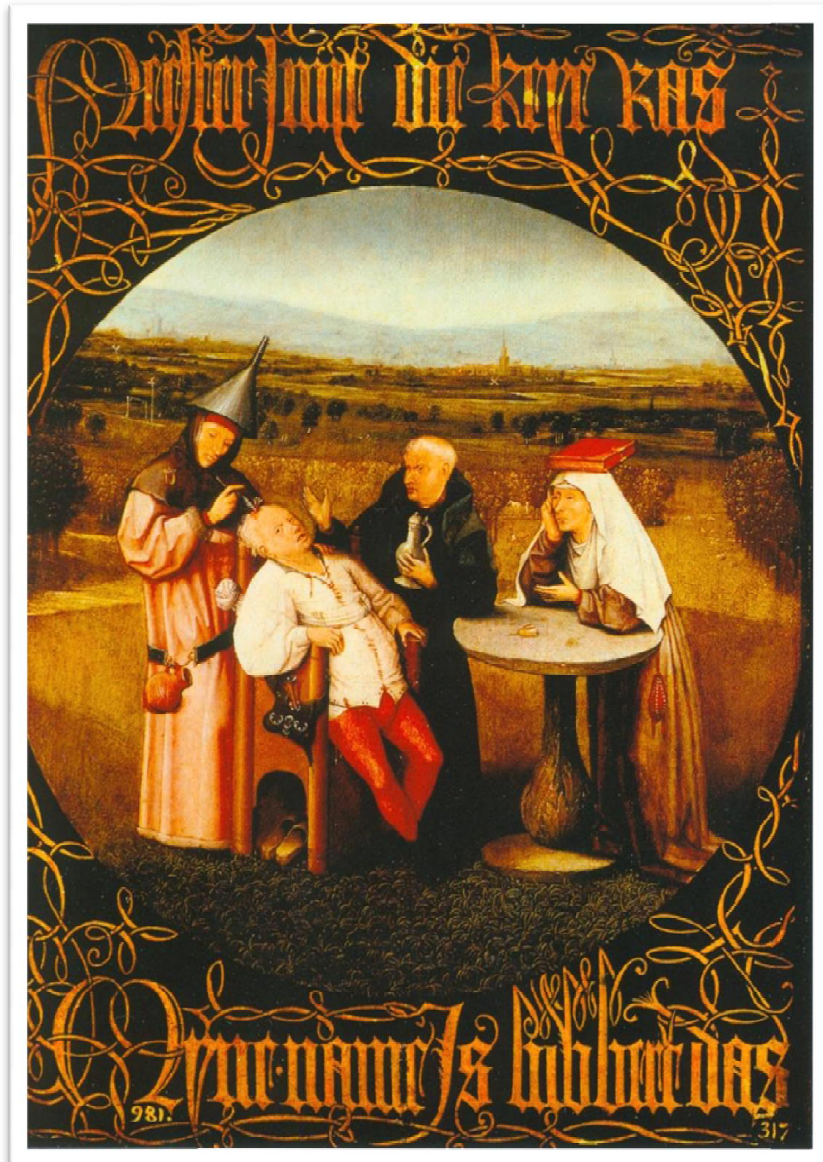


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΑΝΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ 2015

Σχετικά με τον πίνακα εξωφύλλου:

Γερώνυμος Bosch, *Ἡ θεραπεία τῆς τρέλας*, Μουσείο Prado, Μαδρίτη.

Τὸ ἔργο εἶναι γνωστὸ καὶ μὲ τὸν τίτλο *Ἡ ἐγχείρηση τῆς πέτρας*. Ἡ ἐπιγραφή πάνω καὶ κάτω γράφει: «Δάσκαλε, βγάλε τὴν πέτρα —τ' ὄνομά μου εἶναι κοροῖδο κερατὰς μπόσκικος ζαγάρι». Ἔτσι δίνει ὁ ἄρρωστος τὴ συγκατάθεσή του γιὰ τὴν ἐγχείρηση. Ὡστόσο εἶναι δεμένος στὴν καρέκλα μὲ λουριά. Εἶναι ὁ μόνος ποὺ κοιτάζει ἔξω ἀπ' τὸν πίνακα. Ἀλλὰ οἱ μορφὲς ποὺ περιστοιχίζουν αὐτὸν τὸν τρελὸ δὲ μοιάζουν λιγότερο ἀνισόρροπες. Ὁ δάσκαλος - χειρουργός, ἕνας καλόγερος, φορεῖ χιτῶνιο πανοπλίας καὶ κράνος, κι ἕνα σταμνὶ κρέμεται ἀπ' τὴ ζώνη του· δλ' αὐτὰ δὲν ἐγγυῶνται γιὰ τὴ δεινότητα τοῦ νυστεριοῦ του. Ὁ δεῦτερος μαυροντυμένος καλόγερος κρατεῖ ἕνα κανάτι μὲ ἄγνωστο περιεχόμενο. Ἀλλὰ ἡ πιὸ βέβαιη ἔνδειξη τῆς ἀπάτης εἶναι ἡ καλόγρια, ποὺ κοιτᾷ μὲ περιέργεια τὴν ἐγχείρηση. Στὴν κεφαλὴ τῆς ζυγιάζεται ἕνα βιβλίον, δίνοντας σ' ὀλόκληρη τὴ σκηνὴ τὴν αἰσθησιμότητα τῆς ἀνισορροπίας. Ὁ Bosch, μὲ μιὰ γλώσσα ἔντονα σατιρική, δίνει μιὰ εἰκόνα τῆς λατρικῆς ἀπάτης καὶ τῆς ἀφέλειας τῆς ἐποχῆς του. Σὲ μιὰ πρώτη ματιὰ τὸ ἔργο μοιάζει μὲ ἀθῶα περιγραφή μιᾶς ἐγχείρησης. Ἀλλὰ τὰ σύμβολα καθὼς τὸ κράνος, τὸ σταμνὶ, τὸ βιβλίον, γίνονται σημεῖα ποὺ τραβοῦν τὴν προσοχὴ καὶ ξεσκεπάζουν τὴς λατρικὲς παγίδες. Εἶναι σημεῖα τῆς ἀπάτης, τῆς κενότητος, τοῦ παραλογισμοῦ. Αὐτὸ ἄλλωστε μαρτυρᾷ κι ὁ ἄρρωστος: «κοροῖδο». Τὸ θέμα τῆς ἀφέλειας κι οἱ τιμωρίες τῶν εὐκολόπιστων, ἕνα ἀπὸ τὰ συνηθισμένα θέματα τοῦ Bosch, ἀπηχεῖ τὴν ἀντίδρασή του στὴς λατρικὲς πεποιθήσεις τῆς ἐποχῆς του ποὺ εἶναι κράμα θεραπείας ἀλλὰ καὶ τιμωρίας τῆς σάρκας, τῆς πηγῆς τοῦ κακοῦ. (σ.Μ.)

Πηγή: Foucault M. *Ἡ ἱστορία τῆς τρέλας*. μτφρ: Ἀμπατζοπούλου Φ, Ἐκδόσεις Ἡριδανός, Ἀθήνα 1975

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω ορισμένα άτομα για την πολύτιμη συμβολή τους.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα. Σαμαρτζή Κυριακή για την εμπιστοσύνη της και για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα. Επίσης, την ευχαριστώ για την άφογη συνεργασία μας, την υπομονή της και τη συνέπειά της καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής.

Έπειτα, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κα. Σούμπαση Ευανθία, ψυχίατρο, επιμελήτρια Α' στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών και Διδάκτωρ Ψυχιατρικής για την παρότρυνση, τη συμβολή και τις γνώσεις της.

Ευχαριστώ επίσης, τον Βλασσόπουλο Αριστείδη για την υποστήριξη και τις γνώσεις που μου μετέδωσε και που χωρίς τη σημαντική συμβολή του η ολοκλήρωση της εργασίας μου δεν θα ήταν εφικτή.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά τους γονείς μου και τις αδερφές μου για την ηθική και υλική συμπαράσταση και ιδιαίτερα την μητέρα μου, στην οποία αφιερώνω αυτήν την εργασία.

Ανυφαντοπούλου Ελένη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία περιγράφει την κοινωνική διάσταση της σχιζοφρένειας, η οποία αποτελεί τη σοβαρότερη ψυχική διαταραχή καθώς και τον ρόλο που διαδραματίζει ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας. Στοχεύει στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για τη νόσο η οποία ταλανίζει ανθρώπους από οποιοδήποτε μέρος της Γης και ανεξάρτητα από φύλο, φυλή και κοινωνική διαστρωμάτωση.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθεται ο ορισμός της ασθένειας, μια ιστορική ανασκόπηση από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας και η αιτιολογία για την εμφάνιση της νόσου, η οποία δεν έχει γίνει ακόμα γνωστή. Παρουσιάζονται επίσης, τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών DSM-5 της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, καθώς επίσης και επιδημιολογικές μελέτες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι μέθοδοι θεραπείας της σχιζοφρένειας, οι οποίες διακρίνονται σε βιολογικές και ψυχοκοινωνικές. Επιπλέον, παρουσιάζονται στοιχεία για την αυτοκτονικότητα στη σχιζοφρένεια και τους παράγοντες κινδύνου καθώς και κάποιοι μύθοι σχετικά με την αυτοκτονία και μια προσπάθεια αποκατάστασης της αλήθειας. Τέλος, αναλύεται η παραβατική συμπεριφορά αναφορικά με την ασθένεια καθώς και οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν για τη μείωσή της.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με την ανάλυση του όρου «στίγμα», ενώ γίνεται μια ιστορική αναδρομή σχετικά με τον στιγματισμό που αποδίδεται στα άτομα τα οποία «παρεκκλίνουν» από το «φυσιολογικό» από την αρχαιότητα έως και σήμερα. Παρουσιάζεται η θεωρία της ετικετοποίησης και η τροποποιημένη μορφή της αλλά και οι μύθοι που επικρατούν γύρω από τη νόσο και η αποκατάσταση της πραγματικότητας. Επίσης, καταδεικνύονται τα Μ.Μ.Ε. ως πηγές διαίωνισης του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού στα άτομα με σχιζοφρένεια. Προσεγγίζεται η επιβάρυνση της οικογένειας των ασθενών λόγω του στιγματισμού, οι συνέπειες του στίγματος καθώς και οι μέθοδοι καταπολέμησής του. Τέλος, αναλύεται η ιδέα της εγκατάλειψης του όρου «σχιζοφρένεια», λόγω της αλόγιστης χρήσης του και του «βάρους» του στίγματος που «κουβαλάει».

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται λεπτομερώς τα δικαιώματα και οι παραβιάσεις των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και το διεθνές και ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο που αφορά τα δικαιώματά τους.

Το πέμπτο κεφάλαιο καλύπτει την πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και αναλύει το εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργός». Επίσης, παρατίθεται η τωρινή κατάσταση του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η πρόσφατη αξιολόγηση της πολιτικής, της υλοποίησης και της διοίκησης για την Γ΄ φάση του προγράμματος «Ψυχαργός».

Το τελευταίο κεφάλαιο, πραγματεύεται τις αρχές της Κοινωνικής Νοσηλευτικής και της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας και τους σκοπούς τους. Αναλύεται ο ρόλος του Κοινωνικού Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι ικανότητες που θα πρέπει να κατέχει ώστε να φέρει εις πέρας το θεραπευτικό του έργο.

ABSTRACT

This thesis outlines the social dimension of schizophrenia, which is the most serious mental disorder and additionally describes the role of the community mental health nurse. The current task aims to inform and sensitize about the disease which torments people from any place on earth and regardless of gender, race and social stratification.

In the first chapter there is a presentation of the definition of the disease, a historical review from the ancient times to our days and the etiology of the appearance of the illness which has not yet been known. An exposition is also made of the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 of the American Psychiatric Association, as well as epidemiological studies.

The second chapter analyses the methods of schizophrenia treatment, which are divided into biological and psychosocial. In addition, data are presented for the suicidal action in schizophrenia and its risk factors as well as some myths about suicide and an effort to restore the truth. Finally, the offending behavior about the disease is assayed as well as the actions that have to be done to reduce it.

The third chapter deals with the analysis of the term "stigma" and the historical background of the stigmatization that is attached to people who "deviate" from the "normal" from the ancient times until today. It presents the labeling theory and the modified labeling theory, the myths about schizophrenia and restores the truth. Also, the media are demonstrated as sources that perpetuate the stigma and the social exclusion to those who suffer from the disease. The burden of the patient's family because of stigma is approached, as well as the consequences of stigma and the methods of demolishing it. Finally, it discusses the idea of abandoning the label "schizophrenia" due to the thoughtless use of and the "weight" of stigmatization that it "carries".

In the fourth chapter are presented and analyzed in detail the rights and the violations of the rights of the people with mental illness and the international and European institutional framework concerning their rights.

The fifth chapter covers the course of psychiatric reformation in Greece and analyses the national program "Psychargos". Also, it presents the current state of the mental health service system and the evaluation of policy, implementation and administration about the 3rd phase of program "Psychargos".

The last chapter elaborates the principles of Community Nursing and Mental Health Nursing and their purposes, the role of Community Mental Health Nurse and the characteristics and skills which need to master in order to complete the healing work.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ABSTRACT	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	3
1.1 Η ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ - ΟΡΙΣΜΟΣ	3
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	3
1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	6
1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	8
1.4.1 Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5	8
1.4.2 Διαγνωστικά χαρακτηριστικά	11
1.4.3 Διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας.....	13
1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ/ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	17
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ - Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	17
2.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	17
2.2.1 Φαρμακοθεραπεία.....	17
2.2.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT - Electroconvulsive Therapy).....	21
2.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	23
2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	25
2.5 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	26
2.6 ΜΥΘΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	28
2.7 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	29
2.7.1 Στατιστικά Στοιχεία	31
2.7.2 Πρόληψη παραβατικότητας	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	33
3.1 ΣΤΙΓΜΑ	33
3.2 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗΣ (LABELING THEORY).....	36
3.3 Η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗΣ	37
3.4 ΜΥΘΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	37
3.5 ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ.....	41
3.6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	42
3.7 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	43
3.8 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	45
3.8.1 Πρωτοβουλίες ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης	46
3.8.2 Νομικές και Πολιτικές πρωτοβουλίες.....	49
3.8.3 Προγράμματα ενάντια στο Στίγμα της Ψυχικής Ασθένειας	50
3.8.4 Κατάργηση του όρου «σχιζοφρένεια»	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:	
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ (ΔΙΕΘΝΕΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ)	56
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	56
4.2 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	57
4.2.1 Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια / ακούσια)	57
4.2.2 Το δικαίωμα στην ισότητα	58
4.2.3 Το δικαίωμα στην ενημέρωση	58
4.2.4 Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων	59
4.2.5 Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.....	60
4.2.6 Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα	60
4.2.7 Το δικαίωμα στην διεκδίκηση αξιώσεων.....	61
4.3 ΠΑΡΑΒΙΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	62
4.3.1 Έλλειψη πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	62
4.3.2 Αναγκαστική νοσηλεία	62
4.3.3 Παραβιάσεις που λαμβάνουν χώρα στα ψυχιατρικά ιδρύματα.....	63
4.3.4 Άσκοπη κράτηση σε φυλακές	63
4.3.5 Διακρίσεις και παραβιάσεις δικαιωμάτων	63
4.4 ΔΙΕΘΝΕΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	64
4.4.1 Διεθνές επίπεδο	64

4.4.1.1	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών	64
4.4.1.2	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)	70
4.4.2	Ευρωπαϊκό Επίπεδο	71
4.4.2.1	Συμβούλιο της Ευρώπης	71
4.4.2.2	Ευρωπαϊκή Ένωση	73
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....		77
5.1	ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ.....	77
5.2	ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (-1996) & Ο ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ [ΕΟΚ] 815/84.....	78
5.3	ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».....	83
5.3.1	Γενικά.....	83
5.3.2	Η Α' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2000-2001)	84
5.3.3	Η Β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2002-2010)	85
5.3.4	Σύμφωνο Spidla (2009).....	92
5.3.5	Η Γ' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2011-2020).....	94
5.3.6	Μνημόνιο Andor (2013).....	98
5.4	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	100
5.5	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.	103
5.6	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ - ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ	104
5.6.1	Χρηματοοικονομική πορεία χρηματοδοτικών προγραμμάτων.....	104
5.6.2	Αποτελέσματα - Επιπτώσεις - Υλοποίηση στόχων.....	105
5.6.2.1	Δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	106
5.6.2.2	Οργάνωση και διοίκηση συστήματος ψυχικής υγείας.....	107
5.6.2.3	Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΛΥΨΥ).....	108
5.6.2.4	Ανθρώπινο δυναμικό - Επαγγελματίες ψυχικής υγείας.....	110
5.6.2.5	Διατομεακή συνεργασία - Έρευνα - Νομοθεσία.....	110
5.7	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ.....	110

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	113
6.1 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	113
6.1.1 Ορισμός - Σκοποί Κοινοτικής Νοσηλευτικής	113
6.1.2 Χαρακτηριστικά της Κοινοτικής Νοσηλευτικής	113
6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	115
6.3 ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	117
6.3.1 Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας ως μέλος της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας	122
6.3.2 Βαθμίδες πρόληψης Κοινοτικής Ψυχιατρικής	123
6.3.2.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη	123
6.3.2.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη	124
6.3.2.3 Τριτοβάθμια πρόληψη	124
6.3.3 Τεχνικές παρέμβασης του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας	125
6.3.3.1 Εκπαιδευτική - διδακτική τεχνική	125
6.3.3.2 Συμβουλευτική	126
6.3.3.3 Επίσκεψη στο σπίτι του ψυχικά ασθενή	126
6.3.4 «Δεξιότητες» του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας	128
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	130
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	133
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	147

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια ανήκει στις ψυχικές διαταραχές και είναι μια σοβαρή νόσος του εγκεφάλου η οποία επηρεάζει τη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ατόμου. Η αιτιολογία της ασθένειας δεν έχει γίνει ακόμα γνωστή, αλλά ένας συνδυασμός παραγόντων πυροδοτούν την έναρξή της, όπως γενετική προδιάθεση, επιπλοκές κατά την κύηση, αγχώδεις καταστάσεις κτλ. Σύμφωνα με τον πατέρα της Ιατρικής Ιπποκράτη, «Οι άνθρωποι εξάλλου, πρέπει να γνωρίζουν ότι από πουθενά αλλού δεν προέρχονται οι ηδονές και χαρές και τα γέλια και τα παιχνίδια, παρά από τον εγκέφαλο, το ίδιο και οι λύπες και οι στενοχώριες και η κακή διάθεση και τα κλάματα, και χάρη σ' αυτόν κυρίως σκεφτόμαστε και αντιλαμβανόμαστε και βλέπουμε και ακούμε και διακρίνουμε και τα άσχημα και τα όμορφα και τα κακά και τ' αγαθά, τα ευχάριστα και τα δυσάρεστα... Και σ' αυτόν τον ίδιο οφείλεται το ότι καταλαμβανόμαστε από μανία και παραφροσύνη και φοβερά και τρομερά πράγματα που παρουσιάζονται σε μας, άλλα τη νύχτα, άλλα τη μέρα, και όνειρα και άκαιρες πλάνες και ανησυχίες αδικαιολόγητες, και αδυναμία αντίληψης των καταστάσεων έλλειψη οικειώσης και άγνοιας τους. Και όλα αυτά τα υποφέρουμε από τον εγκέφαλο, όταν αυτός δεν είναι υγιής...»(Ιπποκράτους Περί ιερής νόσου).

Η σχιζοφρένεια δε σχετίζεται με τιμωρία από κάποιον θεό, ούτε προκαλείται από την οικογένεια αλλά και το ίδιο το άτομο που νοσεί δεν φέρει ευθύνη για την εκδήλωσή της. Μπορεί να εμφανιστεί ανεξάρτητα από οικονομικό και βιοτικό επίπεδο, σε οποιαδήποτε τοποθεσία και πολιτισμό. Αποτελεί την ασθένεια που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο βαθμό κοινωνικής απόρριψης και στιγματισμού από όλες τις ψυχικές διαταραχές. Ο όρος «σχιζοφρένεια» χρησιμοποιείται τις περισσότερες φορές στην καθομιλουμένη υποτιμητικά και προσβλητικά, ενώ είναι ριζωμένος στην κοινή λογική ως κάτι αλλόκοτο, επικίνδυνο και βίαιο, παρότι οι μεγαλύτερες βιαιότητες έχουν διαπραχθεί από το μέρος της κοινωνίας εις βάρος των ασθενών και όχι το αντίστροφο. Αυτό έχει δυσάρεστα και καταστρεπτικά αποτελέσματα για τους ασθενείς, οι οποίοι στιγματίζονται και απομονώνονται κοινωνικά.

Η παρούσα εργασία στοχεύει στην ανάλυση της νόσου όπως αυτή επεκτείνεται ιστορικά, κοινωνικά, βιολογικά αποσκοπώντας με αυτόν τον τρόπο στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση. Επίσης, προσδιορίζεται ο ρόλος και η σπουδαιότητα του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας αναλύοντας τις αρμοδιότητές του αλλά και τα χαρακτηριστικά και τις δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει.

Έχει προσεγγιστεί το φαινόμενο του στιγματισμού καθώς και οι στρατηγικές και οι δράσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπισή του. Επιπλέον, γίνεται μία κριτική

επισκόπηση των ειδικότερων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και των παραβιάσεών τους, ενώ καταγράφεται το θεσμικό πλαίσιο των ατομικών, κοινωνικών και πολιτικών δικαιωμάτων τους τόσο σε Παγκόσμιο όσο και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Έγινε προσπάθεια να καλυφθεί με λεπτομέρεια η πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα καθώς και η πρόσφατη αξιολόγηση της Γ' φάσης του εθνικού σχεδίου «Ψυχαργός», ώστε να αναδειχθούν τα προβλήματα και οι αδυναμίες του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να τονισθούν οι τομείς που έχουν ανάγκη άμεσης βελτίωσης ή ακόμα και ανασυγκρότησης.

Τέλος, παρουσιάζονται κάποιες τελευταίες εξελίξεις που αφορούν τη σχιζοφρένεια, όπως η ιδέα εγκατάλειψης του όρου που συζητείται έντονα τον τελευταίο καιρό καθώς και η διάγνωση βάσει της τελευταίας έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών DSM-5 (2013). Μάλιστα το DSM-5 παρουσιάζει κάποιες διαφορές από την προηγούμενη έκδοση DSM-IV-TR (2000), όπως η αφαίρεση της κατηγοριοποίησης με βάση υπότυπους (παρανοϊκός τύπος, κατατονικός τύπος κτλ).

«Έχουμε πολύ «βασανίσει» τον τρελούς. Τους κάψαμε στην πυρά, τους εξορίσαμε, τους φυλακίσαμε. Τους αλυσοδέσαμε και μετά τους φορέσαμε το ζουρλομανδύα. Με χιλιάδες μεθόδους, με μια καλυμμένη βία θελήσαμε να τους κάνουμε να ομολογήσουν δημόσια το λάθος τους, να απαρνηθούν το παραλήρημά τους, να εγκαταλείψουν τις ψευδαισθήσεις τους, να ομολογήσουν και να κριτικάρουν τις μυστικές ενασχολήσεις τους. Απαιτήσαμε να επανορθώσουν τη συμπεριφορά τους. Επιτεθήκαμε στα κορμιά τους με χτυπήματα, με σκληρές φαρμακοθεραπείες, με αιματηρές βεντούζες, με εξαντλητικές δίαιτες, με ηλεκτροσόκ. Φτάσαμε μέχρι του σημείου να ανοίξουμε το κρανίο τους για να βγάλουμε από μέσα το «λίθος της τρέλας... λίγο αργότερα ακρωτηριάσαμε τον εγκέφαλό τους»

*Jacques Hochmann (Professor of
Psychiatry-Psychoanalyst-Member of
the Paris Psychoanalytical society)*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1.1 Η ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που ο Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια το 1860.¹ Η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο βαριάς ψυχωτικής διαταραχής η οποία διαστρεβλώνει τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία, τη συμπεριφορά, ενώ δεν επιτρέπει στο άτομο να ελέγξει την πραγματικότητα.² Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια, προϋπάρχει από την εκδήλωση της νόσου και ο ασθενής κατά την διάρκειά της εμφανίζει παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, διαταραχές συμπεριφοράς, αβουλία, κενό συναίσθημα, έκπτωση της λειτουργικότητάς του κ.ά.³ Γενικά πιστεύεται ότι η νόσος αποτελείται από μια πρόδρομη φάση, μια ενεργό-κύρια φάση όπου τα συμπτώματα είναι έντονα και μια υπολειμματική όπου τα συμπτώματα είναι σε ύφεση.⁴ Κάποια άτομα είναι δυνατό να αναρρώσουν μετά από την εκδήλωση ενός ή περισσότερων σχιζοφρενικών επεισοδίων. Η πλειοψηφία, όμως, παρουσιάζει υποτροπικές φάσεις οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα την έκπτωση της λειτουργικότητας και την εμφάνιση υπολειμματικών συμπτωμάτων.²

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Κατά την διάρκεια των Προϊστορικών χρόνων (4000-5000π.Χ.) οι διαταραχές του σώματος και της ψυχής δεν διαχωρίζονταν και θεωρούνταν αποτέλεσμα της εισόδου κακών ή παραμελημένων πνευμάτων στο σώμα και συνδέονταν με εκδίκηση ή μαγεία. Η θεραπεία που χρησιμοποιούσαν ήταν η μέθοδος του τρυπανισμού, κατά την οποία οι θεραπευτές άνοιγαν τρύπες στο κεφάλι του ασθενή που νοσούσε ψυχικά ώστε να βρει έξοδο το κακό πνεύμα. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε μέχρι και τα μεσαιωνικά χρόνια. Εκτός από τον τρυπανισμό, αντιμετώπιζαν τους ασθενείς με εξορκισμούς και καταδίωξη διότι τους θεωρούσαν δαιμονισμένους, κάτι που συμβαίνει ακόμη και στις μέρες μας.⁵

Στην Αρχαία Ελλάδα η διαταραγμένη συμπεριφορά αποδιδόταν στο θεϊκό στοιχείο, δηλαδή στην τιμωρία από κάποιον θεό. Η θεραπεία γινόταν στα Ασκληπεία, ναοί οι οποίοι ήταν αφιερωμένοι στον θεό Ασκληπιό, με ιερείς να αναλαμβάνουν την διαδικασία. Στα χρόνια του Ευριπίδη, του Σοφοκλή και του Ιπποκράτη του Κώου (460π.Χ.–377π.Χ.) άρχισε να ενισχύεται η άποψη ότι η λανθασμένη λειτουργία του εγκεφάλου είναι η αιτία της

παραφροσύνης και να την αποδίδουν σε παθολογικά αίτια καθώς και ότι μπορεί να ξεπεραστεί με διάφορες μεθόδους.⁶

Στην θεωρία του βασίστηκε η ανάλυση των πιο σημαντικών ψυχικών διαταραχών, οι λεγόμενες φρενίτιδες, που διαχωρίζονται σε υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια, ονομασίες που χρησιμοποιούνται ως σήμερα στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως.⁶ Η θεωρία του επίσης αναλύει τον ψυχισμό του ανθρώπου και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι διαταραχές αυτές ξεκινούν από μη ομαλή λειτουργία στη θερμοκρασία ή σύσταση των τεσσάρων «χυμών» του σώματος: αίμα, λέμφο, κίτρινη χολή, μαύρη χολή. Σύμφωνα λοιπόν με το υποκράτειο σύστημα ο ανθρώπινος χαρακτήρας προσδιορίζεται από την αναλογία των τεσσάρων αυτών «χυμών» και διακρίνεται σε αιματώδη, λεμφατικό και χολερικό.⁵

Άλλοι Αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι υποστήριζαν ότι τα συναισθήματα έχουν άμεση σχέση με τη λειτουργία της καρδιάς. Ο Όμηρος περιγράφει σαν κέντρο των συναισθημάτων και των ψυχικών λειτουργιών το διάφραγμα ή τις φρένες, από όπου προέκυψαν οι όροι: φρενοβλάβεια, φρενοκομείο, παραφρένεια, σχιζοφρένεια. Ο Πλάτωνας (427-347π.Χ.) συσχέτισε τα συναισθήματα με τη λειτουργία του εγκεφάλου, ενώ ο μαθητής του, ο Αριστοτέλης (384-322π.Χ.) ανέλυσε τις ψυχικές λειτουργίες ως σκέψη, θυμικό και βούληση. Ο Γαληνός από την Πέργαμο (Ελληνορωμαϊκή εποχή, 129-199μ.Χ) υποστήριζε την άποψη ότι ο εγκέφαλος είναι η βάση των ψυχικών λειτουργιών και θεωρούσε πολύ σημαντικό το κεντρικό νευρικό σύστημα. Κατά τη χρονική περίοδο εκείνη ο ρωμαίος ρήτορας και φιλόσοφος Κικέρων, ανέλυσε τα συναισθήματα ή πάθη και ξεχώρισε τη σεξουαλική επιθυμία ως το πιο δυνατό συναίσθημα το οποίο ονομάστηκε λίμπιντο.⁵

Κατά την βυζαντινή περίοδο επικρατούσε η άποψη ότι οι ψυχικές νόσοι οφείλονταν σε φυσικά αίτια, ενώ λίγο αργότερα, κατά τα μεσαιωνικά χρόνια και την επικράτηση του χριστιανισμού ως βασική θρησκεία, παρατηρείται σημαντική καθυστέρηση στην εξέλιξη της επιστήμης. Μέχρι τον 14^ο αιώνα πίστευαν ότι οι ψυχικά ασθενείς ήταν μάγοι. Επίσης, είχαν την εντύπωση ότι η σελήνη επηρέαζε το ανθρώπινο μυαλό και έτσι ο όρος *σεληνιασμός* χρησιμοποιούνταν για να περιγράψει έναν ψυχικά πάσχοντα.⁶

Στα τέλη του 15^{ου} αιώνα οι γερμανοί μοναχοί Σπρένγκερ και Κρέμερ γράφουν το βιβλίο «Το σφυρί των Μαγισσών», στο οποίο ταυτίζουν τις ψυχιατρικές διαταραχές με τη μαγεία και την θρησκευτική αίρεση. Το βιβλίο αυτό υιοθετήθηκε από την Ιερά Εξέταση ως ο επίσημος οδηγός των αποφάσεών της για άτομα με ψυχικές διαταραχές.⁵ Ο φόβος που περιέβαλλε τους ψυχικά ασθενείς φαίνεται και στη Βίβλο: «Και ανήρ ή γυνή, ήτις έχει πνεύμα μαντείας ή είναι επασιδός θέλει θανατωθή» (μετάφραση: Και όσο για τον άντρα ή την γυναίκα στους οποίους θα βρεθεί πνεύμα μεσάζοντα ή πνεύμα πρόγνωσης, αυτοί πρέπει εξάπαντος να

θανατωθούν) (Λευιτικόν κεφ.Κ'27). Αυτή η διακήρυξη ήταν η δικαιολογία για το κάψιμο των μαγισσών στην Ευρώπη κατά τον Μεσαίωνα, όταν η εκκλησία όρισε τις ψυχικά ασθενείς ως μάγισσες που είχαν προσκαλέσει τον διάβολο στο σώμα τους. Το κάψιμο των μαγισσών γινόταν με πολλούς τρόπους. Κάποιες τις έκαιγαν ζωντανές, άλλες τις στραγγάλιζαν ή τις αποκεφάλιζαν πριν τις ρίξουν στην πυρά, ενώ άλλες τις ακρωτηρίαζαν.⁷ Πολλοί άνθρωποι με ψυχικά προβλήματα βασανίστηκαν και θανατώθηκαν με τραγικό τρόπο από την Ιερά Εξέταση η οποία θεώρησε ότι ήταν υποχείρια του διαβόλου. Κείμενα του Αγίου Αυγουστίνου τα οποία ήταν ιδιαιτέρως αποδεκτά εκείνη τη χρονική περίοδο αναφέρουν ότι οι άνθρωποι που έχουν σεξουαλικές επαφές χωρίς να στοχεύουν στην τεκνοποίηση, αμαρτάνουν. Με βάση τις αντιλήψεις του τα άτομα αυτά διακατέχονταν από τρέλα και για αυτό αφήνονταν στα χέρια των ιερέων να τα εξορκίσουν και να τα καταδιώξουν.⁸

Θα περάσουν αρκετά χρόνια μέχρι να αντιμετωπιστεί ανθρωπιστικά η νόσος, διότι μόλις την περίοδο της Αναγέννησης άρχισε να αντικαθίσταται ο θρησκευτικός σκοταδισμός από την επιστημονική σκέψη. Μέχρι εκείνη την εποχή τα ψυχιατρικά ιδρύματα ήταν εξευτελιστικά για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Εκείνοι που ήταν οι πιο επικίνδυνοι κλείνονταν σε φυλακές και σε πτωχοκομεία, ενώ αυτοί που ήταν λιγότερο βίαιοι επιτρεπόταν να ζητιανεύουν στους δρόμους. Τα ιδρύματα για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών ήταν ελάχιστα, και ένα από αυτά ήταν το Νοσοκομείο Bethlehem στο Λονδίνο, το ευρέως γνωστό «Φρενοκομείο». Οι ψυχικά πάσχοντες ζούσαν κάτω από άθλιες συνθήκες χωρίς τροφή και νερό, ενώ ήταν μονίμως δεμένοι στους τοίχους. Συχνά οι τρόφιμοι επιδεικνύονταν για διασκέδαση του πλήθους, ενώ πωλούνταν εισιτήρια για την επίδειξη των πιο επιθετικών και ανήσυχων ασθενών.⁷

Στη Γαλλία τα πράγματα ήταν χειρότερα ακόμη και από ζωολογικούς κήπους. Αξιοσημείωτα είναι τα λόγια ενός γάλλου γιατρού που περιέγραφε τις συνθήκες: *«Τους έχω δει γυμνούς, ή καλυμμένους με κουρέλια, με μόνη προστασία από το κρύο και υγρό πάτωμα μια ψάθα. Τους έχω δει σε ακάθαρτα, βρωμερά, μικρά μπουντρούμια, χωρίς αέρα ή φως, αλυσοδεμένους σε κλουβιά στα οποία ούτε τα θηρία δε θα κλείνονταν. Εκεί παραμένουν έως ότου εξαντληθούν μέσα στη δική τους βρωμιά, κάτω από το βάρος των αλυσίδων που ξεσκίζουν τα κορμιά τους. Τα μαстіγια, οι αλυσίδες και τα μπουντρούμια είναι τα μόνα μέσα πειθούς που χρησιμοποιούν οι φύλακες, οι οποίοι είναι όχι μόνο βάρβαροι αλλά και αδαείς.»*⁷

Το ανθρωπιστικό κίνημα του Διαφωτισμού, όμως, έβαλε τα θεμέλια ώστε οι ασθενείς να πάψουν να θεωρούνται υπό την κατοχή κάποιου δαίμονα αλλά ως ασθενείς που χρήζουν ανάγκη περίθαλψης. Το 1793 ο τρόπος που αντιμετωπίζονταν οι ασθενείς άλλαξε εντελώς, αφού ο Γάλλος ψυχίατρος Phillippe Pinel (1745-1826) ως επικεφαλής ενός μεγάλου ασύλου

στο Παρίσι υποστήριζε ότι είναι απαραίτητη η ευγένεια και η συμπόνια προς τον ασθενή, και εφάρμοσε την «ηθική θεραπεία». Αρχικά απομάκρυνε τις αλυσίδες και αντιμετώπιζε τους ασθενείς ως ανθρώπινα όντα παρέχοντάς τους ψυχολογική υποστήριξη. Οι ασθενείς αντί να έχουν βίαιη και εχθρική συμπεριφορά έγιναν ευγνώμονες και πειθήνιοι. Κάποιοι που ήταν αλυσοδεμένοι για πάνω από 20 χρόνια, με αυτή τη μέθοδο κατόρθωσαν και έφυγαν από το νοσοκομείο μετά από λίγο καιρό. Η «ηθική θεραπεία» υιοθετήθηκε από την Αγγλία και την Αμερική και πολλοί ασθενείς που βρίσκονταν σε φυλακές ή σε πτωχοκομεία μεταφέρθηκαν σε νέα άσυλα για να τους δοθεί ανθρωπιστική θεραπεία. Λόγω όμως της μεγάλης προσέλευσης τα άσυλα κατέληξαν ως αποθήκες για τους ψυχικά ασθενείς με αποτέλεσμα οι συνθήκες να γίνουν το ίδιο απάνθρωπες όπως και στο παρελθόν.⁷

Ο Emil Kraepelin (1893) θεωρούσε ότι η νόσος καταλήγει σε άνοια και την διαχώρισε εντελώς από τη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση βάζοντας σε μια τάξη κατ' αυτόν τον τρόπο τις ψυχικές διαταραχές. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο Freud υποστήριξε την Δυναμική Ψυχιατρική η οποία αποτέλεσε σταθμό για την Ψυχιατρική.⁵ Το 1911 ο Eugen Bleuler ήταν ο πρώτος που ανέφερε τον όρο σχιζοφρένεια και διαχώρισε τη νόσο σε τέσσερις μορφές : παράνοια, κατατονία, ηβηφρένεια, απλή σχιζοφρένεια.¹

Η εξέλιξη της επιστήμης για τη διάγνωση της νόσου δε σταμάτησε εκεί, καθώς το 1938 ο Kurt Schneider διαχώρισε τα συμπτώματα της νόσου σε 1^{ης} τάξης που περιελάμβαναν τις σωματικές ψευδαισθήσεις και 2^{ης} τάξης που είχαν να κάνουν με διαταραχές του συναισθήματος.⁴ Σημαντικό σταθμό για την ψυχιατρική αποτέλεσε η εισαγωγή της ψυχοφαρμακολογίας κατά τη δεκαετία του 1950 και το πρώτο φάρμακο που ανακαλύφθηκε ήταν η χλωροπρομαζίνη από Γάλλους επιστήμονες το 1953.⁶

Στην Ελλάδα όπως και στις άλλες χώρες η ασυλιακή ψυχιατρική ήταν αυτή που επικράτησε κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα. Κατά τον 20^ο αιώνα η επιστήμη αναπτύχθηκε και εισήχθησαν καινούριες θεωρίες και διαστάσεις της ψυχιατρικής όπως η ψυχανάλυση, η κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική, οι ψυχοθεραπείες και ο αποϊδρυματισμός. Διάφορες χώρες της Ευρώπης καθώς και η Αμερική υιοθέτησαν αυτό το μοντέλο θεραπείας, όμως η Ελλάδα έμεινε πολλά χρόνια πίσω μέχρι την έναρξη της ανάπτυξης.⁵

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αν και η αιτιολογία της σχιζοφρένειας απασχολεί τους ειδικούς εδώ και πολλά χρόνια δεν έχει γίνει ακόμη γνωστή. Έχει αποδειχθεί ωστόσο ότι η αναζήτηση μιας μόνο αιτίας είναι σφάλμα, αφού η νόσος περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Σχετικά με

την αιτιολογία της σχιζοφρένειας υπάρχουν οι *βιολογικές θεωρίες* που αποδίδουν την ασθένεια σε γενετικές, βιοχημικές και νευροανατομικές επιδράσεις αλλά και οι *ψυχοκοινωνικές θεωρίες* οι οποίες σχετίζονται με τις ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της ανάπτυξης και των οικογενειακών βιωματικών εμπειριών του ατόμου. Επίσης, ένας συνδυασμός των παραπάνω μπορεί να είναι η αιτία για την εμφάνιση σχιζοφρένειας.²

Τα άτομα που έχουν στο οικογενειακό τους ιστορικό τη νόσο φαίνεται ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να την αναπτύξουν, αφού οι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν αρκετά. Διάφορες επιπλοκές που σχετίζονται με την εμβρυική ζωή του ατόμου πιθανόν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου όπως ανοξαιμία κατά τον τοκετό, προεκλαμψία και πρόωρη γέννηση. Όπως γίνεται φανερό, τα γονίδια συμβάλλουν αρκετά στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Κατά την διάρκεια της προνοσηρής φάσης υπάρχει μια γενετικά καθορισμένη ευαλωσιμότητα η οποία δημιουργεί μια προνοσηρή προσωπικότητα.⁴

Η ύπαρξη συγκεκριμένων περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι οδηγούν στην έναρξη της σχιζοφρένειας δεν είναι ακόμη γνωστοί, αλλά σύμφωνα με έρευνες φαίνεται να σχετίζεται η εμβρυική ζωή του ατόμου όπως προαναφέρθηκε αλλά και η γέννηση κατά τους χειμερινούς μήνες.⁴ Επίσης, είναι πολύ σημαντικά τα συναισθήματα και ο τρόπος συμπεριφοράς και έκφρασης ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας. Όπως έχει αποδειχτεί, στις οικογένειες με έντονη και συνεχή τεταμένη ατμόσφαιρα υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής από την διαβίωση σε ένα πιο ήρεμο περιβάλλον.⁴

Η νευροβιολογική βάση στη σχιζοφρένεια είναι πια αδιαμφισβήτητο ότι υφίσταται διότι οι νευροχημικές αλλοιώσεις φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου. Τα νευρικά κύτταρα που βρίσκονται στον εγκέφαλο δραστηριοποιούνται και επικοινωνούν μεταξύ τους μέσω της έκκρισης κάποιων χημικών ουσιών από τις νευρικές τους απολήξεις οι οποίες ονομάζονται νευροδιαβιβαστές. Οι ειδικοί συσχετίζουν τα συμπτώματα της ασθένειας με λανθασμένη δραστηριότητα κάποιων νευροδιαβιβαστών, της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης και πιστεύουν ότι η νόσος είναι αποτέλεσμα αυτής της αυξημένης δραστηριότητας. Όμως, με την κατάλληλη αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή είναι δυνατή η σωστή λειτουργία αυτών των δυο νευροδιαβιβαστών. Η ντοπαμίνη είναι ο σημαντικότερος νευροδιαβιβαστής για την έρευνα σχετικά με τη σχιζοφρένεια καθώς είναι υπεύθυνη για την αντίδραση του εγκεφάλου σε διάφορα ερεθίσματα, όπως άγχος και κίνδυνος.¹

Αυτός είναι ο λόγος που οι περισσότεροι ασθενείς είναι ευάλωτοι σε αγχώδεις καταστάσεις από την άποψη ότι:

- Η ντοπαμίνη μεσολαβεί στην ενασχόληση του ατόμου με την προβολή ιδεών και αντικειμένων.
- Οι παραληρητικές ιδέες προκαλούνται από προσπάθειες του αρρώστου να ερμηνεύσει αυτή τη μη φυσιολογική προβολή μιας εσωτερικής ερμηνείας του λόγου.
- Οι ψυχοπιέσεις απελευθερώνουν ντοπαμίνη, άρα έτσι προκαλείται μια έξαρση της ψυχωσικής συμπτωματολογίας.
- Η γενετική προδιάθεση προκαλεί μια ευαλωσιμότητα στις ψυχοπιέσεις, αλλά και οι τυχόν περιγεννητικές επιπλοκές (προεκλαμψία, ανοξαιμία) επιβαρύνουν την κλινική εικόνα.⁴

Δεν υπάρχουν εργαστηριακές ή ψυχομετρικές εξετάσεις για τη νόσο, παρά μόνο συγκρίσεις υγιών ατόμων με άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια οι οποίες περιέχουν ενδείξεις από νευροπαθολογικές μελέτες. Από εργαστηριακά ευρήματα έχει διαπιστωθεί σε σχιζοφρενικούς ασθενείς ελάττωση του μεγέθους του εγκεφάλου με το πέρασμα των χρόνων, διαφορές στη λευκή ουσία, διεύρυνση των κοιλιών, δομικές αλλοιώσεις, ελαττωμένη αιματική ροή, παρεγκεφαλιδική ατροφία και ελαττωμένη κατανάλωση γλυκόζης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου.⁹

1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.4.1 Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5

Σύμφωνα με το DSM-5 (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5^η Έκδοση), που αποτελεί εργαλείο ταξινόμησης και διάγνωσης της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και εκδόθηκε τον Μάιο του 2013, τα διαγνωστικά κριτήρια που πρέπει να εντοπιστούν για την ασθένεια της σχιζοφρένειας είναι:⁹

A. Δυο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα **συμπτώματα**, καθένα από τα οποία είναι παρόν για σημαντικό τμήμα του χρόνου κατά την διάρκεια μιας περιόδου 1 μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς). Τουλάχιστον ένα από αυτά πρέπει να είναι μεταξύ των (1),(2) ή (3) :

1. Παραληρητικές ιδέες: Οι παραληρητικές ιδέες δεν έχουν λογική εξήγηση, είναι εξωπραγματικές σκέψεις απόλυτα φυσιολογικές για τον ασθενή και χαρακτηρίζονται από μεγάλη ποικιλία. Κάποια παραδείγματα παραληρητικών ιδεών είναι οι ιδέες δίωξης, θρησκευτικού περιεχομένου, ενοχής, μεγαλείου, αυτοαναφοράς, σωματικού

μεγέθους, επίδρασης από εξωτερικούς παράγοντες-εξωγήινα όντα, παρακολούθησης ή καταγραφής σκέψης.

