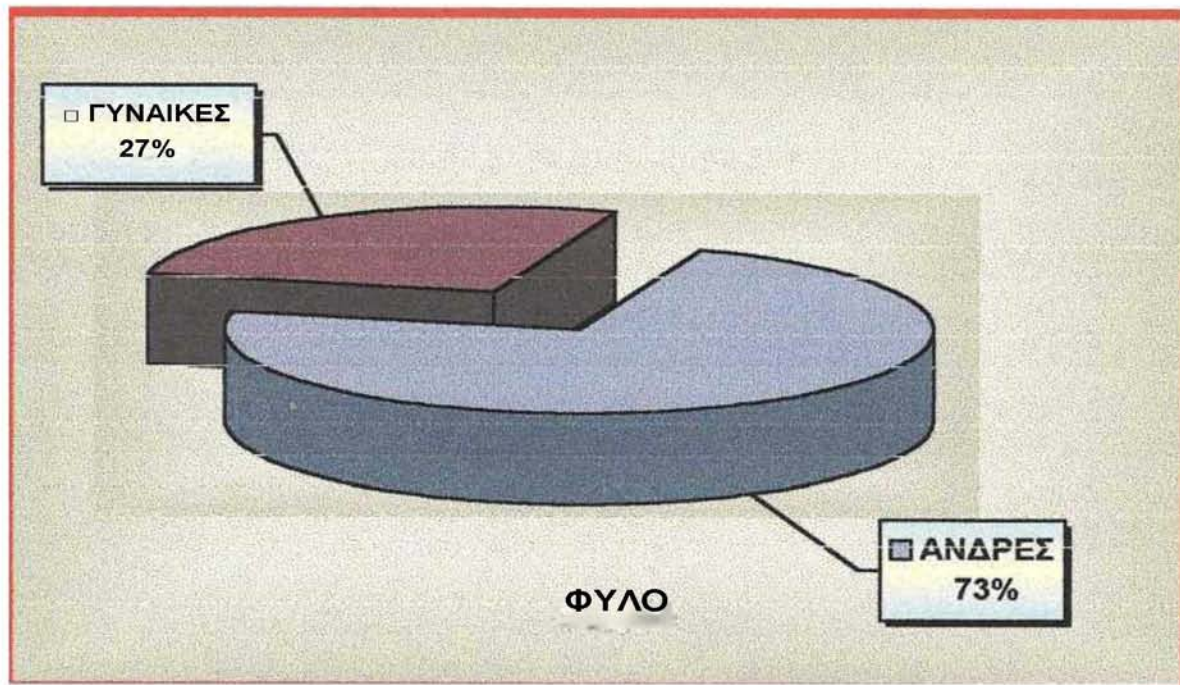
**Εικόνα 1: Εξωτερικός χώρος του Ξενώνα «Αργίσα»**



Στα παρακάτω διαγράμματα σας παρουσιάζω μερικά δημογραφικά στοιχεία που αφορούν τους φιλοξενούμενους:

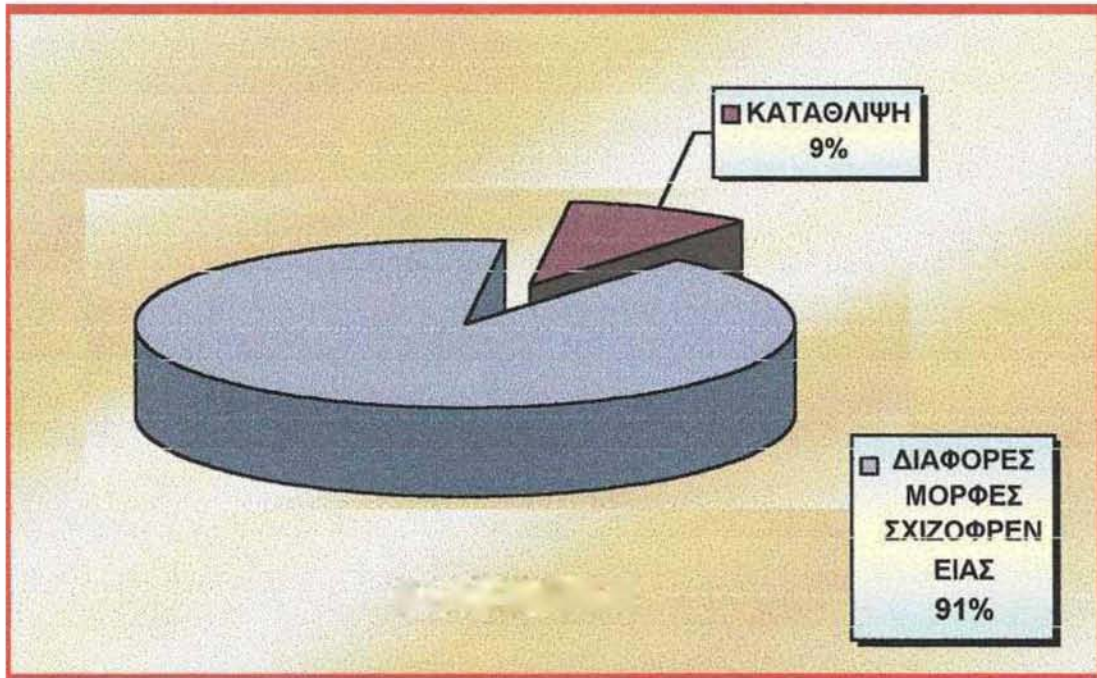


Διάγραμμα 1: Ηλικία ασθενών

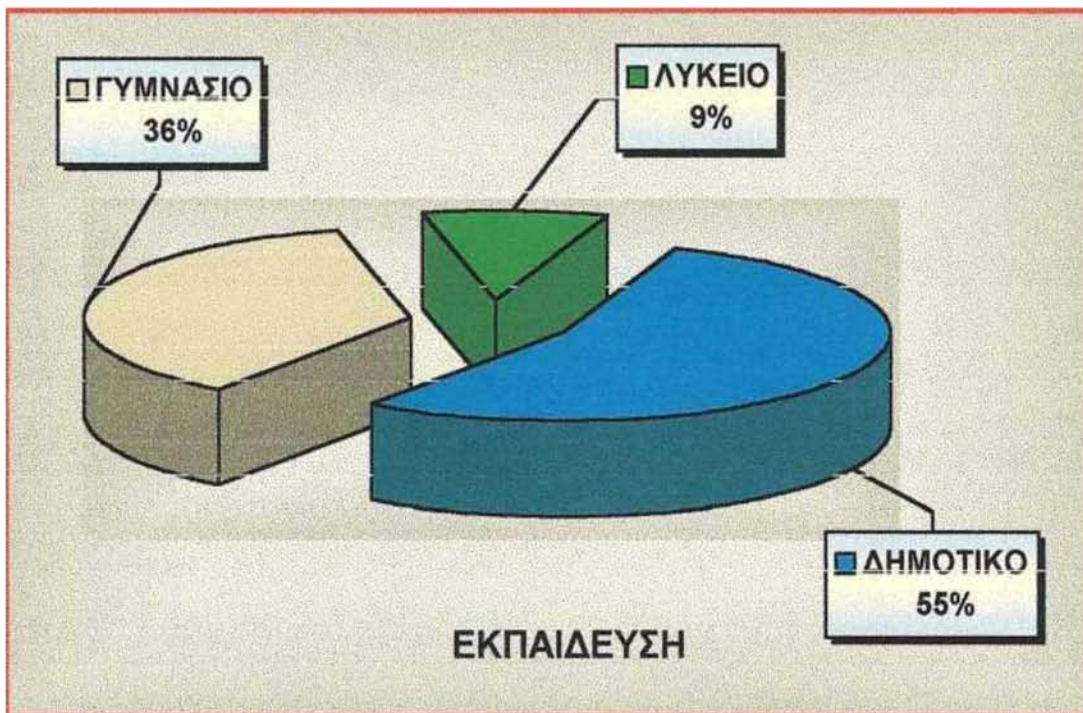


Διάγραμμα 2: Φύλο ασθενών





Διάγραμμα 3: Διαγνώσεις ασθενών



Διάγραμμα 4: Εκπαιδευτικό επίπεδο

Όπως βλέπουμε και στα παραπάνω διαγράμματα οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ηλικίας 41-50 (37%) και σε συντριπτική πλειοψηφία ήταν άνδρες (73%). Το μεγαλύτερο ποσοστό έπασχε από κάποια μορφή σχιζοφρένειας ενώ μόλις το 9% έπασχε από κατάθλιψη. Τέλος όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο περισσότεροι από τους μισούς ήταν απόφοιτοι δημοτικού.

#### 4.1.1 Επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση

Για την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση των ενοίκων αρχικά λειτούργησαν δύο εργαστήρια:

##### 1. Εργαστήριο Κηπουρικής (Συνεργείο ευπρεπισμού κοινόχρηστων χώρων).

Συμμετείχαν έξι (6) φιλοξενούμενοι οι οποίοι ανέλαβαν την περιποίηση και συντήρηση του προαύλιου χώρου του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

##### 2. Εργαστήριο καθαριότητας.

Συμμετείχαν τέσσερις (4) φιλοξενούμενοι οι οποίοι ανέλαβαν την καθημερινή καθαριότητα των χώρων του Ξενώνα.

Στην αρχική φάση οι ένοικοι του Ξενώνα αμείβονταν για τις υπηρεσίες τους στα πλαίσια της επαγγελματικής εκπαίδευσης και απασχόλησης σε συνθήκες προστατευμένης εργασίας.

Σήμερα λειτουργεί μόνο το πρώτο εργαστήριο.