2. Ψευδαισθήσεις: Είναι εμπειρίες που συμβαίνουν δίχως εξωτερικά ερεθίσματα. Είναι τόσο έντονες και καθαρές για τον ασθενή που τις αντιλαμβάνεται ως πραγματικά γεγονότα. Στη σχιζοφρένεια συναντώνται ψευδαισθήσεις όλων των αισθήσεων (οπτικές, οσφρητικές, γευστικές, απτικές, σωματικές), αλλά οι πιο κοινές είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις (γνώριμες ή μη φωνές) που γίνονται αντιληπτές ξεχωριστά από τις σκέψεις του ίδιου του ατόμου.
3. Αποδιοργανωμένη σκέψη και λόγος(π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία): Το άτομο μεταβαίνει από ένα θέμα συζήτησης σε άλλο χωρίς λογικό συνειρμό και οι απαντήσεις σε ερωτήσεις που του γίνονται δεν έχουν καμία σχέση με το θέμα. Πιο σπάνια ο λόγος μπορεί να είναι τόσο αποδιοργανωμένος που να γίνεται ακατανόητος.
4. Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά: Περιλαμβάνει ανόητη-παιδιάστικη συμπεριφορά, ακραίο αρνητισμό σε οδηγίες, άρνηση σε εντολές ή προσπάθειες μετακίνησης, ηχοπραξία, κηρώδης ευκαμψία, αλλόκοτη-στερεοτυπική στάση, ηχολαλία.
5. Αρνητικά συμπτώματα: Τα δύο κύρια αρνητικά συμπτώματα που είναι έντονα στην σχιζοφρένεια είναι η έκπτωση της συναισθηματικής έκφρασης και η αβουλία. Η έκπτωση της συναισθηματικής έκφρασης περιλαμβάνει τη μείωση στην οπτική επαφή, στις εκφράσεις συναισθημάτων του προσώπου, στην κίνηση των χεριών και του κεφαλιού που δίνουν συναισθηματική έκφραση στον λόγο και γενικότερα κενό συναίσθημα. Η αβουλία αναφέρεται στην αδράνεια, την έλλειψη κινήτρου, την απόσυρση και την έλλειψη ενδιαφέροντος ακόμα και για σημαντικές για το ίδιο το άτομο δραστηριότητες. Άλλα αρνητικά συμπτώματα είναι ο πτωχός λόγος, η έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνικές συναναστροφές καθώς και η έλλειψη απόλαυσης από δραστηριότητες που υπήρξαν ευχάριστες παλιότερα για τον ασθενή.

Σημείωση: Τα συμπτώματα (1-4) αναφέρονται στην βιβλιογραφία ως θετικά συμπτώματα και είναι αποτέλεσμα της αύξησης ή διαστρέβλωσης φυσιολογικών λειτουργιών. Περιλαμβάνουν τις διαταραχές της σκέψης-παραληρητικές ιδέες, της αντίληψης-ψευδαισθήσεις, της ομιλίας και της επικοινωνίας, και του ελέγχου της συμπεριφοράς. Τα αρνητικά συμπτώματα (5) σχετίζονται με τη μείωση ή απώλεια των φυσικών λειτουργιών.⁴

B. Για σημαντικό χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής ένας ή περισσότεροι μείζονες τομείς της λειτουργικότητας όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές

σχέσεις ή η αυτοφροντίδα είναι αξιοσημείωτα κάτω από το επίπεδο που είχε επιτευχθεί πριν την έναρξη (ή όταν η έναρξη είναι στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, αδυναμία του ατόμου να φτάσει στο αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικής, σχολικής, ή επαγγελματικής επιτυχίας).

Γ. Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο εφόσον αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς) που πληρούν το Κριτήριο Α (ενεργός φάση) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά την διάρκεια αυτών των πρόδρομων ή υπολειμματικών περιόδων τα σημεία της διαταραχής μπορεί να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή δύο ή περισσότερα συμπτώματα από αυτά που συγκαταλέγονται στο Κριτήριο Α και μπορεί να είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

Δ. Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η καταθλιπτική ή διπολική διαταραχή με ψυχωτικά χαρακτηριστικά αποκλείστηκαν διότι είτε 1) δεν υπήρχε εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου ταυτόχρονα με την ενεργό φάση των συμπτωμάτων, είτε 2) αν υπήρχε εμφάνιση επεισοδίων διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με την διάρκεια της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου.

Ε. Η διαταραχή δεν μπορεί να αποδοθεί σε επίδραση από οποιαδήποτε ουσία (π.χ. φαρμακευτική αγωγή ή ναρκωτικές ουσίες) ή άλλη σωματική νόσο.

ΣΤ. Εάν υπάρχει ιστορικό διαταραχής αυτιστικού φάσματος ή διαταραχή της επικοινωνίας με έναρξη την παιδική ηλικία, η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται μόνο όταν υπάρχουν ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες επιπλέον των άλλων απαιτούμενων συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας τα οποία θα είναι παρόντα τουλάχιστον για ένα μήνα (ή λιγότερο εφόσον αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς).

Η παρακάτω ταξινόμηση της μακροχρόνιας πορείας εφαρμόζεται μόνο αφού έχει μεσολαβήσει τουλάχιστον ένας χρόνος από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ενεργούς φάσης και εάν δεν έρχεται σε αντίθεση με τα διαγνωστικά κριτήρια.

Πρώτο επεισόδιο, το οποίο είναι οξύ: Πρώτη εκδήλωση της διαταραχής η οποία συνυπάρχει με την καθοριστική διαγνωστική συμπτωματολογία. Το οξύ επεισόδιο είναι η χρονική περίοδος κατά την οποία πληρούνται τα κριτήρια της συμπτωματολογίας.

Πρώτο επεισόδιο σε μερική ύφεση: Μερική ύφεση είναι η χρονική περίοδος κατά την οποία διατηρείται η βελτίωση μετά από ένα επεισόδιο, και κατά την οποία τα κριτήρια που ορίζουν την διαταραχή εμφανίζονται εν μέρει.

Πρώτο επεισόδιο σε πλήρη ύφεση: Πλήρης ύφεση είναι η χρονική περίοδος κατά την οποία δεν υπάρχουν συμπτώματα μετά το πέρας του επεισοδίου.

Πολλαπλά επεισόδια τα οποία είναι οξεία: Τα επεισόδια ορίζονται από την επανεμφάνιση δυο τουλάχιστον επεισοδίων.

Πολλαπλά επεισόδια με μερική ύφεση

Πολλαπλά επεισόδια με πλήρη ύφεση

Συνεχής: Συμπτώματα τα οποία πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια και είναι παρόντα κατά το μεγαλύτερο μέρος της πορείας της ασθένειας, με τις προεξάρχουσες συμπτωματικές περιόδους να είναι πολύ σύντομες σε σχέση με όλη την πορεία.

Απροσδιόριστος τύπος

Καθορίστε εάν υπάρχει κατατονία.

Καθορίστε εάν υπάρχει τρέχουσα σοβαρότητα: Η σοβαρότητα αξιολογείται από τον ποσοτικό καθορισμό των κύριων συμπτωμάτων της ψύχωσης συμπεριλαμβανομένων των παραληρητικών ιδεών, των ψευδαισθήσεων, του αποδιοργανωμένου λόγου, της αφύσικης ψυχοκινητικής συμπεριφοράς και των αρνητικών συμπτωμάτων. Κάθε ένα από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να αξιολογηθεί από την τρέχουσα σοβαρότητα του (τα πιο σοβαρά των τελευταίων 7 ημερών) με μία κλίμακα 5 βαθμίδων από το 0 (δεν είναι παρόν) μέχρι το 4 (παρόν και σοβαρό).

Σημείωση: Η διάγνωση της σχιζοφρένειας μπορεί να γίνει χωρίς την χρήση της βαθμονόμησης της σοβαρότητας.⁹

1.4.2 Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

Ακολουθούν διαγνωστικά χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM-5:⁹

- Τα συμπτώματα της νόσου προέρχονται από τη διατάραξη πολλών ψυχικών λειτουργιών όπως η σκέψη, η αντίληψη, το συναίσθημα, η αίσθηση του εαυτού, η βούληση, η ψυχοκινητικότητα αλλά κανένα σύμπτωμα από μόνο του δεν μπορεί να αποτελέσει διάγνωση της διαταραχής. Η διάγνωση περιλαμβάνει την αποδοχή της ομαδοποίησης σημείων και συμπτωμάτων τα οποία σχετίζονται με την έκπτωση της λειτουργικότητας σε εργασιακό ή κοινωνικό επίπεδο. Η σχιζοφρένεια είναι ένα ετερογενές κλινικό σύνδρομο, συνεπώς τα συμπτώματά της μπορεί να ποικίλλουν.

- Τουλάχιστον δυο από τα συμπτώματα (που προαναφέρθηκαν στα διαγνωστικά κριτήρια A) θα πρέπει να εμφανίζονται για χρονικό διάστημα διάρκειας ενός μηνός ή παραπάνω. Ένα από αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει εμφανώς να είναι παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή αποδιοργανωμένος λόγος. Η παράδοξη ή κατατονική συμπεριφορά όπως και αρνητικά συμπτώματα πρέπει επίσης να εμφανίζονται.
- Η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει έκπτωση λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους τομείς. Αν η νόσος εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της παιδικής ή της εφηβικής ηλικίας, το επίπεδο της λειτουργικότητας δεν μπορεί να προσδιοριστεί. Πολύ βοηθητική μπορεί να φανεί η σύγκριση του ατόμου που πάσχει από τη νόσο με τα αδέρφια του. Η έκπτωση της λειτουργικότητας συνεχίζεται για σημαντικό χρονικό διάστημα της πορείας της διαταραχής και δεν φαίνεται να είναι άμεσο αποτέλεσμα κάποιου χαρακτηριστικού φυσιογνωμίας.
- Κάποια σημεία της διαταραχής θα πρέπει να επιμένουν για μια συνεχή περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών. Πρόδρομα συμπτώματα συνήθως προηγούνται της ενεργού φάσης και υπολειμματικά συμπτώματα μπορεί να ακολουθήσουν τα οποία χαρακτηρίζονται από ήπιες μορφές παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων. Το άτομο μπορεί να εκφράσει μια ποικιλία αλλόκοτων ιδεών (να αναφέρει ότι έχει μαγική σκέψη) ή εμπειριών (να αισθάνεται την παρουσία κάποιου ο οποίος είναι αόρατος), ο λόγος του μπορεί να είναι γενικά αντιληπτός αλλά ασαφής και η συμπεριφορά του μπορεί να είναι ασυνήθιστη αλλά όχι εντελώς αποδιοργανωμένη (να μιλάει μόνος του δημόσια). Τα αρνητικά συμπτώματα είναι παρόντα στην πρόδρομη και υπολειμματική φάση και μπορεί να είναι σοβαρά. Τα άτομα με έντονη κοινωνική ζωή εμφανίζουν κοινωνική έκπτωση, συνεπώς τέτοιες συμπεριφορές είναι το πρώτο δείγμα μιας διαταραχής.
- Τα συμπτώματα ή τα επεισόδια που αφορούν την διάθεση είναι κοινά στη σχιζοφρένεια και μπορεί να σχετίζονται με τη συμπτωματολογία της ενεργούς φάσης. Οποσδήποτε, η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ψυχωτική διαταραχή της συμπεριφοράς συνεπώς η διάγνωση απαιτεί την παρουσία παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων κατά την απουσία των επεισοδίων που αφορούν την διάθεση.
- *Επιπλέον χαρακτηριστικά που υποστηρίζουν τη διάγνωση:* ανάρμοστη συμπεριφορά, άσχημη ψυχολογική διάθεση, διαταραγμένο ωράριο ύπνου (μπορεί να κοιμούνται την ημέρα και να απασχολούνται με δραστηριότητες τη νύχτα), μειωμένη ή καθόλου όρεξη για φαγητό, άγχος, φοβίες, διανοητική έκπτωση που αφορά τη μνήμη και τον

λόγο αλλά και έλλειψη συνείδησης σχετικά με την κατάστασή τους. Αυτό το σύμπτωμα είναι συχνό στη σχιζοφρένεια και οδηγεί στη μη αποδοχή της θεραπείας, συνεπώς και σε υποτροπές άρα μη ικανοποιητική πορεία της νόσου. Η επιθετικότητα και η εχθρική συμπεριφορά σχετίζονται με τη νόσο και εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα νεαρής ηλικίας αλλά και σε αυτούς που δεν αποδέχονται τη θεραπεία ή που έχουν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς. Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι η μεγαλύτερη πλειοψηφία των ατόμων με σχιζοφρένεια δεν είναι επιθετικά, και είναι περισσότερο στιγματισμένα σε σχέση με τα άτομα του γενικού πληθυσμού.

1.4.3 Διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια, σύμφωνα με το DSM-5, πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από τις παρακάτω καταστάσεις και ασθένειες: ⁹

- *Βραχεία καταθλιπτική ή διπολική διαταραχή με ψυχωσικά ή κατατονικά χαρακτηριστικά.* Η διαφορά μεταξύ της σχιζοφρένειας και της παραπάνω διαταραχής εξαρτάται από τη χρονική σχέση ανάμεσα στην διαταραχή της διάθεσης και στην ψύχωση αλλά και από τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών ή μανιακών συμπτωμάτων.
- *Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.* Η διάγνωση για αυτή την διαταραχή απαιτεί τα καταθλιπτικά ή μανιακά επεισόδια να συμβαίνουν ταυτόχρονα με τα συμπτώματα της ενεργής φάσης και τα συμπτώματα που επηρεάζουν την διάθεση να είναι παρόντα για την περισσότερη από τη συνολική διάρκεια των ενεργών περιόδων.
- *Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή και οξεία ψυχωσική διαταραχή.* Αυτές οι διαταραχές διαρκούν λιγότερο από τη σχιζοφρένεια όπως καθορίστηκε στο κριτήριο Γ, το οποίο απαιτεί 6 μήνες συμπτωμάτων. Στη σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από έξι μήνες, ενώ στην βραχεία ψυχωσική διαταραχή διαρκούν από μια ημέρα μέχρι ένα μήνα.
- *Παραληρητική διαταραχή.* Αυτή η διαταραχή διαχωρίζεται από τη σχιζοφρένεια λόγω της απουσίας των υπόλοιπων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων.
- *Σχιζοτυπική διαταραχή της προσωπικότητας.* Αυτή η διαταραχή διαχωρίζεται από τη σχιζοφρένεια λόγω των συμπτωμάτων τα οποία σχετίζονται με επίμονα χαρακτηριστικά προσωπικότητας.
- *Ψυχαναγκαστική διαταραχή και διαταραχή που αφορά τη δυσμορφία του σώματος.* Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν φτωχή ή απύουσα διαίσθηση, και οι ανησυχίες τους μπορεί να παίρνουν ψευδαισθητικές διαστάσεις. Αυτές οι διαταραχές

διαφέρουν από τη σχιζοφρένεια λόγω των εμμονών και των ψυχώσεων σχετικά με την εμφάνιση ή τη μυρωδιά του σώματος.

- *Προτραυματική στρεσογόνος διαταραχή.* Περιλαμβάνει ψευδαισθητικές αναδρομές στο παρελθόν οι οποίες μπορεί να φτάσουν σε παρανοϊκές διαστάσεις.
- *Αυτιστική διαταραχή ή διαταραχές στην επικοινωνία.* Αυτές οι διαταραχές μπορεί να έχουν συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με ψυχωσικά επεισόδια. Το άτομο το οποίο πάσχει από αυτές τις διαταραχές θα πρέπει να έχει όλα τα συμπτώματα για να διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια, με παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον ένα μήνα.
- *Λοιπές νοητικές δυσλειτουργίες σχετιζόμενες με ένα ψυχωτικό επεισόδιο.* Η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται μόνο όταν το επεισόδιο επιμένει και δεν αποδίδεται σε ψυχολογικές επιδράσεις από κάποια ουσία ή από κάποια ιατρική κατάσταση.

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη για την διάσταση της σχιζοφρένειας έχει απασχολήσει πλήθος επιστημόνων, αφού είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε τοποθεσία ή κουλτούρα ανά τον κόσμο και προσβάλλει και τα δύο φύλα.⁴ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) περισσότεροι από 21 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από σχιζοφρένεια, από τους οποίους οι άνδρες είναι περίπου τα 12 εκατομμύρια και οι γυναίκες τα 9 εκατομμύρια, η εμφάνιση της σχιζοφρένειας γίνεται στους άνδρες μια πενταετία νωρίτερα,^{10,11} ενώ κατά μέσο όρο ξεκινάει στην ηλικία των 20 με 28 ετών στους άνδρες και στα 26 με 32 έτη στις γυναίκες.¹² Επίσης, στους άνδρες η πρόγνωση είναι χειρότερη.¹³ Όσον αφορά την εμφάνιση της ασθένειας σε παιδική ηλικία αυτή είναι πολύ σπανιότερη από ότι στους ενήλικες,¹¹ αλλά και πιο δύσκολο να διαγνωσθεί.⁹ Μικρή είναι όμως και η πιθανότητα να εμφανιστεί μετά την ηλικία των 45 ετών.¹⁴

Η πιθανότητα να αναπτύξει ένα άτομο σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής του είναι περίπου 1%,¹⁵ ενώ κάθε χρόνο οι νέες περιπτώσεις σχιζοφρένειας είναι 1,5 στα 10.000 άτομα.¹⁶ Ο Π.Ο.Υ. την τοποθετεί μέσα στις 10 νόσους με τη σοβαρότερη επιβάρυνση σε δείκτες καθημερινής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας στις ανεπτυγμένες χώρες. Στη Ελλάδα ο αριθμός ασθενών ηλικίας 15 ως 65 ετών υπολογίζεται ότι φτάνει στις 100.000.¹⁷ Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εμφάνιση της σχιζοφρένειας είναι πιο συχνή σε άτομα που μεγαλώνουν σε αστικό περιβάλλον,^{18,19} ενώ η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου σε σχέση με τις ανεπτυγμένες.²⁰

Επίσης, αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σημειώνεται σε μετανάστες,^{19,22} σε περιπτώσεις που οι γονείς έχουν προχωρημένη ηλικία²³ αλλά και σε μερικές περιοχές σε άτομα που γεννιούνται τους τελευταίους μήνες του χειμώνα ή τους πρώτους της άνοιξης, με έναν από τους λόγους να αποδίδεται στην αυξημένη πιθανότητα να εκτεθεί το νεογνό σε ιώσεις τις συγκεκριμένες περιόδους. Οι επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στην γέννα δημιουργούν επίσης υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας.⁹

Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι 2 με 2,5 φορές πιο πιθανόν να πεθάνουν νωρίτερα από ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός με προσδόκιμο ζωής 10 με 25 χρόνια λιγότερα. Αυτό οφείλεται σε άλλες ασθένειες, (καρδιοαναπνευστικές παθήσεις, μεταδοτικά νοσήματα) αλλά και σε μη φυσικά αίτια (ατυχήματα, αυτοκτονία) και σχετίζεται κυρίως με τον τρόπο και τις συνθήκες ζωής των ανθρώπων αυτών (μη κατάλληλη φροντίδα ή ακόμα και θεραπεία, εγκατάλειψη, δεν μπορούν να φροντίσουν/προστατεύσουν τον εαυτό τους κ.τ.λ.) αλλά συχνά και λόγω της αντιψυχωσικής θεραπείας και των παρενεργειών της (π.χ. αύξηση βάρους, σάκχαρο, χοληστερίνη). Για παράδειγμα η πιθανότητα διαβήτη είναι 2 με 3 φορές μεγαλύτερη από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Επιπλέον, το 50% δεν δέχονται την κατάλληλη φροντίδα με το 90% αυτών, να ζουν σε υπό ανάπτυξη χώρες.^{10,24}

Η κατάχρηση ουσιών είναι συχνή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και αυτό σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες αυξάνει την πιθανότητα να προβούν σε βίαιες ή εγκληματικές πράξεις. Υψηλά ποσοστά εμφανίζουν και οι καπνιστές, μεταξύ των ασθενών, και μάλιστα 2 ως 6 φορές παραπάνω σχετικά με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης, τα άτομα αυτά συχνά είναι άστεγοι, έχουν υψηλά ποσοστά ανεργίας και χαμηλό βιοτικό επίπεδο.²⁴ Η πλειοψηφία, ιδιαίτερα οι άνδρες, παραμένουν άγαμοι και έχουν περιορισμένες κοινωνικές επαφές.⁹ Η σχιζοφρένεια είναι μία από τις ασθένειες με το μεγαλύτερο οικονομικό κόστος παγκοσμίως και μαζί με άλλες ψυχωσικές διαταραχές υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το 1.5% (Ηνωμένο Βασίλειο), 2% (Ολλανδία, Γαλλία) και 2.5% (Ηνωμένες Πολιτείες) του συνολικού εθνικού προϋπολογισμού για την υγεία.^{25,26}

Αυξημένη συχνότητα παρουσιάζουν και οι απόπειρες αυτοκτονίας στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Εκτιμάται ότι περίπου το 20% των ασθενών επιχειρούν να αυτοκτονήσουν σε μία ή περισσότερες περιπτώσεις, το 40% έχει σκέψεις αυτοκτονίας, ενώ το 5%-6% τελικά αυτοκτονούν. Αρκετές είναι οι φορές που τα άτομα αυτά προβαίνουν σε αυτοκτονία εξαιτίας ψευδαισθήσεων και «εντολών» που δέχονται ώστε να βλάψουν τον εαυτό τους ή άλλους. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας παραμένει υψηλός σε όλη τη διάρκεια της ζωής ανδρών και γυναικών με σχιζοφρένεια αν και είναι ιδιαίτερα υψηλός για νεότερους άνδρες οι οποίοι μάλιστα κάνουν κατάχρηση ουσιών. Τα συμπτώματα κατάθλιψης και

απόγνωσης αυξάνουν τον κίνδυνο, ενώ επιβαρυντική είναι και η κατάσταση μετά από ψυχωσικό επεισόδιο. Ακόμη, πολλές αυτοκτονίες ασθενών συμβαίνουν μετά από εξιτήριο που έχουν πάρει από το νοσοκομείο.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ/ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ - Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η θεραπευτική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια στοχεύει στη μείωση, ή ακόμη και στην εξάλειψη των συμπτωμάτων και στην βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου διότι θεραπεία για τη σχιζοφρένεια δεν έχει ακόμη βρεθεί. Για την περίθαλψη των ατόμων με αυτή τη νόσο θα χρειαστεί μια θεραπευτική ομάδα από εξειδικευμένα άτομα λόγω της πολυπλοκότητάς της που θα πρέπει να περιλαμβάνει ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά.¹ Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου της σχιζοφρένειας γίνεται με διάφορα μέσα και τρόπους τα οποία περιλαμβάνουν *βιολογικές* και *ψυχοκοινωνικές θεραπείες*.⁴

2.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι βιολογικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται στη σύγχρονη ψυχιατρική είναι η **φαρμακοθεραπεία** και η **ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)**.⁴

2.2.1 Φαρμακοθεραπεία

Η φαρμακοθεραπεία για τις ψυχικές νόσους στηρίζεται στα ψυχοτρόπα φάρμακα, τα οποία είναι χημικοί παράγοντες που επιδρούν στον εγκέφαλο και επηρεάζουν τις ψυχικές λειτουργίες και τη συμπεριφορά του ατόμου.²⁷ Εισήχθησαν στην ψυχιατρική κατά τη δεκαετία 1950-1960 και αποτέλεσαν ορόσημο διότι αν και δεν θεραπεύουν την ασθένεια, πετυχαίνουν τη μείωση των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών.⁶ Πρέπει να σημειωθεί όμως, ότι η φαρμακοθεραπεία δεν μπορεί να αντικαταστήσει εξ' ολοκλήρου τις υπόλοιπες θεραπείες, αλλά χρησιμοποιείται ως ένα ακόμη εργαλείο. Βέβαια, δε λείπουν και οι παρενέργειες από τέτοιου είδους φάρμακα που θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.⁴ Τα ψυχοτρόπα φάρμακα χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- α) Τα αντιψυχωσικά, τα οποία χορηγούνται σε ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια, η μανία, η μείζων κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές όπως το δυνατό στρες.
- β) Τα αγχολυτικά/ηρεμιστικά φάρμακα τα οποία επιδρούν στην ψυχοκινητική ανησυχία, στο αγχώδες συναίσθημα και στην δυσθυμική διαταραχή.

- γ) Τα αντικαταθλιπτικά τα οποία χορηγούνται σε ασθενείς με μείζων κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, καταθλιπτική φάση, παραληρητική κατάθλιψη.
- δ) Τα ψυχοδιεγερτικά (αμφεταμίνες κ.ά.) τα οποία χορηγούνται σε ασθένειες όπως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας.^{2,28}

Αντιψυχωσικά φάρμακα

Τα αντιψυχωσικά ή νευροληπτικά φάρμακα επιδιώκουν τη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων της νόσου, συμβάλουν στην πρόληψη υποτροπών και προάγουν την κατάσταση του ασθενή, ενισχύοντας έτσι την επανένταξή του στον κοινωνικό περίγυρο.^{6,29} Τα φάρμακα αυτού του είδους αλλάζουν την διάθεση και τη μη ομαλή σκέψη και συμπεριφορά, εισερχόμενα στο κεντρικό νευρικό σύστημα το οποίο διαμορφώνει την ανταλλαγή πληροφοριών.² Τα αντιψυχωσικά ταξινομούνται σε δυο κατηγορίες, τα τυπικά και τα άτυπα αντιψυχωσικά.⁴

Τα **τυπικά** αντιψυχωσικά (ή κλασικά ή πρώτης γενιάς) που χορηγούνται είναι η χλωροπρομαζίνη, η φλουφαιναζίνη, η τριφθοριοπεραζίνη, η αλοπεριδόλη, κ.ά. τα οποία μειώνουν τα συμπτώματα αλλά και βοηθούν τον ασθενή να μην υποτροπιάσει και τον καθιστούν πιο συνεργάσιμο κατά τη διάρκεια της θεραπείας του.^{4,30,31} Οφείλουν την θεραπευτική τους δράση αλλά και τις κυριότερες παρενέργειές τους στην δυνατότητα να αποκλείουν κυρίως τους D₂ υποδοχείς της ντοπαμίνης της οποίας η δράση στο μεσομεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου είναι υπεύθυνη για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχώσεων.³² Έτσι, τα φάρμακα αυτά έχουν την ικανότητα να συμβάλλουν στη μείωση ή την εξάλειψη ορισμένων θετικών συμπτωμάτων της νόσου, όπως παραληρητικές ιδέες, διαταραχές της σκέψης και ψευδαισθήσεις, επιθετικότητα, διέγερση. Είναι αποτελεσματικά στην πρόκληση καταστολής μέσα σε 5-6 εβδομάδες και ελέγχουν τα συμπτώματα της νόσου μέσα στις τέσσερις πρώτες εβδομάδες.⁴ Οι παρενέργειες των τυπικών αντιψυχωσικών δε λείπουν και μάλιστα συχνά είναι ιδιαίτερα σοβαρές. Μεταξύ αυτών είναι τα εξωπυραμидικά συμπτώματα (ακαθισία, όψιμη δυσκινησία κ.ά.) και αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης, τα τυπικά αντιψυχωσικά δεν αντιμετωπίζουν τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Για αυτούς τους λόγους η χρήση τους έχει περιοριστεί τα τελευταία χρόνια.³²

Τα **άτυπα** αντιψυχωσικά (ή νεότερα ή δεύτερης γενιάς) κυκλοφόρησαν κατά τη δεκαετία του 1990. Περιλαμβάνουν την κλοζαπίνη, η οποία ήταν το πρώτο άτυπο νευροληπτικό που παρασκευάστηκε την δεκαετία του 1960, την ολανζαπίνη, την κουετιαπίνη, την ρισπεριδόνη, την ζιπρασιδόνη, κ.ά. Το κοινό στοιχείο αυτών είναι ότι

παρουσιάζουν ίση ή και μεγαλύτερη δραστικότητα στους υποδοχείς της σεροτονίνης, σε σχέση με τους D₂ υποδοχείς της ντοπαμίνης και για τον λόγο αυτό ονομάζονται και ανταγωνιστές της σεροτονίνης - ντοπαμίνης. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν εκτός από τα θετικά συμπτώματα και τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου, όπου δυσκολεύονταν τα παλαιότερα αντιψυχωσικά. Επίσης, έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα που ήταν συχνό φαινόμενο με τα κλασικά αντιψυχωσικά και γενικότερα είναι πιο αποτελεσματικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου.^{4,30,33,34} Παρ' όλα αυτά και τα άτυπα αντιψυχωσικά μπορούν να προκαλέσουν παρενέργειες όπως σακχαρώδη διαβήτη, σημαντική αύξηση βάρους, αύξηση επιπέδων προλακτίνης, καρδιαγγειακές ανεπιθύμητες ενέργειες, ακοκκιοκυτταραιμία (μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων - κλοζαπίνη) κ.ά.^{4,35-37}

Η φαρμακευτική θεραπεία στη σχιζοφρένεια καταλήγει στην εμφάνιση κάποιων θετικών στοιχείων αλλά και σοβαρών παρενεργειών.⁶

Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Ελάττωση και πολλές φορές εξάλειψη των νοσηρών συμπτωμάτων.
 - Ελαττώνονται οι διεγέρσεις.
 - Τα παραληρήματα μειώνονται.
 - Οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται.
 - Τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται.
 - Οι τάσεις αυτοκτονίας και οι παρορμήσεις περιορίζονται.
2. Η προσέγγιση του ασθενή και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας βελτιώνονται σημαντικά.
3. Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο.
4. Μεγάλο ποσοστό ασθενών ξαναβρίσκουν τη λειτουργικότητά τους.⁶

Παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων

- Καταστολή
- Εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες: ακαθισία, ακινησία, παρκινσονισμός, όψιμη δυσκινησία, δυστονία, περιστοματικός τρόμος
- Επιληπτικές κρίσεις
- Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες: ξηροστομία, θαμπή όραση, δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων
- Ορθοστατική υπόταση

- Αλλεργικές ή τοξικές ανεπιθύμητες ενέργειες: ακοκκιοκυτταραιμία, δερματίτιδα, αλλεργική ηπατίτιδα
- Μεταβολικές ή ενδοκρινικές ανεπιθύμητες ενέργειες
- Τοξική αμφιβληστροειδοπάθεια
- Ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές
- Σεξουαλικές δυσλειτουργίες
- Κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο: δυσκαμψία, υπερθερμία, πυρετός, αστάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος (υπόταση ή υπέρταση, ταχυκαρδία, ωχρότητα) και εγκεφαλοπάθεια
- Μυϊκή δυσκαμψία
- Αύξηση του σωματικού βάρους.^{2,4,31}

Οι παρενέργειες που προκύπτουν από την κατανάλωση αντιψυχωτικών είναι αρκετά σοβαρές. Η υπερβολική καταστολή συμβαίνει συχνά κατά την πρώτη εβδομάδα της φαρμακοθεραπείας και για να αποφευχθεί, ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει τα φάρμακα πριν την κατάκλιση. Οι αντιχολινεργικές δράσεις είναι πολύ συχνό φαινόμενο και η χορήγηση αντιπαρκινσονικών τις επιδεινώνουν. Τα αντιχολινεργικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται με τη μείωση της δοσολογίας. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές είναι κυρίως αρρυθμίες, αλλά ορισμένα ψυχοφάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ταχυαρρυθμία, ζάλη, συγκοπή και πιθανόν ανακοπή.⁴

Μια επίσης, σοβαρή παρενέργεια είναι η όψιμη δυσκινησία (tardive dyskinesia) κατά την οποία ο ασθενής εμφανίζει ακούσια κινητικότητα στους βραχίονες και τις κνήμες καθώς και σούφρωμα της γλώσσας και των χειλιών. Είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται συνήθως κατά την αγωγή άνω των έξι μηνών και συχνά υπάρχει ακόμα και μετά τη μείωση ή την διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Η αιτία της όψιμης δυσκινησίας αποδίδεται σε υπερευαισθησία των ατόμων στη ντοπαμίνη. Για την πρόληψη της διαταραχής αυτής ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει τη λιγότερη δυνατή δοσολογία αντιψυχωσικών, ή ακόμα και να τα διακόψει, αλλά θα πρέπει να του χορηγηθεί επιπλέον βιταμίνη Ε.^{4,38}

Βασικές αρχές για την χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων

Η φαρμακευτική αγωγή προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες αλλά και με βάση την κατάσταση του ασθενή, ενώ η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων διαφαίνεται με το πέρασμα περίπου επτά ημερών. Η ταυτόχρονη χορήγηση παραπάνω φαρμάκων από ένα θα πρέπει να αποφεύγεται, αφού δεν έχει αποδειχθεί ότι μειώνονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Κατά την

διάρκεια της οξείας φάσης της ψύχωσης η χορήγηση γίνεται δια μέσω της στοματικής οδού, αλλά σε επιθετικούς ασθενείς γίνεται ενδομυϊκά. Όταν τα συμπτώματα του ασθενή μειωθούν, ελαττώνεται η χορήγηση σταδιακά μετά από λεπτομερή έλεγχο. Στην φάση της συντήρησης, η χορήγηση μπορεί να μειωθεί ακόμη περισσότερο και ο ασθενής να λαμβάνει τη μικρότερη δυνατή δόση ώστε να προληφθεί η όψιμη δυσκινησία. Μετά το πέρας του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου η χορήγηση θα πρέπει να λαμβάνεται το λιγότερο για ένα με δύο έτη, ενώ μετά το δεύτερο επεισόδιο χορηγούμε φαρμακευτική αγωγή για πέντε έτη τουλάχιστον. Στις περιπτώσεις των ασθενών οι οποίοι έχουν μεταβεί στην φάση της χρόνιας θεραπείας, μειώνουμε κατά πολύ την δοσολογία, περίπου στο μισό από αυτήν που χρειάστηκε για την αντιμετώπιση της οξείας φάσης.⁴ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα περισσότερα αντιψυχωσικά αντενδείκνυνται σε: κωματώδεις καταστάσεις, καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος, φαιοχρωμοκύττωμα, κύηση (εκτός εάν είναι απολύτως απαραίτητο) και γαλουχία.³¹

2.2.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT - Electroconvulsive Therapy)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, το ευρέως γνωστό ηλεκτροσόκ, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1938 από τους Ιταλούς Cerletti και Bini, και είναι μια θεραπεία που στο άκουσμά της έρχεται στο μυαλό η καταστολή, η καθυπόταξη και η επιβολή εξουσίας. Η ιδέα αυτής της θεραπείας αρχικά βασίστηκε στην παραδοχή της ασυμβατότητας ψυχικής και σωματικής νόσου, που επικρατούσε έντονα εκείνη την εποχή καθώς και στο ότι σε πολλούς σχιζοφρενείς οι επιληπτικές κρίσεις οδηγούσαν σε βελτίωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Παρά τις έρευνες, που έχουν πραγματοποιηθεί δεκαετίες τώρα, δεν έχει διευκρινιστεί ο ακριβής θεραπευτικός μηχανισμός δράσης της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, αν και υπάρχουν αρκετές θεωρίες που όμως δεν έχουν επιβεβαιωθεί.^{39,40}

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε καμία φαρμακευτική αγωγή όπως ασθενείς με σχιζοφρένεια, μείζονα κατάθλιψη, και σε ασθενείς με αυτοκαταστροφικές τάσεις. Χρησιμοποιείται ώστε να προκαλέσει τεχνητή επιληψία στον ασθενή, με την τοποθέτηση δυο ηλεκτροδίων στους κροταφικούς λοβούς και την μεταφορά αρκετά ικανής τάσης ρεύματος. Παρόλα αυτά αποτελεί μία μέθοδο η οποία έχει ευρεία χρήση διότι είναι απλή στην τεχνική της, σύντομη, φθηνή, και αρκετές φορές αποτελεσματική. Σημειώνεται ότι η συγκατάθεση του ασθενή θα πρέπει να εξασφαλίζεται, όπως και η πλήρης ενημέρωσή του για τα οφέλη και τις επιπλοκές.⁶

Οι ενδείξεις, οι αντενδείξεις καθώς και οι επιπλοκές από την χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας παρατίθενται παρακάτω:

Ενδείξεις για ηλεκτροσπασμοθεραπεία

1. Υποστροφική μελαγχολία: αποτελεί τη συνηθέστερη θεραπεία με ταχεία ανάρρωση σε ποσοστό πάνω από 50%
2. Διπολική διαταραχή
 - Στη φάση της μανίας σε ασθενείς με έντονη ψυχοκινητική δραστηριότητα ή σε περιπτώσεις μανιακής εμβροντησίας (stupor).
 - Στη φάση της μελαγχολίας είναι η πιο αποτελεσματική και γρήγορη μέθοδος.
3. Σχιζοφρένεια
 - Στην κατατονική μορφή.
 - Σε οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια.
 - Σε διεγερτικές καταστάσεις.
 - Σε σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις.⁶

Αντενδείξεις για ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γίνει χρήση ηλεκτροσπασμοθεραπείας αν ο ασθενής πάσχει από:

1. Όγκο εγκεφάλου
2. Θρομβοφλεβίτιδα
3. Εξόφθαλμος βρογχοκήλη
4. Οξεία σπειραματονεφρίτιδα

Σχετικές αντενδείξεις είναι οι εξής:

1. Προχωρημένη ηλικία
2. Κύηση
3. Πνευμονικές παθήσεις
4. Σπονδυλοαρθροπάθεια
5. Πεπτικό έλκος⁶

Επιπλοκές-Παρενέργειες

1. Κατάγματα οστών της σπονδυλικής στήλης
2. Παρατεινόμενη άπνοια
3. Διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος

4. Διαταραχές του νευρικού συστήματος
5. Εγκεφαλικά επεισόδια αγγειακού τύπου
6. Απώλεια μνήμης
7. Πονοκέφαλοι
8. Μυϊκοί πόνοι
9. Αύξηση σωματικού βάρους
10. Αμηνόρροια ^{1,6}

2.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες περιλαμβάνουν διεργασίες που επιδρούν στο πνεύμα, στο συναίσθημα και στον ψυχισμό του ασθενή με σκοπό την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς του, την αποκατάστασή του και την κοινωνική του επανένταξη και γίνονται από τον γιατρό, τον νοσηλευτή, τον εργοθεραπευτή, τον κοινωνικό λειτουργό, την ψυχιατρική ομάδα και την οικογένεια.^{6,38}

Η νοσηλεία αποφεύγεται και γίνεται υπό προϋποθέσεις. Σκοπός είναι η παραμονή του ασθενή μέσα στην κοινότητα και η αποδοχή του από αυτήν. Σημαντικό έργο στον τομέα αυτό προσφέρουν οι ξενώνες αποκατάστασης, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι μονάδες θεραπείας και τα οικοτροφεία. Εκτός των άλλων οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες δρουν βοηθητικά ώστε να μπορέσει το άτομο να συνειδητοποιήσει την ασθένειά του και να καταλάβει ποια γεγονότα τον οδήγησαν στην παθολογική του κατάσταση. Οι θεραπείες γίνονται είτε ενδονοσοκομειακά είτε εξωνοσοκομειακά, αλλά και στις δύο περιπτώσεις ο στόχος είναι η παραμονή στο νοσοκομείο να είναι σύντομη, εφόσον απαιτείται, και η προσπάθεια να κατευθύνεται στην ένταξη των ασθενών στην κοινότητα.^{6,38}

Οι μορφές τους ποικίλλουν και εφαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται συχνότερα παρουσιάζονται παρακάτω:

- Ατομική
- Ομαδική
- Οικογενειακή
- Συμπεριφοράς
- Περιβάλλον και ψυχοθεραπεία
- Αναψυχή-Ψυχόδραμα
- Φυσική Άσκηση
- Εργοθεραπεία

- Γνωστική Θεραπεία ^{6,38}

Η *ατομική ψυχοθεραπεία* επιτυγχάνεται με την αρμονική συνεργασία ασθενή-θεραπευτή, η οποία έχει ως στόχο την κατανόηση της φύσης της νόσου και την εκμάθηση του ασθενή να ζει με αυτή. Είναι η πλέον σημαντικότερη από τις μεθόδους, διότι διδάσκεται στον πάσχοντα να αντιμετωπίσει την κατάστασή του όπως και τυχόν παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και να προσαρμοστεί ευκολότερα στα νέα δεδομένα. Η *ομαδική ψυχοθεραπεία* περιλαμβάνει προστατευμένες ομάδες που δρουν οργανωμένα και έτσι μέσα από την αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών επιτυγχάνεται η βελτίωση. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι υπάρχουν κι άλλα άτομα που πάσχουν από την ίδια νόσο και σε πολλές περιπτώσεις αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας δρα πολύ υποστηρικτικά. ^{6,38}

Η *οικογενειακή θεραπεία* αποτελεί μια απ' τις σημαντικότερες θεραπευτικές μεθόδους, διότι η οικογένεια είναι το πλέον οικείο περιβάλλον του ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με την φύση της νόσου, με τον τρόπο που θα πρέπει να συμπεριφέρονται στον ασθενή καθώς και με τη στήριξη που πρέπει να του παρέχουν ώστε να αποφευχθεί μια υποτροπή. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντική είναι η παρουσία της οικογένειας κατά τη διάρκεια των συναντήσεων με τον ψυχοθεραπευτή ώστε να ενημερώνονται για την πορεία της κατάστασής του. ^{6,38}

Η *ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς* στηρίζεται στη μάθηση, στην ενίσχυση και στην επιβράβευση του ατόμου. Χρησιμοποιείται στην αλλαγή κάποιας συνήθειας ή παθολογικής συμπεριφοράς. Η *θεραπεία περιβάλλοντος* σχετίζεται με την προσαρμογή του περιβάλλοντος έτσι ώστε να επιτευχθεί η αποκατάστασή του ασθενή. Αναπτύσσονται οι κατάλληλες συνθήκες με τέτοιο τρόπο, ώστε να αλλάξει η συμπεριφορά του ασθενή και να έχει την ευκαιρία να ανταποκριθεί στα προβλήματα της πραγματικής ζωής έξω από το θεραπευτικό πλαίσιο. ^{6,38}

Επίσης, εφαρμόζονται θεραπείες που βασίζονται στην δημιουργικότητα του ασθενή και αποσκοπούν κυρίως στην εκμάθηση δραστηριοτήτων, διότι η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος η οποία του δημιουργεί έκπτωση στις δεξιότητές του. Η *αναψυχή* η οποία περιλαμβάνει χορούς, παιχνίδια, θεατρικές παραστάσεις και βοηθά τον ασθενή να επικοινωνήσει με τους γύρω του, η θεραπεία μέσω της *φυσικής άσκησης* η οποία αυξάνει την αισιοδοξία και ελαττώνει τη μελαγχολία και η *εργοθεραπεία*, μια δραστηριότητα που γίνεται έπειτα από ιατρική καθοδήγηση και έχει σκοπό την επιτάχυνση της ανάρρωσης από ψυχική ασθένεια και την επαναφορά στις καλές συνήθειες της εργασίας. Τέλος, η *γνωστική θεραπεία* βασίζεται στη γνωστική θεωρία του Aaron Beck και βοηθάει τον ασθενή, ιδιαίτερα

σε περιπτώσεις κατάθλιψης, φοβιών κ.τ.λ., να αποφεύγει γνωστικές παραμορφώσεις, δηλαδή γενικεύσεις καταστάσεων, μεγέθυνση ή ελαχιστοποίηση (πάντα με αρνητικό τρόπο) της σημασίας γεγονότων, αυθαίρετη εξαγωγή αρνητικών συμπερασμάτων κ.τ.λ.^{6,38,41}

2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η πορεία ζωής του ατόμου το οποίο θα εμφανίσει κάποια στιγμή αυτοκτονική συμπεριφορά θα πρέπει να περικλείει δυο αιτίες σύμφωνα με τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα πρόβλεψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η πρώτη αιτία είναι η προδιάθεση ή ευαλωτότητα του ατόμου και η δεύτερη αιτία είναι η επίδραση ενός ιδιαίτερα στρεσογόνου γεγονότος.^{42,43}

Ο ειδικοί οι οποίοι ασχολούνται με το ζήτημα της αυτοκτονικότητας προκειμένου να καταλήξουν ποιοι άνθρωποι φτάνουν στην αυτοκαταστροφή, έχουν μελετήσει διάφορες καταστάσεις. Οι παράγοντες κινδύνου όσον αφορά τις τάσεις αυτοκτονίας είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, ο τρόπος ζωής, η επαγγελματική κατάσταση, η σωματική και ψυχική υγεία, οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, η έλλειψη ελπίδας, η διαπροσωπική απώλεια, οι στρεσογόνοι παράγοντες και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις.⁴⁴

Οι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικότητας ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες: ψυχιατρική διαταραχή, γενετικοί-νευροβιολογικοί παράγοντες, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και κοινωνικοί παράγοντες.⁴⁴

Ψυχιατρική διαταραχή

Από μελέτες έχει βρεθεί ότι το 90% των ατόμων που έβαλαν τέλος στη ζωή τους έπασχαν από κάποια ψυχική διαταραχή τη στιγμή που αυτοκτόνησαν. Επίσης, από διάφορες μελέτες που έγιναν σε άτομα με ψυχιατρική διαταραχή διαπιστώθηκαν μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονία, τα οποία παρατίθενται παρακάτω.

- Διπολική διαταραχή → 15-20%.
- Μονοπολική κατάθλιψη → 15%
- Αλκοολισμός → 18%
- Σχιζοφρένεια → 10-15%
- Διαταραχή προσωπικότητας → 5-10%^{44,45}

Γενετικοί - νευροβιολογικοί παράγοντες

Από διάφορες μελέτες, υπάρχουν ευρήματα που συνδέουν την αυτοκτονικότητα με παράγοντες κληρονομικότητας, οι οποίοι δεν σχετίζονται απαραίτητα με τη μεταβίβαση

ψυχιατρικών διαταραχών. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι ο δείκτης αυτοκτονικότητας είναι υψηλός μέσα στην ίδια οικογένεια καθώς και σε συγγενείς α΄ βαθμού, ενώ μελέτες υιοθεσίας καταδεικνύουν δείκτη αυτοκτονικότητας όμοιο με αυτόν της φυσικής οικογένειας.^{42,44}

Νευροβιολογικές μελέτες σχετίζουν την αυτοκτονικότητα με χαμηλά επίπεδα ομοβανιλλικού οξέος (μεταβολίτης της ντοπαμίνης) στα ούρα, αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στα ούρα καθώς και χαμηλά επίπεδα 5HIAA(5-υδροξυ-ινδολοξικό οξύ: μεταβολίτης της σεροτονίνης) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και στο στέλεχος του εγκεφάλου.^{42,44}

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου το οποίο πρόκειται να διαπράξει αυτοκτονία ή έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις καθορίζονται από γονιδιακούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και από την μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Έτσι, στην περίπτωση του αυτοκτονικού ιδεασμού το άτομο χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα, άγχος, απελπισία, αυτοκριτική, έλλειψη ικανοποίησης και επιθετικότητα, ενώ στην περίπτωση που έχει διαπραχθεί αυτοκτονία το άτομο χαρακτηρίζεται από υψηλή παρορμητικότητα και άγχος, απελπισία, αίσθημα ενοχής και εχθρικότητα.^{44,46}

Ψυχοκοινωνικοί - περιβαλλοντικοί παράγοντες

Τα αρνητικά και ψυχοπιεστικά γεγονότα στη ζωή ενός ατόμου όπως είναι η απώλεια, αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Η απώλεια μπορεί να σχετίζεται με οτιδήποτε αφορά την καθημερινή ζωή όπως εργασία, αγαπημένα πρόσωπα, ερωτικό σύντροφο, χρήματα, κ.ά. Επίσης, σοβαροί παράγοντες κινδύνου είναι η κοινωνική αποτυχία, η μοναξιά, η ανεργία, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, κ. ά. Θύματα κακοποίησης, άτομα με διαταραχή μετατραυματικού stress καθώς και άτομα που εκδηλώνουν έμμεσες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (τζόγος, αυτοτραυματισμοί κ.ά.) εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το κλίμα, οι εποχιακές διακυμάνσεις φωτός-σκότους και το γεωγραφικό μήκος και πλάτος φαίνεται να εμπλέκονται στην αυτοκτονικότητα.^{44,47-49}

2.5 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με τους ειδικούς, η συμπεριφορά και η αντίληψη σε ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια διαταράσσονται, ενώ διαστρεβλώνεται η αίσθηση της πραγματικότητας. Η συνηθισμένη αντίληψη που έχει διατυπωθεί είναι ότι τα άτομα που πάσχουν από

σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα. Με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική στήριξη τα φαινόμενα επικινδυνότητας είναι εξαιρετικά σπάνια. Επίσης, ένα πολύ μικρό ποσοστό ατόμων που πάσχουν από τη νόσο μπορεί να γίνουν επιθετικά σε περίπτωση που δε λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή κατά την διάρκεια κάποιου ψυχωσικού επεισοδίου. Συνήθως, λόγω των φόβων τους, η επιθετική τους διάθεση στρέφεται στον εαυτό τους, και για αυτό το λόγο η νόσος περιέχει μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονικών ή αυτοκαταστροφικών επεισοδίων. Σύμφωνα με έρευνες, το 40% των ασθενών εμφανίζουν αυτοκτονικό ιδεασμό, το 20% των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο έχουν κάνει απόπειρες αυτοκτονίας τουλάχιστον μία φορά, ενώ το 5%-6% έχει τελικά αυτοκτονήσει.^{9,50}

Τα ποσοστά αυτοκτονικότητας των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι υψηλά λόγω της φύσης της ίδιας της διαταραχής, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, των παρενεργειών της αντιψυχωσικής αγωγής και λόγω διαφόρων παραγόντων που περιλαμβάνουν την οικογένεια, την κοινωνία και το ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου. Οι ειδικοί που ασχολούνται με το θέμα συμφωνούν πως το άτομο με σχιζοφρένεια που τείνει να αυτοκτονήσει είναι νέος, ανύπαντρος, άνεργος άνδρας, ο οποίος έχει προσπαθήσει να αυτοκτονήσει στο παρελθόν και επίσης έχει οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικότητας. Αυξημένες τάσεις αυτοκτονίας παρουσιάζει ακόμη, αυτός που έχει υποστεί κακοποίηση κατά την παιδική του ηλικία, βιώνει αγχώδεις καταστάσεις, δεν έχει κοινωνική στήριξη, εμφανίζει θετικά και καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά και παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή. Η κατάχρηση ή εξάρτηση ουσιών αυξάνει επιπλέον τον κίνδυνο.⁵⁰⁻⁵²

Οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια συνηθίζουν να αναφέρουν στους οικείους τους ότι επιθυμούν να βάλουν τέλος στη ζωή τους. Η επιθυμία αυτών των ατόμων διαφέρει σε σοβαρότητα από αυτούς που δεν πάσχουν από τη νόσο διότι οι απόπειρες επαναλαμβάνονται και είναι πολύ περισσότερο επιτυχημένες. Επίσης, τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι πολύ περισσότερο θανατηφόρα στα άτομα με τη νόσο. Η προσοχή που πρέπει να λαμβάνουν τα άτομα που έχουν πάρει πρόσφατα εξιτήριο από ψυχιατρική κλινική είναι αναγκαία κατά τους πρώτους τρεις μήνες διότι η ψυχολογία του ατόμου είναι ιδιαίτερα εύθραυστη, αισθάνονται απροστάτευτοι και απελπισμένοι.^{9,51}

Η εναισθησία, δηλαδή η γνώση του ίδιου του ασθενή για την ασθένεια, την ανάγκη για θεραπεία αλλά και τις συνέπειες της νόσου, αποτελεί σημαντική συνιστώσα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, όταν η εναισθησία οδηγεί στην απελπισία.^{53,54} Το πόσο σοβαρή είναι η απελπισία που νιώθει ο ασθενής έχει να κάνει εν μέρει με το επίπεδο της λειτουργικότητας του πριν τη νόσο αλλά και με την έκταση της έκπτωσης της λειτουργικότητάς του μετά τη μετά την εμφάνιση της νόσου. Η αξιολόγηση των ασθενών για

απελπισία και αυτοκτονικό ιδεασμό θα πρέπει να γίνεται τακτικά, ειδικά εάν η εναισθησία δείχνει σαφή σημάδια βελτίωσης.⁵¹

Η κατάθλιψη θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια,⁵⁵ με τη μείζων κατάθλιψη να ευθύνεται για απόπειρες αυτοκτονίας και την καταθλιπτική διάθεση και την απελπισία να σχετίζονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό.^{55,56} Η κατάθλιψη συχνά αγνοείται ή υποθεραπεύεται σε περιπτώσεις σχιζοφρένειας αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όμως, αντικαταθλιπτικά φάρμακα χωρίς να επιδεινώσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.⁵⁷

Η ανάγκη, λοιπόν, κατανόησης και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας των ασθενών με σχιζοφρένεια κρίνεται απαραίτητη ιδιαίτερα όταν υπάρχει υψηλός κίνδυνος για αυτοκτονία. Οι ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορούν να ενθαρρύνουν τον ασθενή, να φθίνουν την καταθλιπτική του διάθεση και να μειώσουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Η απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων καθώς και η επαγγελματική αποκατάσταση είναι ιδιαίτερης σημασίας για την πρόληψη της αυτοκτονίας.⁵¹ Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όμως, θα πρέπει να συνδυάζονται και με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Όσον αφορά τα αντιψυχωσικά φάρμακα, το άτυπο αντιψυχωσικό κλοζαπίνη έχει φανεί μέσα από μελέτες ότι μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας στη σχιζοφρένεια και μάλιστα έχει εγκριθεί για αυτόν τον σκοπό από τον Εθνικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών.^{58,59}

2.6 ΜΥΘΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Σχετικά με την περίπτωση της αυτοκτονίας υπάρχουν διάφορες αντιλήψεις ακόμη και ανάμεσα στους θεραπευτές, οι οποίες δεν υφίστανται και παρατίθενται παρακάτω:

- **Μύθος:** Οι άνθρωποι που μιλούν για αυτοκτονία δεν εννοούν ότι θα το κάνουν.
Πραγματικότητα: Οι άνθρωποι που μιλούν για αυτοκτονία μπορεί να ψάχνουν βοήθεια ή υποστήριξη. Ένας σημαντικός αριθμός ανθρώπων που σκέφτονται την αυτοκτονία βιώνουν άγχος, κατάθλιψη και απελπισία και μπορεί να νιώθουν ότι δεν υπάρχει άλλη επιλογή.
- **Μύθος:** Οι περισσότερες αυτοκτονίες συμβαίνουν ξαφνικά χωρίς προειδοποίηση.
Πραγματικότητα: Στις περισσότερες αυτοκτονίες έχουν προηγηθεί σημάδια, είτε στον λόγο, είτε στην συμπεριφορά. Οπωσδήποτε υπάρχουν μερικές αυτοκτονίες που συμβαίνουν χωρίς προειδοποίηση. Όμως, είναι σημαντικό να καταλαβαίνουμε ποια είναι τα σημάδια και να τα προσέχουμε.

- Μύθος:** Κάποιος που είναι αυτοκτονικός είναι αποφασισμένος να πεθάνει.

Πραγματικότητα: Αντίθετα, οι άνθρωποι με αυτοκτονικές ιδέες, είναι συχνά αμφίθυμοι στο να ζήσουν ή να πεθάνουν. Κάποιοι μπορεί να δρουν παρορμητικά λαμβάνοντας για παράδειγμα φυτοφάρμακα και να πεθαίνουν λίγες μέρες αργότερα, ακόμη και αν θα ήθελαν να συνεχίσουν να ζουν. Η πρόσβαση σε συναισθηματική υποστήριξη την κατάλληλη στιγμή μπορεί να προλάβει μια αυτοκτονία.
- Μύθος:** Αν κάποιος είναι μια φορά αυτοκτονικός, τότε αυτός/ή θα παραμείνουν για πάντα αυτοκτονικοί.

Πραγματικότητα: Ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας είναι συχνά βραχυπρόθεσμος και εξαρτημένος από τις συνθήκες. Ενώ οι αυτοκτονικές σκέψεις μπορούν να επανέλθουν δεν είναι μόνιμες και ένας άνθρωπος με πρότερες αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες μπορεί να συνεχίσει να ζει ένα μακρύ βίο.
- Μύθος:** Μόνο άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές είναι αυτοκτονικοί.

Πραγματικότητα: Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές υποδηλώνουν βαθιά δυστυχία αλλά όχι απαραίτητα ψυχικές διαταραχές. Πολλοί άνθρωποι που ζουν με ψυχικά νοσήματα δεν προσβάλλονται από αυτοκτονικές συμπεριφορές, ούτε όλοι οι άνθρωποι που αυτοκτονούν υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές.
- Μύθος:** Το να συζητούμε για την αυτοκτονία είναι μια κακή ιδέα και μπορεί να ερμηνευτεί ως ενθάρρυνση.

Πραγματικότητα: Με δεδομένο το ευρέως διαδεδομένο στίγμα γύρω από την αυτοκτονία, οι περισσότεροι άνθρωποι που σκέφτονται την αυτοκτονία δεν γνωρίζουν με ποιον να μιλήσουν. Η ανοικτή συζήτηση, αντί να ενθαρρύνει την αυτοκτονική συμπεριφορά, μπορεί να δώσει στο άτομο άλλες επιλογές ή τον χρόνο να ξανασκεφθεί την απόφαση του/της και έτσι να αποτραπεί μια αυτοκτονία.⁶⁰

2.7 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η κοινή γνώμη έχει συνδέσει στενά τις ψυχικές διαταραχές, όπως τη σχιζοφρένεια, με την παραβατική και βίαιη συμπεριφορά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια να έχουν να αντιμετωπίσουν ένα στιγματισμό ο οποίος είναι διπλός, αρχικά την ασθένειά τους, τα συμπτώματα και τις παρενέργειες της φαρμακοθεραπείας, και έπειτα την πιθανή πρόκληση εγκλημάτων.⁵⁰

Η γνώση για την παραβατικότητα και επικινδυνότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια έχει περάσει από πολλά στάδια. Αρχικά ήταν αποδεκτό ότι όλοι οι σχιζοφρενείς ήταν

επικίνδunami. Η άποψη αυτή στηριζόταν σε ανακοινώσεις μεμονωμένων περιστατικών. Μετά από επιδημιολογικές μελέτες, η άποψη αυτή αμφισβητήθηκε έντονα και κινήθηκε προς την αντίθετη πλευρά. Ο Háffner το 1973 ανέφερε ότι οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια δεν έχουν περισσότερες πιθανότητες από τον γενικό πληθυσμό να εμπλακούν σε βίαιες παραβατικές πράξεις. Η άποψη αυτή βοήθησε σημαντικά στην προσπάθεια καταπολέμησης του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης των ατόμων με σχιζοφρένεια και είναι εν μέρει ορθή.^{61,62}

Νεότερα δεδομένα όμως, κατέρριψαν τη συγκεκριμένη θέση και πλέον είναι αποδεκτό ότι τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανό να προβούν σε βίαιες πράξεις σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Πρέπει να τονισθεί όμως, ότι αυτή η παραβατική συμπεριφορά ελάχιστα επηρεάζει τη συνολική εικόνα της βίας και παραβατικότητας στην κοινωνία μας γενικά.⁶³ Οι ψυχίατροι προκειμένου να μειώσουν τον στιγματισμό των ατόμων με σχιζοφρένεια θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα επιστημονικά δεδομένα, τα οποία μιλούν για συσχέτιση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της βίαιης συμπεριφοράς. Η συσχέτιση αυτή δεν είναι μόνο στατιστική αλλά κλινικά και κοινωνικά σημαντική.⁶⁴

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη σχέση παραβατικότητας - σχιζοφρένειας είναι η μη συμμόρφωση στην θεραπεία (ανεπαρκείς δόσεις ή καθόλου φάρμακα), η έλλειψη εναισθησίας, η κατάχρηση οινόπνευματών ή άλλων ουσιών, παρανοειδής τύπος σχιζοφρένειας, το ιστορικό βίαιων συμπεριφορών, η αποασυλοποίηση, η οξεία συμπτωματολογία, αναπτυξιακοί - κοινωνικοί παράγοντες και ο χαρακτήρας του ατόμου. Τα έντονα θετικά συμπτώματα όπως διαφόρων ειδών παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ψυχοκινητική ανησυχία και η κατατονική διέγερση αποτελούν επίσης παράγοντες τέλεσης εγκλημάτων.^{50,65}

Οι αναπτυξιακοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, διότι ασθενείς οι οποίοι έχουν βιώσει την κακοποίηση ή γενικότερα πολύ δύσκολες καταστάσεις στην παιδική ή εφηβική τους ηλικία είναι σε μεγαλύτερο βαθμό βίαιοι. Η διαταραγμένη αγωγή στην παιδική ηλικία εμφανίζεται συχνά σε βίαιους ασθενείς και γενικότερα αποτελεί σημαντική αιτία για εκδήλωση σχιζοφρένειας αλλά και για εμφάνιση σχιζοφρένειας με βίαιη παραβατική συμπεριφορά.⁵⁰

Οι κοινωνικοί παράγοντες όπως δυσλειτουργία σε εργασία ή κοινωνικούς ρόλους, προβλήματα και οικονομικές δυσκολίες μπορεί επίσης να οδηγήσουν το άτομο σε παραβατική συμπεριφορά. Η προσωπικότητα του ατόμου συμβάλλει σημαντικά αφού χαρακτηριστικά όπως η εκμετάλλευση του συνανθρώπου, η παρορμητικότητα και η αδυναμία βίωσης συμπάθειας συμβάλλουν στην εγκληματικότητα.⁵⁰

2.7.1 Στατιστικά Στοιχεία

Σύμφωνα με μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι ένα μικρό ποσοστό της συνολικής βίας είναι αυτό που διαπράττεται από ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να γίνουν επιθετικοί με τους οικείους τους αλλά σε σπάνιες περιπτώσεις θα βλάψουν αγνώστους. Μάλιστα είναι πολύ πιθανό οι ψυχίατροι να μην έχουν ποτέ την ευκαιρία να «δουν» ασθενή με σχιζοφρένεια που να είναι δράστης ανθρωποκτονίας ή σοβαρής βιαιοπραγίας. Τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι σε διάστημα ενός έτους ένας στους 3000 άνδρες και μία στις 33000 γυναίκες θα εκδηλώσουν ανθρωποκτονική συμπεριφορά, ενώ το 99,8% δεν θα έχει καμία εμπλοκή σε πράξεις παραβατικού χαρακτήρα. Η συνολική βία που οφείλεται στη σχιζοφρένεια περιορίζεται σε λιγότερο από 10%, ενώ ασθενείς με ψυχική διαταραχή διαπράττουν το ένα στα είκοσι βίαια εγκλήματα. Ο ετήσιος κίνδυνος να διαπράξει ένα άτομο με σχιζοφρένεια ανθρωποκτονία είναι 1:10.000, ενώ ο κίνδυνος να καταδικασθεί για βίαιη συμπεριφορά είναι 1:150. Χρειάζεται, λοιπόν, ένας ψυχίατρος να εξετάσει 10.000 ασθενείς με σχιζοφρένεια για να συναντήσει έναν δολοφόνο. Πολύ σημαντικό είναι και το γεγονός ότι άτομα τα οποία πάσχουν από σχιζοφρένεια, και ιδιαίτερα σε χρόνια μορφή, είναι συχνά τα ίδια θύματα της παραβατικότητας.^{50,66}

2.7.2 Πρόληψη παραβατικότητας

Η πρόληψη θα πρέπει να στοχεύσει στην ίδια τη σχιζοφρένεια, εφόσον γίνει αποδεκτή η σχέση της νόσου με την παραβατική συμπεριφορά. Η πρόληψη θα πρέπει να ξεκινά από την εμβρυϊκή ζωή, με την αποφυγή ιογενών λοιμώξεων και περιγενετικών επιπλοκών και την πρόσληψη θρεπτικών διατροφικών συστατικών. Η διάγνωση θα πρέπει να γίνεται έγκαιρα, ώστε να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία και να αποφευχθούν οι υποτροπές, όπως και η έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Η αποφυγή εξάρτησης-κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ κρίνεται βαρύνουσας σημασίας, διότι αντιτίθεται σε κάθε μορφή πρόληψης και θεραπείας. Για την πρόληψη της παραβατικότητας θα πρέπει να συνεισφέρουν διάφοροι ειδικοί όπως ψυχίατροι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές και κοινωνικοί λειτουργοί, έτσι ώστε η θεραπεία να είναι ευρεία και πιο αποτελεσματική. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς θεωρείται ως ο σημαντικότερος προγνωστικός δείκτης μελλοντικής βίαιης πράξης και ότι η πιθανότητα διάπραξης νέας βίαιης ενέργειας αυξάνει, προοδευτικά, μετά από προηγηθείσες βίαιες πράξεις. Για να μειωθεί λοιπόν, η υποτροπή σε παραβατικότητα, το άτομο θα πρέπει να έχει σταθερή απασχόληση, μη παραβατικό περίγυρο και μη συγκρουσιακές σχέσεις. Επιπλέον, οι παραβατικοί ασθενείς

μετά το εξιτήριο από την κλινική ή το σωφρονιστικό κατάστημα θα πρέπει να βρίσκονται σε τακτική παρακολούθηση από εξειδικευμένα τμήματα, με ιδιαίτερη προσοχή στη συμμόρφωση με την αγωγή.^{50,61,65}

Η πρόληψη καθυστέρησε διότι μέχρι πρόσφατα, η σχέση «σχιζοφρένεια - παραβατικότητα» δεν ήταν αποδεκτή για να μην υπάρξει στιγματισμός. Σήμερα, η αποδοχή αυτής της σχέσης θα πρέπει να οδηγήσει στην δημιουργία νέων μέτρων έτσι ώστε να καταπολεμηθεί το στίγμα. Οι ειδικοί όμως, θα πρέπει να δρουν με προσοχή ιδιαίτερα σε εγκληματικές πράξεις από ασθενείς με τη νόσο που προβάλλονται από τα μέσα ενημέρωσης, με στόχο την έγκαιρη δράση και την αποφυγή διαστρέβλωσης της κοινής γνώμης και εν τέλει, του στιγματισμού.⁵⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.1 ΣΤΙΓΜΑ

Η λέξη «στίγμα» είναι ελληνική, προέρχεται από το ρήμα «στίζω» και σημαίνει «τρύπημα» ή ανεξίτηλο σημάδι. Η ηθική έννοια του στίγματος για την ψυχική αρρώστια διαμορφώθηκε από τον ιουδαιοχριστιανικό πολιτισμό ο οποίος συνέδεε την τρέλα με την δαιμονοκατοχή. Το στίγμα είναι το «σημάδι» που ξεχωρίζει τον ψυχικά άρρωστο από τα άλλα άτομα και αποδίδει στο άτομο απαξιωτικές ιδιότητες με αποτέλεσμα την απόρριψη και την απομόνωση. Στην Αρχαία Ελλάδα το στίγμα ήταν ένα σημάδι που έκαναν στους σκλάβους για να τους υποδείξουν την κατώτερη θέση τους στην κοινότητα. Στο Βιβλίο της Γένεσης ο Θεός τοποθέτησε ένα σημάδι στον Κάιν για να του αποδώσει τον «στιγματισμό» του πρώτου δολοφόνου της αρχαιότητας. Στα τέλη της μεσαιωνικής εποχής η λέξη «στίγμα» σήμαινε δημόσια διαπόμπευση. Με αυτή την έννοια, ο Burton στο βιβλίο του *Anatomy of Melancholy*(1621) περιγράφει τον «στιγματισμό» του εγκληματία με πυρακτωμένο σίδηρο οδηγώντας τον σε δημόσια ταπείνωση.^{4,67}

Ο Goffman (1963) είναι ο πρώτος που καταγράφει θεωρητικά και εμπειρικά το στίγμα ως φαινόμενο και διακρίνει τρεις κατηγορίες στίγματος: το φυσικό στίγμα, το στίγμα της εκφραζόμενης συμπεριφοράς και το στίγμα της ταυτότητας μίας ομάδας ανθρώπων. Το φυσικό στίγμα μπορεί να προέρχεται από μια χρόνια αρρώστια ή αναπηρία με ορατά σημάδια όπως κάποια φυσική παραμόρφωση του ατόμου. Στην περίπτωση των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, προκύπτουν κάποιες σωματικές «παραμορφώσεις» από τις παρενέργειες της αντιψυχωσικής αγωγής (όψιμη δυσκινησία, εξωπυραμιδικά) και προκαλούν το φυσικό στίγμα. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται σε παράδοξες, μη κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές, όπως διανοητικές διαταραχές, αλκοολισμός, εθισμός, φυλάκιση, ομοφυλοφιλία, απόπειρα αυτοκτονίας, πολιτικές απόψεις, ανεργία κ.ά. Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στο στίγμα που προκύπτει εξαιτίας της φυλής, του χρώματος, του έθνους η ακόμα και της θρησκείας μίας ομάδας ανθρώπων. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις το άτομο φέρει ένα χαρακτηριστικό που διαφέρει από την υπόλοιπη κοινωνία με αποτέλεσμα να περιθωριοποιείται. Το στίγμα λοιπόν, σχετίζεται με μια «ανεπιθύμητη», δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στο άτομο και του στερεί το δικαίωμα της πλήρους αποδοχής, ενώ

ταυτόχρονα το αναγκάζει να κρύβει την αιτία που προκαλεί αυτήν την αρνητική κοινωνική αντιμετώπιση».^{4,67-69}

Η σημασία του στίγματος έχει να κάνει με γνωσιακές και συμπεριφορικές διαδικασίες, ενώ οι τρεις έννοιες που συνδέονται στενά με την κατανόηση του στίγματος είναι τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις.

- **Τα στερεότυπα** είναι συμβολικοί χαρακτηρισμοί που αποδίδονται στα μέλη μιας ομάδας ανθρώπων (εθνικής, κοινωνικής, κλπ.) και βασίζονται σε γενικεύσεις. Αποτελούν αρνητικές κυρίως, κοινωνικές γνωστικές δομές που προκαθορίζουν τη συμπεριφορά μας (π.χ. η αρνητική πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα).^{70,71}
- **Οι προκαταλήψεις** είναι ιδέες εκ των προτέρων συναισθηματικά φορτισμένες και μη δικαιολογημένες άμεσα από πραγματικές εμπειρίες (π.χ. η αρνητική πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα προκαλεί έναν προκατειλημμένο φόβο). Οι ιδέες αυτές, οι γνώμες, οι δοξασίες που διαφεύγουν συχνά της αντικειμενικής πραγματικότητας γίνονται ιδεοληψίες και οι ιδεοληψίες δημιουργούν στερεότυπα.⁷²
- **Διάκριση** είναι η συμπεριφορική αντίδραση που ακολουθεί την προκατάληψη (π.χ. η άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα προκαλεί τον φόβο, συνεπώς και την απόρριψη τους σε θέσεις εργασίας που θα μπορούσαν άνετα να ανταπεξέλθουν). Οι διακρίσεις επιτείνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια σοβαρή νόσο στην προσπάθειά τους να επανακτήσουν την κοινωνική λειτουργικότητά τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Οι διακρίσεις είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας που ξεκινάει, όταν κάποιος χαρακτηρίζεται ως διαφορετικός. Στην κοινή γνώμη αναπτύσσονται ποικίλες απόψεις για αυτούς που είναι διαφορετικοί. Πολιτισμικές πρακτικές και ήθη προφανώς επηρεάζουν τον τύπο των απόψεων που αναπτύσσονται.⁷⁰

Στα χαρακτηριστικά που στιγματίζουν το άτομο, περιλαμβάνονται εκτός από συγκεκριμένες συμπεριφορές και διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Στο παρελθόν, αρρώστιες που άφηναν στο άτομο ανεξίτηλα σημάδια ήταν η λέπρα και η σύφιλη οι οποίες αντικαταστάθηκαν αργότερα με τον καρκίνο και το AIDS. Έτσι, η λέξη «στίγμα» αποδίδεται σε άτομα που πάσχουν από αυτές τις νόσους με αποτέλεσμα την δημιουργία προκαταλήψεων σε βάρος τους. Η πιο στιγματισμένη ασθένεια μέχρι και τις μέρες μας όμως, είναι χωρίς καμία αμφιβολία η ψυχική νόσος.⁶⁷

Η ψυχική νόσος προηγείται σημαντικά όσον αφορά τις προκαταλήψεις από άλλες χρόνιες, αλλά σωματικές, ασθένειες. Η κοινή γνώμη έχει συσχετίσει την χρόνια και σοβαρή διαταραχή με διάφορες παρεκκλίνουσες συμπεριφορές όπως την κατάχρηση ουσιών, την εγκληματικότητα και την πορνεία. Επίσης, η κοινωνία θεωρεί ότι τα άτομα αυτά μπορούν να ελέγξουν την ψυχική νόσο τους αλλά και επίσης ότι ευθύνονται για την εκδήλωσή της, κάτι που δεν υφίσταται για τα άτομα με σωματικές ασθένειες. Ο ιδρυματισμός και η ασυλοποίηση αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες ενίσχυσης του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών. Έτσι, ο ψυχικά ασθενής γίνεται αντικείμενο θυμού και υποβάλλεται σε στερεότυπα που του δίνουν την ιδιότητα του τρελού, του κακού, του βίαιου, ή του δαιμονισμένου. Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια περνάνε από γενιά σε γενιά και υπάρχουν εδώ και αιώνες. Οι προκαταλήψεις σχετίζονται με την ψυχική διαταραχή ως παρεκκλίνουσα κατάσταση όσον αφορά το πρότυπο του φυσιολογικού ατόμου. Σύμφωνα με τον Foucault (1964) κατά το πέρασμα των αιώνων ο δυτικός πολιτισμός συγκρότησε την ταυτότητά του ως πολιτισμός της Λογικής και η ψυχική διαταραχή που σήμαινε παραλογισμός, απέκτησε το ρόλο της παθολογικής κατάστασης και του κοινωνικά ανεπιθύμητου.^{67,73}

Η σχιζοφρένεια αποτελεί την ασθένεια που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο βαθμό κοινωνικής απόρριψης και στιγματισμού από όλες τις ψυχικές διαταραχές. Από έρευνες κοινωνικών αναπαραστάσεων για την ψυχική ασθένεια διαπιστώθηκε ότι κάποια χαρακτηριστικά τα οποία αποδίδονται σε αυτήν ως μία ενοποιημένη οντότητα αντιστοιχούν σε μεγάλο βαθμό σε αυτά που αποδίδονται μεμονωμένα στη σχιζοφρένεια. Από τις αρχαϊκές δοξασίες και τις δαιμονοποιήσεις, μέχρι τη σύγχρονη εκδοχή του φόβου, της κοινωνικής απόρριψης και του αποκλεισμού, ο ασθενής έχει να αντιμετωπίσει όχι μόνο την ασθένεια και τα συμπτώματά της αλλά και τον κοινωνικό περίγυρο ο οποίος τον απομονώνει και τον στιγματίζει. Αυτές είναι οι κοινωνικές συμπεριφορές που συνδέουν τον ψυχικά πάσχοντα με την βία, την διαφορετικότητα και την εγκληματικότητα. Χωρίς αμφιβολία στον δυτικό κόσμο η πνευματική και διανοητική υπόσταση είναι σχεδόν ταυτόσημες με την ίδια την ύπαρξη του ατόμου και μια ασθένεια που απειλεί την υπόσταση αυτή υφίσταται ως απειλή αλλοτρίωσης για την ανθρώπινη οντότητα. Επιπλέον, ο φόβος της «τρέλας» και του θανάτου αποτελούν τους αρχετυπικούς φόβους του ανθρώπου διότι και οι δυο σχετίζονται με την απειλή της απώλειας. Στη μια περίπτωση υπάρχει ο φόβος για την απώλεια της λογικής και στην άλλη περίπτωση ο φόβος για την απώλεια της ζωής οι οποίες είναι η ουσία της ανθρώπινης ύπαρξης.^{67,74,75}

Οι Schulze και Angermeyer, κωδικοποιώντας τις εμπειρίες των ασθενών με σχιζοφρένεια, των θεραπόντων ιατρών και των συγγενών τους, μέσα από συζητήσεις σε ομάδες, προσδιόρισαν **τέσσερις διαστάσεις του στίγματος**:

1. Ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις, με περιορισμό των κοινωνικών επαφών.
2. Ως προς τις κοινωνικές αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια, όπως προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τον κινηματογράφο.
3. Ως προς τις κοινωνικές δομές, τις πολιτικές αποφάσεις και τις νομικές ρυθμίσεις (π.χ. την έλλειψη και κακή ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε σχέση με τις υπηρεσίες για τους σωματικά πάσχοντες).
4. Ως προς την προσβασιμότητα σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους (π.χ. επάγγελμα, γάμος κλπ).⁷⁶

3.2 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗΣ (LABELING THEORY)

Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή προκάλεσε μεγάλο ενδιαφέρον και μελετήθηκε αρκετά κατά τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια. Κατά τον Becker (1963), οι κοινωνίες δημιουργούν κανόνες και η μη τήρησή τους οδηγεί στην παρέκκλιση. Σύμφωνα με τη θεωρία του Scheff (1966), η συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι σε άτομα που είναι διαφορετικά δεν εξαρτάται από τη συμπεριφορά τους αλλά από την ετικέτα που τους έχει αποδοθεί από το κοινωνικό σύνολο. Η αντίδραση του κοινού απέναντι στην διαφορετικότητα συνδέονται με στερεότυπα από την παιδική ηλικία σχετικά με την «τρέλα» και ο παράλογος φόβος του ατόμου απέναντι στην ψυχική αρρώστια το οδηγεί στην αποδοχή του ρόλου του ψυχικά αρρώστου και του θύματος. Όλα αυτά οδήγησαν τον Scheff στο συμπέρασμα ότι η ετικετοποίηση ενός ατόμου ως ψυχικά ασθενή είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που κάνει αυτό το άτομο να γίνει ένας χρόνιος ψυχικά ασθενής. Η άποψη αυτή στηρίχθηκε από τον Phillips (1966) με την έρευνα που έκανε για τη στάση των κατοίκων μιας μικρής πόλης στην Αγγλία που έδειξε ότι ένα άτομο που εκδήλωσε σχιζοφρένεια είναι περισσότερο κοινωνικά απομονωμένο αν νοσηλευθεί παρά αν δεν ζητήσει βοήθεια ή απευθυνθεί σε ιερωμένο.^{4,67,77-79}

Κάποιοι επικριτές της θεωρίας του Scheff όπως ο Gove (1970), υποστήριξαν ότι η θεωρία αυτή υποτιμά τη σημασία που έχει η αρχική παρέκκλιση και η έμφυτη παθολογία της ψυχικής ασθένειας στην απόδοση μιας ετικέτας στο άτομο που την παρουσιάζει. Επίσης, ισχυρίστηκαν ότι η θεωρία ελαχιστοποιεί την ικανότητα των ψυχικά ασθενών να ελευθερωθούν από τις επιβλαβείς επιπτώσεις του στίγματος. Με σκοπό να διερευνηθεί το ζήτημα διεξήχθησαν περειαίρω έρευνες, οι οποίες συνέκριναν την επίδραση που έχει η

παρεκκλίνουσα συμπεριφορά που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια με την επίδραση της ετικέτας στις στάσεις της κοινής γνώμης. Οι περισσότερες έδειξαν ότι η επίδραση της ετικέτας ήταν σημαντική, αλλά η συμπεριφορά του ατόμου ήταν πιο καθοριστική.^{67,80}

3.3 Η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Σύμφωνα με το μοντέλο της ετικετοποίησης, η ψυχική ασθένεια είναι μόνο μια ετικέτα που έχει ανεπιθύμητες συνέπειες για τα άτομα που χαρακτηρίζει. Οι επικριτές της θεωρίας της ετικετοποίησης επιμένουν ότι η ψυχική ασθένεια αφορά μια πραγματική συμπεριφορά. Η θεωρία της ετικετοποίησης δεν αμφισβητεί την πραγματικότητα της συμπεριφοράς, αλλά αντιτίθεται στην άδικη επιβολή της ετικέτας «ψυχική ασθένεια» σε αυτήν τη συμπεριφορά.⁷ Ο Bruce Link και συνεργάτες (1989), ανέπτυξαν μια τροποποιημένη θεωρία της ετικετοποίησης του Scheff, η οποία διασαφηνίζει την προέλευση του στίγματος και της ετικετοποίησης καθώς και τα αρνητικά επακόλουθα στον άρρωστο. Ο Link αναφέρει πως υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που αποκαλύπτουν ότι η απόδοση του χαρακτηρισμού «ψυχικά ασθενής» σε ένα άτομο μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση ενός ψυχικά ασθενή. Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία, τα ακόλουθα στοιχεία αποτελούν την διαδικασία στιγματισμού:

1. *Προσδοκίες απόρριψης λόγω κοινωνικών-πολιτιστικών παραγόντων.* Τα αρνητικά στερεότυπα ενισχύουν τον στιγματισμό σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς. Το άτομο βιώνει τα στερεότυπα αυτά και πιστεύει ότι η κοινωνία το απορρίπτει (προσδοκίες απόρριψης-χαμηλή αυτοεκτίμηση).
2. *Εμπειρίες απόρριψης.* Ποικίλλουν σε ένταση από πολύ έντονες ως ασήμαντες ενώ προκαλούν στρες και επακόλουθη υποτροπή.
3. *Προσπάθειες για την αντιμετώπιση του στίγματος* με απόκρυψη ή επιλεκτική αποκάλυψη ή και κοινωνική απόσυρση, οι οποίες ετικετοποιούν περισσότερο το άτομο ενώ το οδηγούν σε χαμηλότερο εισόδημα ή ανεργία.^{4,7,81}

3.4 ΜΥΘΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Οι μύθοι και οι παρανοήσεις σχετικά με τη σχιζοφρένεια συνεχίζουν να υπάρχουν μέχρι τις μέρες μας επιβαρύνοντας τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο μέσω του στίγματος και των διακρίσεων σχεδόν σε κάθε στιγμή της ζωής τους. Αυτό είναι ίσως το μεγαλύτερο πρόβλημα των ατόμων με σχιζοφρένεια διότι πολλοί από αυτούς υποστηρίζουν πως ακόμα και αν η κατάστασή τους βελτιωθεί και αισθανθούν καλύτερα, η κοινωνία δεν τους

αποδέχεται εξ' αιτίας των προκαταλήψεων. Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιοι μύθοι που επικρατούν σχετικά με τα άτομα αυτά:

- **Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διπλή προσωπικότητα ή διχασμένη προσωπικότητα.