Οι φιλοξενούμενοι του Ξενώνα που συμμετέχουν στο συνεργείο εκπαιδεύονται στον αύλειο χώρο του νοσοκομείου φροντίζοντας για τη διαρρύθμιση του κήπου και γενικά των ελεύθερων χώρων. Η κινητοποίηση και προσαρμογή των ενοίκων σ' αυτή τους την απασχόληση δεν ήταν εύκολη. Χρειαζόταν συνεχής παρότρυνση τόσο από τον τεχνίτη - κηπουρό όσο και απ όλα τα μέλη της Θεραπευτικής Ομάδας. Κι ενώ αρχικά οι περισσότεροι ένοικοι είχαν αρνητική στάση προβάλλοντας διάφορες δικαιολογίες για να μη συμμετέχουν (ζητήματα υγείας, πληρωμής κ.α.), σιγά - σιγά και με τη συνεχή ενθάρρυνση άρχισαν να πηγαίνουν με όρεξη και ευχαρίστηση, αφού αισθάνονται εξαιτίας της απασχόλησης τους αυτής πιο υγιείς και δημιουργικοί. Συχνά, πλέον, έρχονται στον Ξενώνα μετά την εργασία τους στον κήπο και μας λένε με υπερηφάνεια για τα αποτελέσματα της δουλειάς. Τα δύο τελευταία χρόνια οι ένοικοι του Ξενώνα και των Διαμερισμάτων απασχολούνται και στο Δημοτικό Λαχανόκηπο, όπου μας παραχωρήθηκε ύστερα από ενέργειες του προσωπικού του Ξενώνα, ένα κομμάτι του για καλλιέργεια κηπευτικών. Εκεί πηγαίνουν από την αρχή της άνοιξης έως τις αρχές του Φθινοπώρου και ασχολούνται με τη φύτευση, καλλιέργεια και συγκομιδή διαφόρων κηπευτικών. Ένα μέρος των προϊόντων που παράγονται δίνεται στο κοινωνικό παντοπωλείο και τα υπόλοιπα χρησιμοποιούνται για τις ανάγκες του Ξενώνα και των Διαμερισμάτων.



## 4.1.2 Εργασία με την κοινότητα

Η εργασία με την κοινότητα ξεκίνησε πριν από την εγκατάσταση των ασθενών στον Ξενώνα, επικεντρωμένη περισσότερο στο να αποδεχθεί η γειτονιά τους αρρώστους που θα ερχόταν. Οι αντιστάσεις που συναντήσαμε ήταν περισσότερο λόγω του φόβου που προκαλεί η άγνοια για την ψυχική νόσο. Η εικόνα του ατόμου με ψυχική ασθένεια δίνεται τις περισσότερες φορές με ένα τρόπο που προκαλεί φόβο και πανικό. Παρόλο που υπήρξαν ενημερώσεις-συζητήσεις με τους γείτονες λίγο πριν έρθει το λεωφορείο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου εμφανίστηκε στον Ξενώνα ένας δημοσιογράφος τοπικής εφημερίδας που μας μετέφερε τις αντιδράσεις – διαφωνίες της γειτονιάς για τη λειτουργία της δομής. Η Ψυχολόγος ανέλαβε την ενημέρωση του δημοσιογράφου όσον αφορά στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και στη λειτουργία του Ξενώνα στα πλαίσια αυτής. Το αμέσως επόμενο διάστημα η τοπική εφημερίδα είχε άρθρο για την ενημέρωση – ευαισθητοποίηση τόσο της γειτονιάς μας όσο και της ευρύτερης κοινωνίας της πόλης μας. Σήμερα οι σχέσεις με τους γείτονες και τους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στη γύρω περιοχή είναι αρμονικές.

**ΞΕΝΩΝΑΣ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

# Στέγη ενόψει επανένταξης

• Λειτουργεί - με ανοικτές τις πόρτες του - στην οδό Τοιμισκί

**Του Δημήτρη Βάλλα**

Ενας πρότυπος Ξενώνας που σπάει πλέον τα «ταμπού» γύρω από την ψυχική νόσο και τους ψυχικά ασθενείς ξεκίνησε χθες τη λειτουργία του στο κέντρο της πόλης φιλοδοξώντας να συμμετάσχει ενεργά στην επανένταξη στην κοινωνία Λαρισαίων συνανθρώπων μας. Το κέντρο που λειτουργεί στην οδό Τοιμισκί είναι το τέταρτο που ιδρύθηκε στη Θεσσαλία στα πλαίσια του ειδικού προγράμματος «Ψυχαργός» που υλοποιείται στο πλαίσιο του Β' Κοινωνικού Πλαισίου Στήριξης. Πρόκειται για ειδικό πρόγραμμα εκπαιδευτικού περιεχομένου με 1.200 ώρες επαγγελματικής κατάρτισης.

Χθες από την Κατερίνη όπου διαμένουν σε Ξενώνα αλλά και από τη Λάρισα όπου ζουν κανονικά στα σπίτια τους έφθασαν στο Κέντρο οι 11 πρώην ασθενείς που έχουν ήδη αποθεραπευτεί

Ο κόσμος πρέπει να καταλάβει ότι πρόκειται για περιστατικά ελαφρά και όλοι είναι ασθενείς που έχουν αποθεραπευτεί. Οι άνθρωποι αυτοί δεν ήταν έγκλειστοι στο Νοσοκομείο αλλά έμειναν είτε στα σπίτια τους είτε σε άλλους Ξενώνες της Κατερίνης.

Απλά τώρα, επειδή είναι Λαρισαίοι και ιδρύθηκε ο Ξενώνας αυτός στη Λάρισα τους φέραμε εδώ. Εδώ θα παρακολουθήσουν ειδικό πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης στην καθαριότητα και στην ανθοκομία από ειδικούς τεχνίτες εκπαιδευτές.

Στον Ξενώνα εκτός από τους εκπαιδευτές υπάρχει και ειδικό προσωπικό με επιστημονικό υπεύθυνο ψυχίατρο του Νοσοκομείου Λάρισας.

Το προσωπικό αποτελείται από 1 ψυχολόγο, 1 κοινωνικό λειτουργό, 2 νοσηλεύτριες Τ.Ε., 4 νοσηλεύτριες Δ.Ε. και 1 άτομο γενικών καθηκόντων. Οι πόρτες του Ξενώνα είναι ανοικτές σε όλους και στους γείτονες που μπορούν να

και που θα παρακολουθήσουν το πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης και ορισμένοι από αυτούς θα φιλοξενηθούν στον Ξενώνα που θα τους προσφέρει



**Η ψυχολόγος κ. Ευαγγελία Ρουκά μιλά στο δημοσιογράφο Δημήτρη Βάλλα**



**Σύγχρονοι χώροι υποδοχής στο νέο Ξενώνα**

έρχονται να ενημερώνονται για τι γίνεται εδώ μέσα... Πρόκειται για ηλικίας 25-55 χρόνων που έχουν όλοι αποθεραπευτεί και ζητούν την συνανθρώπους μας Λαρισαίους αγάτη και το σεβασμό όλων μας".

**Πηγή: Τοπική εφημερίδα Λάρισας**

### 4.1.3 Εργασία με τις οικογένειες

Πριν από την έλευση των ασθενών, προηγήθηκε γνωριμία με τις οικογένειες τους και ενημέρωση για τον ερχομό των αρρώστων μελών τους στον ξενώνα. Επιπλέον τους εξηγήθηκε ο σκοπός και οι στόχοι λειτουργίας του ξενώνα. Στην αρχή υπήρξε ανησυχία για τυχόν ενοχλήσεις της οικογένειας από τους ασθενείς λόγω του καινούριου πλαισίου διαμονής τους. Με τον ερχομό των αρρώστων και τις πρώτες επισκέψεις των συγγενών στον ξενώνα κάμφθηκαν οι αντιδράσεις. Σήμερα οι περισσότεροι συγγενείς επισκέπτονται τον ξενώνα τακτικά. Προς το παρόν καμία οικογένεια δεν επιθυμεί την επιστροφή του αρρώστου της στο σπίτι.

### 4.1.4 Εργασία με φορείς

Θεωρήθηκε από την αρχή πολύ σημαντική η συνεργασία του ξενώνα με άλλες δημόσιες υπηρεσίες, φορείς και οργανισμούς για την επίτευξη του στόχου της κοινωνικής ενσωμάτωσης των φιλοξενουμένων στην κοινότητα. Έτσι ήδη έχει εγκατασταθεί μία στενή συνεργασία με τους παρακάτω φορείς

- Ερυθρός Σταυρός, Παράρτημα Λάρισας.
- Ο.Α.Ε.Δ.
- Ασφαλιστικά Ταμεία (ΕΟΠΥ) κ.τ.λ.

### 4.1.5.ΚΥΡΙΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Στην αρχική λειτουργία μιας δομής ο βασικός στόχος για όλους τους ενοίκους είναι η προσαρμογή του στο νέο θεραπευτικό περιβάλλον. Η προσπάθεια της θεραπευτικής Ομάδας επικεντρώνεται στο να υλοποιήσει ένα θεραπευτικά σχεδιασμένο εξατομικευμένο και ρεαλιστικό πρόγραμμα για κάθε ένοικο του Ξενώνα, που θα στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Οι επιμέρους δραστηριότητες στοχεύουν:

- Στη συνεχή και σταθερή εφαρμογή προγραμμάτων που ωθούν τον ένοικο στην απόκτηση του μέγιστου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας του, στη βελτίωση των κοινωνικών του δεξιοτήτων και στην απασχόληση του,
- Στη διασφάλιση της ποιότητας ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης για τους ενοίκους,
- Στη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τους ενοίκους.

Επιπλέον οι στόχοι του ξενώνα υλοποιούνται:

- με δράσεις που βοηθούν τους ενοίκους στη διεκδίκηση και άσκηση των νομικών, πολιτικών και κοινωνικών τους δικαιωμάτων,
- με προγράμματα ενθάρρυνσης της συμμετοχής των ενοίκων στα κοινά,
- με προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για της καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου, την ενημέρωση για τις εξωιδρυματικές μορφές φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους στο τέλος,
- με επαγγελματική κατάρτιση στη κηπουρική και στον ευπρεπισμό κοινόχρηστων χώρων.