Πραγματικότητα: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν ούτε «διπλή» ούτε «διχασμένη προσωπικότητα» Αυτή η άποψη συνήθως επικρατεί γιατί στα άτομα με σχιζοφρένεια συχνά παρατηρείται αντιφατική συμπεριφορά και αναντιστοιχία ανάμεσα σε αυτό που λένε και αυτό που εννοούν. Γενικά, ένα άτομο που εκδηλώνει σχιζοφρένεια φαίνεται διαφορετικό επειδή επηρεάζεται η σκέψη και το συναίσθημα του και όχι συνολικά η προσωπικότητά του. Η σύγχυση επίσης, έχει προκύψει από την προέλευση της λέξης «σχιζοφρένεια», που σημαίνει «διχασμένος νους». Η έννοια, όμως, του «διχασμένου νου» δεν ταυτίζεται με τη «διχασμένη προσωπικότητα». Στην πραγματικότητα, ούτε ο όρος «διχασμένος νους», αλλά ούτε και ο όρος «διχασμένη προσωπικότητα» αντικατοπτρίζουν τι είναι η σχιζοφρένεια. Υπάρχει δηλαδή μεγάλη εννοιολογική διαφορά μεταξύ της ψυχιατρικής χρήσης του όρου από την «κοινή» χρήση της λέξης στην καθομιλουμένη. Αυτός είναι και ο λόγος που οι ακαδημαϊκοί κύκλοι συζητούν για την εγκατάλειψη της χρήσης του όρου σχιζοφρένεια και την υιοθέτηση κάποιου νέου όρου απαλλαγμένου από το στίγμα.

- **Μύθος:** Η σχιζοφρένεια προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.

Πραγματικότητα: Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται ούτε από κακά πνεύματα ούτε από μάγια. Σε πολλά μέρη του κόσμου παρόλα αυτά, υπάρχουν άνθρωποι που πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια προκαλείται από τις ενέργειες κακών πνευμάτων ή την εξάσκηση μαγείας. Υπάρχουν και άλλοι παρόμοιου τύπου μύθοι, όπως το ότι η σχιζοφρένεια προκαλείται από κατάρες, «κακό μάτι», έλλειψη θρησκευτικής πίστης, δαιμονισμό ή ότι μπορεί να οφείλεται σε ερωτική απογοήτευση ή ακόμα και υπερβολική μελέτη. Οι πεποιθήσεις αυτές είναι λανθασμένες και μπορεί να οδηγήσουν σε αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες έξω από τον ιατρικό και επιστημονικό χώρο που είναι άκρως ακατάλληλοι για την παροχή ενδεδειγμένης θεραπείας.

- **Μύθος:** Για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας ευθύνονται οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον.

Πραγματικότητα: Η οικογένεια δεν ευθύνεται για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Τα αίτια της νόσου περιλαμβάνουν την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, όπως γενετικές, βιοχημικές και νευροανατομικές επιδράσεις καθώς και περιβαλλοντικοί

παράγοντες. Πολλοί γονείς υποφέρουν από συναισθήματα ντροπής και ενοχής, γιατί θεωρούν ότι πιθανόν αυτοί με τη συμπεριφορά τους προκάλεσαν αυτήν την κατάσταση. Σήμερα, έχει αποδειχθεί ότι οι οικογενειακές σχέσεις μπορεί να μην ευθύνονται για την γένεση της σχιζοφρένειας, αλλά μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξή της. Επειδή το συναισθηματικό βάρος από τη σχιζοφρένεια είναι τεράστιο για τα μέλη των οικογενειών, αυτό που χρειάζονται είναι κατανόηση, συμπαράσταση και υποστήριξη και σε καμία περίπτωση επίκριση και δυσπιστία.

- **Μύθος:** Η σχιζοφρένεια είναι νόσος μεταδοτική.

Πραγματικότητα: Η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική, παρόλα αυτά πολλοί πιστεύουν ότι όντως είναι. Αυτός ο φόβος της μετάδοσης οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό όσων πάσχουν από σχιζοφρένεια και στον στιγματισμό αυτών και των οικογενειών τους αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών.

- **Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική στέρηση.

Πραγματικότητα: Η σχιζοφρένεια και η νοητική στέρηση είναι δύο διαφορετικές διαγνώσεις. Η σχιζοφρένεια είναι ψυχική διαταραχή και προσβάλλει άτομα ανεξάρτητα από το νοητικό τους επίπεδο, ενώ ένα άτομο με νοητική στέρηση δε σημαίνει ότι έχει απαραίτητα κάποια ψυχική διαταραχή. Η σχιζοφρένεια και η νοητική στέρηση είναι δυο τελείως διαφορετικές καταστάσεις και αυτό μπορεί να γίνει σαφές από τη σύγκριση της ηλικίας έναρξης των δύο διαταραχών, με τη νοητική στέρηση να εμφανίζεται στα αρχικά στάδια της παιδικής ηλικίας ενώ η σχιζοφρένεια στις περισσότερες περιπτώσεις τοποθετείται στην εφηβεία και στην αρχή της ενήλικης ζωής.

- **Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να κλείνονται στο ψυχιατρείο.

Πραγματικότητα: Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο το χρειάζονται πραγματικά. Αυτό γίνεται, κυρίως, όταν κυριαρχούν τα οξέα συμπτώματα της νόσου που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερική βάση. Η σχιζοφρένεια σήμερα μπορεί να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα και τα άτομα που είναι ενταγμένα σε εξωνοσοκομειακά προγράμματα σημειώνουν καλύτερη έκβαση της νόσου. Εξάλλου, ο εγκλεισμός στο ίδρυμα στερεί από τον ασθενή τα κοινωνικά ερεθίσματα, τον οδηγεί στο περιθώριο και την κοινωνική απομόνωση και συμβάλλει έτσι στην διαιώνιση του στίγματος.

- **Μύθος:** Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να πάρουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους.

Πραγματικότητα: Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν αλλά και θέλουν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν την θεραπεία τους. Βέβαια, η ικανότητά τους να λάβουν ανάλογες αποφάσεις δεν είναι πάντα η ίδια σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Υπάρχουν φάσεις όπως η έναρξη της νόσου ή οι υποτροπές όπου η ικανότητα αυτή περιορίζεται και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στην θεραπεία του. Οι έρευνες δείχνουν πως η συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του στη λήψη αποφάσεων, βοηθάει στην καλή συνεργασία με τον γιατρό και τους θεραπευτές, βελτιώνει το τελικό αποτέλεσμα και ενισχύει τη «συμμόρφωση» στην θεραπεία.

- **Μύθος:** Η φυλακή είναι το κατάλληλο μέρος για τα άτομα με σχιζοφρένεια.

Πραγματικότητα: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κρατούνται στην φυλακή καθώς η κατάσταση τους μπορεί να επιδεινωθεί. Οι φυλακές δεν είναι σχεδιασμένες για θεραπεία, αλλά για κράτηση και σωφρονισμό. Οι ψυχικά ασθενείς έχουν ανάγκη από κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα η οποία σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να δοθεί σε ένα σωφρονιστικό ίδρυμα.

- **Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν.

Πραγματικότητα: Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν, ακόμη κι αν παρουσιάζουν συμπτώματα. Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει, ότι τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες βελτιώνονται πολύ όταν εργάζονται και γενικά φαίνεται ότι η εργασία συμβάλλει στην θεραπεία. Η εργασία επιτρέπει στα άτομα με σχιζοφρένεια να έρχονται σε επαφή με ομάδες υγιών ατόμων και αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης σχέσεων με τους άλλους.

- **Μύθος:** Κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια.

Πραγματικότητα: Κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη. Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και έκβαση και διαφορετική ανταπόκριση στην θεραπεία. Η γενίκευση, ότι κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια που υπονοεί ότι η σχιζοφρένεια είναι σε όλες τις περιπτώσεις ανίατη νόσος, οδηγεί σε απελπισία και απόγνωση και τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Βάσει στατιστικών το 30% των ασθενών διατηρούν μία σημαντική λειτουργικότητα και ένα 20%-30% παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα που τους επιτρέπει να εργάζονται και να ζουν αυτόνομα στο πλαίσιο της κοινωνίας.

- **Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

Πραγματικότητα: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα. Η πραγματικότητα για τη σχέση βίας και σχιζοφρένειας είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας κυρίως λόγω της μη λήψης φαρμάκων, ακατάλληλης θεραπείας ή κατάχρησης ουσιών. Η βίαιη συμπεριφορά των ατόμων με σχιζοφρένεια τις πιο πολλές φορές περιλαμβάνει βίαιες εκδηλώσεις που σχετίζονται με την επιβίωσή τους. Στην πραγματικότητα, τα άτομα με σχιζοφρένεια συνήθως δεν είναι θύτες, αλλά θύματα βίαιης συμπεριφοράς ή κακοποίησης. Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από τα άτομα αυτά έχουν διαφορετικό κίνητρο και διαφορετικά θύματα σε σχέση με αυτά που διαπράττονται από τους λεγόμενους «υγιείς». Συνήθως, στα πρώτα θύματά τους περιλαμβάνονται άτομα του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος και ακολουθούν τα πρόσωπα εξουσίας, όπως πολιτικοί, γιατροί ή δικαστές. Σε κάθε περίπτωση, ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και, γενικότερα, θεραπείας καθώς και η παράλληλη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, που απογοητεύουν και αποθαρρύνουν όσους αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματά τους.⁸²

3.5 ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ

Πολύ σημαντικό ρόλο στην εδραίωση του στίγματος παίζουν τα ΜΜΕ (Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης) ως κύριοι φορείς διαμόρφωσης της κοινής γνώμης, ιδιαίτερα η τηλεόραση λόγω της καταλυτικής δύναμης της εικόνας. Τα ΜΜΕ παρουσιάζουν συστηματικά, όπως έχει αποδειχτεί από πολλές έρευνες, τις πιο αρνητικές πτυχές της ψυχικής ασθένειας δίνοντας έμφαση στην υποτιθέμενη βία και εγκληματικότητα που προκαλούν οι ψυχικά ασθενείς. Η απεικόνιση ειδικά της σχιζοφρένειας αποτελεί πρόσφορο έδαφος για τον εντυπωσιασμό του κοινού λόγω των έντονων συναισθημάτων που προκαλεί, εξασφαλίζοντας έτσι την άμεση συναισθηματική εμπλοκή του θεατή. Η στερεότυπη παραπλανητική εικόνα του σχιζοφρενούς που συνεχώς προβάλλεται τρομοκρατεί, αναπαράγει την προκατάληψη και τον φόβο, διαιωνίζοντας την απόρριψη και την απομόνωση των ατόμων που πάσχουν.⁶⁷

Έχει διαπιστωθεί ότι η αναπαραγωγή στερεοτύπων κατέχει δομικό ρόλο στη λειτουργία των ΜΜΕ. Η είδηση που προβάλλεται θα πρέπει να περιλαμβάνει το στοιχείο του νέου, του εντυπωσιασμού, της «έκπληξης» για να έχει απήχηση και να τοποθετείται σε ένα οικείο πλαίσιο ώστε να είναι εύληπτο από τον δέκτη. Η αναπαραγωγή στερεοτύπων αποτελεί μια δελεαστική λύση για τους επαγγελματίες των Μέσων ως προς τη δημιουργία αυτού του οικείου πλαισίου. Συνεπώς οι αντιλήψεις της κοινής γνώμης που ήδη υπάρχουν, προδιαγράφουν τις κατευθύνσεις των ΜΜΕ σχετικά με την παρουσίαση των ειδήσεων. Έτσι, οι επικρατούσες αρνητικές στάσεις του κοινού ως προς την ψυχική ασθένεια ενδυναμώνονται και διαιώνίζονται περισσότερο από την αναπαραγωγή τους από τα ΜΜΕ.⁶⁷

Στη χώρα μας, τα ΜΜΕ δεν έχουν ακολουθήσει την πρόοδο της Ψυχιατρικής σε ό, τι αφορά την προσέγγιση των ψυχικά ασθενών και των προβλημάτων τους. Στην εποχή που διανύουμε, κυρίαρχο ρόλο παίζει η εικόνα. Ο μέσος Έλληνας περνάει πολλές ώρες μπροστά στην τηλεόραση και με βάση το τι βλέπει διαμορφώνει τόσο τις αντιλήψεις όσο και την καθημερινή του συμπεριφορά. Τα ΜΜΕ αρκούνται να αναπαράγουν τα γνωστά στερεότυπα, στα οποία στηρίζεται ο κοινωνικός αποκλεισμός. Πρόκειται για μια τάση που αφορά όλες τις μειονότητες και τις ευπαθείς ομάδες. Αν ένας μετανάστης συλληφθεί για διάρρηξη, η είδηση είναι: «Αλβανός έκλεψε πορτοφόλι». Αν ένας ψυχικά ασθενής διαπράξει έγκλημα, θα τονισθεί αμέσως η ιδιαιτερότητά του. Ποτέ δεν θα υπάρξει μια είδηση που να λέει: «Ψυχικά υγιής σκότωσε την γυναίκα του». Η τηλεοπτική εικόνα τείνει προς τον εντυπωσιασμό και δεν προσφέρεται ιδιαίτερα για προβληματισμούς και νέες προσεγγίσεις στα κοινωνικά προβλήματα.⁷¹

3.6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια προκαλούν στους πάσχοντες λειτουργική έκπτωση και μεγάλη υποκειμενική επιβάρυνση. Δεν είναι μόνο οι πάσχοντες, όμως, αυτοί που υποφέρουν, αλλά και οι οικείοι τους, των οποίων η ζωή επιβαρύνεται από την ψυχική νόσο. Ως επιβάρυνση (burden) θεωρούμε τα σοβαρά ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις και τις αλλαγές που επηρεάζουν τη ζωή των μελών της οικογένειας και των φροντιστών των ψυχικά πασχόντων. Επίσης, η επιβάρυνση χαρακτηρίζεται από τις διαστάσεις του οικονομικού βάρους, των αλλαγών στην κοινωνική ζωή, της αντιμετώπισης φαινομένων επιθετικής συμπεριφοράς και της επίδρασης της νόσου στην ψυχική και σωματική υγεία καθώς και στη συμπεριφορά των οικείων.³

Τα βιώματα της οικογένειας με ψυχικά πάσχον μέλος έχουν περιγραφεί από την Howard (1994) και διακρίνονται σε στάδια:

1. Το στάδιο της αναγνώρισης του προβλήματος και της αντιμετώπισης των πρώτων δυσκολιών από την οικογένεια. Η οικογένεια συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα της κατάστασης.
2. Το στάδιο της αναγκαστικής βοήθειας από ειδικούς οι οποίοι διαγιγνώσκουν τη νόσο και η οικογένεια προσπαθεί να κατανοήσει τη νόσο. Τα συναισθήματα που κυριαρχούν είναι αγωνία και πόνος.
3. Το στάδιο της συνεχούς αντιμετώπισης της νόσου, η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας και η συνεχής φροντίδα προς το άρρωστο μέλος.
4. Το στάδιο της επιβίωσης και συμφιλίωσης - αποδοχής (εύρεση τρόπων επιβίωσης και αποφασιστικότητα για το μέλλον). Εδώ εμπλέκονται ομάδες συγγενών και υποστήριξη ψυχοεκπαιδευτικού τύπου.^{4,83}

Ο ρόλος της οικογένειας γίνεται ακόμη σημαντικότερος με το κίνημα της αποϊδρυματοποίησης και με την αντιμετώπιση του ασθενή στην κοινότητα διότι η οικογένεια είναι το πιο οικείο του περιβάλλον και σε κάποιες περιπτώσεις η μόνη πηγή υποστήριξης. Η κοινωνική προκατάληψη όμως, βάζει την οικογένεια συνολικά, με αποτέλεσμα τη μη αποτελεσματική λειτουργία της, αλλά και τη μειωμένη ικανότητα διεκδίκησης των δικαιωμάτων του αρρώστου. Τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται θλίψη, αίσθηση απώλειας, ντροπή, ενοχή, οργή, έντονο άγχος και συχνά δημιουργούνται ενδοοικογενειακές τριβές, ψυχολογική εξάντληση, τάσεις φυγής (ιδιαίτερα σε νεότερα μέλη), καταθλιπτικές διαταραχές κ.ά. Πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου η οικογένεια αποφεύγει την «δημοσιοποίηση» των προβλημάτων σχετικά με τη νόσο, επιλέγει να απομακρυνθεί από κοντινά πρόσωπα, ελαττώνει τις κοινωνικές επαφές και σε κάποιες περιπτώσεις μετακομίζει ώστε να απομονωθεί.^{67,70,84}

3.7 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Το στίγμα που συνοδεύει τη διαταραχή είναι ένας από τους πιο επιβαρυντικούς παράγοντες για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση της σχιζοφρένειας. Το στίγμα επιβαρύνει τον ψυχισμό του ατόμου και οδηγεί σε σοβαρές διακρίσεις που επιδεινώνουν τη νόσο και σχετίζεται με ανεργία, προβλήματα στέγασης, υποβολή των ασθενών σε ψυχική και σωματική εκμετάλλευση, κοινωνική απομόνωση, επιπτώσεις στην οικογένειά τους. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται, επίσης, και με την αυξημένη θνητότητα των

σχιζοφρενών, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και άλλων παραγόντων. Το στίγμα που συνοδεύει τη διαταραχή οδηγεί συχνά σε λανθασμένες αναπαραστάσεις από τα ΜΜΕ, που συμβάλλουν στην διαιώνιση των προκαταλήψεων. Οι επιπτώσεις του στίγματος επεκτείνονται στην οικογένεια του πάσχοντα, στους θεραπευτές και στα ιδρύματα που παρέχουν τις ψυχιατρικές υπηρεσίες αλλά και στην αύξηση της επιβάρυνσης που θέτουν οι ψυχικές διαταραχές στην δημόσια υγεία.^{67,70,85,86} Επίσης, οι αρνητικές αντιλήψεις και ο στιγματισμός έχουν συχνά σαν αποτέλεσμα την απροθυμία των ασθενών να αναζητήσουν βοήθεια, την πρόωγη διακοπή της θεραπείας ή τη μη συμμόρφωση με την θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή.⁸⁷

Το αίσθημα της υποτίμησης και της περιθωριοποίησης επηρεάζει άμεσα την υπόσταση και την αυτοπεποίθηση του ατόμου. Η έννοια του εσωτερικευμένου στίγματος (αυτοστιγματισμός) αναφέρεται στην υποτίμηση, το αίσθημα ενοχής και ευθύνης για τη νόσο καθώς και τις συμπεριφορές απόκρυψης και απόσυρσης που αναδύονται, όταν το άτομο εφαρμόζει στον εαυτό του αρνητικά στερεότυπα. Ο ασθενής οδηγείται σε μία κατάσταση βαθιάς θλίψης, αποθάρρυνσης, άγχους και έλλειψης κάθε συναισθήματος ικανοποίησης και ελπίδας.^{88,89} Μελέτη του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής για την αξιολόγηση του αυτοστιγματισμού έχει δείξει ότι τα συμπτώματά του ασθενή, η νοσηλεία του, η συνύπαρξή του με άλλους ασθενείς, οι γνώμες των θεραπειών καθώς και η στάση της κοινωνίας τρομάζουν τον ασθενή και τροποποιούν τη συμπεριφορά του, η οποία τελικά επηρεάζει και την ίδια την έκβαση της θεραπείας του.⁹⁰ Τα βιώματα του κοινωνικού στίγματος, της απόρριψης, των προκαταλήψεων και των αρνητικών στερεοτύπων αποτελούν το κυριότερο εμπόδιο για την αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχικά ασθενών.^{88,89}

Συχνά κάτοικοι κοινοτήτων αρνούνται την δημιουργία θεραπευτικών δομών και καταλυμάτων για τους ψυχικά ασθενείς στις κατοικημένες περιοχές. Οι κάτοικοι φοβούνται την «επιθετικότητα» των αρρώστων και τη σωματική τους ακεραιότητα για την αναταραχή που θα προκαλέσουν οι ψυχικά άρρωστοι στη ζωή της κοινότητας αλλά και για την υποτίμηση της αξίας της ιδιοκτησίας τους. Συνήθως υποστηρίζουν την άποψη ότι δομές για την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών θα πρέπει να κατασκευάζονται μακριά από την τοποθεσία που μένουν άλλες οικογένειες.⁴

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι συνέπειες του στίγματος που επιδρούν σε καθημερινές καταστάσεις της ζωής του ατόμου, σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός - Β' φάση»:

Προβλήματα στέγασης: Συχνά συμβαίνει οι ιδιοκτήτες να μην εμπιστεύονται τα άτομα με ψυχικές παθήσεις και να τους αρνούνται τη στέγαση με αποτέλεσμα οι ψυχικά ασθενείς να μένουν στον δρόμο υπό άθλιες συνθήκες.

Ευκαιρίες απασχόλησης: Λόγω της αρνητικής στάσης των εργοδοτών ένα μικρό ποσοστό μόνο των ψυχικά πασχόντων είναι αυτό που βρίσκει δουλειά. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς, ωστόσο, μπορούν να εργαστούν ικανοποιητικά και πολλοί από αυτούς διαθέτουν και ξεχωριστές δημιουργικές ικανότητες.

Κοινωνική απομόνωση: Η κοινωνική απομόνωση σημαίνει μειωμένες επαφές με τον φιλικό περίγυρο, έκπτωση στις κοινωνικές και οικογενειακές επαφές και τον λεγόμενο «ιδρυματισμό στην κοινότητα».

Αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου: Οι ασθενείς που έχουν αποδεχτεί την διάγνωση της ψυχικής ασθένειας αισθάνονται μια εσωτερική πίεση να πειθαρχήσουν στο στερεότυπο του ανήμπορου και άχρηστου, με αποτέλεσμα τη κοινωνική απόσυρση και υιοθέτηση του ρόλου του ανάπηρου. Αναπτύσσουν έτσι, συναισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης, ντροπής και ενοχής, οδηγούνται στην «εσωστρέφεια», στο ερμητικό κλείσιμο στον «εαυτό τους» και σηκώνουν μόνοι το βαρύ φορτίο της αρρώστιας με τον δικό τους τρόπο. Ο δρόμος αυτός τους οδηγεί τελικά στην περιθωριοποίηση, την απομόνωση και τον αποκλεισμό.

Αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια: Οι συνέπειες του στίγματος εκτός από τον άρρωστο επεκτείνονται και στην οικογένεια η οποία σηκώνει ένα τεράστιο ψυχολογικό φορτίο. Επιπλέον υφίσταται το βάρος της φροντίδας του ασθενή αλλά και τις συνέπειες της κοινωνικής προκατάληψης.⁷⁰

3.8 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Κατά καιρούς έχουν ακολουθηθεί πολλές και διάφορες στρατηγικές προκειμένου να αναστραφούν τα στερεότυπα των διακρίσεων και των προκαταλήψεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς αλλά και απέναντι στη σχιζοφρένεια. Οι πιο σημαντικές στρατηγικές για την καταπολέμηση του στίγματος είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή. Η *διαμαρτυρία* στρέφεται προς τη λανθασμένη αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας και των ψυχικά πασχόντων, όπως για παράδειγμα από τα ΜΜΕ, αλλά και για την απαξιωτική γλώσσα που χρησιμοποιείται. Η *εκπαίδευση* στοχεύει στην επιστημονική και έγκυρη ενημέρωση γύρω από την ψυχική ασθένεια, τους μύθους και την πραγματικότητα. Η επαφή είναι η διαδικασία κατά

την οποία μέλη της κοινότητας πραγματοποιούν «συναντήσεις» με άτομα με ψυχική διαταραχή.⁶⁷

Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια είναι βαθιά ριζωμένο στις συνειδήσεις και για αυτό είναι πολύ δύσκολο να αποβληθεί, παρότι έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες. Ακόμα και στην τωρινή εποχή της τεχνολογικής εξέλιξης και της επιστημονικής και ανθρωπιστικής προόδου, το στίγμα απέναντι στη ψυχική ασθένεια παραμένει πολύ ισχυρό. Η πρόσβαση στη γνώση στις μέρες μας είναι πολύ εύκολη, παρόλα αυτά επικρατεί η άγνοια και η αδιαφορία για τους ανθρώπους που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο. Όπως όλα δείχνουν, πρέπει να περάσει πολύς καιρός μέχρι να αλλάξει η νοοτροπία και να περιοριστεί ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων αυτών. Όμως, η καταπολέμηση του στίγματος είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί ένα πρόβλημα που αφορά την ανθρωπότητα.⁶⁷

Για να περιορισθούν οι προκαταλήψεις, το στίγμα και οι διακρίσεις που αφορούν τη σχιζοφρένεια, είναι αναγκαίο:

1. να καταπολεμηθεί η άγνοια και να αλλάξουν οι απόψεις και οι στάσεις του κοινού μέσα από προγράμματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης,
2. να βοηθηθούν οι ασθενείς και οι οικογένειες στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους μέσα από προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης,
3. να βελτιωθούν οι θεραπείες,
4. να αλλάξουν οι νόμοι και οι πολιτικές ρυθμίσεις για να περιορισθούν οι διακρίσεις και να αυξηθεί η νομική προστασία για τους ψυχικά ασθενείς.⁷⁰

3.8.1 Πρωτοβουλίες ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης

Οι εκστρατείες αυτές έχουν ως σκοπό να ευαισθητοποιήσουν και να πληροφορήσουν το κοινό σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και τους πάσχοντες. Για αυτόν τον λόγο οι επιμέρους δράσεις περιλαμβάνουν την παραγωγή και διανομή ενημερωτικού υλικού και ειδικών εκδόσεων για την ψυχική ασθένεια, όπως φυλλάδια, κάρτες, ηλεκτρονικές εκδόσεις, βιβλία, οδηγοί ή ακόμα και ταινίες. Επίσης, σημαντικά είναι τα προγράμματα ευαισθητοποίησης των τοπικών κοινωνιών, με τη διοργάνωση εκδηλώσεων ενημέρωσης για τις ψυχικές ασθένειες και παράλληλα τη δημιουργία τοπικών κοινωνικών δικτύων αλληλεγγύης και τοπικών συλλόγων οικογενειών ή ασθενών. Οι πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, όπως προβολές ταινιών, θεατρικές παραστάσεις και συναυλίες

αφιερωμένες στο θέμα της ψυχικής ασθένειας συνεισφέρουν εξίσου, στην αλλαγή των στάσεων και στη μείωση των προκαταλήψεων.^{67,70,71}

Ο εθελοντισμός με τη σειρά του αποτελεί κλειδί για την φυσική και κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία δικτύου εθελοντών. Επιπλέον, η λειτουργία διαδικτυακών τόπων με ενημερωτικό και επιστημονικό υλικό και πληροφορίες για τις δράσεις σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες ή τον στιγματισμό είναι σημαντικό κομμάτι των εκστρατειών ενημέρωσης στη σύγχρονη εποχή. Οι γραμμές επικοινωνίας για όσους αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή για ενημέρωση σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, τις ανάλογες υπηρεσίες και την εθελοντική δράση μπορούν να προσφέρουν την άμεση επικοινωνία με τους αρμόδιους.^{67,70,71}

Πολύ σημαντικό ρόλο στην επιτυχία των προγραμμάτων που σχετίζονται με την ψυχική ασθένεια είναι η συνεργασία με τα ΜΜΕ, που αποτελούν τους βασικούς φορείς ενημέρωσης του κοινού και διαμόρφωσης του κοινωνικού στίγματος. Έτσι με τηλεοπτικά σποτ, αρθρογραφία σε εφημερίδες και περιοδικά, ενημερωτικές εκπομπές στο ραδιόφωνο και στην τηλεόραση και δελτία Τύπου μπορεί να προωθηθεί υπεύθυνα, έγκυρη και επιστημονική πληροφόρηση για τις ψυχικές διαταραχές. Τα ΜΜΕ, όπως αναλύθηκε προηγουμένως, αναπαράγουν άκριτα και χωρίς φειδώ τον μύθο του βίαιου και επικίνδунου ψυχασθενή αλλά και γενικότερα την πλήρη μυθολογία που επικρατεί για τους ψυχικά ασθενείς με μία έντονη «έλξη» προς τους «σχιζοφρενείς» και τους «τρελούς». Ο στόχος των προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης εκτός των άλλων, είναι να μην χρησιμοποιούνται ψυχιατρικοί όροι με αρνητική χροιά σε ειδήσεις που αναφέρονται σε εντελώς διαφορετικά θέματα, αλλά και να εκπαιδευτούν οι ιθύνοντες ώστε να μπορούν να διαχειριστούν μια πληροφορία σχετική με ψυχικά πάσχοντες χωρίς να στιγματίσουν.^{67,70,71}

Τα μέσα ψυχαγωγίας, όπως τραγούδια, τηλεοπτικές σειρές, κινηματογραφικές ταινίες και θεατρικά έργα μπορούν και οφείλουν να ευαισθητοποιήσουν και να προσφέρουν πληροφορίες για θέματα «ταμπού», όπως η ψυχική ασθένεια. Τα μέσα αυτά έχει φανεί ότι είναι ικανά να διαμορφώσουν θετικά κοινωνικά μηνύματα, να αποτινάξουν τους μύθους που σχετίζονται με σοβαρές ψυχικές ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια, να δημιουργήσουν συνθήκες αποδοχής και συμπάθειας απέναντι στους ασθενείς και να μειώσουν σε σημαντικό βαθμό, λόγω της αποδοχής τους, τον στιγματισμό απέναντί τους. Επιτυχημένα τέτοια παραδείγματα αποτελούν οι ταινίες «Rain Man» («Ο Άνθρωπος της βροχής»-1988), «Shine» («Ο Σολίστας»-1996), «A Beautiful Mind» («Ένας Υπέροχος άνθρωπος»-2001) καθώς και οι σειρές «EastEnders» (1985-) στην Βρετανία και «Perception» (2012-2015) στην Αμερική.^{67,70,71}

Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι οι αναπαραστάσεις για την ψυχική ασθένεια στα μέσα ψυχαγωγίας συχνά εμπεριέχουν στερεότυπα και προκαταλήψεις και η υπόδηση και απόδοση των ρόλων έχουν μία διάθεση εντυπωσιασμού. Μέσα σε αυτό το κινήγι εντυπώσεων, το στερεότυπο της βίας διαποτίζει τους ρόλους ψυχικά ασθενών στον κινηματογράφο, το θέατρο και την τηλεόραση μεταφέροντας στο ευρύ κοινό μια εικόνα για την ψυχική ασθένεια που οδηγεί στην παραπληροφόρηση. Αντίθετα, άλλες δραματικές συνιστώσες της πορείας ζωής ενός ψυχικά ασθενή, όπως η απουσία κινήτρων και η κοινωνική απομόνωση, δεν επιλέγονται, παρότι είναι περισσότερο χαρακτηριστικές. Για αυτό είναι επιβεβλημένη η προσπάθεια ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης των ανθρώπων που κατέχουν τις ανάλογες θέσεις (π.χ. σεναριογράφοι, τραγουδοποιοί, ηθοποιοί κτλ.) ώστε να «ενσωματώνουν» θετικούς και ρεαλιστικούς χαρακτήρες με ψυχική ασθένεια και να αποφεύγουν τη στιγματιστική απεικόνιση της.^{67,70,71}

Οι εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε τοπικό επίπεδο έχουν πετύχει πολύ καλά αποτελέσματα στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων. Επιπλέον, οι έρευνες μπορεί από τη μια να φανερώνουν την αρνητική στάση του κοινού, από την άλλη όμως επιδεικνύουν και έναν ικανοποιητικό βαθμό καλής θέλησης προς τον ψυχικά ασθενή. Αυτές οι «καλές προθέσεις» μπορούν να αξιοποιηθούν από μια εκστρατεία ενημέρωσης και να φέρουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του φόβου και της αρνητικής κοινωνικής αντίδρασης, ή ακόμα και να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μεταξύ των μελών της κοινότητας και των ψυχικά ασθενών. Η προσωπική επαφή με τον ψυχικά ασθενή με τη σειρά της, μπορεί να δημιουργήσει ευνοϊκότερη στάση και μεγαλύτερη ανοχή απέναντί του.^{67,70,71}

Ένα τέτοιο παράδειγμα, αποτελεί η εκστρατεία ενημέρωσης που έγινε με αφορμή τη δημιουργία ενός καινούργιου ξενώνα για άτομα με ψυχικές ασθένειες στο Νότιο Λονδίνο. Κατά την διάρκεια αυτής της εκστρατείας, μοιράστηκε ενημερωτικό υλικό (βιντεοταινίες και έντυπα) και οργανώθηκαν κοινωνικές εκδηλώσεις και συζητήσεις πετυχαίνοντας την θετική αντίδραση των κατοίκων της περιοχής και μειώνοντας αισθητά τις αναστολές τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Μάλιστα το 13% των γειτόνων του ξενώνα δημιούργησε φιλικές σχέσεις με τους ασθενείς, ενώ αυτό δεν συνέβη με τους γείτονες άλλων περιοχών, όπου δεν έγινε αντίστοιχη ενημερωτική εκστρατεία.⁷⁰

Η άγνοια και οι παρανοήσεις σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τη συγκρότηση και την διατήρηση των στιγματιστικών στερεοτύπων που επικρατούν. Για αυτόν τον λόγο, κρίνεται απαραίτητη η ενημέρωση μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία απευθύνονται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές κτλ.), σε ασθενείς με ψυχική ασθένεια και τις οικογένειες τους

καθώς και σε μαθητές, δασκάλους και καθηγητές. Οι ενημερωτικές αυτές παρεμβάσεις στις καίριες αυτές ομάδες ανθρώπων, μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο ώστε να χτιστούν τα θεμέλια μιας κοινωνίας απαλλαγμένης από το κοινωνικό στίγμα και τις διακρίσεις.^{67,70,71}

Όσον αφορά τον ερευνητικό τομέα, θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην διερεύνηση των γνώσεων για τη σχιζοφρένεια και τις υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές καθώς και των στάσεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς τόσο στον γενικό πληθυσμό, όσο και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (επαγγελματίες ψυχικής υγείας, φοιτητές, μαθητές κτλ.). Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών είναι απαραίτητα, ώστε να σχεδιαστούν αποτελεσματικές εκστρατείες για την καταπολέμηση του στίγματος. Οι έρευνες συχνά αποκαλύπτουν στοιχεία πολύ ενδιαφέροντα σχετικά με τις απόψεις των ανθρώπων για την ψυχική ασθένεια και καταδεικνύουν ότι η σύγχρονη κοινωνία παρά την τεχνολογική ανάπτυξη και την ελεύθερη πληροφόρηση, δεν είναι τόσο ενημερωμένη όσο θα έπρεπε συντηρώντας πολλά στερεότυπα και προκαταλήψεις του παρελθόντος. Έτσι, με τις έρευνες διευκολύνεται η χάραξη ειδικών στρατηγικών παρέμβασης, με καλύτερα αποτελέσματα στη μείωση του στιγματισμού και στην ενημέρωση της κοινωνίας.^{67,70,71}

3.8.2 Νομικές και Πολιτικές πρωτοβουλίες

Για την αντιμετώπιση των διακρίσεων και του στιγματισμού, είναι σημαντικό να δημιουργηθεί καλύτερη νομική προστασία για όσους πάσχουν από ψυχική ασθένεια. Σε κάποιες χώρες τα νομικά μέτρα και οι αποφάσεις των δικαστηρίων συνέβαλαν στην ελάττωση των διακρίσεων κατά των ατόμων με ψυχική νόσο. Νομοθετικά διατάγματα περί μειονεξίας έχουν ψηφιστεί ως νόμοι σε αρκετά κράτη από το 1990. Αυτές οι νομοθετικές πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχικών μειονεξιών και αναφέρονται στις διακρίσεις σε χώρους, όπως η εργασία, η εκπαίδευση, η πρόσβαση στα κτίρια κλπ. Επίσης, οι «Αρχές για την προστασία των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και για τη βελτίωση της ψυχιατρικής περίθαλψης» που αποτυπώθηκαν από την Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών το 1991 με την απόφαση 46/119, αποτελούν σημαντική νομική προσπάθεια για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Πολλοί επαγγελματικοί οργανισμοί επίσης, συμπεριλαμβανομένης και της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας καθώς και της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας, προωθούν την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς.⁷⁰

Το 2003 η Ελλάδα στα πλαίσια της Ελληνικής Προεδρίας των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης οργάνωσε συνδιάσκεψη με θέμα «Ψυχική Ασθένεια και Στίγμα στην Ευρώπη: αντιμετωπίζοντας τις προκλήσεις της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της ισότητας».

Οι συζητήσεις αυτής της Συνδιάσκεψης αποτέλεσαν την βάση για το Συμβούλιο των Υπουργών Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών της Ευρώπης το οποίο κατέληξε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα και πρακτικά εφαρμόσιμες προτάσεις, που δημοσιεύτηκαν στην επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αποτελούν πολύτιμο οδηγό στον αγώνα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών.⁷⁰

Στο πλαίσιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μέσω του Προγράμματος «Ψυχαργός» έχει σχεδιαστεί η ανάπτυξη ενός πολύπλευρου δικτύου υπηρεσιών στην κοινότητα, που έχει σαν στόχο μια ανθρωποκεντρική φιλοσοφία και προσέγγιση των ασθενών, με έμφαση στην εξατομικευμένη αντιμετώπιση, σεβασμό στη διαφορετικότητα και κατοχύρωση της ουσιαστικής κοινωνικής τους ένταξης, μέσα από την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και του στίγματος.⁷⁰

3.8.3 Προγράμματα ενάντια στο Στίγμα της Ψυχικής Ασθένειας

Για την καταπολέμηση του στίγματος της πιο σοβαρής διαταραχής, της σχιζοφρένειας, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ξεκίνησε το 1996 ένα μεγάλο, διεθνές πρόγραμμα με το κεντρικό μήνυμα «Open the doors». Το μήνυμα αυτό περιελάμβανε τους εξής στόχους:

1. την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης,
2. τη βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού,
3. την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων.⁶⁷

Η ψυχιατρική εταιρεία αποφάσισε το πρόγραμμα κατά του στίγματος να επικεντρωθεί στη σχιζοφρένεια, διότι αυτή η ασθένεια, όπως δείχνουν οι απεικονίσεις της συνείδησης του κοινού, είναι η περισσότερο στιγματισμένη από κάθε άλλη ψυχική διαταραχή. Το στίγμα που συνοδεύει τη σχιζοφρένεια είναι πιο έντονο από το στίγμα που συνοδεύει την άνοια ή την κατάθλιψη. Για την κοινωνία, η σχιζοφρένεια είναι συνώνυμη με την ψυχική ασθένεια γενικά. Σε έρευνα του Foster (2001) βρέθηκε, ότι το μεγαλύτερο κομμάτι του κοινού αποτυπώνει τον ψυχικά ασθενή με συμπεριφορές που ταιριάζουν πιο πολύ με τη σχιζοφρένεια, παρά με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Η σχιζοφρένεια παραπέμπει στις πιο «σκοτεινές» πτυχές της ψυχικής ασθένειας και ταυτόχρονα στην υποτιθέμενη επικινδυνότητα και βίαιη συμπεριφορά του ψυχικά ασθενή, οδηγώντας τον στην απομόνωση. Συνεπώς, ο περιορισμός του στίγματος της σχιζοφρένειας θα οδηγούσε στην καταπολέμηση του

στίγματος και για άλλες ψυχικές παθήσεις ή για οποιαδήποτε ασθένεια που συνοδεύεται από κοινωνική απόσυρση.^{67,74}

Την πρωτοβουλία, τον σχεδιασμό και την καθοδήγηση του προγράμματος συνολικά είχε μία τετραμελής διεθνής επιτροπή, αποτελούμενη από τον καθηγητή και τέως πρόεδρο της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας Κώστα Στεφανή, τον καθηγητή Narendra Wing, τον καθηγητή J.J. Lopez-Ibor και τον καθηγητή και τότε πρόεδρο της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας Norman Sartorius ως πρόεδρο της επιτροπής. Η επιτροπή αυτή διαμόρφωσε ένα πλαίσιο δράσεων και ενεργειών και δημιούργησε ομάδες εργασίας με 76 επιστήμονες από όλο τον κόσμο, οι οποίοι κατάρτισαν το ενημερωτικό υλικό και σε συνεργασία με ειδικούς φορείς επικοινωνίας, χάραξαν την επικοινωνιακή στρατηγική του προγράμματος. Η πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος ξεκίνησε από τον Καναδά. Ακολούθησαν η Αυστρία και η Ισπανία και στην επόμενη φάση, ύστερα από αίτησή της η Ελλάδα.⁶⁷

Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία ανέθεσε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) την διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας. Το κεντρικό μήνυμα της πανελλαδικής εκστρατείας ήταν: «Σχιζοφρένεια: Ας ανοίξουμε τις πόρτες», που στηρίχθηκε στο μήνυμα της διεθνούς εκστρατείας της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας, «Schizophrenia: Open the doors». Το μήνυμα αυτό, έχει ένα έντονο συναισθηματικό περιεχόμενο που αντιστρατεύεται τη λογική που θέλει τους ασθενείς «εκτός των τειχών» και σηματοδοτεί το άνοιγμα «στην κοινωνία» και «από την κοινωνία».⁶⁷

Σήμερα, με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες συνολικά, το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. υλοποιεί ένα ευρύτερο πρόγραμμα, το «**Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών - αντι-στίγμα**». Το πρόγραμμα αυτό είναι επιστημονικό και δραστηριοποιείται στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας. Περιλαμβάνει δημιουργία συλλόγων ασθενών-χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συλλόγων οικογενειών, εκπαιδευτικά προγράμματα επαγγελματιών ψυχικής υγείας και ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς και οικογένειες. Επίσης, πραγματοποιούνται εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε μαθητές, δασκάλους και καθηγητές, οργάνωση σεμιναρίων, έκδοση ενημερωτικού υλικού, συνεργασία με τα Μ.Μ.Ε. και έκδοση οδηγού για τους επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτά, επιστημονικές, πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις κ.ά.⁶⁷

Μια από τις πιο σημαντικές δράσεις του Ελληνικού Προγράμματος για την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες, είναι οι «Κυνηγοί Στίγματος», ένα δίκτυο ευαισθητοποιημένων και κινητοποιημένων πολιτών που αντιτάσσεται

έμπρακτα σε κάθε μορφή στιγματισμού. Σκοπός τους είναι να παλέψουν ενάντια στις ανακριβείς και στιγματιστικές αναπαραστάσεις της ψυχικής νόσου και των ατόμων με σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή, όπως αυτές παρουσιάζονται και αναπαράγονται σε τηλεοπτικές σειρές, δελτία ειδήσεων, ενημερωτικές ή ψυχαγωγικές εκπομπές, ταινίες, ραδιοφωνικές εκπομπές, τραγούδια, διαφημίσεις, παιδικά βιβλία, προϊόντα, εφημερίδες και περιοδικά. Οι κυνηγοί στίγματος, αφού εντοπίσουν το υλικό που στιγματίζει, ενημερώνουν το Ελληνικό Πρόγραμμα, το οποίο στη συνέχεια αναλαμβάνει την αποστολή επιστολών «ευγενικής διαμαρτυρίας» σε κανάλια, σε δημοσιογράφους και στελέχη των ΜΜΕ καθώς και σε επιχειρήσεις που χρησιμοποιούν με ακατάλληλο τρόπο τις ψυχικές ασθένειες για τη διαφημιστική προώθηση των προϊόντων τους, επισημαίνοντας τους μύθους και τα στερεότυπα που αναπαράγονται, αλλά κυρίως τις αρνητικές έως και τραγικές επιπτώσεις που έχει αυτό στις ζωές των ασθενών και των οικογενειών τους.⁶⁷

Άλλοι σύλλογοι και οργανώσεις που επιτελούν σημαντικό έργο για την καταπολέμηση του στίγματος, την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική νόσο και γενικότερα την προαγωγή της ψυχικής υγείας είναι τα σωματεία «Αναγέννηση» και «Αλκυονίδες», ο σύλλογος οικογενειών για την ψυχική υγεία «Σ.Ο.Ψ.Υ», ο σύλλογος «ΚΙΝ.Α.Ψ.Υ.» κ.ά. Οι κινήσεις των οργανώσεων αυτών είναι ιδιαίτερης σημασίας, διότι εκφράζουν την ανάγκη στήριξης των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της εξάλειψης του στίγματος και της κοινωνικής ενσωμάτωσής τους.

3.8.4 Κατάργηση του όρου «σχιζοφρένεια»

Τα τελευταία χρόνια μελετάται έντονα η ιδέα να εγκαταλειφθεί ο όρος «σχιζοφρένεια» ως ονομασία για τη συγκεκριμένη ψυχική νόσο και να υιοθετηθεί ένας νέος όρος, που δεν θα φέρει το βάρος του στίγματος και της κοινωνικής κατακραυγής που κουβαλάει η λέξη «σχιζοφρένεια». Ο όρος «σχιζοφρένεια» δυστυχώς, χρησιμοποιείται αλόγιστα μέσα στην κοινωνία για να περιγράψει κάθε είδους ιδιαιτερότητα, διαφορετικότητα και αντιφατική ή παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και μάλιστα πολλές φορές έχει προσβλητικό και απαξιωτικό χαρακτήρα. Οι προσπάθειες για την απαλλαγή του στίγματος και την βελτίωση των ψυχικών υπηρεσιών είναι συχνά σημαντικές και αποτελεσματικές, αλλά η αλήθεια είναι ότι ο όρος αυτός έχει μία αρνητική διάσταση που είναι διαποτισμένη μέσα στην κοινωνία και δύσκολα αποκόπτεται.⁹¹

Ο όρος «σχιζοφρένεια» αμφισβητείται όλο και περισσότερο από τους ασθενείς, τα μέλη των οικογενειών τους, τους κλινικούς ιατρούς αλλά και τους ερευνητές. Τόσο

οργανισμοί ψυχικής υγείας όσο και επαγγελματίες σε όλο τον κόσμο έχουν ζητήσει την αλλαγή του ονόματος.⁹¹ Ο όρος αυτός έχει φανεί καταστρεπτικός για τους ασθενείς, διότι ταυτόχρονα με την διάγνωση επέρχεται και η ψυχολογική ισοπέδωση του ατόμου και του περιβάλλοντος του. Έχει ταυτιστεί με μία χρόνια και φθίνουσα πορεία για τον ασθενή και έχει συνδεθεί με την «ετικετοποίηση», τις προκαταλήψεις, τα στερεότυπα, τις διακρίσεις και τον στιγματισμό. Ο όρος προκαλεί φόβο, αμηχανία, απογοήτευση, απελπισία και αποτελεί σοβαρό πλήγμα για την έκβαση της νόσου.^{92,93} Για αυτόν τον λόγο η οργάνωση «Hearing Voices Network» («Δίκτυο Ακούγοντας Φωνές»), και το περιοδικό ψυχιατρικής «Asylum» οργάνωσαν από κοινού το 2006 στην Αγγλία εκστρατεία για την κατάργηση της ταμπέλας της «σχιζοφρένειας» με μεγάλο μάλιστα αντίκτυπο στον διεθνή τύπο, όπως στις βρετανικές εφημερίδες «Guardian» και «Daily Mail» καθώς και στο μεγαλύτερο δίκτυο ραδιοτηλεοπτικών μεταδόσεων του κόσμου «BBC».⁹¹

Ο όρος «σχιζοφρένεια» θεωρείται επιβλαβής και αιτία στιγματισμού για τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον αλλά και για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.⁹⁴ Οι Έλληνες ψυχίατροι αντιμετωπίζοντας ηθικά διλήματα με την χρήση του όρου «σχιζοφρένεια», όταν καλούνται να ανακοινώσουν στους συγγενείς του ασθενή την διάγνωση, συχνά αποφεύγουν τον όρο αυτό και χρησιμοποιούν όρους, όπως «ψύχωση» ή «ψυχωτικό σύνδρομο». Μάλιστα στις δεκαετίες του 1960 και του 1970 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο ήταν συχνή η χρήση του όρου «Σύνδρομο του Bleuler» ως «κρυφή» διάγνωση συνώνυμη με τη σχιζοφρένεια.⁹³

Ένας νέος όρος για την ασθένεια, που θα αποφεύγει στιγματιστικά συμπεράσματα, θα είναι πιο αποδεκτός τόσο για τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (ασθενείς, οικογένειες) όσο και για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Στην Ιαπωνία, μετά την αλλαγή του ονόματος το 2005 από «seishin-bunretsu-byo» («διάσχιση του νου») σε «togo-shitcho-sho» («σύνδρομο απορύθμισης της ενσωμάτωσης») παρατηρήθηκε αύξηση των ασθενών που πληροφορούνταν για την διάγνωση, την πρόγνωση και τις διαθέσιμες παρεμβάσεις σχετικά με την ασθένειά τους. Αυτό θα μπορούσε να διευκολύνει την αναζήτηση βοήθειας και τη λήψη υπηρεσιών. Η αλλαγή του όρου θα βελτίωνε την εικόνα που έχει η κοινωνία για την ασθένεια και τα άτομα που πάσχουν από αυτήν. Επιπλέον, οι ερευνητές θα δέχονταν θετικά μία τέτοια αλλαγή, διότι η επιστημονική κοινότητα θα μπορούσε να ανασυνθέσει και να αντιληφθεί εκ νέου τα χαρακτηριστικά της ασθένειας,⁹⁵⁻⁹⁷ ενώ θα βελτίωνε και την χρηματοδότηση τόσο για έρευνες όσο και για υπηρεσίες όπως συνέβη και με τη νόσο Αλτσχάιμερ.⁹⁸ Από την άλλη, μία μετονομασία θα μείωνε την ακατάλληλη και μεταφορική χρήση του όρου «σχιζοφρένεια» από τα MME, τα οποία τον χρησιμοποιούν σε περιπτώσεις ιδιόρρυθμης ή παρεκκλίνουσας

συμπεριφοράς, μεταβιβάζοντας λανθασμένα νοήματα και συντηρώντας τις παρανοήσεις και την παραπληροφόρηση γύρω από την ασθένεια.⁹⁹⁻¹⁰²

Η αλλαγή, όμως, του ονόματος είναι μία μακρόχρονη και σύνθετη διεργασία που απαιτεί τη συμμετοχή όλων των εμπλεκομένων, δηλαδή των ασθενών, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και του ευρύτερου κοινού και θα πρέπει να υποστηριχτεί με την υλοποίηση ευρύτερων εκπαιδευτικών εκστρατειών και παρεμβάσεων κατά του στίγματος. Πέρα από το όνομα, αυτό που θα πρέπει να αλλάξει πάνω από όλα είναι η αντίληψη των ανθρώπων για το τι είναι πραγματικά η σχιζοφρένεια.¹⁰³ Βέβαια, η μετονομασία της νόσου θα μπορούσε να αποτελέσει το αρχικό βήμα και να παρέχει μια ιδιαίτερη ευκαιρία ώστε το κοινό να κατανοήσει καλύτερα πλέον τη σχιζοφρένεια και να αλλάξει στάση απέναντι της, ειδικά αν συνδυαστεί με άλλες προωθητικές δράσεις.^{104,105}

Παρόλα αυτά, η απόφαση για ένα νέο όνομα δε μπορεί να ληφθεί απερίσκεπτα καθώς θα φέρει αξιοσημείωτες κλινικές, νομικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές. Η σχιζοφρένεια εδώ και έναν αιώνα αποτελεί κομμάτι της ψυχιατρικής νοσολογίας και έχει χρησιμοποιηθεί σαν όρος στην έρευνα και στην θεραπεία. Άλλοι όροι μπορεί να οδηγήσουν σε λιγότερες πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια και αυτό να έχει σαν αποτέλεσμα διαφωνίες μεταξύ των επαγγελματιών και σύγχυση σχετικά με την διάγνωση, κάτι που με τη σειρά του θα αυξήσει και τη σύγχυση του κοινού.¹⁰⁶ Επίσης, η αλλαγή του ονόματος ίσως να μείνει μόνο σημασιολογική, αν δε συνοδευτεί από τον παράλληλο επαναπροσδιορισμό της ασθένειας¹⁰⁷ και όχι μόνο να μην καταφέρει να μειώσει εν τέλει τον στιγματισμό, αλλά να έχει το ακούσιο επακόλουθο ο ίδιος ο ασθενής να κατηγορείται για τα συμπτώματα του και όχι η ασθένεια.¹⁰⁸ Για αυτό η αλλαγή του ονόματος επιβάλλεται να συνδυαστεί με αλλαγές στη νομοθεσία, τις υπηρεσίες και την εκπαίδευση των επαγγελματιών και του κοινού.⁹¹

Όπως αναφέρθηκε στην Ιαπωνία το 2005 ο όρος από «seishin-bunretsu-byo» («διάσχιση του νου») αντικαταστάθηκε και επίσημα με τον όρο «togo-shitcho-sho» («σύνδρομο απορύθμισης της ενσωμάτωσης»). Η πρόταση βέβαια, για την αλλαγή του ονόματος είχε γίνει ήδη από το 2002. Έρευνες έδειξαν το 2004 την αύξηση του ποσοστού των ανθρώπων που πληροφορούνταν για την διάγνωσή τους στο 69,7%,¹⁰⁹ ενώ το 2006 το ποσοστό έφτασε στο 78%.¹¹⁰ Μεγάλο ποσοστό των ψυχιάτρων αναφέρουν ότι ο νέος όρος τους διευκολύνει στην πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με την ασθένεια καθώς και στη συγκατάθεση για θεραπεία και την παραμονή σε αυτή. Επιπλέον ο όρος είναι πιο αποτελεσματικός στη μείωση του στίγματος και δίνει την δυνατότητα στους ασθενείς για κοινωνική ενσωμάτωση.^{110,111} Μία έρευνα, μεταξύ φοιτητών μεταπτυχιακού προγράμματος ιατρικής εκπαίδευσης, έδειξε ότι η αρνητική εικόνα που είχε η ασθένεια μειώθηκε. Παρόλα

αυτά όμως, στην ίδια έρευνα οι φοιτητές συνέδεσαν τον νέο όρο με την παραβατικότητα, θεωρώντας ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε παράγοντες που δεν μπορεί να ελέγξει ο ασθενής ενισχύοντας έτσι την ιδέα της μη προβλεψιμότητας και επικινδυνότητας της ασθένειας.¹¹²

Επίσης, αλλαγή του όρου της «σχιζοφρένειας» έχει γίνει στη Νότια Κορέα, το Χονγκ Κονγκ και την Ταϊβάν. Έρευνες έδειξαν ότι οι νέοι όροι ακούγονται λιγότερο αρνητικοί, δε συνδέονται με προκαταλήψεις και στερεότυπα, και συμβάλλουν στη μείωση του στιγματισμού. Παρόλα αυτά, οι νέοι όροι σε κάποιες περιπτώσεις δεν γίνονται εύκολα κατανοητοί από ασθενείς και κοινό σε σχέση με τον όρο «σχιζοφρένεια». Στην Νότια Κορέα έρευνα έδειξε ότι τα ΜΜΕ εξακολουθούν να χρησιμοποιούν τον όρο «σχιζοφρένεια» και ότι δεν έχει σημειωθεί κάποια κίνηση προς την κατεύθυνση της θετικότερης χρήσης του. Για αυτούς τους λόγους, θα πρέπει να υπάρξει η υποστήριξη από παρεμβάσεις ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης από τους ανάλογους φορείς καθώς και σωστή πληροφόρηση από τα ΜΜΕ. Τονίζεται ότι η αλλαγή δεν πρέπει να σταθεί στο όνομα, αλλά να προχωρήσει στη γενικότερη αντίληψη περί της ασθένειας.¹¹³⁻¹¹⁶

Η κατάργηση ενός όρου στον τομέα της Ψυχικής Υγείας και η αντικατάστασή του με έναν καινούργιο πιο κατάλληλο με βάση τα νέα ευρήματα ή πιο ορθό και απαλλαγμένο από τον στιγματισμό, έχει συμβεί αρκετές φορές με πολύ θετικά αποτελέσματα. Η μανιοκατάθλιψη για παράδειγμα έγινε διπολική διαταραχή, η άνοια μετονομάστηκε νόσος Αλτσχάιμερ και ο μογγολισμός, σύνδρομο Down. Μερικά ονόματα που έχουν προταθεί για την αντικατάσταση του όρου «σχιζοφρένεια» είναι νόσος Kraepelin-Bleuler (Kraepelin-Bleuler Disease-KBD), διαταραχή νευρο-συναισθηματικής ενσωμάτωσης (Neuro-Emotional Integration Disorder-NEID) και σύνδρομο διαστρέβλωσης της πραγματικότητας πρώιμης έναρξης (Youth onset CONative, COgnitive and Reality Distortion syndrome - CONCORD).^{91,117}

Εν τέλει, οποιοδήποτε και αν είναι το όνομα, αυτό θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα ομοφωνίας μεταξύ αυτών που υποφέρουν από τη νόσο και αυτών που παρέχουν βοήθεια, και θα πρέπει πάνω από όλα να διευκολύνει τη θεραπευτική σχέση και φροντίδα και να παρέχει το σεβασμό της κοινωνίας απέναντι στους ασθενείς αυτούς σαν προσωπικότητες.¹¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ (ΔΙΕΘΝΕΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ)

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στον χώρο της ψυχιατρικής και της φροντίδας της ψυχικής ασθένειας είναι ιδιαίτερης και βαρύνουσας σημασίας. Αυτό συμβαίνει διότι αναφέρεται σε άτομα ή ομάδες ατόμων που λόγω της ίδιας της φύσης της νόσου τους, αδυνατούν να διεκδικήσουν και να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους με αποτέλεσμα να καθίστανται ευάλωτα στις αυθαιρεσίες ή παραβιάσεις των «ισχυρών» και να γίνονται εύκολα «θύματα» της άσκησης εξουσίας.¹¹⁹

Ιστορικά, η αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων αποτέλεσε πεδίο έκφρασης βαρβαροτήτων, στέρησης ή καταπάτησης των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, εγκλεισμού σε ιδρύματα και κοινωνικής απομόνωσης. Από την εποχή της Ιεράς Εξέτασης και του «*Κυνηγιού Μαγισσών*» μέχρι τις μέρες μας, έχουν διαπραχθεί ειδεχθή εγκλήματα σε βάρος εκατομμυρίων ψυχικά ασθενών. Χαρακτηριστικά είναι τα εγκλήματα, μεταξύ αυτών και η ευθανασία, που διαπράχθηκαν στη Ναζιστική Γερμανία και τη φασιστική Ιταλία, αλλά και η καταδίκη ψυχικά ασθενών σε θάνατο από πείνα στη Γαλλία, από την κυβέρνηση του Βισύ. Απάνθρωπες συμπεριφορές σε βάρος τους βέβαια δεν έλειψαν ούτε λείπουν ακόμα και στις μέρες μας, σε υποτιθέμενα δημοκρατικές κοινωνίες.^{5,119}

Όσον αφορά την Ελλάδα, είναι αλήθεια ότι στο παρελθόν οι συνθήκες «νοσηλείας» ψυχικά πασχόντων χαρακτηρίστηκαν από την απουσία οποιασδήποτε μέριμνας για τα δικαιώματά των ασθενών. Μάλιστα, χρησιμοποιήθηκαν συχνά αμφισβητούμενες επιστημονικά «θεραπευτικές μέθοδοι», οι οποίες οδήγησαν στην εξέγερση διεθνών επιτροπών και στην έντονη αποδοκιμασία της χώρας (διεθνής κατακραυγή του σκανδάλου της Λέρου).¹²⁰

*Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων το 2005 ανέφερε για τα άτομα με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα ότι παρά τις βελτιωμένες επιλογές θεραπείας και τις θετικές εξελίξεις στην ψυχιατρική περίθαλψη, εξακολουθούν να πλήττονται από τον κοινωνικό αποκλεισμό, τον στιγματισμό, τις διακρίσεις και την έλλειψη σεβασμού των θεμελιωδών δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειάς τους.*¹¹⁹

Στις μέρες μας, συνεχίζουν να υπάρχουν χώρες που δεν διαθέτουν νομοθεσία ικανή να προφυλάξει τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, και πολλά προγράμματα φροντίδας τους δεν ακολουθούν διαδικασίες και μεθόδους που να διέπονται από σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα. Υπάρχουν όμως και χώρες που έχουν προχωρήσει σε ενέργειες για την θετικότερη αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, με την εφαρμογή σύγχρονων θεραπευτικών τεχνικών, την δημιουργία δομών και υπηρεσιών στο πλαίσιο της κοινότητας και την προώθηση ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων, για την κοινωνική τους αποκατάσταση και την υπεράσπιση των δικαιωμάτων τους. Αυτό βέβαια, δεν σημαίνει ότι οι διακρίσεις και οι πρακτικές αποκλεισμού δεν εξακολουθούν να θεωρούνται μέρος της σύγχρονης πραγματικότητας.¹¹⁹

4.2 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο ψυχικά ασθενής, όπως και κάθε πολίτης της κοινωνίας, θα πρέπει να απολαμβάνει πλήρως το σύνολο των δικαιωμάτων όπως αυτά αποτυπώνονται στα κείμενα των διεθνών οργανισμών και ορίζονται από την Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Τα δικαιώματα που χρήζουν *ειδικής αναφοράς* καθώς και οι αρχές που διέπουν την θεραπεία και τη νοσηλεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, είναι τα εξής:

4.2.1 Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια / ακούσια)

Το δικαίωμα αυτό, αναφέρεται στην δυνατότητα κάθε ατόμου που πάσχει από ψυχική διαταραχή να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες θα διαθέτουν κατάλληλες υποδομές σε ανθρώπινες συνθήκες. Επίσης, περιλαμβάνει την φροντίδα και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που θα πρέπει να βασίζονται σε σύγχρονα επιστημονικά και ιατρικά δεδομένα και να είναι οι πλέον κατάλληλες για την αντιμετώπιση της ασθένειάς του.

Η περίθαλψη θα πρέπει να πραγματοποιείται σε αποκεντρωμένες μονάδες, κατάλληλα εξοπλισμένες και στελεχωμένες, που θα αντιμετωπίζουν τον ασθενή εξατομικευμένα και με σεβασμό στην προσωπικότητα του. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να είναι προσιτές από άποψη χώρου (εγγύτητα), χρόνου (ωράριο λειτουργίας) και κουλτούρας (πολιτισμική προσβασιμότητα).

Σε κάθε περίπτωση νοσηλείας, εκούσιας ή ακούσιας, ο πάσχων δικαιούται ιατρικής, παραϊατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης σε συνθήκες κατάλληλης διαμονής και αποτελεσματικής διοικητικής και τεχνικής εξυπηρέτησης. Επιπλέον, δικαιούται αναγνωρισμένης και επιστημονικά τεκμηριωμένης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων και

φαρμακευτικών αγωγών, λαμβανομένης υπόψη της εξέλιξης της επιστήμης και της έρευνας.¹¹⁹⁻¹²¹

4.2.2 Το δικαίωμα στην ισότητα

Η αρχή της ισότητας είναι ρητά κατοχυρωμένη στο Σύνταγμα (άρθρο 4 Σ) και έχει την έννοια της εξομοίωσης των προσώπων που βρίσκονται σε όμοιες καταστάσεις. Η εφαρμογή της αρχής εκδηλώνεται ως κατάργηση ή απουσία διακρίσεων που στηρίζονται σε ειδικά ατομικά χαρακτηριστικά. Έτσι, η αρχή της ισότητας επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που για λόγους υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού.

Απόρροια της αρχής για τους ψυχικά ασθενείς αποτελεί η ρητή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να αντιμετωπίζουν όλους τους ασθενείς με ισότιμο τρόπο και να εφαρμόζουν όλες τις αναγνωρισμένες σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους, ανεξάρτητα από τα ειδικότερα χαρακτηριστικά τους, όπως η οικονομική κατάσταση, η φυλετική καταγωγή, η θρησκεία, το μορφωτικό επίπεδο και η κοινωνική τους θέση.

Παρ' όλα αυτά, είναι γνωστό ότι στο κοινωνικό μας σύστημα κάποιοι θεωρούνται «περισσότερο ίσοι» από κάποιους άλλους. Η αντίληψη αυτή επιβάλλεται ηθικά αλλά και νομικά, να κρατηθεί έξω από το χώρο του συστήματος της δημόσιας υγείας και ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας έχει υποχρέωση να τηρεί τις αρχές της ίσης μεταχείρισης, αλλά και να καταβάλλει ιδιαίτερη προσπάθεια, ακόμα και με προσωπικό κόστος για τη γενικευμένη εφαρμογή της. Η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως το δικαίωμα της προσωπικότητας και δημιουργεί την υποχρέωση προς αποζημίωση, αφού από την νομολογία των Δικαστηρίων μας, θεωρείται ως αδικοπραξία.¹¹⁹⁻¹²¹

4.2.3 Το δικαίωμα στην ενημέρωση

Η ενημέρωση του ψυχικά ασθενή ή και του άμεσου συγγενικού του περιβάλλοντος για την κατάσταση της υγείας του και την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή, αποτελεί βασικό δικαίωμα του ιδίου και υποχρέωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας. Η αρχή της συγκατάθεσης χωρίς απειλές και καταναγκασμούς κατόπιν ενημέρωσης, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών και κατά συνέπεια, πρέπει να κατοχυρώνεται στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία.

Σε περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαία και για το συμφέρον του ασθενή η μη ενημέρωσή του, αυτή θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικά στο άμεσα συγγενικό του περιβάλλον και σε αυτούς που επιφορτίζονται την καθημερινή του μέριμνα και φροντίδα.

Ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις **ακούσιας νοσηλείας**, η ενημέρωση και μάλιστα γραπτά του ψυχικά πάσχοντα και των συγγενών του σχετικά με τα δικαιώματά του αποτελούν αναγκαίο πρωτογενή όρο για την επιτυχή έκβαση του θεσμού.

Επιπλέον, οι ασθενείς πρέπει να έχουν πρόσβαση στην πληροφόρηση και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη διαμόρφωση στρατηγικών που θα τους επηρεάσουν με οποιοδήποτε τρόπο. Ωστόσο, η ικανότητα του ασθενή για λήψη αποφάσεων αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την πραγμάτωση και την εξασφάλιση της συγκατάθεσης του για την θεραπεία. Αν ο ασθενής δεν φέρει την ικανότητα αυτή, ο κλινικός θα πρέπει να στραφεί σε εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις, ειδικά προσαρμοσμένες στην ψυχοπαθολογική κατάσταση του ασθενή.¹¹⁹⁻¹²¹

4.2.4 Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων

Η εχεμύθεια και η εμπιστευτικότητα αποτελεί βασική δεοντολογική αρχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές κλπ). Η διαφύλαξη του απορρήτου δεν είναι κάτι νέο στον χώρο της υγείας, αφού ήδη αναφέρεται στον Ιπποκράτειο Κώδικα. Οι νόμοι πρέπει να αποκλείουν με σαφήνεια την αποκάλυψη, την εξέταση ή τη μεταβίβαση των στοιχείων αυτών χωρίς την άδεια του ενδιαφερόμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου, ή κηδεμόνα του. Επίσης, η νομοθεσία πρέπει να υποχρεώνει τους επαγγελματίες να μην αποκαλύπτουν προφορικά, χωρίς την άδεια του ασθενή, οποιαδήποτε πληροφορία έχουν από την επαφή τους με τον ασθενή κατά την θεραπεία ή την εκτίμηση της κατάστασής του.

Υπάρχουν, ωστόσο, κάποιες ειδικές εξαιρέσεις άρσης της αρχής του απόρρητου. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να συντρέχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή ή τη ζωή άλλων, γεγονός που κρίνει μόνο ο επαγγελματίας γιατρός. Ωστόσο και στις περιπτώσεις αυτές, ο επαγγελματίας οφείλει να έχει ενημερώσει προπαντός τον ασθενή για τις ενέργειες που πρόκειται να ακολουθήσει. Επιπλέον, σε μια δίκη για ποινικό, αλλά όχι αστικό αδίκημα, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει τους επαγγελματίες να αποκαλύψουν πληροφορίες ή αρχεία σχετικά με ψυχικές διαταραχές. Η νομοθεσία πρέπει να προσδιορίζει σαφώς τις συνθήκες υπό τις οποίες παρακάμπτεται το απόρρητο και να περιλαμβάνει επαρκείς δικλείδες ασφαλείας ενάντια στην κατάχρηση ή άστοχη χρήση αυτής της παράκαμψης.¹¹⁹⁻¹²¹

4.2.5 Το δικαίωμα στην αποκατάσταση

Σε περιόδους ύφεσης και υψηλής ανεργίας, τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα, έχουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην κοινωνική και οικονομική τους ένταξη, έτσι όπως αυτή προσδιορίζεται από τα ισχύοντα στην εποχή μας οικονομικά και κοινωνικά πρότυπα. Σε συνδυασμό με το στίγμα και την προκατάληψη σε βάρος των ατόμων αυτών, δημιουργείται ένα κοινωνικό αίτημα για τη λήψη ουσιαστικών και αποτελεσματικών μέτρων που θα προωθούν την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Όπως τονίζεται στη Συναινετική Διακήρυξη για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία που προσφέρει ευκαιρίες σε χρόνιους ψυχικά ασθενείς να πετύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας και ενσωμάτωσης στην κοινότητα. Στόχος της είναι η βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων ώστε να ενισχυθεί η λειτουργικότητά τους, η εισαγωγή αλλαγών στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον για τη δημιουργία ποιοτικότερων συνθηκών ζωής και η μείωση των προβλημάτων που προέρχονται είτε από την ψυχική νόσο είτε από τον κοινωνικό περίγυρο, ώστε τα άτομα να ενταχθούν επιτυχώς στην κοινότητα.

Στη χώρα μας, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) (άρθρο 12 του Ν. 2716/1999), οι οποίοι λειτουργούν ως Μονάδα Ψυχικής Υγείας και ως κοινωνική επιχείρηση ταυτόχρονα, αποτελούν μία έμπρακτη εφαρμογή των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κύριο μηχανισμό επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Στους Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να απασχολούνται ψυχικά ασθενείς με καθεστώς εξαρτημένης εργασίας ή με συμβάσεις παροχής υπηρεσιών. Τα άτομα αυτά με την υποστήριξη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και συμμετέχοντας στις εσωτερικές διαδικασίες του Συνεταιρισμού (Γενική Συνέλευση, Διοικητικό Συμβούλιο, εργασιακές επιτροπές), αποκτούν κοινωνικές δεξιότητες και εργασιακή εμπειρία μέσα από την παραγωγική απασχόληση και τη συμμετοχή στις συλλογικές δραστηριότητες και αυτονομούνται στην καθημερινή τους ζωή.¹¹⁹⁻¹²¹

4.2.6 Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα

Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα αναφέρεται στο δικαίωμα που έχει ο ψυχικά ασθενής να μπορεί να διαμένει σε έναν χώρο-οικία όπως όλοι οι άνθρωποι, να εργάζεται, να έχει κοινωνικές επαφές και να δραστηριοποιείται στο κοινωνικό του περιβάλλον. Αποτελεί εξειδικευμένη μορφή του γενικότερου κοινωνικού δικαιώματος για την εφαρμογή πολιτικών

αποασυλοποίησης - αποϊδρυματισμού και καταπολέμησης του κοινωνικού στίγματος. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματισμός ορίζεται ως η κατάργηση των παραδοσιακών ιδρυμάτων για τη φροντίδα ατόμων με ψυχικά προβλήματα και προοδευτική έξοδος των ασθενών από αυτά, με ταυτόχρονη ανάπτυξη δομών στην κοινότητα.

Η άσκηση του παραπάνω δικαιώματος, σχετίζεται με την διεκδίκηση της λήψης συγκεκριμένων μέτρων εκ μέρους του Κράτους, που φέρει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την προώθηση και υποστήριξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στα οποία περιλαμβάνεται και η λειτουργία στεγαστικών δομών στην κοινότητα. Επίσης, έχει υποχρέωση υποστήριξης των δομών αυτών και αντιμετώπισης των αντιστάσεων που προβάλλονται από κατοίκους, φορείς ή και την Τοπική Αυτοδιοίκηση εξαιτίας του στίγματος και των προκαταλήψεων. Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων πρέπει να αποτελεί συνεχώς μέριμνα της κρατικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, καθημερινή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ψυχικά ασθενών.¹¹⁹⁻¹²¹

4.2.7 Το δικαίωμα στην διεκδίκηση αξιώσεων

Τα επιμέρους δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από τις διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001 και απορρέουν από τη διάταξη του άρθρου 5 του Συντάγματος, όπου ορίζεται ότι *«καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας»*.

Η προστασία των δικαιωμάτων αυτών έχει να κάνει με την εκ μέρους του Κράτους και των λοιπών φορέων άσκησης δημόσιας εξουσίας, εκπλήρωση των υποχρεώσεών τους να παρέχουν με συγκεκριμένα μέτρα, μέσα και πολιτικές κάθε αναγκαία εγγύηση ανεμπόδιστης άσκησης των δικαιωμάτων και σε κάθε περίπτωση σύγκρουσης ή διαφωνίας, αυτή να επιλύεται υπέρ του δικαιώματος. Οι άμεσα ενδιαφερόμενοι (ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους) όπως και αυτοί που τους φροντίζουν στη σημαντική προσπάθεια της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης, απαιτείται να ασκούν το δικαίωμα της διεκδίκησης στη λήψη συγκεκριμένων μέτρων και πολιτικών αποτελεσματικής εφαρμογής των επιμέρους δικαιωμάτων τους.

Η διεκδίκηση επιβάλλεται να φέρει έντονα κοινωνικό χαρακτήρα ενσωματώνοντας στο ρεύμα της όλο και μεγαλύτερες κοινωνικές ομάδες. Σε αυτόν τον τομέα μηχανισμοί

υποστήριξης αποτελούν οι δράσεις συνηγορίας και εθελοντισμού που θα πρέπει να αρθρώνονται σε ουσιαστικούς κοινωνικούς θεσμούς.¹¹⁹⁻¹²¹

4.3 ΠΑΡΑΒΙΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Από την ανάδειξη των παραπάνω ειδικών δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική νόσο θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι τα προφυλάσσει απέναντι σε ενέργειες αυθαιρεσίας και παραβιάσεων. Ωστόσο, στοιχεία από τον Π.Ο.Υ. καταδεικνύουν ότι ακόμα και στις μέρες μας οι ψυχικά ασθενείς βρίσκονται εκτεθειμένοι σε ένα ευρύ φάσμα παραβιάσεων των δικαιωμάτων τους.