Σιγά - σιγά γίνεται μία εκτίμηση και καταγραφή των ικανοτήτων, δεξιοτήτων του κάθε ενοίκου χωριστά και με βάση αυτών καθορίζεται από την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα ένα Ημερήσιο και Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα Δραστηριοτήτων.

**Πίνακας 1: Υπόδειγμα Ημερήσιου και Εβδομαδιαίου προγράμματος**

Ωρολόγιο πρόγραμμα	Δράσεις	Ωρολόγιο πρόγραμμα	Δράσεις
7:30	Πρωινό Ξύπνημα	14:00	Καθαριότητα κουζίνας
8:00	Ατομική Καθαριότητα	14:00-17:00	Μεσημεριανή ξεκούραση
8:30	Προετοιμασία Λήψη Πρωινού-Λήψη Φαρμάκων	17:00-19:30	Δραστηριότητες 1,2,3,4,5
9:00-10:00	Καθαριότητα Ατομικών – Κοινόχρηστων Χώρων	19:30-20:00	Προετοιμασία Βραδινού Γεύματος
10:00-10:00	Ομάδα Εφημερίδας	20:00-20:30	Λήψη Βραδινού Γεύματος
10:30-13:00	Συνεργείο Κηπουρικής (Ομάδα Κηπουρικής) Ατομική Ψυχοθεραπεία Δραστηριότητα 6 Συνεργασία με κοινωνικό Λειτουργό	20:30-21:00	Καθαριότητα κουζίνας
13:15	Προετοιμασία Μεσημεριανού Γεύματος από ομάδα κουζίνας	21:00-23:00	Ελεύθερος χρόνος (τηλεόραση, μουσική, διάβασμα)

13:30	Λήψη Γεύματος-Λήψη φαρμάκων	23:00	Βραδινή Ξεκούραση
-------	-----------------------------	-------	-------------------

Σημειώνεται ότι το πρόγραμμα επανακαθορίζεται σε τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες και τις περιστάσεις των ενοίκων.

**Πίνακας 2: Οι Δραστηριότητες των ενοίκων**

<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ 1</b>	Πλύσιμο ρούχων-σιδέρωμα από ομάδα καθαριότητας
<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ 2</b>	Κάθε Δευτέρα ομαδική ψυχοθεραπεία ασθενών - Συντονίζεται από την Ψυχολόγο του Ξενώνα
<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ 3</b>	Κάθε Δεύτερη Τετάρτη ομαδική παρακολούθηση ταινίας
<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ 4</b>	Κάθε Πέμπτη ομάδα μαγειρικής που συντονίζεται από εθελοντή Ερυθρού Σταυρού
<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ 5</b>	Κάθε Τρίτη-Παρασκευή ομάδα Γυμναστικής με Γυμνάστρια από πρόγραμμα φυσικής Αγωγής της Νομαρχίας
<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ 6</b>	Ομάδα Διαμερισμάτων κάθε Τρίτη

Μετά την συμπλήρωση τριών ετών παραμονής των φιλοξενούμενων στον ξενώνα κρίναμε ότι είναι δυνατή η μετάβαση πέντε ενοίκων σε Προστατευμένο Διαμέρισμα που είναι ποιο αυτόνομη μορφή διαβίωσης. Τ' άτομα αυτά αντικαταστάθηκαν στον Ξενώνα από άλλα από το Ψ.Ν.Π.Ο.

## 4.2 Προστατευμένα διαμερίσματα

Το προστατευμένο διαμέρισμα είναι ένας χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική καθυστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά δεν υπερβαίνει συνήθως τα έξι. Οι πιο σημαντικές υπηρεσίες που παρέχονται σ' αυτούς τους χώρους εκτός από κατοικία, είναι:

- Φαρμακοθεραπεία
- Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες
- Ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειές τους
- Επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση σε συνθήκες προστατευμένης εργασίας.

- Συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
- Αντιμετώπιση προβλημάτων σωματικής υγείας
- Διασύνδεση με υπηρεσίες υποστήριξης στην κοινότητα

Σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της Δομής κατά την επιλογή των ενοίκων στο διαμέρισμα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κάποιοι παράμετροι. Συγκεκριμένα, οι ψυχολογικές εκδηλώσεις τους πρέπει να βρίσκονται σε φάση σταθεροποίησης έτσι ώστε να μπορούν να συμμετάσχουν στη ζωή του διαμερίσματος. Τα δεδομένα της αξιολόγησης της δυνατότητας ένταξης του ενδιαφερόμενου, συζητούνται σε κλινική συνάντηση της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας, υπό την εποπτεία του επιστημονικά υπευθύνου, όπου αποφασίζεται η αποδοχή ή όχι του αιτήματος του.

Μετά την αίτηση ένταξης του ενδιαφερόμενου στη δομή, πραγματοποιείται συνάντηση μαζί του ή και με την παρουσία συγγενών του όταν είναι δυνατό, όπου του γνωστοποιούνται ο σκοπός, ο τρόπος λειτουργίας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες της δομής. Ακολούθως ζητείται η έγγραφη σύμφωνη γνώμη του, ή γνώμη τους για την εξέλιξη της διαδικασίας.

Κατά την περίοδο ένταξης του ενοίκου στη δομή εφαρμόζεται ένα στάδιο προετοιμασίας και υποδοχής του, μέσω οργανωμένων και συντονισμένων συνεργασιών και συναντήσεων με το προσωπικό, έτσι ώστε να προετοιμαστεί κατάλληλα, και να επιτευχθεί η ομαλή ένταξη και προσαρμογή στο νέο περιβάλλον διαμονής του.

Κατά την περίοδο αυτή ο ένοικος και οι συγγενείς ενημερώνονται εγγράφως, λεπτομερώς και με απόλυτη σαφήνεια για τα δικαιώματα και τις ευθύνες του ενοίκου, τις παρεχόμενες υπηρεσίες της δομής πριν την οριστική μετακίνηση του σ' αυτή.

### 4.3 Περιγραφή του Διαμερίσματος

Το Προστατευμένο Διαμέρισμα Α δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαγωγός» Β΄ Φάση από το Γενικό νοσοκομείο Λάρισας. Η λειτουργία του άρχισε το Δεκέμβριο του 2003, στην οδό Δήμητρας 27. Το διαμέρισμα βρίσκεται στον πρώτο όροφο σ' ένα διώροφο κτίριο με κήπο, δίπλα στο μεταβυζαντινό φρούριο της πόλης και πολύ κοντά στο αρχαίο θέατρο στο κέντρο της πόλης. Η επιλογή των ατόμων που φιλοξενούνται στα προστατευμένα διαμερίσματα γίνεται ύστερα από αίτηση τους ή αίτηση των συγγενών τους ή μετά από παραπομπή από μονάδες ψυχικής υγείας με τη σύμφωνη γνώμη της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας (Ν.2716/99)

Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν να φιλοξενηθούν στο προστατευμένο διαμέρισμα είναι ο Σ. και η Β. Πριν την μόνιμη εγκατάσταση προηγήθηκαν επισκέψεις των ασθενών στους χώρους του διαμερίσματος. Επιπλέον επιδιώχθηκε να γίνει δυνατή η από κοινού προετοιμασία σε όλα τα επίπεδα, ώστε οι ένοικοι να εκφράσουν τις επιθυμίες τους.



**Εικόνα 3: Άποψη του εσωτερικού χώρου του διαμερίσματος**

Το διαμέρισμα ξεκίνησε και συνεχίζει τη λειτουργία του χωρίς την απασχόληση προσωπικού. Η επίβλεψη και υποστήριξη των φιλοξενούμενων καλύφθηκε από την ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργαζόταν στον Ξενώνα. Η σύνθεση της Πολυκλαδικής Ομάδας του Ξενώνα είναι: Μία Ψυχολόγος, μία Κοινωνική Λειτουργός, επτά Νοσηλευτές, ένας Κηπουρός, ένας Γενικών καθηκόντων.

Σε πρώτη φάση δόθηκε έμφαση στο περιβάλλον της δομής για τη διασφάλιση της ποιότητας του, αφού πρώτα αξιολογήθηκαν τα εξής:

- επιθεώρηση του χώρου, ώστε να υπάρχει επάρκεια φιλοξενίας των ενοίκων ανάλογα με όσα προβλέπει η απόφαση έγκριση σκοπιμότητας,
- να υπάρχει αρκετός χώρος για ειδικές θεραπευτικές διαδικασίες, για δημιουργικές δραστηριότητες, για την υποδοχή επισκεπτών,
- να διαθέτει τον κατάλληλο ηλεκτρικό, ηλεκτρονικό εξοπλισμό, εξοπλισμό διακόσμησης,

- να υπάρχει πρόβλεψη κατάλληλων χώρων στους οποίους οι ένοικοι να μπορούν να αποθηκεύουν τα προσωπικά τους υπάρχοντα, επαρκής χώρος για κάθε ένοικο.

Η θεραπευτική Ομάδα από την πρώτη στιγμή της εισόδου των ασθενών παρατηρούσε, κατέγραφε και αξιολογούσε τις αντιδράσεις, τις δυσκολίες και την συμπεριφορά των ενοίκων στο διαμέρισμα.

Ήδη, πριν την έναρξη του προγράμματος η θεραπευτική ομάδα είχε σχεδιάσει ένα πρόγραμμα φροντίδας των ενοίκων, ώστε η βοήθεια και η στήριξη να είναι άμεσα διαθέσιμες σε περιπτώσεις ανάγκης.

Έτσι η φροντίδα που παρέχεται επικεντρώνεται:

- στον έλεγχο των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που, πιθανώς, θα εμφανιζόταν, λόγω της μετακίνηση τους (τα κυριότερα συμπτώματα που παρουσίασαν ήταν άγχος, αϋπνίες, ανάγκη για απομόνωση και ηρεμία από τον ένα ένοικο),
- στην εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και αυτονομίας, σε συνάρτηση με τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή,
- στη διατήρηση της ανεξαρτησίας μέσα στο διαμέρισμα,
- στη ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και στις οικογένειες τους,
- στη συνεχή αξιολόγηση του προγράμματος δραστηριοτήτων
- στη συμμετοχή σε προγράμματα απασχόλησης,

Υλοποιείται ένα πρόγραμμα δράσης, ανάπτυξης, συνεργασίας με εθελοντές που εμπλέκονται και βοηθούν τους ενοίκους στην απόκτηση μέγιστου βαθμού λειτουργικότητας και αυτονομίας.

## 4.4 Η περίπτωση των ενοίκων του Ξενώνα «Αργίτσα»

### 4.4.1 Ιστορικό της Β.

Η Β. γεννήθηκε στα Φάρσαλα το 1974. Ήταν το πρώτο παιδί της οικογένειας. Ο πατέρας της απεβίωσε το 2000. Η μητέρα της ήταν χρόνια ψυχωσική και νοσηλευόταν κατά διαστήματα σε διάφορες ψυχιατρικές δομές. Οι γονείς της χώρισαν και αποφάσισαν η Β. να μείνει με τη μητέρα της και ο αδερφός της με τον πατέρα της. Η Β. μεγάλωσε σ' ένα χωριό των Φαρσάλων όπου την κύρια φροντίδα την είχαν οι παππούδες της, γονείς της μητέρα της. Φοίτησε μέχρι την πρώτη γυμνασίου με μέτρια επίδοση. Ο αδελφός της παρουσιάζει ελαφριά διανοητική καθυστέρηση. Η Β. νοσηλεύτηκε 12

χρονών στην παιδιατρική κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου με διάγνωση «Κατάθλιψη Παιδικής Ηλικίας».

Στην ηλικία των 20 ετών η Β. και η μητέρα της μετά το θάνατο των παππούδων εισάγονται και νοσηλεύονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου. Εκεί διαγιγνώσκεται «Παρανοϊκή Ψύχωση» και νοσηλεύεται στο τμήμα Αποκατάστασης. Μετά από λίγο καιρό επιλέχθηκε να μετακινηθεί σε Ξενώνα Αποκατάστασης της Κατερίνης. Το Σεπτέμβριο του 2000 με την υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός» Α' Φάση η Β. επιλέγεται να μετακινηθεί μαζί με άλλους ασθενείς στον Ξενώνα του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

Παρουσιάζει παρανοϊκές ιδέες που αφορούν κυρίως τους συγγενείς της. Χαρακτηρίζεται από απρόσφορο και επίπεδο συναίσθημα. Δείχνει να μην έχει επιθετική συμπεριφορά και να είναι συνεργάσιμη και λειτουργική. Η Β. δεν δέχεται το παθολογικό της κατάσταση και πιστεύει ότι είναι απόλυτα υγιής. Είναι καχύποπτη και έχει παραληρητικές ιδέες κυρίως ως προς τους συγγενείς της (τη ζηλεύουν και την εκμεταλλεύονται οικονομικά ...). Κατά την διαμονή της στον Ξενώνα διατηρεί σχέση με ασθενή από τον Ξενώνα του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων.

Η γνωριμία τους ξεκίνησε στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, και συνεχίστηκε κατά την διαμονή της στον Ξενώνα. Από την αρχή εντάχθηκε στο συνεργείο «κηπουρικής». Συμμετείχε στις δουλειές αλλά πάντα με παρακίνηση. Το ίδιο συνέβαινε και με την ατομική της καθαριότητα. Ήθελε παρακίνηση και καμιά φορά ήταν πολύ αρνητική. Της άρεσε να περνάει τις ώρες της μιλώντας με τους άλλους ενοίκους για το χωριό της, την «προίκα της», τους θείους της, που την έκλεισαν μέσα στο ψυχιατρείο για να εκμεταλλευτούν την περιουσία της επειδή τη ζήλευαν. Οι σχέσεις που είχε με τους άλλους ενοίκους ήταν κυρίως επιφανειακές. Συναίσθημα έβγαζε μόνο προς τον αδερφό της, τη μητέρα της και το Σ. (σύντροφο της).

Συμμετέχει στις εβδομαδιαίες συναντήσεις των ενοίκων, σε ομάδες με εθελοντές που πραγματοποιούνται, καθώς και σε εξόδους, εκδρομές, όπως και στις καλοκαιρινές διακοπές. Επίσης συμμετέχει σε πρόγραμμα Κεραμικής και Γυμναστικής. Όσον αφορά στη διαχείριση των χρημάτων της είναι «σπάταλη» γιατί πιστεύει ότι έχει αρκετά χρήματα. Παίρνει μέρος από τη σύνταξη του πατέρα της λόγω αναπηρίας και κάποια χρήματα από την ενοικίαση των χωραφιών της. Κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους φιλοξενίας της στον Ξενώνα πεθαίνει ο πατέρας της από ανίατη ασθένεια. Με την ανακοίνωση του θανάτου από της ψυχολόγο της δομής η αρχική αντίδραση της ήταν «περίεργη» αφού άρχισε να γελά λέγοντας ότι υπάρχει θεός και τιμώρησε τον πατέρα της που τους εγκατέλειψε. Μετά όμως ντύθηκε στα «μαύρα» αφού έχει έντονο το συναίσθημα του «κοινωνικού πρέπου». Η θεραπευτική ομάδα και κυρίως η ψυχολόγος «δούλεψε» πολύ με τη Β. το θέμα του πατέρα της, ώστε να το τακτοποιήσει μέσα της, σωστά.



#### 4.4.2 Ιστορικό του Σ.

Ο Σ. γεννήθηκε σ' ένα χωριό των Τρικάλων. Ήταν το δεύτερο παιδί της οικογένειας. Προέρχεται από γεωργοκτηνοτροφική οικογένεια. Και έχει έναν μεγαλύτερο αδερφό. Είναι απόφοιτος Δημοτικού. Πήγε σε σχολή του Ο.Α.Ε.Δ. Τμήμα Ηλεκτροτεχνιτών, για δύο χρόνια χωρίς να ολοκληρώσει τη φοίτηση. Ασχολήθηκε με τις αγροτικές δουλειές της οικογένειας του. Επίσης έχει εργαστεί ως ελαιοχρωματιστής, ως μπάρμαν στην Ολλανδία για πέντε χρόνια και ως ιδιοκτήτης ψησταριάς για ένα χρόνο. Εξέτισε κανονικά τη θητεία του.

Σε ηλικία γύρω στα 25 άρχισαν να εμφανίζονται τα προβλήματα με εριστική και επιθετική συμπεριφορά. Έντονες εκρήξεις θυμού τόσο με την οικογένεια του όσο και με τους άλλους συγγενείς. Η μητέρα του αυτοκτόνησε και ο πατέρας του δείχνει να θεωρεί υπεύθυνο το Σ. για όσα άσχημα του έχουν τύχει στη ζωή του. Διατηρεί καλές σχέσεις με τον αδελφό του, ο οποίος ζει και εργάζεται στη Γερμανία. Όταν έρχεται στην Ελλάδα τα δύο αδέρφια περνούν αρκετό χρόνο μαζί, βγαίνουν για φαγητό, πηγαίνουν στο χωριό, επισκέπτονται συγγενείς. Νοσηλεύτηκε για ένα μήνα στα Οξέα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου. Πήρε εξιτήριο χωρίς να του δοθεί φαρμακευτική αγωγή. Μετά από ένα χρόνο περίπου εισάγεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, Τμήμα Αποκατάστασης. Με διάγνωση οξεία αντίδραση σε στρες, σε αντιδραστική παρανοϊκή ψύχωση και στη συνέχεια επιλέγεται να μετακινηθεί στον Ξενώνα Κατερίνης όπου γνωρίζεται και διατηρεί ερωτικό δεσμό με τη Β.

Το 2000 με την υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός» Α' Φάση μετακινείται στον Ξενώνα Τρικάλων. Κατά τη διάρκεια φιλοξενίας στον Ξενώνα Τρικάλων συνεχίζει να έχει ερωτικό δεσμό με τη Β. και ανταλλάσσουν καθημερινά τηλεφωνήματα και συχνές επισκέψεις. Μετά από αίτημα και των δύο, το προσωπικό των δύο αποκαταστασιακών δομών έκανε όλες τις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να μετακινηθεί ο Σ. στον Ξενώνα της Λάρισας. Σ' αυτό βοήθησαν και οι Διοικήσεις των δύο Νοσοκομείων.

Ο Σ. ήρθε στη Λάρισα στις 18/01/2002. Ήταν πάρα πολύ συνεργάσιμος και λειτουργικός. Αυτό που τον δυσκολεύει και δυσλειτουργεί κάποιες φορές είναι το άγχος του και η αδυναμία του να το διαχειριστεί. Όταν είναι πολύ στρεσαρισμένος βλέπει τα «μαύρα στίγματα». Δεν μπορεί ν' ακούει κανέναν, θέλει να απομονωθεί και «αγριεύει». Συμμετέχει στις καθημερινές δραστηριότητες της Δομής καθώς και στα διάφορα προγράμματα που αναπτύσσονται με μεγάλη επιτυχία. Διατηρεί καλές σχέσεις με τους υπόλοιπους φιλοξενούμενους. Συμμετέχει στις εβδομαδιαίες συναντήσεις των ενοίκων, στο πρόγραμμα Κηπουρικής στον κήπο του Δήμου που μας έχει διατεθεί. Συμμετέχει σε ομάδες με εθελοντές που πραγματοποιούνται καθώς και σε εξόδους, εκδρομές όπως και στις καλοκαιρινές διακοπές. Επίσης συμμετέχει σε πρόγραμμα κεραμικής και γυμναστικής. Με τον ερχομό του στη Λάρισα αρχίζει να έρχεται σ' επαφή με τους θείους του και τα ξαδέλφια του, με τους οποίους

αναπτύσσει και διατηρεί πολύ καλές σχέσεις. Παίρνει σύνταξη Ο.Γ.Α. λόγω αναπηρίας, την οποία διαχειρίζεται ο ίδιος.

**Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία των υπο μελέτη ενοίκων**

Δημογραφικά στοιχεία	1 <sup>ος</sup> ένοικος	2 <sup>ος</sup> ένοικος
<b>Όνοματεπώνυμο:</b>	B.	Σ.
<b>Φύλο:</b>	θήλυο	Άρρεν
<b>Έτος γέννησης:</b>	1974	1962
<b>Εκπαίδευση:</b>	Απόφοιτος δημοτικού	Απόφοιτος δημοτικού
<b>Οικογενειακή κατάσταση:</b>	Έγγαμη	Έγγαμος
<b>Ασφαλιστικός φορέας:</b>	I.K.A	Ο.Γ.Α

**Πίνακας 4: Κλινικά στοιχεία των υπο μελέτη ενοίκων**

Κλινικά στοιχεία	1 <sup>ος</sup> ένοικος	2 <sup>ος</sup> ένοικος
<b>Διάγνωση:</b>	Ψυχωσική Διαταραχή παρανοϊκού τύπου με συναισθηματικά στοιχεία	Παρανοϊκή Ψύχωση με οξεία αντίδραση σε στρες
<b>Διάρκεια νόσου:</b>	περίπου 21 χρόνια	22 χρόνια
<b>Παρούσα θεραπεία:</b>	Φαρμακευτική αγωγή, ψυχιατρική παρακολούθηση και ψυχοθεραπεία.	Φαρμακευτική αγωγή, ψυχιατρική παρακολούθηση και ψυχοθεραπεία.
<b>Εμπειρία διαμονής σε άλλη μονάδα ψυχοκοινωνικής</b>	Ναι – Ξενώνας Κατερίνης,	Ναι – Ξενώνας Κατερίνης, Ξενώνας Τρικάλων, Ξενώνας

<b>αποκατάστασης:</b>	Ξενώνας Λάρισας	Λάρισα
<b>Λόγος για τον οποίο έφυγε:</b>	Μετάβαση στο προστατευμένο διαμέρισμα	Μετάβαση σε προστατευμένο διαμέρισμα
<b>Εμπειρία σε προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης:</b>	Ναι	Ναι
<b>Εάν ναι, σε ποια προγράμματα, φορέας, για πόσο χρονικό διάστημα:</b>	Ευρωπαϊκό πρόγραμμα: Ε.Π. Απασχόληση – Επαγγελματική Κατάρτιση, Μέτρο 1, Πρόγραμμα Νέοι Ορίζοντες, Φορέας ΘΕ.Ψ.Υ.Π.Α, από 2-6-2003 έως 23-7-2003	Ευρωπαϊκό πρόγραμμα: Ε.Π. Απασχόληση – Επαγγελματική Κατάρτιση, Μέτρο 1, Πρόγραμμα Νέοι Ορίζοντες, Φορέας ΘΕ.Ψ.Υ.Π.Α, από 2-6-2003 έως 23-7-2003

#### 4.4.3 Συνύπαρξη των δύο ενοίκων στον Ξενώνα

Η θεραπευτική ομάδα έχει παρατηρήσει από τις πρώτες ημέρες ότι ο Σ. είναι ο κυρίαρχος της σχέσης τους. Η Β. είναι πιο άβουλη κάτι βέβαια που τη βολεύει αφού από μόνη της δεν παίρνει πρωτοβουλίες και αποφάσεις. Ο Σ. είναι αυτός που αποφασίζει για ότι αφορά την καθημερινότητα τους. Η Β. απλά ακολουθεί.

Μένουν στο ίδιο δωμάτιο αλλά σε διαφορετικά κρεβάτια αφού η Β. είναι ένθερμη υποστηρίκτρια της άποψης να μην έχουν ερωτικές επαφές πριν την τέλεση του γάμου. Ο Σ. σέβεται την άποψη και επιθυμία της.

Σκοπός της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στην παρούσα χρονική περίοδο είναι να «δουλεψει» η σχέση των δύο ενοίκων. Οι δύο ένοικοι αποφάσισαν να επισημοποιήσουν τη σχέση τους, με αρραβώνα. Αυτή η απόφαση βρήκε σύμφωνη τη Θεραπευτική Ομάδα η οποία στήριξε και βοήθησε τους ενοίκους. Στις 13/05/2002 έγινε ο αρραβώνας των δύο νέων σε ταβέρνα της Λάρισας, όπου τηρήθηκε όλο το τυπικό της εκδήλωσης. Στον αρραβώνα παραβρέθηκε το προσωπικό του Ξενώνα της Λάρισας, η μητέρα και ο αδελφός της Β., συγγενείς και των δύο, μέλη του προσωπικού του Ξενώνα Τρικάλων, οι ένοικοι του Ξενώνα.

#### 4.4.4 Προετοιμασία για το διαμέρισμα

Πριν τη μετακίνηση τους στο Διαμέρισμα οι στόχοι τη θεραπευτικής ομάδας επικεντρώνονται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ανεξάρτητης και αυτόνομης διαβίωσης, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή και στην ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και στις οικογένειες τους.

Πριν τη μόνιμη εγκατάσταση οι ένοικοι πραγματοποίησαν επισκέψεις στους χώρους του Διαμερίσματος. Τους δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσουν τις επιθυμίες για τη διαμόρφωση του νέου τους σπιτιού, για την αγορά των επίπλων και όλου του οικιακού εξοπλισμού. Επέλεξαν οι ίδιοι το δωμάτιο που θα διαμένουν τα οποία τακτοποίησαν και διακόσμησαν.

#### 4.4.5 Συμβίωση στο διαμέρισμα

Η Θεραπευτική Ομάδα από την πρώτη στιγμή της εισόδου των φιλοξενούμενων στο Διαμέρισμα πραγματοποιούσε καθημερινές επισκέψεις κατά τις οποίες κατέγραφε και αξιολογούσε τις αντιδράσεις, τις δυσκολίες και τη συμπεριφορά των ενοίκων. Ο ρόλος της ήταν πλέον συμβουλευτικός και βοηθητικός όπου χρειαζόταν. Οι ένοικοι ακολουθούν ένα πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων.

**Πίνακας 5: Ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων Α΄ Διαμερίσματος**

<b>07:30</b>	ΠΡΩΙΝΟ ΕΥΠΝΗΜΑ	<b>14:00 – 17:00</b>	ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ
<b>08:00</b>	ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	<b>17:00 – 19:00</b>	ΟΜΑΔΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ (ΤΡΙΤΗ ΑΠΟΓΕΥΜΑ)
<b>08:30</b>	ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ – ΠΡΩΙΝΟ – ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	<b>19:00 – 20:00</b>	ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΒΡΑΔΙΝΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ
<b>09:00 – 10:30</b>	ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΑΤΟΜΙΚΩΝ – ΚΟΙΝΟΧΡΗΣΤΩΝ ΧΩΡΩΝ	<b>20:00 – 20:30</b>	ΒΡΑΔΥΝΟ ΦΑΓΗΤΟ
<b>10:30 – 13:00</b>	ΟΜΑΔΑ ΚΗΠΟΥΡΙΚΗΣ (ΔΕΥΤΕΡΑ) ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΩΝ (ΤΡΙΤΗ) ΚΑΘΕ ΤΕΤΑΡΤΗ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΚΟΥΖΙΝΑΣ	<b>20:30 – 21:00</b>	ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΚΟΥΖΙΝΑΣ

	<p>«Την πρώτη Τετάρτη κάθε δεύτερου μήνα (δηλαδή Ιανουάριος – Μάρτιος – Μάιος – Ιούλιος – Σεπτέμβριος – Νοέμβριος) γίνεται απόψυξη ψυγείου (μπορεί να γίνει και με την βοήθεια των εθελοντών)»</p> <p>ΟΜΑΔΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ (ΤΕΤΑΡΤΗ ΠΡΩΙ)</p> <p>ΠΕΜΠΤΗ ΠΡΩΙ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p> <p>ΟΜΑΔΑ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ (ΠΕΜΠΤΗ ΠΡΩΙ)</p> <p>ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΣΚΑΛΑΣ (ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΠΡΩΙ)</p> <p>ΟΜΑΔΑ ΚΕΡΑΜΙΚΗΣ (ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΜΕΣΗΜΕΡΙ)</p> <p>ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΣΑΛΟΝΙΟΥ, ΤΡΑΠΕΖΑΡΙΑΣ, ΧΩΛ ΚΑΙ ΠΛΥΣΙΜΟ ΡΟΥΧΩΝ (ΣΑΒΒΑΤΟ ΠΡΩΙ)</p>		
13:15	ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ	21:00 – 23:00	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ (ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ – ΜΟΥΣΙΚΗ – ΔΙΑΒΑΣΜΑ)
13:30	ΦΑΓΗΤΟ – ΦΑΡΜΑΚΑ	23:00	ΒΡΑΔΥΝΗ ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ
14:00	ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΚΟΥΖΙΝΑΣ		

Την Κυριακή, το πρωί μπορούν να πάνε στην εκκλησία. Το απόγευμα της Κυριακής γίνεται προετοιμασία του φαγητού για την επόμενη μέρα. Τον ελεύθερο χρόνο οι ένοικοι τον κανονίζουν όπως επιθυμούν οι ίδιοι με επισκέψεις στη γειτονιά, σε φίλους και συγγενείς. Οι εθελόντριες βοηθούν και εμπλέκονται στις δουλειές του σπιτιού, συνοδεύουν τους ενοίκους σε εξόδους στην πόλη.