Οι παραβιάσεις αυτές εντοπίζονται μέσα στα ίδια τα θεραπευτικά ιδρύματα και σχετίζονται με την ακατάλληλη, υποβαθμισμένη και επιζήμια «φροντίδα» που τους παρέχεται και τις τραγικές και απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης, αλλά πολλές φορές λαμβάνουν χώρα και έξω από τα θεσμικά πλαίσια. Ο στιγματισμός και οι προκαταλήψεις σε βάρος των ψυχικά ασθενών έχει δυσμενείς επιπτώσεις, αποκλείοντας τους από την εκπαίδευση, την απασχόληση, την κατοικία και εν τέλει αποκλείοντας τους από την ίδια τη ζωή.¹¹⁹

Οι πλέον συχνές παραβιάσεις είναι οι εξής:

4.3.1 Έλλειψη πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Ακόμα και στις μέρες μας, υπάρχουν χώρες με σημαντικές ελλείψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ σε αρκετές οι υπηρεσίες αυτές είναι προσβάσιμες μόνο από ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού. Το 1/3 των χωρών δεν διαθέτει εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες φροντίδας ψυχικά ασθενών και δεν έχει ακόμη συγκεκριμένο προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία. Ακόμα περισσότερες είναι οι χώρες που δαπανούν στον τομέα της ψυχικής υγείας λιγότερο από το 1% του συνολικού τους προϋπολογισμού για την υγεία.

Ο Π.Ο.Υ. προτείνει η ψυχιατρική φροντίδα να είναι διαθέσιμη στο επίπεδο της κοινότητας και να είναι προσβάσιμη σε όλους.¹¹⁹

4.3.2 Αναγκαστική νοσηλεία

Είναι συχνό το φαινόμενο να μην επιδιώκεται η συναίνεση του ασθενή και να μην τηρούνται οι νομικές, ηθικές και δεοντολογικές προϋποθέσεις για τον εγκλεισμό. Σε μερικές χώρες οι ασθενείς παραμένουν παρά τη θέληση τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα για εβδομάδες, μήνες ή ακόμα και χρόνια.

Ο Π.Ο.Υ. προτείνει ότι η συναίνεση του ασθενή είναι απαραίτητη και θα πρέπει να αποτελεί τη βάση της ψυχιατρικής φροντίδας. Η ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να γίνεται μόνον όταν είναι απολύτως αναγκαία, ενώ οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν μια τέτοια κατάσταση δεν θα πρέπει να βρίσκονται σε συνθήκες απομόνωσης και θα πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχουν αυστηρές δικλίδες ασφαλείας που θα προστατεύουν τον ασθενή από την κατάχρηση της ακούσιας νοσηλείας.¹¹⁹

4.3.3 Παραβιάσεις που λαμβάνουν χώρα στα ψυχιατρικά ιδρύματα

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ακόμη και στη σύγχρονη εποχή, όπου ασθενείς υποβάλλονται σε απάνθρωπες θεραπείες, οι συνθήκες νοσηλείας είναι απαξιοτικές χωρίς να λαμβάνονται υπόψη ούτε τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, ενώ δεν τηρούνται ακόμη και οι στοιχειώδεις κανόνες υγιεινής. Πολύ συχνά ασθενείς παραμένουν έγκλειστοι σε ψυχιατρικά ιδρύματα και απομονωμένοι από την κοινωνία, τις οικογένειες τους ή τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Ο Π.Ο.Υ. προτείνει τη δημιουργία επιτροπών ελέγχου έτσι ώστε να διασφαλίζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα σε όλες τις δομές ψυχικής υγείας. Η αποτελεσματική εφαρμογή των διεθνών προδιαγραφών για τα ανθρώπινα δικαιώματα κρίνεται απαραίτητη, ώστε να διασφαλιστεί ο σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.¹¹⁹

4.3.4 Άσκοπη κράτηση σε φυλακές

Σε κάποιες χώρες λόγω της ολοκληρωτικής έλλειψης ψυχιατρικών υπηρεσιών, τα άτομα κρατούνται σε φυλακές. Φυλακισμένοι ασθενείς ακόμα και σε χώρες του Δυτικού κόσμου παραμένουν δίχως διάγνωση και θεραπεία. Χιλιάδες είναι οι πάσχοντες που εκτίουν ποινές φυλάκισης στις Ηνωμένες Πολιτείες, αντί να βρίσκονται σε ψυχιατρικά θεραπευτικά ιδρύματα.

Ο Π.Ο.Υ. θεωρεί ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι αυτές που πρέπει να αναλαμβάνουν ψυχικά ασθενείς και όχι το σύστημα δικαιοσύνης.¹¹⁹

4.3.5 Διακρίσεις και παραβιάσεις δικαιωμάτων

Λόγω του στίγματος που συνδέεται με τις ψυχιατρικές διαταραχές, οι ασθενείς βιώνουν τις διακρίσεις και τις παραβιάσεις των δικαιωμάτων τους ακόμα και εκτός των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, στο πλαίσιο της κοινότητας. Πολύ συχνά οι ασθενείς στερούνται

των πολιτικών δικαιωμάτων τους, όπως της ψήφου, του γάμου και της απόκτησης απογόνων και αντιμετωπίζουν διακρίσεις σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής τους.

Ο Π.Ο.Υ θεωρεί ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν τα ίδια ανθρώπινα δικαιώματα με οποιονδήποτε άλλο. Επειδή αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη κοινωνική ομάδα, οι χώρες έχουν την ευθύνη να αναλάβουν δράση έτσι ώστε να προασπίσουν τα δικαιώματα αυτών των ατόμων.¹¹⁹

4.4 ΔΙΕΘΝΕΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το γεγονός ότι οι ψυχικά ασθενείς έχουν υποστεί συστηματικά περιορισμό των δικαιωμάτων και ελευθεριών τους, δημιούργησε την ανάγκη ενίσχυσης και υποστήριξης των ατόμων αυτών σε θέματα δικαιωμάτων, αλλά και την ανάγκη βελτίωσης της ψυχικής υγείας σε όλες τις πτυχές της. Αυτά οδήγησαν στην ανάπτυξη και εφαρμογή αντίστοιχων μέτρων πολιτικής. Διατυπώθηκαν έτσι διακηρύξεις και συμβάσεις, που κατοχυρώνουν τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και ρυθμίζουν τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτσι ώστε να διασφαλίζεται η προστασία τους. Η επιρροή των διεθνών αυτών κειμένων αντανακλάται σε πολιτικό, ιδεολογικό και νομικό επίπεδο στο εσωτερικό των κρατών μελών των διεθνών οργανισμών.¹²²

4.4.1 Διεθνές επίπεδο

4.4.1.1 Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

Σημαντική νομική προσπάθεια προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων αποτελεί η Απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (17 Δεκεμβρίου 1991) για την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και την Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία. Εκεί αποτυπώθηκαν οι «**Αρχές για την προστασία των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και για την βελτίωση της ψυχιατρικής περίθαλψης**» και υιοθετήθηκαν ως κατευθυντήριες γραμμές για τα κράτη μέλη σχετικά με την προστασία και την προαγωγή των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών σε σχέση με τα συστήματα ψυχικής υγείας, τα δικαιώματα θεραπείας αλλά και ειδικότερα τις περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας. Οι 25 αυτές αρχές εφαρμόζονται χωρίς κανενός είδους διάκριση ως προς την αναπηρία, την εθνικότητα, το φύλο, το χρώμα, την γλώσσα, την θρησκεία, τις πολιτικές ή άλλες απόψεις, την εθνική, νομική ή κοινωνική υπόσταση, την ηλικία και την περιουσία. Η εφαρμογή των αρχών υπόκειται μόνο σε περιορισμούς της νομοθεσίας για την προστασία της υγείας ή της ασφάλειας του ίδιου του ατόμου ή τρίτων ή για την προστασία

της δημόσιας ασφάλειας, τάξης, υγείας ή ηθικής και των βασικών δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων.^{120,122}

Συνοπτικά οι Αρχές είναι οι εξής:

- **Αρχή 1^η**: Θεμελιώδεις ελευθερίες και βασικά δικαιώματα
- **Αρχή 2^η**: Προστασία ανηλίκων
- **Αρχή 3^η**: Ζωή στην κοινότητα
- **Αρχή 4^η**: Καθορισμός / προσδιορισμός / διάγνωση της ψυχικής νόσου
- **Αρχή 5^η**: Ιατρική εξέταση
- **Αρχή 6^η**: Εμπιστευτικότητα / Απόρρητο
- **Αρχή 7^η**: Ο ρόλος της κοινότητας και του πολιτισμού
- **Αρχή 8^η**: Επίπεδα φροντίδας
- **Αρχή 9^η**: Θεραπεία
- **Αρχή 10^η**: Φαρμακευτική αγωγή
- **Αρχή 11^η**: Συναίνεση για θεραπεία
- **Αρχή 12^η**: Γνωστοποίηση δικαιωμάτων
- **Αρχή 13^η**: Δικαιώματα και συνθήκες στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- **Αρχή 14^η**: Πόροι για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- **Αρχή 15^η**: Αρχές εισαγωγής
- **Αρχή 16^η**: Αναγκαστική εισαγωγή / νοσηλεία
- **Αρχή 17^η**: Σώμα ελέγχου
- **Αρχή 18^η**: Διαδικαστικές εγγυήσεις / ασφαλιστικές δικλίδες
- **Αρχή 19^η**: Πρόσβαση σε πληροφορίες
- **Αρχή 20^η**: Ποινικοί παραβάτες
- **Αρχή 21^η**: Καταγγελίες
- **Αρχή 22^η**: Έλεγχος και βελτιώσεις / διορθώσεις / αποκατάσταση
- **Αρχή 23^η**: Εφαρμογή
- **Αρχή 24^η**: Πεδίο εφαρμογής των αρχών που αφορούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- **Αρχή 25^η**: Διασφάλιση υπαρχόντων δικαιωμάτων¹²⁰

(Αναλυτικά οι αρχές παρουσιάζονται στο Παράρτημα)

Η Απόφαση 46/119 καθορίζει ένα σύνολο βασικών δικαιωμάτων που θεωρούνται διεθνώς απαραβίαστα και συσχετίζονται με προηγούμενα συναφή, γενικότερου ενδιαφέροντος, κείμενα για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως είναι:

- Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (10 Δεκεμβρίου 1948),

- Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (19 Δεκεμβρίου 1966) που κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον Ν. 1532/1985 και το Προαιρετικό Πρωτόκολλο αυτού και
- Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (3 Ιανουαρίου 1976), τα οποία συνιστούν ως ενότητα τον Διεθνή Χάρτη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.¹²⁰

Το θεσμικό αυτό περιβάλλον συμπληρώνεται και συνεργάζεται με ειδικότερου χαρακτήρα διεθνή κείμενα, άμεσα ή έμμεσα δεσμευτικού χαρακτήρα, όπως είναι:

- Η Διακήρυξη της Χαβάης/II (Διεθνές Συνέδριο Ψυχιατρικής 1977/1983).
- Η Πρόταση Κανονισμού R 83/2 για την Προστασία Προσώπων που πάσχουν από Ψυχική Διαταραχή και εισάγονται ως Ακούσιοι Πάσχοντες που έγινε αποδεκτή από την Επιτροπή των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης (22 Φεβρουαρίου 1983).
- Η Διακήρυξη για τα Δικαιώματα και Νομική Προστασία του Ψυχικά Ασθενή (Γ.Σ. της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας στην Αθήνα στις 17 Οκτωβρίου 1989).
- Η Σύσταση 1235 της Κοινοβουλευτικής Ολομέλειας του Συμβουλίου της Ευρώπης (12 Απριλίου 1994).
- Η Διακήρυξη της Μαδρίτης για τους Κανόνες της Δεοντολογίας και την Ψυχιατρική Πρακτική (Γ.Σ. της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας στις 25 Αυγούστου 1996).
- Το Ψήφισμα του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας (18 Νοεμβρίου 1999).
- Η «Λευκή Βίβλος» για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ειδικότερα αυτών που τοποθετούνται ακουσίως σε ψυχιατρικά ιδρύματα (κείμενο που συνέταξε το 2000 η ομάδα εργασίας για την Ψυχιατρική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στο πλαίσιο της Επιτροπής Βιοηθικής του Συμβουλίου της Ευρώπης).
- Η Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (22 Σεπτεμβρίου 2004).¹²⁰

Ιδιαίτερης σημασίας κείμενο του Ο.Η.Ε. που αφορά όχι ειδικά τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά γενικότερα τα άτομα με αναπηρία είναι οι **Πρότυποι Κανόνες για την Εξίσωση των Ευκαιριών για τα Άτομα με Αναπηρίες** που εγκρίθηκαν από την Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. με ψήφισμα στις 20 Δεκεμβρίου 1993. Σκοπός ήταν

να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με αναπηρία θα έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους άλλους. Παρ' ότι οι Κανόνες δεν είχαν νομικά δεσμευτικό χαρακτήρα, αποτέλεσαν σημαντικό σημείο αναφοράς καθώς ήταν το πρώτο διεθνές κείμενο που προωθούσε την διπλωματική αντίληψη της αναπηρίας. Οι Πρότυποι Κανόνες παρουσιάζονται παρακάτω:

I. Προϋποθέσεις για την ίση συμμετοχή

- **Κανόνας 1 – Ενημέρωση:** Τα κράτη πρέπει να αναλαμβάνουν δράση με στόχο την ενημέρωση της κοινωνίας για τα άτομα με Αναπηρία, τα δικαιώματά τους, τις ανάγκες τους, τις δυνατότητες και τη συνεισφορά τους.
- **Κανόνας 2 – Ιατρική Περίθαλψη:** Τα κράτη πρέπει να διασφαλίζουν την παροχή αποτελεσματικής ιατρικής περίθαλψης στα άτομα με Αναπηρία.
- **Κανόνας 3 – Αποκατάσταση:** Τα Κράτη πρέπει να διασφαλίζουν την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης στα άτομα με Αναπηρία, προκειμένου αυτά να πετύχουν και να διατηρήσουν το βέλτιστο επίπεδο αυτονομίας και λειτουργικότητας.
- **Κανόνας 4 – Υπηρεσίες Υποστήριξης:** Τα Κράτη πρέπει να διασφαλίζουν τη δημιουργία και παροχή υπηρεσιών υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένων των τεχνικών βοηθημάτων για άτομα με Αναπηρία, ώστε να τα βοηθήσουν στην αύξηση του επιπέδου αυτονομίας στην καθημερινή τους ζωή και στην άσκηση των δικαιωμάτων τους.¹²²

II. Πεδία-Στόχοι για την ίση συμμετοχή

- **Κανόνας 5 – Πρόσβαση:** Τα Κράτη πρέπει να αναγνωρίζουν τη σημασία της πρόσβασης στην διαδικασία εξίσωσης των ευκαιριών σε όλες τις πλευρές της κοινωνίας, για τα άτομα με Αναπηρία κάθε κατηγορίας.
- **Κανόνας 6 – Εκπαίδευση:** Τα Κράτη πρέπει να αναγνωρίζουν την αρχή της ισότητας των ευκαιριών στην βασική, μέση και ανώτατη εκπαίδευση για τα παιδιά, τους νέους και τους ενήλικες με Αναπηρία, σε ενταγμένες δομές. Πρέπει να φροντίζουν ώστε η εκπαίδευση των ατόμων με Αναπηρία να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του εκπαιδευτικού συστήματος.
- **Κανόνας 7 – Απασχόληση:** Τα Κράτη πρέπει να αναγνωρίσουν την ανάγκη για τα άτομα με Αναπηρία να ενδυναμωθούν, προκειμένου να είναι σε θέση να ασκούν τα ανθρώπινα δικαιώματά τους, ειδικά στον τομέα της εργασίας. Στις αστικές αλλά και στις αγροτικές περιοχές, θα πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες για προαγωγική και επικερδή απασχόληση στην αγορά εργασίας.

- **Κανόνας 8 – Διατήρηση εισοδήματος και κοινωνική ασφάλιση:** Τα κράτη φέρουν την ευθύνη παροχής στα άτομα με Αναπηρία κοινωνικής ασφάλισης και διατήρησης του εισοδήματος.
- **Κανόνας 9 – Οικογενειακή ζωή και προσωπική ακεραιότητα:** Τα Κράτη πρέπει να προωθούν την πλήρη συμμετοχή των ατόμων με Αναπηρία στην οικογενειακή ζωή καθώς και το δικαίωμα τους στην ατομική ακεραιότητα και να φροντίζουν ώστε οι νόμοι να μην κάνουν διακρίσεις εις βάρος των ατόμων αυτών σε ότι αφορά τις σεξουαλικές τους σχέσεις, το γάμο και την πατρότητα/μητρότητα.
- **Κανόνας 10 – Πολιτισμός:** Τα Κράτη πρέπει να φροντίζουν για την ισότιμη ένταξη και συμμετοχή των ατόμων με Αναπηρία σε πολιτιστικές δραστηριότητες.
- **Κανόνας 11 – Αναψυχή και Αθλητισμός:** Τα κράτη πρέπει να λάβουν μέτρα ώστε τα άτομα με Αναπηρία να αποκτήσουν ίσες ευκαιρίες για αναψυχή και αθλητισμό.
- **Κανόνας 12 – Θρησκεία:** Τα κράτη πρέπει να μεριμνούν για την ισότιμη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρίες στη θρησκευτική ζωή της κοινότητάς τους.
- **Κανόνας 13 – Πληροφόρηση και Έρευνα:** Τα κράτη έχουν την τελική ευθύνη για τη συλλογή και διάχυση της πληροφόρησης για τις συνθήκες ζωής, των ατόμων με αναπηρίες και για την προώθηση εκτεταμένης έρευνας για όλα τα θέματα, συμπεριλαμβανομένων των εμποδίων που επηρεάζουν τη ζωή των ατόμων αυτών.
- **Κανόνας 14 – Σχεδιασμός πολιτικής και προγραμματισμός:** Τα κράτη θα μεριμνούν ώστε να λαμβάνονται υπόψη ζητήματα σχετικά με την αναπηρία σε όλες τις σχετικές πολιτικές και εθνικά προγράμματα.
- **Κανόνας 15 – Νομοθεσία:** Τα Κράτη φέρουν την ευθύνη να θέτουν τις νομικές βάσεις που απαιτούνται ώστε τα μέτρα που λαμβάνονται να οδηγούν στην επίτευξη του σκοπού της πλήρους συμμετοχής και ισότητας για τα άτομα με Αναπηρία.
- **Κανόνας 16 – Οικονομικές Πολιτικές:** Τα Κράτη φέρουν την οικονομική ευθύνη για την υλοποίηση εθνικών προγραμμάτων και μέτρων που θα συμβάλλουν στην εξίσωση των ευκαιριών για τα άτομα με Αναπηρία.
- **Κανόνας 17 – Συντονισμός των δράσεων:** Τα Κράτη είναι υπεύθυνα για την ίδρυση και ενίσχυση εθνικών συντονιστικών επιτροπών ή συναφών οργάνων που θα λειτουργούν ως εθνικά σημεία αναφοράς για τα ζητήματα της Αναπηρίας.
- **Κανόνας 18 – Οργανώσεις των ατόμων με αναπηρία:** Τα Κράτη πρέπει να αναγνωρίζουν το δικαίωμα των οργανώσεων των ατόμων με Αναπηρία να εκπροσωπούν τα άτομα με αναπηρίες σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

- **Κανόνας 19 – Εκπαίδευση προσωπικού:** Τα Κράτη είναι υπεύθυνα για την διασφάλιση επαρκούς εκπαίδευσης, σε όλα τα επίπεδα, του προσωπικού, που εμπλέκεται στο σχεδιασμό και την παροχή προγραμμάτων και υπηρεσιών που αφορούν στα άτομα με Αναπηρία.
- **Κανόνας 20 – Παρακολούθηση και αξιολόγηση των προγραμμάτων για τα άτομα με αναπηρία κατά την εφαρμογή των κανόνων:** Τα Κράτη είναι υπεύθυνα για την συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση των προγραμμάτων και υπηρεσιών που αφορούν στην εξίσωση των ευκαιριών για τα άτομα με Αναπηρία.
- **Κανόνας 21 – Τεχνική και οικονομική συνεργασία:** Τα Κράτη, βιομηχανικά και αναπτυσσόμενα, έχουν την ευθύνη να συνεργάζονται και να λαμβάνουν μέτρα για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ατόμων με Αναπηρία στις αναπτυσσόμενες χώρες.
- **Κανόνας 22 – Διεθνής συνεργασία:** Τα Κράτη πρέπει να συμμετέχουν ενεργά σε διεθνείς συνεργασίες που αφορούν σε πολιτικές για την εξίσωση των ευκαιριών για τα άτομα με Αναπηρία.^{122,123}

Σημαντικό σταθμό για την διεθνή προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές αποτελεί η **Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες** (Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD) και το Προαιρετικό της Πρωτόκολλο. Οι διαπραγματεύσεις ξεκίνησαν το 2001 και κατέληξαν στην υιοθέτηση της Σύμβασης με την Απόφαση 61/611 της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, στις 13 Δεκεμβρίου 2006. Άνοιξε προς υπογραφή στις 30 Μαρτίου 2007 και τέθηκε σε ισχύ στις 4 Μαΐου 2008. Η Ελλάδα έγινε η 113^η χώρα που κύρωσε τη Σύμβαση και το Προαιρετικό Πρωτόκολλο με τη διαδικασία του άρθρου 28 του Συντάγματος, στις 10 Απριλίου 2012.¹²²

Στα άτομα με αναπηρίες συμπεριλαμβάνονται και οι ψυχικά ασθενείς. Στο άρθρο 1 της Σύμβασης άλλωστε ορίζεται: *«Ο σκοπός της παρούσας Σύμβασης είναι η προαγωγή, προστασία και διασφάλιση της πλήρους και ισότιμης απόλαυσης όλων των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών από όλα τα ΑμεΑ και η προώθηση του σεβασμού της εγγενούς αξιοπρέπειας. Στα ΑμεΑ συμπεριλαμβάνονται άτομα με μακροχρόνιες σωματικές, ψυχικές, νοητικές, ή αισθητηριακές αναπηρίες, οι οποίες σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια δύνανται να παρεμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία σε ίση βάση με τα άλλα άτομα».*¹²⁴

Η Σύμβαση θεωρείται ορόσημο στην παγκόσμια ιστορία της αναπηρίας, χάρτης πορείας των κρατών για την διαχείριση της αναπηρίας και εν προκειμένω το πιο σημαντικό

κείμενο στον τομέα της ψυχικής υγείας. Είναι η πρώτη σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα του 21^{ου} αιώνα και το πρώτο νομικά δεσμευτικό κείμενο με περιεκτική προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία. Δεν κατοχυρώνει νέα ανθρώπινα δικαιώματα, αλλά «αναδιατυπώνει» τα θεμελιώδη δικαιώματα υπό την οπτική της αναπηρίας. Σύμφωνα με τη Σύμβαση, οι κυβερνήσεις των κρατών μελών του Ο.Η.Ε είναι υποχρεωμένες να θεσπίζουν νόμους που προάγουν την ισότητα και να καταργούν κάθε μορφή άμεσης ή έμμεσης διάκρισης σε βάρος των ατόμων με αναπηρίες. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι πλέον παρέχεται στα άτομα με αναπηρία η δυνατότητα να αποφασίζουν τα ίδια για τον εαυτό τους και τους αναγνωρίζεται η νομική ικανότητα να διαχειριστούν τις ίδιες τους τις ζωές, ενώ παράλληλα τους διασφαλίζεται η παροχή αποτελεσματικής πρόσβασης στο δικαστικό σύστημα και η συμμετοχή τους ως ενάγοντες, εναγόμενοι, μάρτυρες ή ένορκοι.^{122,125}

4.4.1.2 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναπτύξει ειδική δράση στα θέματα της ψυχικής υγείας. Το ενδιαφέρον αυτό προκύπτει από τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός ορίζει την υγεία ως κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Θέτει έτσι την παράμετρο της ψυχικής υγείας ως αναγκαία για την εξασφάλιση της υγείας. Τον Ιανουάριο του 2005 στο Ελσίνκι πραγματοποιήθηκε η Διάσκεψη των Υπουργών Υγείας των Ευρωπαϊκών μελών του Π.Ο.Υ. όπου υιοθετήθηκαν δύο κείμενα: **η Διακήρυξη για την Ψυχική Υγεία στην Ευρώπη και το Σχέδιο Δράσης για την Ευρώπη**. Με τα κείμενα αυτά, τα κράτη μέλη δεσμεύτηκαν για την ανάληψη δράσεων που θα στοχεύουν στην βελτίωση της ψυχικής υγείας των πολιτών. Βέβαια τα κείμενα δεν είναι νομικά δεσμευτικά, τονίζουν ωστόσο την ανάγκη ίσης αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών, την ένταξή τους στην κοινωνία, την καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων και την ανάγκη στήριξης οργανώσεων όπου θα μετέχουν άτομα με ψυχική αναπηρία για την ενδυνάμωσή τους.^{122,126}

Ο Π.Ο.Υ. έχει προχωρήσει στη διατύπωση δέκα προτάσεων - κατευθύνσεων που αφορούν τη χάραξη εξειδικευμένων πολιτικών για την ψυχική υγεία. Αυτές είναι οι παρακάτω:

- 1) Δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)
- 2) Διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων.
- 3) Παροχή περίθαλψης μέσα στην κοινότητα.

- 4) Εκπαίδευση του κοινού.
- 5) Συνεργασία κοινοτήτων, ασθενών και χρηστών.
- 6) Ύπαρξη εθνικών πολιτικών, προγραμμάτων και νομοθεσίας.
- 7) Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων.
- 8) Δεσμοί με άλλους τομείς.
- 9) Καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο.
- 10) Υποστήριξη της έρευνας.^{122,126}

Σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ. οι τρεις βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι η αποιδρυματοποίηση, η παροχή φροντίδας στην κοινότητα και η τομεοποίηση.^{122,126}

4.4.2 Ευρωπαϊκό Επίπεδο

4.4.2.1 Συμβούλιο της Ευρώπης^{122,126}

1) Το συμβούλιο της Ευρώπης αποτελεί τον βασικό διεθνή οργανισμό προώθησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην ευρωπαϊκή ήπειρο με κύριο νομικό εργαλείο την **ΕΣΔΑ**, την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών που υιοθετήθηκε το 1950 και τέθηκε σε ισχύ το 1953. Η ΕΣΔΑ είναι ένα ιδιαίτερης σημασίας δεσμευτικό κείμενο η οποία δεν περιλαμβάνει ειδικές αναφορές στην αναπηρία ή στην ψυχική αναπηρία. Ωστόσο, στην πολυετή εφαρμογή της από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (**ΕΔΔΑ**) έχει σε αρκετές περιπτώσεις αποτελέσει τη νομική βάση για τη εξέταση μιας σειράς θεμάτων, όπως η εισαγωγή και κράτηση σε ψυχιατρικά ιδρύματα και οι συνθήκες κράτησης και θεραπείας σε αυτά. Βασικά δικαιώματα που κατοχυρώνονται στην ΕΣΔΑ και βρίσκουν ειδική εφαρμογή στα άτομα με ψυχική αναπηρία είναι το δικαίωμα στη ζωή (άρθρο 2), η εξάλειψη της απάνθρωπης μεταχείρισης (άρθρο 3), το δικαίωμα στην ελευθερία και ασφάλεια (άρθρο 5), το δικαίωμα στην ιδιωτική και οικογενειακή ζωή (άρθρο 8), στην ελευθερία έκφρασης, η απαγόρευση των διακρίσεων και η συναίνεση στην ιατρική θεραπευτική αγωγή.

2) Πέρα από την ΕΣΔΑ, ο **Κοινωνικός Χάρτης** του 1961 και ο **Αναθεωρημένος Κοινωνικός Χάρτης** του 1996 περιλαμβάνουν κοινωνικοοικονομικά δικαιώματα που βρίσκουν εφαρμογή στα άτομα με ψυχική ασθένεια. Ειδικότερη εφαρμογή έχει το άρθρο 15 του Αναθεωρημένου Κοινωνικού Χάρτη που αφορά στο δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία στην ανεξαρτησία, την κοινωνική ενσωμάτωση και τη συμμετοχή στη ζωή στην κοινότητα.

3) Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική (Οβιέδο, 4 Απριλίου 1997). Σκοπός και στόχος της Σύμβασης είναι η προστασία της αξιοπρέπειας και της ταυτότητας κάθε ανθρώπινου όντος καθώς και η εγγύηση του σεβασμού της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση, σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής (άρθρο 1). Αρκετές από τις ρυθμίσεις της Σύμβασης βρίσκουν άμεση εφαρμογή στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

4) Συστάσεις της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης: Η προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών δεν είναι μόνο η νομολογία του Δικαστηρίου. Ειδικότερα θέματα που αφορούν στην προστασία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχουν αντιμετωπιστεί μέσα από **Συστάσεις για τα δικαιώματα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.**

- **Σύσταση Rec 1235 (1994) της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την ψυχιατρική και τα ανθρώπινα δικαιώματα.** Το Συμβούλιο την υιοθέτησε στις 12 Απριλίου 1994, η οποία εγκρίθηκε από το Συμβούλιο Υπουργών στις 6 Απριλίου 1995. Η Σύσταση θέτει αρχές σχετικά με την διαδικασία και τις προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας, θεραπείας, την αποφυγή καταχρήσεων στην ψυχιατρική και θέματα που αφορούν κρατούμενους. Σύμφωνα με αυτή, η υποχρεωτική εισαγωγή για νοσηλεία πρέπει να αποτελεί διαδικασία που εφαρμόζεται σε εξαιρετικές μόνο περιπτώσεις όπου υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για τον ασθενή ή για άλλα άτομα.

- **Σύσταση (1999) 4 της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης για τις αρχές που πρέπει να διέπουν τη νομική προστασία των ανίκανων ενηλίκων ατόμων.** Οι αρχές που καταγράφονται στη Σύσταση ισχύουν για την προστασία ενηλίκων ατόμων που εξαιτίας οποιουδήποτε εμποδίου ή ανεπάρκειας των προσωπικών ικανοτήτων τους δεν είναι σε θέση να λαμβάνουν με τρόπο αυτόνομο αποφάσεις που αφορούν κάποια ή όλα τα προσωπικά ή οικονομικά τους ζητήματα, ή δεν μπορούν να κατανοούν, να εκφράζουν ή να ενεργούν βάσει αυτών των αποφάσεων και, κατά συνέπεια, δεν μπορούν να προστατεύσουν τα συμφέροντά τους. Η ανικανότητα μπορεί να οφείλεται είτε σε διανοητική/ψυχική αναπηρία είτε σε νόσο είτε σε άλλον παρεμφερή λόγο.

- **Σύσταση Rec (2004)10 της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης προς τα κράτη μέλη σχετικά με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές** (Επιτροπή Υπουργών/22 Σεπτεμβρίου 2004). Η Σύσταση αποτελεί πλήρες κείμενο και ιδιαίτερης σημασίας αν και δεν είναι δεσμευτικό. Ενσωματώνει στις διατάξεις της τη νομολογία του Δικαστηρίου

Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αλλά και άλλα σημαντικά κείμενα τα οποία όμως αποτελούν δεσμευτικά. Περιλαμβάνει 38 συνολικά διατάξεις με τη γενικά ονομασία «Κατευθυντήριες Γραμμές» και εν τέλει αποσκοπεί στην ενίσχυση της προστασίας της αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, κυρίως εκείνων που υπόκεινται σε ακούσια νοσηλεία ή ακούσια θεραπεία.

- **Σύσταση (2009)11 της Επιτροπής των Υπουργών στα κράτη μέλη για τις αρχές σχετικά με τα διαρκή πληρεξούσια και τις οδηγίες εκ των προτέρων για την ανικανότητα.** Υιοθετήθηκε από την Επιτροπή Υπουργών στις 9 Δεκεμβρίου 2009 και αφορά τα άτομα που στερούν τα δικαιοπρακτικής ικανότητας. Δικαιοπρακτική ικανότητα είναι η ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει νομικά έγκυρες αποφάσεις και να συνάπτει δεσμευτικές συμβατικές σχέσεις. Καθιστά το άτομο υποκείμενο δικαίου και κάτοχο νόμιμων δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Η δικαιοπρακτική ικανότητα έχει μεγάλη σημασία, διότι επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής, από την επιλογή του τόπου κατοικίας έως το εάν το άτομο θα παντρευτεί και ποιον, αλλά και από την υπογραφή συμβάσεων εργασίας έως το δικαίωμα ψήφου.

5) **Σχέδιο Δράσης του Συμβουλίου της Ευρώπης.** Κείμενο του Συμβουλίου της Ευρώπης που αφορά μεταξύ άλλων και τα άτομα με ψυχική αναπηρία είναι το **Σχέδιο Δράσης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προώθηση των δικαιωμάτων και της πλήρους συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία: βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής των ατόμων με αναπηρία στην Ευρώπη: 2006-2015**, το οποίο αποτελεί συνέχεια της στρατηγικής που είχε αναπτυχθεί με την Υπουργική Δήλωση της Μάλαγας σχετικά με τα Άτομα με Αναπηρία «Προοδεύοντας προς την πλήρη συμμετοχή ως πολίτες». Βασικός στόχος του Σχεδίου Δράσης είναι να επέλθει η πλήρης συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία, εντάσσοντας τελικά τα ζητήματα αναπηρίας σε όλους τους τομείς πολιτικής.

4.4.2.2 Ευρωπαϊκή Ένωση¹²²

Η Ευρωπαϊκή Ένωση και το ευρωπαϊκό δίκαιο προσεγγίζει το θέμα της αναπηρίας και της ψυχικής αναπηρίας υπό την οπτική των διακρίσεων. Έτσι, με το άρθρο 13 της Συνθήκης του Άμστερνταμ το 1999 οι αρμοδιότητες της Ε.Ε. διευρύνθηκαν και περιλαμβάνουν έκτοτε την καταπολέμηση των διακρίσεων, μεταξύ άλλων, λόγω αναπηρίας. Με νομική βάση το άρθρο 13, εκδόθηκαν σημαντικές Οδηγίες που εξειδίκευσαν το θεσμικό πλαίσιο για την καταπολέμηση των διακρίσεων. Οι διακρίσεις λόγω αναπηρίας απαγορεύονται σύμφωνα με

την Οδηγία 2000/78/EK του Συμβουλίου, της 27ης Νοεμβρίου 2000 για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία (EE L 303 της 2.12.2000, σ. 16).

Η προστασία από τις διακρίσεις έγινε ακόμη ισχυρότερη με την θέση σε ισχύ της Συνθήκης της Λισαβόνας και την εξίσωση της νομικής ισχύος του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τα πρωτογενή ευρωπαϊκά κείμενα. Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαγορεύει κάθε διάκριση λόγω αναπηρίας (άρθρο 21), ενώ αναγνωρίζει το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία να επωφελούνται από μέτρα που θα τους εξασφαλίζουν την αυτονομία, την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή στον κοινωνικό βίο (άρθρο 26).

Επιπλέον, στις 5 Ιανουαρίου 2011 κυρώθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία, η οποία πλέον αποτελεί και μέρος του ευρωπαϊκού δικαίου και δεσμεύει όλα τα ευρωπαϊκά όργανα αλλά και την Ευρωπαϊκή Ένωση στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της. Η Σύμβαση αποτελεί την πρώτη συνολική συνθήκη για τα ανθρώπινα δικαιώματα, που κυρώνεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και συνεπάγεται πως και σε επίπεδο ευρωπαϊκής θεώρησης και πολιτικής, το κοινωνικό μοντέλο για την αναπηρία είναι εκείνο που επικρατεί.

Πέρα από τις διατάξεις για την καταπολέμηση των διακρίσεων, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει επίσης δεσμευτεί για την ανάληψη δράσεων προκειμένου να εξαλειφθούν όλα τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία μέσα από την **Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την Αναπηρία 2010-2020**: «Ανανέωση της δέσμευσης για μια Ευρώπη χωρίς εμπόδια». Η στρατηγική εστιάζει σε οκτώ βασικούς τομείς δράσης και προσδιορίζονται οι βασικές ενέργειες και ο στόχος για καθέναν από αυτούς. Αυτοί είναι: Προσβασιμότητα σε αγαθά και υπηρεσίες, Συμμετοχή στην κοινωνία, απασχόληση, εκπαίδευση και κατάρτιση, κοινωνική προστασία, υγεία, εξωτερική δράση.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναγνωρίζοντας την ειδική σημασία της ψυχικής υγείας παρουσίασε το 2005 την Πράσινη Βίβλο με τίτλο «**Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού - Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση**». Τα βασικά σημεία στα οποία εστίασε η πράσινη Βίβλος ήταν η προαγωγή της ψυχικής υγείας για όλους, η αντιμετώπιση της κακής ψυχικής υγείας μέσω της προληπτικής δράσης, η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων με κακή ψυχική υγεία ή αναπηρία μέσω της κοινωνικής ένταξης και προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειάς τους και η ανάπτυξη συστήματος ενημέρωσης, έρευνας και επιμόρφωσης σχετικά με την ψυχική υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Πιο πρόσφατα, η διάσκεψη υψηλού επιπέδου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής «Μαζί για την Ψυχική Υγεία και την Ευημερία» που διοργανώθηκε στις Βρυξέλλες στις 12-13 Ιουνίου 2008 κατέληξε στο «**Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την ψυχική Υγεία και την Ευημερία**» το οποίο αναγνωρίζει την ψυχική υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα, που δίνει την δυνατότητα στους πολίτες να απολαμβάνουν την ευεξία, την ποιότητα ζωής και την υγεία και αναγνωρίζεται η ύπαρξη ανάγκης ενεργοποίησης και αξιοποίησης της εμπειρίας των ανθρώπων που έχουν βιώσει προβλήματα ψυχικής υγείας και την ανάληψη ενεργού ρόλου τους στο σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων. Οι πέντε τομείς προτεραιότητας του Συμφώνου είναι:

1. Πρόληψη της κατάθλιψης και των αυτοκτονιών
2. Ψυχική Υγεία στους Νέους και Παιδεία
3. Ψυχική Υγεία στους Χώρους Εργασίας
4. Ψυχική Υγεία των Ηλικιωμένων
5. Καταπολέμηση του Στιγματισμού και του Κοινωνικού Αποκλεισμού

Ειδικά σε ό, τι αφορά τον στιγματισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό αυτοί αναγνωρίζονται τόσο ως παράγοντες κινδύνου όσο και ως συνέπειες των ψυχικών διαταραχών, που μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρές επιπτώσεις στην αναζήτηση βοήθειας. Οι προτεινόμενες δράσεις εστιάζουν:

- Υποστήριξη εκστρατειών κατά του στιγματισμού και δραστηριοτήτων όπως στα μέσα ενημέρωσης, τα σχολεία και τον χώρο εργασίας για την προώθηση της ενσωμάτωσης των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές.
- Ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας που είναι ενταγμένες στην κοινωνία, θέτουν το άτομο στο επίκεντρο και λειτουργούν με τρόπο που αποφεύγει τον στιγματισμό και τον αποκλεισμό.
- Προώθηση της ένταξης στην κοινωνία των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβάνοντας την βελτίωση της πρόσβασης τους σε αξιοπρεπή εργασία, κατάρτιση και εκπαιδευτικές ευκαιρίες.
- Εμπλοκή των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, των οικογενειών τους και των θεραπόντων σε σχετικές πολιτικές διαδικασίες και διαδικασίες λήψης αποφάσεων.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, λαμβάνοντας υπόψη την Πράσινη Βίβλο της Επιτροπής, το «Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και Ευημερία», τη «Σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες» καθώς επίσης και τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ένωσης, ενέκρινε, τον Φεβρουάριο του 2009, το Ψήφισμα 53 με το οποίο κάλεσε τα κράτη μέλη να αναπτύξουν σύγχρονη νομοθεσία για

την ψυχική υγεία, η οποία θα πρέπει να είναι συνεπής με τις διεθνείς υποχρεώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα, να κωδικοποιεί και να παγιώνει τις βασικές αρχές, αξίες και σκοπούς της πολιτικής για την ψυχική υγεία.