Συνεχίζουν να έχουν τις ατομικές τους συναντήσεις με την Ψυχολόγο, συμμετέχουν στην εβδομαδιαία ομάδα διαμερισμάτων, εξακολουθούν να συμμετέχουν στο εργαστήρι Κηπουρικής, Γυμναστικής, Κεραμικής που γίνονται στο χώρο του Ξενώνα.

Στο Διαμέρισμα δέχονται επισκέψεις από συγγενείς τους και από Εθελόντριες του Ερυθρού Σταυρού. Αναπτύσσουν κοινωνικές σχέσεις με τους γείτονες και τους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στην περιοχή τους.

Η Β. έχει αναπτύξει πολύ καλή σχέση με μία γειτόνισσα, ανταλλάσσοντας επισκέψεις.

Ο Σ. επισκέπτεται καθημερινά το καφενείο της γειτονιάς και έχει δημιουργήσει σχέσεις με τους εκεί πελάτες. Κάνουν τα ψώνια τους από τα μαγαζιά της γειτονιάς.

#### **4.4.6 Προετοιμασία γάμου**

Μέσα από την αρμονική συμβίωση και την αίσθηση που έχει αναπτυχθεί σ' αυτούς ότι το Διαμέρισμα αποτελεί το σπίτι τους, αποφάσισαν να παντρευτούν. Γι αυτό το λόγο η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα επέλεξε να μείνουν δύο άτομα στο Διαμέρισμα. (εάν και η έγκριση σκοπιμότητας ήταν για τρία άτομα).

Η απόφαση αυτή βρήκε σύμφωνη όλη τη θεραπευτική ομάδα η οποία κατάρτισε πρόγραμμα εργασιών για την προετοιμασία και πραγματοποίηση αυτού του κοινωνικού γεγονότος. Η Ψυχολόγος στις ατομικές συνεδρίες που είχε μαζί τους καθώς και τα «πρόσωπα αναφοράς» τους, φρόντισαν να τους προετοιμάσουν γι αυτή τη συμβίωση. Τους ανέλυσαν το ρόλο που θα έχει ο καθένας στη διάρκεια του γάμου.

Οι δύο ένοικοι εάν και αισθανόταν χαρά και ενθουσιασμό για την πραγματοποίηση της επιθυμίας τους, διακατεχόταν από έντονο άγχος. Αυτό γινόταν εμφανέστερο στο Σ. βλέποντας συχνά τα «μαύρα στίγματα».

Χρειάστηκε να γίνει προσωρινή αλλαγή στη φαρμακευτική του αγωγή. Η Β. δεν είχε εμφανείς συναισθηματικές εξάρσεις, ασχολούνταν κυρίως με τα διαδικαστικά (χτένισμα μαλλιών, μακιγιάζ...).

Οι δύο ένοικοι πρότειναν στην ψυχολόγο της Δομής να γίνει κουμπάρα τους. Αυτή μετά από προβληματισμό και συνεχείς συζητήσεις με τα υπόλοιπα μέλη της Θεραπευτικής Ομάδας δέχτηκε. Η ίδια εξ αρχής φρόντισε να μην υπάρξει σύγχυση ανάμεσα στους δύο ρόλους ως «κουμπάρα» και ως «Ψυχολόγος» του ζευγαριού.



**Εικόνα 4: Φωτογραφία από τον αρραβώνα των δύο ενοίκων**

#### **4.4.7 Τελετή μυστηρίου**

Την Κυριακή 23/10/2004 έγινε ο γάμος των δύο ενοίκων στην εκκλησία, της Αγίας Μαρίνας στη Λάρισα. Παρευρέθηκαν οι οικογένειες, οι συγγενείς τους, ένοικοι και προσωπικό των Ξενώνων, Εθελόντριες του Ερυθρού Σταυρού, μέλη της Διοίκησης του Νοσοκομείου και άλλοι προσκεκλημένοι. Κατά τη διάρκεια του μυστηρίου, όσο και της δεξίωσης που ακολούθησε σε κοσμικό κέντρο της πόλης στους δύο ένοικους ήταν εμφανές το αίσθημα χαράς και ενθουσιασμού. Γι αυτό το συμβάν δημοσιεύθηκε άρθρο στην τοπική εφημερίδα.

#### **4.4.8 Συναισθήματα και συμπεριφορές μετά τον γάμο**

Η ζωή τους άλλαξε διότι είχαν την ανάγκη να αποκατασταθούν κοινωνικά από ένα γάμο. Αυτό τους έδωσε μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και θεώρησαν ότι η ζωή τους εξελίσσεται φυσιολογικά και αποδεκτά από την κοινωνία. Στην αρχή ο Σ. ήταν αυταρχικός απέναντι στη Β. θεωρούσε ότι αφού είναι γυναίκα του είναι και κτήμα του. Δημιουργώντας προβλήματα στη σχέση τους.

Και οι δύο αλλά κυρίως η Β. ως γυναίκα ένιωσαν την ανάγκη απόκτησης ενός παιδιού ως φυσιολογική εξέλιξη του γάμου τους. Στόχος της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στην παρούσα

φάση ήταν να κατανοήσουν τη δυσκολία απόκτησης - φροντίδας ενός παιδιού ώστε ελεύθερα να πάρουν οι ίδιοι την απόφαση να μη προχωρήσουν στην απόκτηση παιδιού.

Η Β. όλα αυτά τα χρόνια είναι υπέρβαρη. Μετά από συνεχείς παραινήσεις της Θεραπευτικής Ομάδας δέχτηκε να μπει σε πρόγραμμα διατροφής. Συνεργαστήκαμε με το διαιτολόγο του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Τ' αποτελέσματα ήταν θεαματικά. Έχασε αρκετό βάρος σε σύντομο χρονικό διάστημα. Βλέποντας ο Σ. τα θετικά αποτελέσματα θέλησε και ο ίδιος ν' ακολουθήσει το πρόγραμμα διατροφής. Και οι δύο βελτίωσαν την υγεία τους, την εξωτερική τους εικόνα δίνοντας τους μεγάλη αυτοπεποίθηση. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα ν' αλλάξει η διάθεση τους φροντίζοντας, περισσότερο την εμφάνιση τους, ψωνίζοντας μοντέρνα ρούχα.

Η Β. για να διατηρήσει την εξωτερική της εμφάνιση άρχισε να πηγαίνει στο γυμναστήριο. Γεμίζοντας έτσι δημιουργικά και τον ελεύθερο χρόνο της. Η αλλαγή όμως της εμφάνισης της άρχισε να έχει και αρνητικά αποτελέσματα. Η Β. άρχισε να αισθάνεται όμορφη και νέα με αποτέλεσμα να υποτιμά το Σ. και να έχει αλαζονική συμπεριφορά απέναντι σ' όλους. Άρχισε να είναι ανήσυχη έχοντας πολλά νεύρα και βγάζοντας επιθετικότητα. Λειτουργούσε τόσο αυτόνομα σε σημείο που δεν ενημέρωνε το προσωπικό για τις ενέργειες της. Δεν τηρούσε τους κανόνες λειτουργίας του Διαμερίσματος νομίζοντας ότι έχει μόνο δικαιώματα και όχι υποχρεώσεις. Αυτό την έφερε σε σύγκρουση με το Σ. και τη Θεραπευτική Ομάδα πολλές φορές. Η σχέση της με το Σ. άρχισε να κλονίζεται, ήταν πολύ επιθετική σε λεκτικό επίπεδο.

Αυτή η συμπεριφορά της Β. άρχισε ν' αγχώνει το Σ. Η κατάσταση της χειροτέρευε. Αποφασίστηκε από τη θεραπευτική Ομάδα να παραμείνει για κάποιες ημέρες στον Ξενώνα, πράγμα το οποίο βρήκε σύμφωνο το Σ. Στην αρχή της παραμονής της στον Ξενώνα ήταν τρομερά θυμωμένη και επικοινωνούσε μαζί μας πολύ λίγο. Στην αρχή και απέναντι στο Σ. ήταν αρνητική διότι βίωνε την επαναφορά της στον Ξενώνα ως τιμωρία. Μετά από δέκα ημέρες άρχισε να καταλαβαίνει ότι δεν πρόκειται για τιμωρία αλλά για προσπάθεια μας να προστατεύσουμε την ίδια και τη σχέση τους. Ο Σ., όσο η Β. φιλοξενούνταν στον Ξενώνα ήταν πολύ περιποιητικός μαζί της. Εξέφρασε την ανάγκη του να επιστρέψει η Β. στο Διαμέρισμα και να ζήσουν όπως πριν. Αυτό έγινε μετά από λίγο διάστημα.

Μετά από δύο χρόνια αρρώστησε ο πατέρας του Σ. Για μεγάλο χρονικό διάστημα νοσηλεύτηκε στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας και σε ιδιωτική κλινική. Η Β. απέναντι σ' όλο αυτό στάθηκε πολύ καλά. Στήριξε το Σ. όσο μπορούσε με τη στάση της. Ήταν θετική απέναντι στον αδερφό του Σ. και ιδιαίτερα τυπική απέναντι στον πεθερό της και σε αυτό που περνούσε. Ο πεθερός της πέθανε και η Β. παραβρέθηκε στην κηδεία με τον άντρα της και δύο μέλη της Θεραπευτικής Ομάδας. Ίσως για πρώτη φορά το συναίσθημα της δεν ήταν τόσο απρόσφορο (μέχρι που έκλαψε). Επίσης στο μνημόσυνο συμπεριφέρθηκε το ίδιο.



#### 4.4.9 Υφιστάμενη κατάσταση

Η πολιτική της παρέμβασης που ακολουθείται είναι ότι οι ένοικοι πρέπει να στηρίζονται στην απόφαση και άσκηση ικανοτήτων επιλογής και στην ανάληψη υπεύθυνων ρόλων για το σχεδιασμό της ζωής τους και όχι καθ' οιονδήποτε τρόπο να εξαναγκάζονται άμεσα ή έμμεσα.

Σε γενικές γραμμές οι δύο ένοικοι του διαμερίσματος σήμερα φροντίζουν επαρκώς και με πολύ καλά αποτελέσματα την ατομική τους υγιεινή, την εμφάνιση τους, το χώρο τους. Συμμετέχουν σ' όλες τις δραστηριότητες του εβδομαδιαίου προγράμματος που πραγματοποιούνται και έχουν αναλάβει ρόλους ο καθένας τους.

Ως προς τις κοινωνικές δεξιότητες τους, οι δύο ένοικοι είναι κοινωνικοί, έχουν αναπτύξει καλές σχέσεις με τη γειτονιά. Διατηρούν καλές σχέσεις με την οικογένεια τους, τους συγγενείς και φίλους τους οποίου επισκέπτονται συχνά αλλά και αντίστροφο. Συμμετέχουν στις εβδομαδιαίες συναντήσεις των ενοίκων των διαμερισμάτων και στο πρόγραμμα κηπουρικής. Οι δύο ένοικοι συμμετέχουν σε ομάδες με εθελοντές που πραγματοποιούνται στους χώρους του Α' Διαμερίσματος, σε εξόδους, σε εκδρομές και στις καλοκαιρινές διακοπές. Επίσης συμμετέχουν σε πρόγραμμα κεραμικής και γυμναστικής.

Η διαμόρφωση των φάσεων του θεραπευτικού προγράμματος και η ιεράρχηση των επιδιωκόμενων κάθε φορά στόχων βασίστηκε στην καταγραφή και αξιολόγηση της λειτουργικότητας των φιλοξενούμενων, των δεξιοτήτων και ικανοτήτων που αυτοί διατηρούσαν μέσω ψυχολογικών εργαλείων.

Στόχος της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στην παρούσα φάση είναι η επαγγελματική κατάρτιση και η εργασιακή ένταξη των ενοίκων.

#### 4.5 Συνεντεύξεις των δύο ενοίκων

Χωρίς σχολιασμούς, αφαίρεση ή προσθήκη καταγράψαμε τις δικές τους εμπειρίες έτσι όπως κάθε φορά άλλαζε και ο τρόπος διαμονής τους.

#### Η εμπειρία της Β. και του Σ. στο ψυχιατρείο

**Β:** «Εγώ στο Ψυχιατρείο έμεινα γύρω στους έξι μήνες. Δεν με έβλεπε συχνά γιατρός, από μόνη μου ζήτησα να συναντήσω γιατρό γιατί καταλάβαινα ότι δεν μου ταίριαζε η φαρμακευτική αγωγή που μου δόθηκε. Ήμουν ναρκωμένη. Δεν φοβόμουνα τους άλλους ασθενείς. Το προσωπικό απέναντι μου ήταν ευγενικό. Ψυχολόγος δεν με είδε ποτέ. Το ψυχιατρείο ήταν Άσυλο. Ζούσες χωρίς σκοπό. Νόμιζες ότι

χάνεται η ζωή σου. Στην Πέτρα οι ασθενείς έκαναν ανήθικα πράγματα. Ξεγυμνώνονταν, έκαναν έρωτα μεταξύ τους. Γινόταν χαμός».

**Σ:** «Δεν είναι καλή η εμπειρία. Γιατί εκεί υπήρχαν αρκούδες και λύκοι. Τα σκυλιά τη νύχτα έκλαιγαν. Φοβόμουν κυρίως τη νύχτα. Δεν ήθελα να ζω εκεί. Θα χαρακτήριζα το ψυχιατρείο ως φυλακή. Δεν ήταν ίδρυμα. Μέσα σε δύο χρόνια μια φορά όλη και όλη με πλησίασε μια Ψυχολόγος. Γιατρός με είδε μια φορά στα οξέα. Η συμπεριφορά του προσωπικού ήταν άθλια. Στο Ψυχιατρείο ένιωθα άρρωστος».

### **Η εμπειρία της Β. και του Σ. στον Ξενώνα Κατερίνης**

**Β:** «Στον Ξενώνα ένιωσα ανακούφιση. Η διαφορά ήταν μέρα με νύχτα. Μου έφυγε η στεναχώρια. Δεν μιλούσαμε με Ψυχολόγο. Όλα τα συζητούσαμε με το γιατρό, ο οποίος ερχόταν μία φορά τη βδομάδα. Δεν γινόταν ομάδες. Το προσωπικό μας βοηθούσε στο μαγείρεμα και στη χρήση των ηλεκτρικών συσκευών».

**Σ:** «Αρχισα να τρώω. Κάθε μέρα έβλεπα τα «μαύρα στίγματα» από το πρωί έως το βράδυ. Στον Ξενώνα άλλαζαν το προσωπικό ανά δύο χρόνια Έμεινα εκεί πέντε χρόνια. Οι σχέσεις με το προσωπικό ήταν καθαρά επιφανειακές. Δεν δέθηκα με κανέναν».

### **Η εμπειρία της Β. και του Σ. στο Ξενώνα Λάρισας.**

**Β:** «Στον Ξενώνα της Λάρισας ένιωσα πιο καλά γιατί ενώθηκα με την οικογένεια μου. Με τον αδερφό μου και τη μητέρα μου. Παντρεύτηκα. Το προσωπικό με στήριζε και με βοήθησε σε όλες τις αποφάσεις μου. Τους αισθάνομαι δικούς μου ανθρώπους. Οποιαδήποτε αλλαγή θα με τάραζε».

**Σ:** «Στον Ξενώνα της Λάρισας δεν έβλεπα τόσο συχνά τα «μαύρα στίγματα». Για πρώτη φορά μου είπαν ότι τα «μαύρα στίγματα» οφείλονται σε υπερβολικό άγχος. Επιτέλους για πρώτη φορά ασχολήθηκε ψυχολόγος μαζί μου. Συνεργάστηκε με το γιατρό μου και προστέθηκαν στη φαρμακευτική μου αγωγή αγχολυτικά. Έμαθα τη θα πει «πρόσωπο αναφοράς». Όλη η ημέρα ήταν γεμάτη με δραστηριότητες. Η αλλαγή αυτή ήταν πολύ ωραία».

### **Η εμπειρία της Β. και του Σ. στα Προστατευμένα Διαμερίσματα**

**Β:** «Στην αρχή δυσκολεύτηκα αλλά μου άρεσε. Φοβήθηκα στην αρχή τις τόσες ευθύνες. Ένιωθα απροστάτευτη. Με βοήθησε στη προσαρμογή που ο Σ. ήταν σύντροφος μου. Νιώθω ότι κάνω μια φυσιολογική ζωή. Επιτέλους έχω αυτό που ονειρευόμουν. Το δικό μου σπιτικό».

**Σ:** *«Το ευχαριστήθηκα. Ένωσα πιο δυνατός πιο υγιής. Γνωρίζω καλύτερα τις ανάγκες μου σε σχέση με παλιά. Έχω ανοίξει προς τα έξω και προς τον εαυτό μου. Έχω να δω τα «μαύρα στίγματα» είκοσι ημέρες. Για μένα αυτό ήταν η καλύτερη πρόοδο. Δεν φανταζόμουν ποτέ από το που αρρώστησα πως θα ζούσα σε δικό μου διαμέρισμα, τόσο ανεξάρτητα. Εάν έβαζα ένα τίτλο κάθε φορά που άλλαζα χώρο διαμονής. Θα έβαζα:*

- *Χρόνια Δύσκολα.*
- *Ωραία Χρόνια.*
- *Είναι σπουδαίο να νιώθεις ΥΓΙΗΣ.*
- *Ένα καλύτερο αύριο».*

## **5. Συμπεράσματα- Συζήτηση**

Η διαδικασία επανένταξης ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου στην κοινότητα απαιτεί συνεχείς προσπάθειες από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η λειτουργία των αποκαταστασιακών δομών μέσα στην κοινότητα αποτελούν ένα σταθερό δείγμα αντιμετώπισης του στίγματος για την ψυχική νόσο. Επειδή το στίγμα είναι κάτι που δημιουργείται στο μυαλό των άλλων ανθρώπων, η καταπολέμηση του είναι δύσκολη. Οι μύθοι σχετικά με την Ψυχική αρρώστια συχνά κάνουν τους άλλους να πιστεύουν ότι οι ψυχωτικοί είναι βίαιοι και επικίνδυνοι, ανεξέλεγκτοι και απρόβλεπτοι.

Τα συμπεράσματα από την παραπάνω περιγραφική μελέτη επιβεβαιώνουν τους στόχους της «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης». Κλείνοντας τα Ψυχιατρεία και δημιουργώντας μονάδες ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης όπως οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα έχει αλλάξει η ζωή των χρόνιων ψυχικά πασχόντων, έχουν βελτιωθεί οι συνθήκες νοσηλείας και γενικότερα φροντίδας. Με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ελαττώνονται τα συμπτώματα της ψυχικής αρρώστιας, της μειονεξίας και της ανημποριάς, ενισχύοντας την εκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δημιουργεί μια ζωή όσο το δυνατό περισσότερο ποιοτική για ανθρώπους που έχουν βιώσει την ψυχονοητική διαταραχή. Αυτή η επιτυχής πορεία της δομής δεν είναι εντελώς ανεξάρτητη από την εμπλοκή των θεραπειών. Είναι γνωστή η σημαντικότητα της «ομάδας» στην αποκατάσταση. Ένα δομημένο αποκαταστασιακό πλαίσιο δίνει τη δυνατότητα σχεδιασμού ποικίλων θεραπευτικών παρεμβάσεων στη ομάδα των θεραπευμένων.

Θεωρώντας ότι η προσαρμογή/αναπροσαρμογή και ψυχοκοινωνική ένταξη/επανένταξη οφείλει να είναι μια εξατομικευμένη παρέμβαση για κάθε άρρωστο, παράλληλα με το γενικό θεραπευτικό πρόγραμμα και τη διαμόρφωση των φάσεων εξέλιξης που αφορούσε τους

φιλοξενούμενους, εφαρμόστηκαν προγράμματα για τον καθένα, προσαρμοσμένα στις ειδικότερες ανάγκες που διαπιστώθηκαν και κυρίως από την εμπειρία της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στην λειτουργία του διαμερίσματος.