Το Συμβούλιο, τον Ιούνιο του 2011 στο Λουξεμβούργο, αφού επανεξέτασε την εφαρμογή του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία και Ευημερία, αναγνώρισε ότι οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν αναπηρία και κάλεσε τα κράτη μέλη να λάβουν μέτρα κατά του στιγματισμού, του αποκλεισμού και των διακρίσεων κατά ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και να προωθούν την κοινωνική ένταξή τους και την πρόσβασή τους στην εκπαίδευση, την κατάρτιση, τη στέγαση και την εργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Μεταρρύθμιση σημαίνει μετασχηματισμός, καινοτομία, βελτίωση, μετατροπή. Ο όρος ψυχιατρική μεταρρύθμιση αφορά την γενικότερη τροποποίηση των θεσμικών και δομικών στοιχείων τα οποία καθορίζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μιας χώρας και επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα και στο οικογενειακό του περιβάλλον με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Συγκεκριμένα, η μεταρρύθμιση στην ψυχική υγεία αφορά το νομικό, το διαχειριστικό, το οργανωτικό και το διοικητικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών. Αυτοί οι τομείς είναι, που καθορίζουν τη μορφή και την ποιότητα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση τους όμως απαιτεί ιδεολογικές ζυμώσεις εκ των βάσεων και όχι απλά κρατικές επιλογές, αλλιώς ο στόχος δεν μπορεί να επιτευχθεί και παραμένει μία ουτοπία.^{128,129}

Σημαντική πτυχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αποτελεί το πέρασμα από την περίθαλψη ασυλικού τύπου και του παραδοσιακού ψυχιατρικού ιδρύματος, στην περίθαλψη και αποκατάσταση σε κοινοτικό επίπεδο. Σκοπός είναι η συρρίκνωση ή και η κατάργηση των ψυχιατρείων και η «αποασυλοποίηση» με την παράλληλη μετακίνηση των ψυχικά ασθενών σε υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα, με στόχο την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση και την κοινωνική τους ενσωμάτωση (κέντρα ψυχικής υγείας, ευέλικτες στεγαστικές και θεραπευτικές δομές, μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης κ.α.).¹³⁰⁻¹³²

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση λοιπόν, έχει να κάνει με την αλλαγή στον τρόπο, τον τόπο και τον χρόνο παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η αλλαγή στον τρόπο αναφέρεται στην αλλαγή των στάσεων, των συμπεριφορών και των αντιλήψεων στον χώρο των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας αλλά και στην κοινότητα. Η αλλαγή του τόπου έχει να κάνει με τη μετάβαση από την ιδρυματικού τύπου περίθαλψη, σε εκείνη που πραγματοποιείται στα πλαίσια του Γενικού Νοσοκομείου και η αλλαγή στον χρόνο σημαίνει έγκαιρη παρέμβαση και συνέχεια στην φροντίδα.¹³³

5.2 ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (-1996) & Ο ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ [ΕΟΚ] 815/84

Η Ελλάδα, σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, καθυστέρησε αισθητά να κινηθεί προς την κατεύθυνση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Χαρακτηριστικό είναι ότι, ενώ στην Ευρώπη τα ψυχιατρεία άρχισαν να κλείνουν, στην Ελλάδα ιδρύεται το 1957 το ψυχιατρικό νοσοκομείο στη Λέρο ως «Αποικία Ψυχοπαθών», όπου κυριαρχεί η ψυχιατρική στις πιο ακραίες βιολογικές-σωματικές προσεγγίσεις της απέναντι στους ασθενείς. Οι απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης, ο κοινωνικός περιορισμός και οι βίαιες πρακτικές κατά των ασθενών για κανέναν λόγο δεν θα μπορούσαν να χαρακτηρίσουν ένα τέτοιο άσυλο ως τόπο θεραπείας, αλλά ως χώρο αποθήκευσης και φύλαξης «ανθρώπινων ψυχών». ^{134,135}

Η δημόσια ψυχιατρική περίθαλψη στηριζόταν μέχρι και το 1970 κυρίως σε εννέα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ιδρυματικού χαρακτήρα, όπου φιλοξενούνταν εκατοντάδες ασθενείς υπό άθλιες συνθήκες και μεγάλο συνωστισμό, ενώ οι θεραπευτικές μέθοδοι περιορίζονταν σε απομόνωση, καθήλωση, καταστολή, ηλεκτροσόκ, και ψυχοφάρμακα. Η ψυχοθεραπεία και η κοινωνικοθεραπεία ήταν μέθοδοι που δεν εφαρμόζονταν ιδιαίτερα συχνά, καθώς τα ιδρύματα αυτά λειτουργούσαν περισσότερο με βάση τη λογική του εγκλεισμού παρά ως μονάδες με θεραπευτικούς σκοπούς. ^{128,135}

Μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι προσπάθειες οργάνωσης της ψυχιατρικής φροντίδας και αντιμετώπισης της ψυχοπαθολογίας έξω από ένα ασυλικό πλαίσιο, υπήρξαν ελάχιστες και μεμονωμένες. Το 1956 δημιουργήθηκε στην Αθήνα το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, όπου έγινε προσπάθεια εισαγωγής της ψυχαναλυτικής σκέψης και πρακτικής στη λειτουργία μιας εξωνοσοκομειακής δομής. Το 1961 στο Παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο στην Πεντέλη έγινε μια προσπάθεια με σύγχρονα μέσα διάγνωσης και θεραπείας, αλλά απέτυχε λόγω του μη εξειδικευμένου προσωπικού και της παρέμβασης της πολιτείας. Το ίδρυμα Θεοτόκος(οικοτροφείο), που ιδρύθηκε το 1963, προσπάθησε να δώσει βαρύτητα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και έμμεσα στην πρόληψη. Στο Αιγινήτειο νοσοκομείο τις χρονιές 1963 ως 1967 φοιτητές της Ιατρικής σε συνεργασία με κοινωνικούς λειτουργούς χρησιμοποίησαν πιο ανθρώπινες μεθόδους θεραπείας αποφεύγοντας την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, και προσπάθησαν να μην αποκόψουν τους ασθενείς από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Η δικτατορία όμως ανέστειλε τις λίγες αυτές προσπάθειες θέτοντας τροχοπέδη σε κάθε προσπάθεια μεταρρύθμισης. Χαρακτηριστικός ήταν ο νόμος Ν.Δ.104/1972 σχετικά με την εκούσια και ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών, που έδινε έμφαση στο κριτήριο επικινδυνότητάς τους. ¹³⁴

Ψυχιατρικές υπηρεσίες που διαφοροποιήθηκαν από το μοντέλο του ασύλου ήταν το Κέντρο Ημερήσιας Περίθαλψης του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης (1971) και το Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο (1977). Επίσης το 1979 ιδρύθηκε το πρώτο κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής στην χώρα μας, του Βύρωνα-Καισαριανής, με πρωτοβουλία του Μιχάλη Μαδιανού, από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και αποτέλεσε τμήμα του «Αιγινήτειου Νοσοκομείου». Το 1981 δημιουργείται η πρώτη κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου στο νομό Φωκίδας, έχοντας ως πρότυπο το σύστημα της γαλλικής τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την γαλλική ψυχανάλυση. Την ίδια χρόνια οργανώνεται το πρώτο ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής, με μαζική συμμετοχή, που απετέλεσε έναν ιστορικό σταθμό ιδεολογικής και πολιτικής ζύμωσης των νέων ρευμάτων της ψυχιατρικής στην Ευρώπη, σε σχέση με την Ελλάδα καθώς και την πρώτη οργανωμένη καταγγελία από εργαζόμενους ψυχιάτρους και ψυχολόγους στο ψυχιατρείο της Λέρου της επικρατούσας εκεί ασυλικής αθλιότητας.^{4,134}

Μέχρι και το 1983 στην Ελλάδα λειτουργούσαν εκτός από τα εννέα δημόσια ψυχιατρεία και 40 ιδιωτικά, με το δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών να είναι υποτυπώδες.¹³⁶ Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ταυτίζονταν με τα άσυλα, ενώ τα ιδρύματα και το προσωπικό (ιατρικό και νοσηλευτικό) συγκεντρωνόταν στα μεγάλα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα τα ψυχιατρεία να χαρακτηρίζονται από υπερ-πληρότητα και μειωμένη ποιότητα υπηρεσιών. Σε συνδυασμό με την ανορθολογική διαχείριση των πόρων καθώς και το ανειδίκευτο προσωπικό, το αποτέλεσμα ήταν η έλλειψη θεραπευτικών στόχων, ο φυσικός περιορισμός των ασθενών και εν τέλει ο στιγματισμός τόσο των ψυχικά ασθενών όσο και των ίδιων των υπηρεσιών. Η ανεπάρκεια λοιπόν, των υφιστάμενων υπηρεσιών, οι μεγάλες αλλαγές στην ψυχιατρική περίθαλψη που είχαν συντελεστεί την δεκαετία του 1970 σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και η ανάγκη να ακολουθήσει η Ελλάδα το παράδειγμα τους ως νέο μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην αλλαγή πορείας σχετικά με την ψυχιατρική περίθαλψη.¹³⁷

Αυτό όμως που έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ήταν η αντίδραση που είχε προκαλέσει το 1983 η δημοσιοποίηση της περίπτωσης του ψυχιατρείου της Λέρου, όπου επικρατούσαν απάνθρωπες συνθήκες βίας και εγκατάλειψης των ψυχικά ασθενών. Στο νησί, με οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έφθασε κλιμάκιο ειδικών της ψυχικής υγείας με επικεφαλής τον καθηγητή Ιβόρ Μπράουν για να αξιολογήσει το άσυλο. Ο Βρετανός οικονομολόγος Alan Maynard που συμμετείχε στο κλιμάκιο ανέφερε χαρακτηριστικά: «το νησί ήταν σα φυλακή, η ποινή ήταν ισόβια και η μοίρα του ασθενή όταν πέθαινε ήταν να φορτωθεί το πτώμα του σε φορτηγάκι και να θαφτεί σε άγνωστο σημείο».

Κατά τον Maynard, το ΚΘΛ (Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου) ήταν «η πιο τρομακτική εμπειρία απ' όλες». Όμως το κλιμάκιο διαπίστωσε παρόμοιες συνθήκες εγκλεισμού και σε άλλα ψυχιατρεία στην Κέρκυρα, το Δαφνί και την Θεσσαλονίκη. Συνολικά, περίπου δέκα χιλιάδες άνθρωποι ανά την Ελλάδα φυτοζωούσαν σε συνθήκες απόλυτης εξαθλίωσης, ξεχασμένοι από όλους. Η επιστημονική ομάδα, έκπληκτη από τις απάνθρωπες συνθήκες που αντίκρισε ζητά από την ελληνική κυβέρνηση την άμεση εξυγίανση του ιδρύματος και τη μεταφορά των τροφίμων στους τόπους καταγωγής τους και σε δομές στην κοινότητα. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι φωτογραφίες γυμνών ασθενών έγιναν πρωτοσέλιδα στον Ευρωπαϊκό τύπο, ενώ έγιναν ειδικά αφιερώματα για το θέμα σε διεθνή περιοδικά. Η άθλια αυτή κατάσταση προκάλεσε την διεθνή κατακραυγή και παράλληλα τον στιγματισμό της Ελλάδας. Οι λόγοι αυτοί λοιπόν, συντέλεσαν στην ανάγκη ανάπτυξης μιας πολιτικής για την ολοκληρωτική αλλαγή του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.^{138,139}

Βασική κατευθυντήρια γραμμή της πολιτικής, ήταν η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα παρέχονταν στην κοινότητα και η ταυτόχρονη αποδυνάμωση του ρόλου των ιδρυμάτων, ως αποκλειστικούς παρόχους ψυχιατρικών υπηρεσιών. Συνοπτικά, η πολιτική της χώρας για την ψυχική υγεία ταυτίστηκε με τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών και την εξάλειψη των αδυναμιών τους και στόχευε στα εξής:

- α) Δημιουργία υπηρεσιών που θα κάλυπταν γεωγραφικά όλη την χώρα.
- β) Αποασυλοποίηση και κοινωνική επανένταξη των χρόνιων ασθενών.
- γ) Ελαχιστοποίηση της συχνότητας και διάρκειας των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέσω της ανάπτυξης κοινοτικών δομών.
- δ) Κατάρτιση προσωπικού σε νέα μοντέλα φροντίδας.¹³⁷

Ξεκινούν έτσι οι προσπάθειες για την αποκατάσταση του ψυχιατρικού συστήματος στην Ελλάδα, με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83) (και ιδιαίτερα το άρθρο 21) που αποτελεί ορόσημο για τη μετάβαση στη φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα ορίζεται ότι η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων και από Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Ένα από τα βασικότερα σημεία του νόμου, αφορά το γεγονός ότι για πρώτη φορά αναφέρεται ο όρος «αποασυλοποίηση». Ο νόμος εκτός των άλλων αποσκοπούσε στη μεταφορά και φροντίδα των ψυχικά ασθενών όχι σε κάποιο απόμακρο σημείο όπως γινόταν παλιότερα, αλλά μέσα στην κοινότητα.¹³⁷

Το 1984 η Ευρωπαϊκή Ένωση (τότε Ε.Ο.Κ.) επέβαλλε τον Κανονισμό 815 με τον οποίο η χώρα έμπαινε σε ένα πενταετές πρόγραμμα μεταρρυθμιστικών δράσεων και το οποίο χρηματοδοτήθηκε με 120 εκατομμύρια ECU (Ευρωπαϊκή Λογιστική Μονάδα). Ουσιαστικά, αυτή ήταν η αφετηρία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα αφού την φροντίδα των ασθενών την αναλαμβάνει το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και το Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου, δυο σύγχρονες μονάδες. Οι βασικοί στόχοι του σχεδίου αυτού διαμορφώθηκαν μέσω δυο προγραμμάτων. Το πρόγραμμα Α περιελάμβανε την ανέγερση, την διαρρύθμιση, την επέκταση και τον εξοπλισμό των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών, ενώ το πρόγραμμα Β στόχευε: α) στη μείωση του αριθμού νέων εισαγωγών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία και στην βαθμιαία αντικατάσταση αυτών από ένα αποκεντρωμένο δίκτυο ψυχιατρικών υπηρεσιών, β) στο να μη καταστούν οι ασθενείς χρόνιοι και ιδρυματοποιημένοι και γ) στην προώθηση της επανένταξης των μακροχρόνιων ασθενών στην κοινωνία.¹³⁷

Παρά το γεγονός ότι οι δράσεις στο πλαίσιο των δύο προγραμμάτων μπορεί να μοιάζουν παρόμοιες, οι στόχοι του Προγράμματος Β απέβλεπαν στην υποστήριξη της δημιουργίας ενός εντελώς νέου συστήματος κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές διαταραχές και μειονεξίες. Πυρήνας αυτού του νέου συστήματος ήταν η αντικατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης, που βασιζόταν στον παθητικό περιορισμό των ασθενών σε ψυχιατρεία, από ένα σύστημα βασισμένο σε μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση, αυτής της ενεργούς αποκατάστασης των ασθενών.¹²⁹

Η εκτέλεση των προγραμμάτων στο πλαίσιο του Κανονισμού 815/84 είχε αρχικά προδιαγραφεί να διαρκέσει έως το τέλος του 1988. Οι δυσκολίες όμως του ελληνικού διοικητικού συστήματος να ανταποκριθεί στο απαιτούμενο έργο, που οφείλονταν κυρίως από τις δυσκίνητες διαδικασίες που ίσχυαν σχετικά με τα δημόσια έργα και, εν μέρει, ιδίως στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στην θεμελιώδη φύση της αλλαγής υπαγόρευαν την επέκταση της χρηματοδότησης για τρία περαιτέρω χρόνια έως την 31η Δεκεμβρίου 1991 με τον Κανονισμό 4130/88 ο οποίος τροποποίησε τον Κανονισμό 815/84 και επέκτεινε το πεδίο εφαρμογής της παρέμβασης. Το Πρόγραμμα Β ολοκληρώθηκε αποτελεσματικά τον Ιούνιο 1995, με εξαίρεση τη δραστηριότητα παρακολούθησης και αξιολόγησης η οποία ολοκληρώθηκε το Μάρτιο του 1996.¹³⁷

Παρά την ανάγκη παράτασης της αρχικής χρηματοδότησης για μία επιπλέον τριετία (1988-1991), ο Κανονισμός 815/84, μαζί με την αναθεώρηση βάσει του Κανονισμού 4130/88, συνέβαλε σημαντικά στην ανάπτυξη ενός δικτύου προληπτικών, θεραπευτικών και

ψυχιατρικών υπηρεσιών και δομών στην κοινότητα ή σε γενικά νοσοκομεία καθώς και στη μείωση των ασθενών μακράς παραμονής στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Επίσης, δημιουργήθηκαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποκεντρωμένες και προσιτές στο κοινό, βελτιώθηκε η ποιότητα της περίθαλψης, αναβαθμίστηκε η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια και αυξήθηκε το προσωπικό των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων.^{128,137}

Είναι σημαντικό να σημειωθεί όμως ότι το 1990, και αφού ο διεθνής διασυρμός της χώρας συνεχίστηκε για τις άσχημες συνθήκες οι οποίες εξακολουθούσαν να επικρατούν ιδιαίτερα στο ψυχιατρείο της Λέρου, διακόπηκε η χρηματοδότηση. Υπό την πίεση των εξελίξεων αυτών, η πολιτική ηγεσία του Υπ. Υγείας και η Ψυχιατρική Κοινότητα κινήθηκαν προς την κατεύθυνση της αποϊδρυματοποίησης. Έως και το 1995 υλοποιήθηκαν τα προγράμματα αποασυλοποίησης ΛΕΡΟΣ Ι και ΙΙ με χρηματοδότηση από την Ε.Ε. και με βασικές αρχές τον εξανθρωπισμό των συνθηκών διαβίωσης στο ψυχιατρείο της Λέρου και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών. Το αποτέλεσμα (εκτός των Ξενώνων στην Ηπειρωτική χώρα) ήταν η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στις ενδονοσοκομειακές δομές, η δημιουργία εξωνοσοκομειακών διαμερισμάτων και η λειτουργία των άτυπων Συνεταιριστικών Θεραπευτικών Μονάδων (Σ.ΘΕ.Μ.).¹⁴⁰

Αναφορά πρέπει να γίνει και στο νόμο Ν.2071/92 του οποίου πολλά άρθρα αναφέρονται στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την εναρμόνιση του νομικού πλαισίου της ψυχιατρικής πρακτικής με τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα. Αποτέλεσε έτσι, και αυτός σημαντική υποστήριξη για την προώθηση της βελτίωσης του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.^{141,142}

Παρόλη την πρόοδο που σημειώθηκε αυτήν την περίοδο, η κατάσταση δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί ιδανική σε καμία περίπτωση, αν και πολύ καλύτερη από ό,τι λίγα χρόνια πριν, αφού δεν έλειψαν τα προβλήματα, οι καθυστερήσεις και η ανεπάρκεια σε πολλούς τομείς της ψυχιατρικής υγείας. Επιπλέον, τα ψυχιατρικά ιδρύματα εξακολουθούσαν να παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της περίθαλψης διατηρώντας στις περισσότερες των περιπτώσεων το χαρακτήρα του ασύλου.¹⁴³

Οι αλλαγές που συντελέστηκαν στο διάστημα 1980-2000 παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 5.1: Αλλαγές στην Ψυχική Υγεία κατά το διάστημα 1980-2000.¹³⁷

Παροχές Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	1980	2000
Χρόνιοι Ασθενείς στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (διαθέσιμες κλίνες)	5.677	2.922
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (κλίνες)	16	361
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	6	28
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	8	36
Κέντρα Ημέρας / Εργαστήρια / Συνεταιρισμοί / Ξενώνες / Οικοτροφεία	40	4.317

5.3 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

5.3.1 Γενικά

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το τέλος της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκτόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός».¹³⁷ Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.¹³⁶

Ο αρχικός δεκαετής προγραμματισμός πραγματοποιήθηκε το 1997 και αφορούσε δυο διαδοχικές περιόδους: 1997-2001 (Α' φάση Ψυχαργός) και 2001-2006 (Β' φάση Ψυχαργός). Οι βασικοί στόχοι του σχεδίου ήταν α) η αποασυλοποίηση των ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και η επιστροφή τους στους τόπους από τους οποίους προέρχονταν, ώστε να μη στερούνται την οικογένεια τους, τον κοινωνικό τους περίγυρο, την αυτονομία τους και την ιδιότητα τους ως πολίτες και β) η δημιουργία δομών στη κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της ψυχικής υγείας. Το νέο δίκτυο υπηρεσιών θα διαμορφωνόταν σε περιφερειακή βάση και θα εξειδικευόταν σε επίπεδο νομού και τομέα. Η ελληνική επικράτεια αποτελείται από Τομείς Ψυχικής Υγείας, με κάθε νομό να είναι ένας Τομέας, εκτός από νομούς με μικρό πληθυσμό που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με πολυπληθέστερο νομό. Οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης αποτελούνται από περισσότερους Τομείς, ενώ περιλαμβάνουν Τομείς με ειδικευση σε παιδιά και εφήβους.^{129,137}

Ο δεύτερος στόχος τροποποιήθηκε στη πορεία, εξαιτίας των καταστροφών που προκάλεσε ο σεισμός της 7ης Σεπτεμβρίου 1999, όπου μεγάλο ποσοστό του αρχικού προϋπολογισμού που κατευθυνόταν προς τη δημιουργία νέων δομών διατέθηκε για την αποκατάσταση του 80% των κτιριακών υποδομών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Στο τέλος της Α' φάσης πραγματοποιήθηκε η πρώτη αναθεώρηση του προγράμματος

για τη περίοδο 2001-2010, ενώ η δεύτερη προβλεπόταν στο τέλος της Β' φάσης (2006) για τη περίοδο 2006-2015. Για να εφαρμοστεί και να υλοποιηθεί το πρόγραμμα, θεσπίστηκε ο νόμος 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», ώστε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και αφορούσε την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και τη σύσταση και λειτουργία μονάδων ψυχικής υγείας (ΦΕΚ96Α).¹³⁷

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» περιλαμβάνει την υλοποίηση δράσεων σε όλη την Ελλάδα με σκοπό την πρόληψη, την φροντίδα, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχική νόσο καθώς και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα όπως ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Το πρόγραμμα περιέχει μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όπως ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα με στόχο τον αποϊδρυματισμό πασχόντων με μακρά παραμονή στα ψυχιατρεία της χώρας. Παράλληλα δραστηριοποιείται και στα Γενικά Νοσοκομεία αναπτύσσοντας Ψυχιατρικούς Τομείς αλλά και κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας όπως Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα.¹⁴⁴

5.3.2 Η Α' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2000-2001)

Η Α' φάση του προγράμματος υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001 και 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 συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο σε ποσοστό 80% και από το Ελληνικό Δημόσιο σε ποσοστό 20%.^{129,137}

Η Α' φάση εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη την Ελλάδα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Μάλιστα, για πρώτη φορά ψυχιατρικά νοσοκομεία και γενικά περιφερειακά ή νομαρχιακά νοσοκομεία συνεργάστηκαν, για τις παρεμβάσεις αποασυλοποίησης.⁴

Τα αποτελέσματα αυτής της φάσης του προγράμματος ήταν τα εξής:

- Δημιουργία 49 ξενώνων και 6 οικοτροφείων αποασυλοποίησης.
- Δημιουργία 71 εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά ασθενών.
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών.
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων και στελεχών των νέων δομών.
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.⁴

Άλλες δράσεις της Α΄ φάσης αφορούσαν την αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο» (Πρόγραμμα Άμεσης Υποστήριξης «Δρομοκαΐτειου») και την έναρξη λειτουργίας μικρού αριθμού μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομά, μουσουλμάνους, πρόσφυγες) καθώς και μικρού αριθμού Κέντρων Ημέρας. Επίσης, συμπεριελήφθησαν υποδομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε 6 νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν την περίοδο 1997-2001.¹⁴⁵ Στο πλαίσιο της Α΄ φάσης του «Ψυχαργός» εγκρίθηκε η δημιουργία και λειτουργία Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύκωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων του προγράμματος. Ο στόχος της Μονάδας ήταν να συμβάλλει στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και να υποστηρίξει την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης.¹²⁹ Οι μονάδες που εξυπηρετούσαν την ψυχική αποκατάσταση μέχρι και το τέλος της πρώτης φάσης, ήταν: 92 ξενώνες αποασυλοποίησης/αποκατάστασης, 13 οικοτροφεία αποασυλοποίησης/ αποκατάστασης, 94 προστατευόμενα διαμερίσματα και 3 ενδονοσοκομειακοί ξενώνες αποκατάστασης.¹³¹

5.3.3 Η Β΄ φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2002-2010)

Η Β΄ φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» συνέπεσε με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και αφορούσε την ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Ο στόχος με τις δομές αυτές ήταν η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών σχεδιάστηκε με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δόθηκε έμφαση στον αποϊδρυματισμό (με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη ασθενών μακράς παραμονής στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας) καθώς και στην πρωτοβάθμια φροντίδα, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου.⁴

Παρακάτω παρατίθενται οι Μονάδες όλης της χώρας που είχε στόχο το πρόγραμμα για ανάπτυξη και επέκταση της ψυχιατρικής φροντίδας:

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά και Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε γενικά νοσοκομεία τα οποία περιλαμβάνουν Κλασσικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων Περιστατικών.
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
- Μονάδες Άμεσης Παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε γενικά νοσοκομεία.
- Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου. Περιλαμβάνουν κέντρο ημέρας, ξενώνα, κέντρο παρέμβασης στην κρίση, κέντρο εκπαίδευσης και έρευνας.
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (νησιά και απομακρυσμένες περιοχές).
- Κέντρα ημέρας για ενήλικες, εφήβους ή παιδιά.
- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής συνδεδεμένη με ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα.
- Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.
- Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την οικογένεια.
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου.
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- Κέντρα αντιμετώπισης της νόσου του Αλτσχάιμερ.
- Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του αρθ.69 του Ποινικού Κώδικα(σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης).
- Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) ισάριθμοι με τους Τομείς Ψυχικής Υγείας.
- Για τον πληθυσμό εκείνων των ασθενών που μπορούν να λειτουργούν αυτοτελώς μέσα στο κοινωνικό σύνολο προβλέπονταν ξενώνες και προστατευόμενα

διαμερίσματα σε συνοικίες. Σε κάθε μια από τις δομές αυτές η διεπιστημονική μονάδα προσαρμόζει τα πρότυπα λειτουργίας της ώστε κάθε φορά να επιτυγχάνεται η μέγιστη εξυπηρέτηση των ενοίκων τους.¹²⁹

Η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργός» αφορούσε την τετραετία 2002-2006 και περιγράφεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σύμφωνα με αυτό, αν και κατά την πρώτη περίοδο του προγράμματος σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές και αναπτύχθηκε η τεχνογνωσία, παράλληλα προέκυψαν και αρκετές αδυναμίες στο σύνολο του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως:

- Το γεγονός ότι η μακρόχρονη λειτουργία του μοντέλου κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης είχε δημιουργήσει μία πραγματικότητα που δυσκόλευε την πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.
- Η ανεπάρκεια σε δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας οδηγούσαν στην μη κάλυψη των αναγκών μέρους των ψυχικά ασθενών με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να οδηγούνται σε κλειστές ψυχιατρικές δομές.
- Το γεγονός ότι οι υποδομές σε ορισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία (όπως το ΨΝ Αττικής) ήταν πεπαλαιωμένες.
- Το γεγονός ότι ο τομέας Ψυχικής Υγείας δεν διέθετε ακόμα ικανό αριθμό εξειδικευμένων στελεχών για να ολοκληρώσουν την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών.¹³⁷

Με βάση τις παραπάνω αδυναμίες, καθορίστηκαν οι στρατηγικοί στόχοι για την δεύτερη φάση του προγράμματος που ήταν: α) η αποασυλοποίηση, η ανάπτυξη ειδικών δράσεων κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, στο Δαφνί και πιθανόν σε άλλους φορείς με συναφή προβλήματα και η συνέχιση της ειδικής δράσης στο Ψυχιατρείο της Λέρου, β) η κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις απαιτήσεις των νεοσυσταθέντων δομών και τις απαιτήσεις της μεταρρύθμισης αλλά και γενικότερα η διαμόρφωση μιας ανθρωποκεντρικής αντίληψης των επαγγελματιών αυτών για τον ψυχικά ασθενή καθώς και γ) η ανάπτυξη υποδομών στην κοινότητα, για την ενίσχυση της πρόληψης και τον περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.¹³⁷

Για την λειτουργία των νέων κοινοτικών δομών προβλέπονταν θέσεις απασχόλησης, όπως παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 5.2: Προβλεπόμενες θέσεις απασχόλησης στις νέες κοινοτικές δομές μέχρι το 2010.¹³⁷

Ειδικότητα	Θέσεις Απασχόλησης για Στελέχωση Νέων Δομών, ως το 2010
Ψυχίατροι	886
Παιδοψυχίατροι	197
Ψυχολόγοι	922
Κοινωνικοί Λειτουργοί	635
Νοσηλεύτες	4589
Άλλοι Επαγγελματίες Υγείας	615
Παιδαγωγοί	175
Διοικητικό Προσωπικό	283
Λοιπό Βοηθητικό Προσωπικό	2498

Ο συνολικός προϋπολογισμός του προγράμματος για την δεκαετία 2001-2010 εκτιμήθηκε στο ποσό των 250 δισεκατομμυρίων δραχμών από τις πηγές χρηματοδότησης που παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 5.3: Προϋπολογισμός του προγράμματος για την περίοδο 2001-2010.¹³⁷

Πηγή Χρηματοδότησης	Προϋπολογισμός (σε δραχμές)
Γ' Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης	72 δις
Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων	25 δις
Τακτικός Προϋπολογισμός	108 δις
Κοινωνική Ασφάλιση	45 δις
Σύνολο	250 δις

Σχετικά με την καταπολέμηση του στίγματος, κατά την δεύτερη φάση του «Ψυχαργώς» η Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης εξέδωσε (2004) ένα εγχειρίδιο με τίτλο «Μεθοδολογία κοινωνικής ευαισθητοποίησης & καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο». Το εγχειρίδιο αποτέλεσε την βάση για τους στόχους, τις ενέργειες και τις μεθόδους υλοποίησης, που θα αναλάμβαναν να πραγματοποιήσουν οι φορείς. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν δράσεις με στόχο τη μείωση του στίγματος, όπως η καμπάνια του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας «Αντι-Στίγμα».¹³⁷

Η προαγωγή της πρόληψης ενισχύθηκε με την ανάπτυξη πρωτοβάθμιων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, ώστε αυτές να λειτουργήσουν ως ασπίδα προστασίας για τους ψυχικά ασθενείς και την κοινότητα συνολικά. Παράλληλα, οι υπηρεσίες αυτές θα συντελούσαν στην αποφυγή του εγκλεισμού και της ιδρυματοποίησης.¹²⁹ Βασικός άξονας της μεταρρύθμισης, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, αποτέλεσε η εκπαίδευση του προσωπικού που θα στελέχωνε τις νέες δομές. Η κατάρτιση σε νέα μοντέλα φροντίδας αλλά και η αλλαγή της

κουλτούρας που είχε διαμορφωθεί στα άσυλα, υπήρξαν σημαντικοί στόχοι του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια» και του «Ψυχαργός». Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 153 προγράμματα κατάρτισης.¹³⁷

Στον πίνακα 5.4 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στόχοι που είχαν τεθεί για το τέλος του προγράμματος «Ψυχαργός» (2010) για κάθε κατηγορία δομής, με βάση τις υπηρεσίες που υπήρχαν κατά τη λήξη της πρώτης φάσης της προγράμματος (2001). Συγκεκριμένα, περιλαμβάνονται οι δομές που υπήρχαν το 2001, οι δομές που έπρεπε να αναπτυχθούν μέσα στη δεκαετία, ο αριθμός των δομών που έπρεπε να υπάρχουν το 2010 (στόχος), οι δομές που υλοποιήθηκαν και ο αριθμός των δομών που εν τέλει υπήρχαν το 2010 (επίτευξη). Με βάση τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ο βαθμός επίτευξης του αρχικού στόχου για το έτος 2010.

Πίνακας 5.4: Δομές Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια.¹³⁷

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001 (τιμή βάσης)	υλοποίηση 10ετίας (στόχος)	2010 (στόχος)	υλοποίηση 10ετίας (επίτευξη)	2010 (επίτευξη)	Επίτευξη στόχου 2001-2010	
						αριθμός	%
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία*	9	-5	4	-6	3	-1	125%
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά και Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		75	75	41	41	-34	54,67%
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων				30	30		
Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων**				11	11		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	28	52	80	6	34	-46	42,5%%
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα***	22	51	73		10		
Κινητές Μονάδες	6	34	40	21	27	-13	67,50%
Κέντρα Ημέρας	18	24	42	22	40	-2	95,24%
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	196	211	407	234	430	23	105,65%
Ξενώνες	95		170		88	-82	51,76%
Οικοτροφεία	16		130		116	-14	89,23%
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	85		107		226	121	211,21%
Κέντρα/ Μονάδες Κοινωνικής- Επαγγελματικής Επανάταξης	102	46	148	0	102	-46	68,92%
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		5	5	9	9	4	180%
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		35	35	0	0	-35	0,00%
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		15	15	0	0	-15	0,00%
Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί- ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.		55	55	18	18	-37	32,73%
Μονάδα κατ' οίκον Νοσηλείας			✓		1	1	
Μονάδα Αυτισμού για παιδιά			✓		2	2	
*Περιλαμβάνει τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που βρίσκονται σε πλήρη λειτουργία. Επιπλέον λειτουργεί και το Πανεπιστημιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αιγινήτειο το οποίο δεν διαθέτει τμήμα χρόνιων ασθενών							
** Δεν αναφέρεται στην πρώτη αναθεώρηση του Ψυχαργώς (ΥΓΚΑ 2001) ούτε η τιμή βάσης κατά το 2001, ούτε και ο αριθμός- στόχος για τη δημιουργία Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία. Δεν είναι λοιπόν δυνατός ο υπολογισμός του ποσοστού επίτευξης.							
***Σύμφωνα με την πρώτη αναθεώρηση του Ψυχαργώς (ΥΓΚΑ, 2001) τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα της χώρας το 2001 ήταν 22. Ωστόσο, σύμφωνα με στοιχεία που δόθηκαν από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ο αριθμός τους το 2010 ανέρχεται στα 10 (δεν έχουν συμπεριληφθεί τα κέντρα ψυχικής υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και εφήβους). Δεν είναι λοιπόν δυνατός ο υπολογισμός του ποσοστού επίτευξης.							
✓ Σε αυτές τις περιπτώσεις οι δομές που δημιουργήθηκαν δεν προβλέπονταν στον αρχικό σχεδιασμό και ως εκ τούτου δεν υπολογίζεται ο βαθμός επίτευξης τους όπως στις άλλες περιπτώσεις							

Από τον πίνακα 5.4 φαίνεται ότι τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται για τις μονάδες αποκατάστασης: προστατευόμενα διαμερίσματα (211,21%) και οικοτροφεία (89,23%), για τα κέντρα ημέρας (95,24%) και τα κέντρα αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer (180%). Αντίθετα το ποσοστό επίτευξης των στόχων είναι σε ορισμένες περιπτώσεις μηδενικό όπως

για τα κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης από εξαρτησιογόνες ουσίες και αλκοόλ, ενώ τα ποσοστά επίτευξης είναι αρκετά μικρά για τα κέντρα ψυχικής υγείας (42,5%) και τους κοινωνικούς συνεταιρισμούς (32,73%).

Από τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Σημαντική έλλειψη σε δομές και υπηρεσίες που έχουν να κάνουν με ειδικές κατηγορίες ασθενών: άτομα στο ευρύτερο φάσμα του αυτισμού, άτομα με διπλές διαγνώσεις, διατροφικές διαταραχές, νοητική υστέρηση κλπ.
- Έλλειψη στεγαστικών δομών για παιδιά και εφήβους, αν και προβλεπόταν η δημιουργία τους.
- Σχετικά με τα κέντρα ψυχικής υγείας, ο στόχος επιτεύχθηκε μερικώς παρότι ο αρχικός σκοπός ήταν να αποτελέσουν την βάση του νέου συστήματος.
- Σημαντική έλλειψη στις μονάδες επαγγελματικής επανένταξης των ασθενών και στους Κοι.Σ.Π.Ε. (Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης) κάτι που αναγάγει την αποασυλοποίηση σε «μεταφορά» των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην κοινότητα, χωρίς να σημαίνει την κοινωνική επανένταξη τους.¹³⁷

Συμπερασματικά, το σύστημα ψυχικής υγείας που διαμορφώθηκε στη Β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός», σημείωσε αξιόλογη πρόοδο, χωρίς όμως να απουσιάζουν οι αδυναμίες και ελλείψεις. Το κλείσιμο των ψυχιατρείων και η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτέλεσαν τις κύριες και πιο θετικές αλλαγές. Παρόλα αυτά, το σύστημα παρουσίαζε σημαντικά προβλήματα σε δομές και λειτουργίες του. Χαρακτηριζόταν από την ανεπάρκεια υπηρεσιών σε συγκεκριμένες περιφέρειες της χώρας και σε συγκεκριμένες κατηγορίες υπηρεσιών (π.χ. για παιδιά και εφήβους) αλλά και την έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα οι χρήστες να μην κατανοούν τις υπηρεσίες και τον τρόπο εισαγωγής τους αλλά και διαδρομής τους μέσα στο σύστημα. Η λειτουργία των υπηρεσιών παρουσίαζε σημαντικές ιδιομορφίες και παρατυπίες σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και τον ρόλο των εκάστοτε δομών. Φαίνεται λοιπόν, ότι κατά την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα έπρεπε να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα σε διαδικασίες που θα εξασφάλιζαν την ολοκληρωμένη, συντονισμένη και επαρκή παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.¹³⁷

5.3.4 Σύμφωνο Spidla (2009)

Η ασυνέχεια στην χρηματοδότηση των κοινοτικών δράσεων ψυχικής υγείας και η αδυναμία υλοποίησης του προγράμματος Β΄ «Ψυχαργός», είχε σαν συνέπεια την παρέμβαση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τη σύναψη Συμφώνου μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης το 2009. Το Σύμφωνο Spidla περιελάμβανε συγκεκριμένα σημεία, στα οποία έπρεπε να υπάρξουν δράσεις από το μέρος της Ελληνικής Κυβέρνησης και σχέδιο εφαρμογής τους. Οι προϋποθέσεις αυτές ήταν αναγκαίες, ώστε να προχωρήσει το επόμενο πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που υλοποιείται από το πρόγραμμα Ε.Σ.Π.Α.¹³⁶

Στο Σύμφωνο τονιζόταν μεταξύ άλλων η σημασία της αφοσίωσης τόσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσο και των Ελληνικών αρχών στην φιλοσοφία, τις αρχές και τους στόχους του προγράμματος «Ψυχαργός» και η δέσμευση των Ελληνικών αρχών να εξασφαλίσουν την πλήρη στελέχωση των δομών που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του «Ψυχαργός» και να προγραμματίσουν έγκαιρα τη στελέχωση των νέων δομών που επρόκειτο να δημιουργηθούν. Συγκεκριμένα, μέχρι το τέλος του 2009 θα έπρεπε να έχουν προσληφθεί 100 γιατροί (ψυχίατροι και παιδοψυχίατροι) και 800 λοιποί επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Επίσης, κρίθηκε απαραίτητη η δέσμευση των Ελληνικών αρχών για την ανάπτυξη μιας επαρκούς μεθόδου συλλογής πληροφοριών, που θα παρείχε την δυνατότητα συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης της εφαρμογής του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Σημαντικό σημείο του Συμφώνου αποτέλεσε η εκ μέρους των Ελληνικών αρχών δέσμευση για ανάπτυξη, στήριξη και εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των Κοι.Σ.Π.Ε. καθώς και η αξιολόγηση του προγράμματος «Ψυχαργός» από Ομάδα Διεθνών Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων.¹³⁶

Τα θετικά αλλά και τα αρνητικά σημεία του προγράμματος «Ψυχαργός», όπως καταγράφηκαν το 2010 από διεθνείς εξειδικευμένους εμπειρογνώμονες σύμφωνα με την έκθεση αξιολόγησης που προέβλεπε το Συμφώνου Spidla, ήταν:

Θετικά σημεία:

- Σημαντική αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών προς την κατεύθυνση ενός σύγχρονου μοντέλου κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης.
- Έμφαση στην αποασυλοποίηση με μεγάλη μείωση του αριθμού κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρείων.
- Εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων υπηρεσιών.