Η μέχρι τώρα εμπειρία της επιβεβαιώνει ότι οι προσαρμοστικές ικανότητες των χρόνιων ψυχωτικών είναι εύθραυστες και απαιτούνται προσεκτικοί χειρισμοί κατά την μετάβαση από μια σαφώς προστατευτική δομή όπως ο μεταβατικός Ξενώνας σε μία απλώς εποπτευόμενη όπως το Προστατευμένο Διαμέρισμα. Σ' αυτό το θέμα καταλυτικής σημασίας έχει ο ρόλος του ψυχιάτρου που παρακολουθεί τους ασθενείς.

Από την ανάλυση της συνέντευξης με τους δυο ενοίκους μπορούμε να εξάγουμε τα εξής συμπεράσματα:

- Αλλάζοντας θεραπευτικό πλαίσιο βελτιώνεται η εικόνα για τον εαυτό τους. Νιώθουν ότι υπάρχει βελτίωση στην καθημερινότητα τους.
- Εάν και είναι ψυχικά ασθενείς έχουν αυτογνωσία για την βελτίωση της κατάστασής τους.
- Η γυναίκα ήταν επιφυλακτική στο να ανοιχτεί και φοβόταν ότι μέσω της συνέντευξης θα εκτεθεί και θα στιγματιστεί αντίθετα ο Σ. ήταν πολύ ανοιχτός και διαθέσιμος να συζητήσει άνετα πάνω σε όλα αυτά τα θέματα.

Το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης ως μορφή υπέρβασης του ασύλου, προϋποθέτει έναν ριζικό στοχασμό όσον αφορά το νόημα της ψυχικής ασθένειας, τη διάρθρωση των θεσμών που απευθύνονται στη εξυπηρέτηση ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις και το ρόλο των επαγγελματιών. Η αναδιάταξη του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας βασίζεται στο κλείσιμο του ψυχιατρικού νοσοκομείου-ασύλου και την αντικατάστασή του από ένα σύνολο νέων εξωνοσοκομειακών δομών μέσα στην κοινότητα (Τζανάκης, 2003:157). Η διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης κατανοείται ως μια συνεχής κριτική διεργασία χωρίς έτοιμες συνταγές (Μπαϊρακτάρης, 1994:95- 96).

Είναι γεγονός ότι όλες οι πολιτικές δυνάμεις της χώρας υιοθετούν την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση σύμφωνα με τις κατευθύνσεις που ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ενώ το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργώς» συνεχίζει να υλοποιείται. Βέβαια υπάρχουν ακόμη αδυναμίες και ελλείψεις στο δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, αδυναμίες που πολλαπλασιάζονται στις μέρες μας εξαιτίας της κοινωνικής κρίσης που βιώνει η Ελλάδα.

Ξεπερνώντας τις δυσκολίες της εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα βαρύτητα πρέπει να συνεχίσει να δίνεται, σύμφωνα με τους όρους που έχει προωθήσει το πρόγραμμα «Ψυχαργώς»:

- Στην Πρωτοβάθμια φροντίδα, ώστε όλοι οι άνθρωποι να έχουν καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες με αποτελεσματικότερη πρόωμη διάγνωση και θεραπεία,
- Στην ανάπτυξη των κοινοτικών δομών διότι η κοινοτική φροντίδα έχει καλύτερα αποτελέσματα τόσο στην έκβαση των διαταραχών όσο και στην ποιότητα ζωής των πασχόντων συγκρινόμενη με την περίθαλψη σε ίδρυμα,
- Στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών με οργανωμένες δράσεις ενημέρωσης και αγωγής ψυχικής υγείας.

## 6. Επίλογος

Η προσπάθεια ολοκλήρωσης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από προγραμματισμό και οργανωμένες διοικητικές λειτουργίες, για να μη χαθούν σημαντικές ευκαιρίες αξιοποίησης ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Η δημιουργία δικτύων συνεργασίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών με τις αρχές και την κοινότητα, η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής διαταραχής ή της απόκλισης από το παραδεκτό φυσιολογικό, όπως επίσης η δημιουργία οργανωμένων υποστηρικτικών συστημάτων στην κοινότητα μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

Γρίβας Κ., (1987). Η εξουσία της βίας. Θεσσαλονίκη: ΙΑΝΟΣ.

Δαμίγος Δ., (2003). πρόλογος: Π. Σακκελαρόπουλος, Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, σ. 63.

Εταιρία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας, (2007). Ο Δύσκολος Δρόμος. 3:2-6.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Τεύχος Α' ,αρ. φύλλου 165/21/8/1997

Ζήση Α., (2002). Επανάταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων, Αθήνα ( τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος) σελ. 36-38.

Καρύδη Μ.Β., (2007). Στοιχεία Ψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Επαγγελματική Αποκατάσταση Ψυχωσικών Ασθενών, Αθήνα (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής) σελ. 31-32

Κοκκινάκος Γεώργιος. (2004). Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση – Γενικά, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Ειδική Έκδοση, σσ. 108 – 111.

Κυλούδης Π., Τανανάκη Μ., Ρεκλείτη Μ., (2012). Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 4(1):1-8

Κυριαζή, Ν. (2002). Η Κοινωνιολογική Έρευνα. Κριτική Επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Λουκάς Γιάννης. (2004). Εμπειρίες αποϊδρυματοποίησης από τη Λέρο του χθες, και η σημερινή πραγματικότητα, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Ειδική Έκδοση σσ. 101 – 105.

Μαδιανός Μ.Γ, (1994). Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση-από το άσυλο στην κοινότητα, Αθήνα (ελληνικά γράμματα) σελ. 48-49.

Μαδιανός Μ., (2005). Ψυχιατρική και αποκατάσταση, εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα

Μπαϊρακτάρης Κ., (2004). Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις

Μπαϊρακτάρης Κ.,(2005). Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και καθήλωση, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Ειδική Έκδοση σσ.152 – 153.

Μαρτινάκη Σ., Τσόπελας Χ., Πλουμπίδης Δ., Μαυρέας Β. (2009). Μεταβολή της Οικογενειακής ατμόσφαιρας θεραπευόμενων σε αποκαταστασιακές δομές, *Ψυχιατρική*, 20:145–152

Νόμος 2716/99, ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 96/Α'/17-5-99. Άρθρο 1.

Νόμος 2716/99, ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 96/Α'/17-5-99. Άρθρο 1 & 2.

ΠΟΥ, (2002). Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα φροντίδα. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001, Ελληνική έκδοση υπ' ευθύνη της Δ/σης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα

Σαχίνη – Καρδάση, Α. (2004). Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Szasz Thomas, (1989). Νόμος, Ελευθερία και Ψυχιατρική – Μια έρευνα του ρόλου των ψυχιατρικών πρακτικών στην κοινωνία. Αθήνα: Αρχιπέλαγος

Τσαλικογλου Φωτεινή, (1987). Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. Αθήνα: Παπαζήση

Τζανάκης Μ., (2003). *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα, μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Ρέθυμνο

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2011). Διεύθυνση ψυχικής υγείας- μονάδα υποστήριξης- εμπύχωσης και παρακολούθησης του «ψυχαργώς- φάση Α».

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ομάδα εργασίας για την αναθεώρηση του Ψυχαργώς, Νοέμβριος 2011 σελ.26 κ.ε.

Φύλιας, Β. (2001). (Επιμ.) Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

Χαρτοκόλλης Πέτρος, (1991). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. 2η Έκδοση Αναθεωρημένη. Αθήνα: Θεμέλιο

Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταζάκης Β.Π., Οικονόμου Μ.Π., (2000). Προληπτική Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Ψυχαργώς Γ' (2011-2020), Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος Ψυχαργώς, σελ.10 κ.ε. Νοέμβριος 2011

## **Ξενόγλωσση βιβλιογραφία**

Burns T. (2004). *Community mental health teams*. Oxford University Press, New York

Oud, M.J., Schuling, J., Slooff, C.J., Meyboom-de Jong, B. (2007). How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract*, 28(8), pp. 37.

Sharftein, S.S. (1996). “The political and social context of modern community psychiatry”, In: Breakey WR, ed, *Integrated mental health servise*. New York: Oxford University Press Inc.

William, D.R., Williams-Morris, R. (2000). Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and Health*, 5(3/4), pp. 243-268.

## **Πηγές από το διαδίκτυο**

Αρετάκη Μ., *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συναντά την κοινωνική οικονομία*, [www. The press project. gr](http://www.thepressproject.gr) Ανάκτηση από το Διαδίκτυο, 14/3/2015

Ιστοσελίδα προγράμματος Ψυχαργός, [www.msu.gr/article](http://www.msu.gr/article) Ανάκτηση από το Διαδίκτυο, 22/3/2015



## Παράρτημα

### Ερωτήσεις συνέντευξης

1. Τι θυμάστε περισσότερο από τη ζωή σας στο "Ψυχιατρείο";
2. Πως αυτή άλλαξε με τη φιλοξενία σας στον Ξεώνα Κατερίνης;
3. Περιγράψτε την εμπειρία από τη φιλοξενία σας στον Ξεώνα της Λάρισας;
4. Θα θέλατε να μου περιγράψετε την καθημερινότητα σας στο Διαμέρισμα;
5. Ποιες διαφορές εντοπίζετε στη ζωή στο Διαμέρισμα σε σύγκριση με τη φιλοξενία σας στους Ξεώνες;
6. Ποια θετικά και αρνητικά στοιχεία εντοπίζετε στη σημερινή καθημερινότητα σας;
7. Εάν γράφατε βιβλίο τι τίτλο θα βάζατε σε κάθε περίοδο της ζωής σας;