- Πληθώρα κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, διαφορετικούς τύπους στεγαστικών δομών, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία, κινητές μονάδες και κέντρα αποκατάστασης.
- Ενεργός προσπάθεια του προσωπικού για την επανένταξη των χρηστών και την επανασύνδεση τους με τις οικογένειες τους.
- Τοπικές κοινωνίες αρχίζουν σταδιακά να αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Θετικές αλλαγές στις στάσεις του προσωπικού: προσανατολισμός στην ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας και έντονη ηγετική δράση.
- Ανάπτυξη των Κοι.Σ.Π.Ε.
- Ενεργή προαγωγή ψυχικής υγείας σε τοπικό και ευρύτερο επίπεδο από Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Μ.Κ.Ο.(μη κυβερνητικές οργανώσεις) και άλλους οργανισμούς.
- Ύπαρξη εκστρατείας αντι-στίγμα με ενδείξεις για πρόοδο στη μείωση του στίγματος.¹³⁶

Αρνητικά σημεία:

- Το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αποσπασματικό, ανεπαρκώς συντονισμένο, συχνά με ανεπαρκή παροχή στον πληθυσμό, και αδύναμες διαδικασίες εφαρμογής της συμφωνημένης πολιτικής και βιαστικό και χωρίς περίσκεψη σχεδιασμό.
- Το σύστημα δεν βασίστηκε σε προσέγγιση με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο.
- Μη ισότιμη ανάπτυξη στις διάφορες περιοχές, αλλά ευκαιριακή ανάλογα με «επιχειρηματικές πρωτοβουλίες» παρά πραγματικές ανάγκες. Σημαντικά τμήματα της χώρας (π.χ. Πελοπόννησος, Δ. Μακεδονία, νησιωτική Ελλάδα) δεν διαθέτουν ούτε τις βασικές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Υπερανάπτυξη του εξειδικευμένου προσωπικού και υπο-ανάπτυξη προσωπικού σε ρόλους υποστήριξης.
- Προβλήματα ηγεσίας και αφοσίωσης και μη ύπαρξη της «κρίσιμης μάζας» των μεταρρυθμιστών, οι οποίοι θα προωθήσουν την μεταρρύθμιση του συστήματος και θα αναπτύξουν νέες πρωτοβουλίες και καινοτομίες.
- Προβλήματα στο συντονισμό των διαφόρων τμημάτων του σχεδιασμού με υπερανάπτυξη ορισμένων από αυτά και υπο-ανάπτυξη άλλων.

- Χάσματα στη φροντίδα ομάδων όπως παιδιά - έφηβοι, τρίτη ηλικία, «αδικημένες ομάδες» (π.χ. αυτισμός, νοητική υστέρηση, αλκοολισμός).
- Μικρή αλληλεπίδραση των διαφόρων τμημάτων του συστήματος με μη ανταποκρινόμενες στους ρόλους τους και ασυντόνιστες υπηρεσίες.
- Απουσία μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.
- Απουσία έρευνας υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.
- Προβλήματα και ρόλος των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, οι οποίες έχουν μόνο συμβουλευτικό χαρακτήρα και ανεπαρκή υποστήριξη, από όπου εκπηγάζει και η αδυναμία τους να φέρουν εις πέρας τα καθήκοντά τους.
- Προβλήματα των τμημάτων εσωτερικής νοσηλείας τα οποία υπερφορτώνονται (ράντζα), ενώ απουσιάζουν τα ειδικά τμήματα νοσηλείας οξέων περιστατικών για τα οποία συχνά είναι απαραίτητη η αναγκαστική νοσηλεία.
- Προβλήματα ποιότητας στις υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας.
- Προβλήματα σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών.
- Μη συμμετοχή των χρηστών και των οικογενειών τους στις αποφάσεις για το σχεδιασμό και την πολιτική ψυχικής υγείας.
- Προβλήματα λόγω των τεσσάρων ξεχωριστών συστημάτων στο χώρο της Ψ.Υ. (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Γενικά Νοσοκομεία, Μ.Κ.Ο., Ιδιωτικός Τομέας αλλά και τα Ασφαλιστικά Ταμεία), τα οποία λειτουργούν ανεξάρτητα και χωρίς συντονισμό μεταξύ τους.¹³⁶

Η επιτροπή αξιολόγησης πρότεινε αλλαγές σχετικά με την βελτίωση των παραπάνω σημείων, αλλά έδωσε ιδιαίτερη σημασία στην ανάγκη δημιουργίας Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας με αποκεντρωμένη διάρθρωση, που θα διοικεί και θα συντονίζει την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.¹³⁶

5.3.5 Η Γ' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2011-2020)

Το 2010 έληξε το δεκαετές πρόγραμμα «Ψυχαργός» Β', στο οποίο βασίστηκε σημαντικά η μεταρρυθμιστική προσπάθεια της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Παρά τις ελλείψεις και τα προβλήματα που συνέχισαν να υπάρχουν, η πρόοδος που σημειώθηκε την δεκαετία 2000-2010 ήταν χαρακτηριστική με τις κοινοτικές δομές να αντικαθιστούν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και με νέα είδη δομών να αναπτύσσονται, ώστε να ανταποκριθούν σε ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών. Τη διετία 2010-2011 δημιουργήθηκαν αρκετές

δυσκολίες και φράγματα στην πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, εξαιτίας της έλλειψης σχεδιασμού και στρατηγικής ως έκφρασης σαφούς πολιτικής βούλησης.¹⁴⁶

Τον Μάιο του 2012 τελικά εγκρίθηκε και δημοσιεύτηκε η απόφαση για την υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργός Γ΄ 2011-2020». Το πρόγραμμα περιλαμβάνει τις στρατηγικές του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας. Ξεκινάει έτσι η Τρίτη φάση του «Ψυχαργός», ως συνέχεια και των προτάσεων που κατατέθηκαν στο Υπουργείο Υγείας από ομάδα εμπειρογνομόνων.^{146,147}

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

1. Του αξιακού υποστρώματος της κοινοτικής ψυχιατρικής.
2. Του προγενέστερου στρατηγικού σχεδιασμού της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός 2001-2009).
3. Του προγενέστερου επιχειρησιακού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
4. Των σημείων του Συμφώνου Spidla.
5. Των αξόνων δράσης του Ε.Σ.Π.Α.
6. Των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Ευρωπαϊκού Συμφώνου Ψυχικής Υγείας.
7. Των αξιολογήσεων και της αποτίμησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Β΄ και των σχετικών προτάσεων εμπλεκόμενων θεσμικών φορέων.
8. Της πολιτικής ψυχικής υγείας που εφαρμόζεται με κοινοτικούς και εθνικούς πόρους.¹³⁶

Με βάση τις παραπάνω παραμέτρους, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ΄ διαρθρώνεται σε πέντε άξονες και εξειδικεύεται με ειδικές δράσεις.

1. Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών: αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα ώστε να καλύψουν το σύνολο των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα.
2. Προαγωγή – Πρόληψη Ψυχικής Υγείας: αναφέρεται στο σχεδιασμό δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και της πρόληψης της κακής ψυχικής υγείας.

3. Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας: αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.
4. Προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, συνηγορία και προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Λ.Υ.Ψ.Υ.) και των οικογενειών τους.
5. Εκπαίδευση – Έρευνα – Νομοθεσία.

Αναλυτικότερα, οι προτάσεις της επιτροπής αφορούν:

- Τη σύσταση Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας με τέσσερες διαφορετικές επιλογές:
 1. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα υπάρχοντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
 2. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα Γενικά Νοσοκομεία
 3. 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.
 4. Ευέλικτα συστήματα με τοπικές παραλλαγές.
- Προτεραιότητα στη λειτουργία των Τομέων Ψυχικής Υγείας 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 στο 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 (Κοι.Σ.Π.Ε.) 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.
- Ηλεκτρονικός Ψυχιατρικός Φάκελος Ασθενή.^{136,146}

Οι άξονες δράσης καθώς και οι ειδικές δράσεις παρουσιάζονται συνοπτικά στον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 5.5: Άξονας δράσης και Ειδικές δράσεις «Ψυχαργώς» Γ'.¹⁴⁶

Άξονας δράσης	Ειδικές δράσεις
1. Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών	1.1 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων.
	1.2 Κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων.
	1.3 Υπηρεσίες για την ψυχική υγεία της παιδικής και εφηβικής ηλικίας.
	1.4 Υπηρεσίες για την ψυχική υγεία της τρίτης ηλικίας.
	1.5 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ειδικές ομάδες ατόμων με ψυχικές διαταραχές.
	1.6 Ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
2. Προαγωγή – Πρόληψη Ψυχικής Υγείας	2.1 Δράσεις πρόληψης της κατάθλιψης.
	2.2 Δράσεις πρόληψης και πρώιμης ανίχνευσης των ψυχιατρικών διαταραχών.
	2.3 Δράσεις έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης στον αυτισμό.
	2.4 Δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία και την εκπαίδευση.
	2.5 Δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης και της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων.
	2.6 Δράσεις προαγωγής ψυχικής υγείας ηλικιωμένων.
	2.7 Δράσεις αγωγής της κοινότητας και καταπολέμησης του στίγματος.
3. Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας	3.1. Τομεοποίηση και Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Περιθαλψής.
	3.2. Παρακολούθηση του Συστήματος Ψυχικής Υγείας.
	3.3. Αξιολόγηση του συστήματος ψυχικής υγείας, Κοινωνική Λογοδοσία και Βελτίωση της Ποιότητας.
	3.4. Ηλεκτρονικός Ψυχιατρικός Φάκελος Ασθενή.
4. Προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, συνηγορία και προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των ΛΥΨΥ και των οικογενειών τους	4.1 Προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
	4.2 Προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους.
5. Εκπαίδευση – Έρευνα – Νομοθεσία	5.1 Εκπαίδευση.
	5.2 Προαγωγή της έρευνας στην ψυχική υγεία.
	5.3 Νομοθετικές αλλαγές και παρεμβάσεις.

Συνολικά και σύμφωνα με την πολιτική για το Ψυχαργώς Γ', από το Ελληνικό κράτος επαληθεύεται η αφοσίωση στη φιλοσοφία, στις αρχές και τους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως αυτή αντικατοπτρίζεται στο Σύμφωνο Spidla. Παρόλα αυτά, τα ειδικά

θέματα που αναλύθηκαν στο Σύμφωνο, όπως οι προσλήψεις προσωπικού, δεν υλοποιούνται σε ικανό βαθμό.

Οι ιδιαίτερες συνθήκες που διαμορφώθηκαν στη χώρα τα τελευταία έτη λόγω και της τρέχουσας οικονομικής συγκυρίας(π.χ. αδυναμία προσλήψεων, μνημόνιο συνεργασίας), δημιούργησαν την ανάγκη ύπαρξης σαφούς πολιτικής/στρατηγικής δέσμευσης για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και επιχειρησιακής κατεύθυνσης με σαφείς και μετρήσιμους στόχους. Οι συνθήκες αυτές τελικά οδήγησαν στην επικαιροποίηση των δεσμεύσεων της χώρας και την υπογραφή του Μνημονίου συνεργασίας Laszlo Andor – Α. Λυκουρέντζου.¹⁴⁶

5.3.6 Μνημόνιο Andor (2013)

Στις 24 Απριλίου 2013 υπογράφηκε «Μνημόνιο συνεργασίας μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης Laszlo Andor και του τότε Υπουργού Υγείας Ανδρέα Λυκουρέντζου». Στο πλαίσιο του Μνημονίου καθορίστηκαν μια σειρά από ενέργειες και δεσμεύσεις της Ελλάδας ως προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, που αποτελεί και την βασική πηγή χρηματοδότησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η υλοποίηση των οποίων αποτελεί τον όρο για τη συνέχιση της Ευρωπαϊκής χρηματοδότησης. Το Μνημόνιο περιλαμβάνει Σχέδιο Δράσης όπου εκτιμάται η ημερομηνία ολοκλήρωσης καθώς και οι εμπλεκόμενοι φορείς κάθε δράσης. Στον επόμενο πίνακα, παρουσιάζονται οι δεσμεύσεις του Μνημονίου και οι βασικές θεματικές του Σχεδίου Δράσης.

Πίνακας 5.6: Δεσμεύσεις του Μνημονίου Andor και οι βασικές θεματικές του Σχεδίου Δράσης.¹⁴⁶

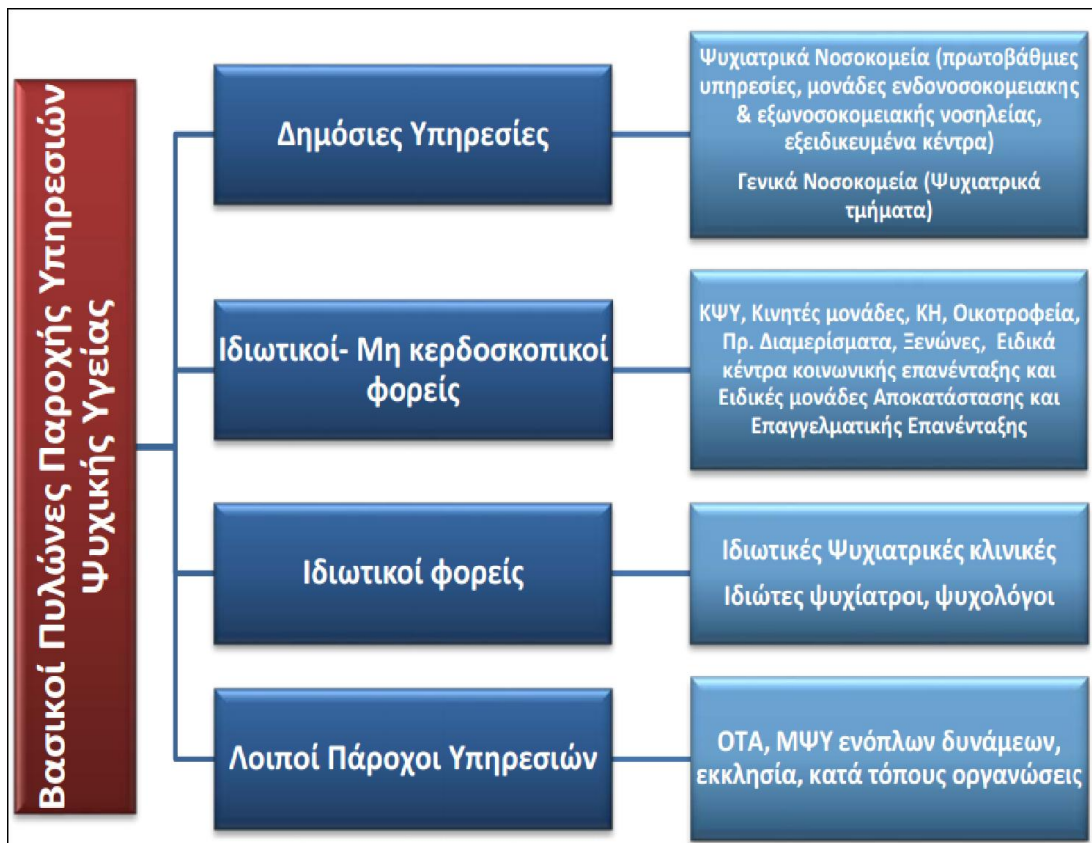
Μνημόνιο Συνεργασίας – Σχέδιο Δράσης	
Δεσμεύσεις	Θεματικές Σχεδίου Δράσης
I. Στη φιλοσοφία, στις αρχές και στους στόχους της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	A. Χρηματοδότηση υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
II. Στην προώθηση των μεταρρυθμίσεων του τομέα της Ψυχικής Υγείας	B. Προδιαγραφές νέου συστήματος Ψυχικής Υγείας
III. Στην προώθηση μέτρων:	Γ. Πιστοποίηση και αδειοδότηση λειτουργίας δομών
• Πιστοποίηση και αδειοδότηση των δομών Ψυχικής Υγείας των ΝΠΙΔ	Δ. Πλαίσιο αξιολόγησης ποιότητας των μονάδων Ψυχικής Υγείας
• Κοστολόγηση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	Ε. Ρόλος Ανεξάρτητου Αξιολογητή
• Σύναψη συμφώνων μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των εμπλεκόμενων φορέων	ΣΤ. Παρακολούθηση των μονάδων Ψυχικής Υγείας
• Στελέχωση και υποστήριξη των ΤΕΨΥ	Z. Τομεοποίηση της παρεχόμενης υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας
• Σχεδιασμός πλαισίου οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος, και ανάπτυξη δικτύωσης των υπηρεσιών	H. Κατάργηση Ψυχιατρικών Νοσοκομείων
• Ανάπτυξη, ενίσχυση και στήριξη των ΚοιΣΠΕ	Θ. Ανάπτυξη υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για παιδιά και εφήβους
IV. Στην χρηματοδότηση των νέων μονάδων Ψυχικής Υγείας των ΝΠΙΔ	I. Εργασιακή επανένταξη των ληπτών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
V. Στην χρηματοδότηση των νέων μονάδων Ψυχικής Υγείας των ΝΠΙΔ	K. Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
VI. Στην στελέχωση των νέων μονάδων Ψυχικής Υγείας των ΝΠΙΔ	Λ. Βιωσιμότητα συστήματος
VII. Στην ανάπτυξη και εφαρμογή επαρκούς μεθόδου συλλογής πληροφοριών	M. Χρηματοδότηση των δομών ΨΥ από το ΕΣΠΑ
1. Χρηματοδότηση από το ΕΚΤ	
2. Δέσμευση επίτευξης των ενδιάμεσων στόχων του Σχεδίου Δράσης μέχρι την εφαρμογή ενός βιώσιμου συστήματος	
3. Παρακολούθηση και αξιολόγηση του Συστήματος Ψυχικής Υγείας – ο ρόλος του Ανεξάρτητου Αξιολογητή	
4. Εκθέσεις Ανεξάρτητου Αξιολογητή και αιτήματα πληρωμής από το ΕΣΠΑ	

Πέρα από τα παραπάνω, κατά το 2013 και 2014, το πλαίσιο της πολιτικής, με πιο έντονη την επιχειρησιακή κατεύθυνση, διαμόρφωσαν επίσης και οι ακόλουθες δύο ενέργειες οι οποίες έχουν κοινό προσανατολισμό τον προσδιορισμό των δράσεων στον τομέα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την τυποποίηση της διαδικασίας παρακολούθησης και αξιολόγησης.

- Στοχοθεσία και δράσεις της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.
- Σύστημα Παρακολούθησης Κυβερνητικού Έργου για τον τομέα της ψυχικής υγείας.¹⁴⁶

5.4 ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι βασικοί πυλώνες του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρουσιάζονται στην παρακάτω εικόνα:



Εικόνα 5.1: Οι βασικοί πυλώνες του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.¹⁴⁶

ΚΨΥ: Κέντρο Ψυχικής Υγείας

ΚΗ: Κέντρο Ημέρας

ΟΤΑ: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

ΜΨΥ: Μονάδα Ψυχικής Υγείας

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες και διαγραμματικά παρουσιάζονται στην παρακάτω εικόνα:



Εικόνα 5.2: Βασικές κατηγορίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.¹⁴⁶

Ακολουθεί μια συνοπτική παρουσίαση του αριθμού των δομών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, στις βασικότερες κατηγορίες υπηρεσιών ανά περιφέρεια, σύμφωνα με τα στοιχεία της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας που αποστάλησαν στην ομάδα αξιολόγησης της εφαρμοσής του «Ψυχαργός» και με ημερομηνία αναφοράς 31/12/2014. Τα στοιχεία αυτά έχουν ως σκοπό την ανάδειξη της συνολικής εικόνας και της υφιστάμενης κατάστασης και όχι την προσέγγιση των τελικών στοιχείων με μαθηματική ακρίβεια.

Πίνακας 5.7: Υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανά Περιφέρεια.¹⁴⁶

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΤΤΙΚΗ	ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΚΡΗΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	2		1											3
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	9	4	7	1	2	2	1	2		3	1	3	4	39
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	4		2											6
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	9	6	5		3	2	3	2	2	3	1		4	40
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	7	1	3		1	1	1	1			1		2	18
Κινητές ΜΨΥ		2	2	1	2	3	2	2	2	4	2	4	3	29
Κέντρα Ημέρας ¹	30	2	8		1	3	2	3	2	2	1	1	3	58
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	197	18	92	3	22	31	12	21	27	29	1	15	23	491
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer	6		4			1						1	1	13
ΚοιΣΠΕ	7	1	3		1		2	1	1	1	1	1	3	22
Κέντρα Ημέρας Αυτισμού	9	1		1		1				1			1	14
Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης	5	1	2		1								1	10
Ιδιωτικές κλινικές ²	11	3	10	1		10							1	36

Συμπερασματικά:

- Συνεχίζουν να υπάρχουν αρκετές περιοχές που είτε δεν διαθέτουν μονάδες ψυχικής υγείας, είτε η συσσώρευση των μονάδων είναι αρκετά χαμηλή σε σχέση με την πυκνότητα του πληθυσμού ή την γεωγραφική κατανομή.
- Η μεγαλύτερη συσσώρευση δομών ψυχικής υγείας εμφανίζεται στις περιφέρειες της Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας, ενώ αντίθετα στις περιφέρειες της Δυτικής Μακεδονίας και του Βορείου Αιγαίου υπάρχει σημαντική έλλειψη υπηρεσιών.
- Όμοια εικόνα εμφανίζεται και ως προς την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, με την Αττική να συγκεντρώνει περίπου το 50% των Κέντρων Ημέρας και τις περιφέρειες της Δυτικής Μακεδονίας και του Νοτίου Αιγαίου να μην διαθέτουν κανένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας.
- Παρόλο που η Κεντρική Μακεδονία διαθέτει τη μεγαλύτερη συσσώρευση δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την Αττική, υπάρχει άνιση κατανομή των δομών στους νομούς της, με τους νομούς Θεσσαλονίκης και Πιερίας να συγκεντρώνουν τις περισσότερες μονάδες, ενώ Ημαθία, Κιλκίς και Πέλλα δεν διαθέτουν καμία δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, καθώς συνεχίζουν να υπάρχουν περιφέρειες με μεγάλες ελλείψεις στις δομές που προβλέπονται, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν σε περιστατικά πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας.
- Επίσης απαιτείται σχεδιασμός ολοκληρωμένου πλάνου, σχετικά με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε άτομα τρίτης ηλικίας, άτομα με διαταραχές αυτισμού, ειδικές ομάδες (άστεγοι, άνεργοι, μετανάστες) και να δοθεί προτεραιότητα στην υλοποίησή τους.
- Αναφορικά με τις μονάδες τριτοβάθμιας φροντίδας (ΜΨΑ στεγαστικού τύπου), υπάρχουν περιφέρειες με πολύ μικρή συσσώρευση δομών, όπως της Δυτικής Μακεδονίας και του Βορείου Αιγαίου. Αντίστοιχα, εμφανίζεται και σε αυτήν την κατηγορία υπηρεσιών άνιση κατανομή μονάδων σε αρκετές περιοχές της χώρας, όπως στην περιφέρεια Ιονίων Νήσων.
- Τέλος, σχετικά με τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, αξιοσημείωτος είναι ο αριθμός τους στην περιφέρεια της Θεσσαλίας, ο οποίος κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με αυτόν στις Περιφέρειες Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας.¹⁴⁶

5.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Η πολιτική του προγράμματος «Ψυχαργός» Γ', δίνει ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη και βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές στο κοινοτικό επίπεδο. Το σχέδιο αυτό προσεγγίζεται με επιμέρους ειδικές δράσεις, που στοχεύουν τόσο στο μετασχηματισμό των ψυχιατρείων, όσο και στην ανάπτυξη και βελτίωση της πρόληψης, της νοσηλείας, της αποασυλοποίησης και της αποκατάστασης που πραγματώνονται στο πλαίσιο της κοινοτικής φροντίδας. Οι ειδικές δράσεις που προτείνονται σε κείμενα παγκόσμιων οργανισμών και που λαμβάνονται διαχρονικά υπόψη στην Ελλάδα, αφορούν την ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών για τους ενήλικες, τα παιδιά, τους εφήβους, τα άτομα της τρίτης ηλικίας καθώς και για ειδικές ομάδες ατόμων με ψυχικές διαταραχές και στοχεύουν στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας. Βασικός στόχος της πολιτικής για την ψυχική υγεία, αποτελεί η καθιέρωση της έννοιας του κοινοτικού δικτύου με πλήρη διαλειτουργικότητα και συλλειτουργία σε επίπεδο παροχής και διοίκησης υπηρεσιών. Επίσης, η έννοια της δικτύωσης προωθείται, στο κείμενο της πολιτικής, μέσω της ενίσχυσης της διατομεακής συνεργασίας μεταξύ των φορέων που εμπλέκονται στο σύστημα.

Πάρα το γεγονός ότι οι παραπάνω προτεραιότητες της πολιτικής συμφωνούν με τις απόψεις, τις ιδέες και τις αξίες των διεθνών οργανισμών, η υπάρχουσα πολιτική για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση παραμένει χωρίς συγκεκριμένους μετρήσιμους στόχους και ενέργειες. Επίσης, δεν καθορίζεται ο τρόπος με τον οποίο θα υλοποιηθούν οι συγκεκριμένοι στόχοι και οι επιμέρους δραστηριότητες και λείπει ένας ολοκληρωμένος επιχειρησιακός σχεδιασμός. Ένα βασικό θέμα που δεν αποτελεί προτεραιότητα της πολιτικής, ενώ κρίνεται ως πρωταρχικής σημασίας, είναι η χρηματοδότηση του συστήματος για την διασφάλιση της βιωσιμότητάς του.

Ένα ακόμη σημαντικό σημείο για το οποίο δεν γίνεται εκτεταμένη αναφορά στην πολιτική για την Ψυχική Υγεία, είναι η ποιοτική και οικονομική παρακολούθηση και αξιολόγηση των μονάδων, με σκοπό την βελτίωση της διαδικασίας τιμολόγησης των υπηρεσιών και την καλύτερη κατανομή των πόρων. Επιπλέον, η διαχείριση και οργάνωση του συστήματος δεν αναλύεται επαρκώς, ώστε να αντιμετωπιστούν πιο αποδοτικά οι αδυναμίες που υπάρχουν, ενώ κρίνεται απαραίτητη η αποσαφήνιση του ρόλου των φορέων και των οργάνων διοίκησης καθώς και ο προσδιορισμός των αρμοδιοτήτων τους και των ευθυνών τους (π.χ. μεταξύ των Υγειονομικών Περιφερειών και των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας).

Τέλος, ένα από τα πιο σημαντικά μειονεκτήματα της πολιτικής του Ψυχαργός Γ' είναι ότι δεν έχει δοθεί η δέουσα σημασία στην ενσωμάτωση και συλλειτουργία των παράλληλων συστημάτων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν αναπτυχθεί στη χώρα. Οι ιδιωτικές κλινικές ανά νομό, καλύπτουν υψηλό αριθμό νοσηλειών μέσης και μεγάλης χρονικής διάρκειας, ενώ οι ελεύθεροι επαγγελματίες ψυχίατροι και συναφείς ειδικότητες, παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης σε σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού της χώρας. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει ένταξη των ανωτέρω υπηρεσιών σε ενεργά δίκτυα φροντίδας των ασθενών και συνολικά ο ιδιωτικός τομέας δεν παρακολουθείται και δεν λαμβάνεται υπόψη κατά το σχεδιασμό και τη λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Όμως, είναι βασικό να αναφερθεί η προσπάθεια για ένταξη των ιδιωτικών κλινικών στην τομεοποίηση και για διαμόρφωση ενός πλαισίου ελέγχου και εποπτείας των ιδιωτικών ψυχιατρικών, σε νομοθετικό επίπεδο, από την πολιτική ηγεσία.¹⁴⁶

5.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ - ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Η εκτίμηση της φυσικής και οικονομικής προόδου υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πραγματοποιείται σε 2 επίπεδα:

- Χρηματοοικονομική πορεία χρηματοδοτικών προγραμμάτων (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού, Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ψηφιακής Σύγκλισης, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Διοικητικής Μεταρρύθμισης)
- Αποτελέσματα – επιπτώσεις - υλοποίηση στόχων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Η εκτίμηση της χρηματοοικονομικής και φυσικής ολοκλήρωσης βασίζεται σε στοιχεία που συλλέχθηκαν από το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα (ΟΠΣ) του ΕΣΠΑ από την ομάδα αξιολόγησης της εφαρμογής του «Ψυχαργός», με ημερομηνία αναφοράς την 31/12/2014.¹⁴⁶

5.6.1 Χρηματοοικονομική πορεία χρηματοδοτικών προγραμμάτων

Στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού (Ε.Π.ΑΝ.Α.Δ.) έχουν ενταχθεί 158 έργα. Παρόλο που δεν έχουν ενταχθεί νέα έργα, υπάρχει βελτίωση στα χρηματοοικονομικά μεγέθη του Ε.Π.ΑΝ.Α.Δ. με την φυσική υλοποίηση των έργων να έχει παρουσιάσει εξέλιξη. Κρίνεται όμως απαραίτητο να επαναπροσδιορισθεί η διάρθρωσή του προγράμματος και κάθε έργο που θα εντάσσεται, θα πρέπει να αποτελεί υλοποίηση

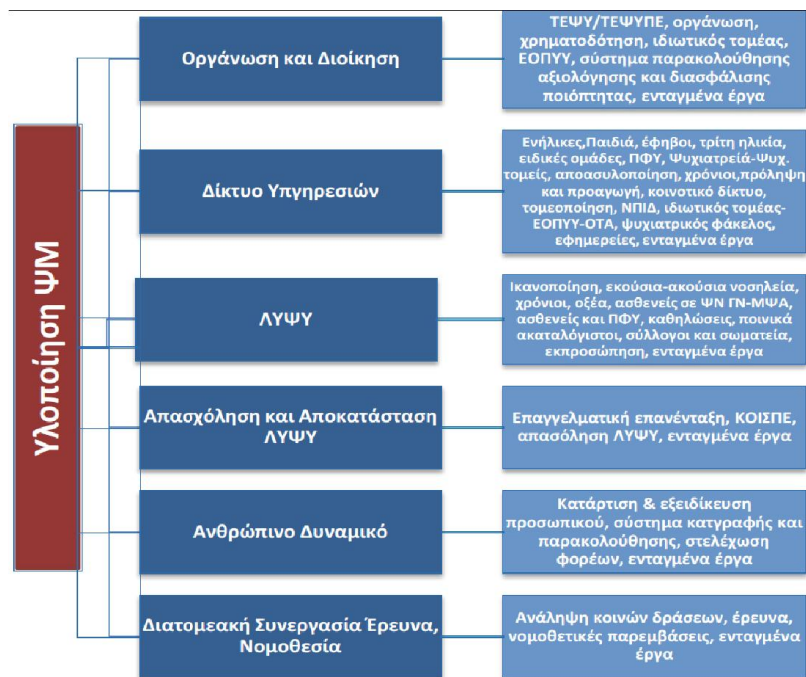
συγκεκριμένου στόχου με βάση τις ανάγκες που έχουν προτεραιότητα. Οι διαδικασίες αξιολόγησης και ένταξης των έργων, θα πρέπει να πραγματοποιούνται σε όσο πιο σύντομο χρονικό διάστημα. Πρέπει να ειπωθεί ότι από το Ε.Π.ΑΝ.Α.Δ. προκύπτει το μεγαλύτερο κομμάτι χρηματοδότησης και υλοποίησης των έργων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (Π.Ε.Π.) είχαν ενταχθεί, μέχρι το τέλος του 2014, 24 έργα από τα οποία σχεδόν τα μισά παραμένουν ανενεργά (45,8 %) χωρίς σύμβαση.

Στα Τομεακά Επιχειρησιακά Προγράμματα «Ψηφιακή Σύγκλιση» & «Διοικητική Μεταρρύθμιση» έχουν ενταχθεί 4 και 5 έργα αντίστοιχα. Τα προγράμματα αυτά δεν αποτελούν χρηματοδοτικές δυνατότητες που εντάσσονται στο πλαίσιο του ευρύτερου σχεδιασμού και υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τα ενταγμένα έργα αποτελούν αποσπασματικές χρηματοδοτικές πράξεις, που δεν συμβάλλουν με ένα ολοκληρωμένο τρόπο στα προβλήματα της οργάνωσης και της θεσμικής ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.¹⁴⁶

5.6.2 Αποτελέσματα - Επιπτώσεις - Υλοποίηση στόχων

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται οι θεματικές περιοχές αξιολόγησης καθώς και οι ενότητες στις οποίες αναλύονται:



Εικόνα 5.2: Θεματικές περιοχές αξιολόγησης του «Ψυχιαργός» Γ' και οι ενότητες στις οποίες αναλύονται.¹⁴⁶

5.6.2.1 Δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Τα κοινοτικά δίκτυα για διάφορους λόγους (γεωγραφική κατανομή, δυναμικότητα, επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού, υποδομές κτλ), δεν μπορούν να αναλάβουν το ρόλο που τους αντιστοιχεί, θέτοντας σε κίνδυνο την υλοποίηση του βασικού οράματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, που είναι η επίτευξη της αποασυλοποίησης και της ποιοτικής κοινοτικής περίθαλψης. Μεγάλο μέρος των δομών συγκεντρώνονται στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αττική, Θεσσαλονίκη), ενώ υπάρχουν περιφέρειες (Δυτική Μακεδονία, Βόρειο Αιγαίο) με σημαντικές, ακόμα και ολοκληρωτικές, ελλείψεις σε δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ουσιαστικά δεν υλοποιείται τομεοποίηση, ένα σημαντικό ζήτημα που απαιτεί άμεση λύση.

Ιδιαίτερες ελλείψεις παρατηρούνται επίσης στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Υπήρξαν αρκετά αιτήματα για ενεργοποίηση υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών (π.χ. Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, Παιδοψυχιατρικά τμήματα), ώστε να βρεθεί χρηματοδότηση αλλά δεν τελεσφόρησαν. Απαραίτητος κρίνεται ακόμα ο σχεδιασμός ολοκληρωτικού πλάνου, σχετικά με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα τρίτης ηλικίας και ειδικές ομάδες (άστεγοι, άνεργοι, μετανάστες).

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες, εξαιτίας της ανεπάρκειας υποδομών και χρηματοδότησης, της απουσίας μηχανισμού αξιολόγησης, της ασάφειας του πλαισίου συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών υπηρεσιών καθώς και της έλλειψης προσωπικού. Απαραίτητο κρίνεται, εκτός των άλλων, να καθοριστεί πλήρως ο ρόλος των Ν.Π.Ι.Δ.(Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου), το εύρος των υπηρεσιών που παρέχουν και το επίπεδο της ποιότητας αυτών των υπηρεσιών. Ομοίως και για τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές αναμένεται η διευκρίνιση του ρόλου τους και της σχέσης τους με τον Δημόσιο Τομέα ως προς τη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και η εφαρμογή κριτηρίων αξιολόγησης και παρακολούθησης αυτών.

Στα πλαίσια του μετασχηματισμού των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, η διαδικασία της μετακίνησης των χρόνιων ασθενών βρίσκεται σε εξέλιξη, καθώς πρέπει να ολοκληρωθεί και η μετάβαση τους από τα εναπομείναντα ΨΝ (ΨΝΑ Δαφνί, ΨΝ Δρομοκαΐτιο, ΨΝΘ). Απαραίτητη προϋπόθεση αυτού όμως, αποτελεί, εκτός των άλλων, η επάρκεια των δομών για την αντιμετώπιση των αναγκών μεταφοράς και φιλοξενίας ασθενών και η ύπαρξη ολοκληρωμένων και ισχυρών κοινοτικών δικτύων και τομεοποιημένων υπηρεσιών. Το κλείσιμο των ΨΝ δεν πρέπει να θεωρείται εφικτός στόχος, εάν πρωτίστως δεν υλοποιηθούν τα ανωτέρω προαπαιτούμενα με έμφαση στην ενσωμάτωση των τμημάτων οξέων στα ΓΝ

(π.χ. σήμερα τα ΨΝ καλύπτουν το 60% των εισαγωγών με οξέα προβλήματα ΨΥ). Αν και έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες ενέργειες όπως το πόρισμα του Τεχνικού Κλιμακίου Αξιολόγησης Κτιρίων των Δημόσιων Νοσοκομείων του Ν. Αττικής, μέχρι το τέλος του έτους 2014 δεν πραγματοποιήθηκαν ενέργειες αναμόρφωσης των ψυχιατρικών τμημάτων των ΓΝ.¹⁴⁶

5.6.2.2 Οργάνωση και διοίκηση συστήματος ψυχικής υγείας

Το σύστημα διοίκησης και οργάνωσης των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας αρθρώνεται σε 3 επίπεδα:

1. Το κεντρικό επίπεδο, που υλοποιείται από την εκάστοτε πολιτική ηγεσία, τους μετακλητούς υπαλλήλους - συμβούλους αυτής και τους υπηρεσιακούς παράγοντες, όπου τις κύριες αρμοδιότητες ασκεί η ΔΨΥ (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας).
2. Το περιφερειακό επίπεδο που υλοποιείται από την διοίκηση των Υ.Πε (Υγειονομικές Περιφέρειες) και αρμόδιες διευθύνσεις σχετικά με θέματα Ψυχικής Υγείας και Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.
3. Το τομεακό επίπεδο που αποτελείται από τις ΤΕΨΥ (Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας) και τις ΤΕΨΥΠΕ (Τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου), που ασκούν κυρίως γνωμοδοτικό έργο και τις διοικήσεις των φορέων των ΝΠΔΔ (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) και ΝΠΙΔ (Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου), που έχουν υπό την εποπτεία τους και λειτουργούν ΜΨΥ (Μονάδα Ψυχικής Υγείας).¹⁴⁶

Όσον αφορά τα επίπεδα διοίκησης, απαιτείται η οριοθέτηση και η σαφής διάκριση αυτών. Δυστυχώς παρατηρείται αδυναμία στη συνεργασία τους, έλλειψη σαφούς διαχωρισμού εξουσιών – ευθυνών καθώς και συγκεντρωτισμός τους συστήματος σε κεντρικό επίπεδο. Σε περιφερειακό επίπεδο, ο ρόλος των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Πε) είναι περιορισμένος, ενώ σε τομεακό ο ρόλος των επιτροπών είναι απλά συμβουλευτικός, χωρίς να παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην διοίκηση της ψυχικής υγείας και παράλληλα υπολειτουργούν. Έτσι, δημιουργείται μία περιορισμένη διασύνδεση των υπηρεσιών μεταξύ τους και οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν πρόσβαση στο σύστημα, τόσο παροχής υπηρεσιών αλλά και διοίκησης, κατά το δοκούν και σύμφωνα με την κρίση, την ανάγκη και τις προσωπικές τους επαφές.

Το Πληροφοριακό σύστημα παρακολούθησης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ξεκίνησε να λειτουργεί στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας από το 2013, έχει αποτελέσει τον βασικό μηχανισμό συλλογής και τήρησης πληροφοριών, προσφέροντας την δυνατότητα

συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και κατ' επέκταση του τομέα Ψυχικής Υγείας. Παρόλα αυτά κρίνεται απαραίτητη η εδραίωση ενός συστήματος συνολικής παρακολούθησης της πορείας της ψυχικής υγείας και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με τις δυνατότητες που παρέχει μια σύγχρονη πλατφόρμα Επιχειρησιακής Ευφυΐας με σκοπό την επεξεργασία και αξιοποίηση των δεδομένων στην διοίκηση, τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των ενεργειών.

Σχετικά με τα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), από ότι φαίνεται δεν θα αντιμετωπίσουν ιδιαίτερα προβλήματα στην χρηματοδότησή τους, τουλάχιστον μέχρι το τέλος του 2015, όμως η βιωσιμότητά τους μετά τη λήξη του προγράμματος χρηματοδότησης από πόρους του ΕΣΠΑ τον 12/2015 κρίνεται επισφαλής.

Συνοπτικά, δημιουργούνται ερωτηματικά σχετικά με:

- α) την δυνατότητα χρηματοδότησης της συνέχισης της ΨΜ στο νέο ΕΣΠΑ καθώς δεν εντάσσονται ευθέως δράσεις αυτής της κατεύθυνσης και
- β) την βιωσιμότητα της λειτουργίας και την κάλυψη των λειτουργικών δαπανών των ΝΠΙΔ για το έτος 2016.¹⁴⁶

5.6.2.3 Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΛΥΨΥ)

Τα τελευταία χρόνια, έχει σημειωθεί σημαντική προσπάθεια στον τομέα της προάσπισης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών σε επίπεδο εκπροσώπησης, με την δημιουργία συλλόγων και σωματείων αλλά και σε επίπεδο φορέων. Παρόλα αυτά, οι αδυναμίες στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΨΥ έχουν επίπτωση στην ποιότητα των υπηρεσιών και εν τέλει στην διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών. Από τα στοιχεία για το έτος 2012 προκύπτει ότι στις κλινικές και τα τμήματα των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, οι εισαγωγές των ψυχικά ασθενών με εισαγγελική παρέμβαση υπολογίζονται κοντά στο 50% του συνόλου των εισαγωγών, ενώ το 2013 υπήρξε αύξηση του αριθμού των ακούσιων εισαγωγών. Τα ποσοστά αυτά θεωρούνται τουλάχιστον τετραπλάσια σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Επίσης, η μέση διάρκεια νοσηλείας των ψυχικά ασθενών είναι 60 μέρες, δείκτης που είναι αρκετά υψηλός για αυτές τις δομές. Παρακάτω παρατίθεται ενδεικτικός πίνακας:

Πίνακας 5.8: Αριθμός ακούσιων εισαγωγών τα έτη 2012 και 2013.¹⁴⁶

	Ακούσιες Εισαγωγές		
	Γεν. Νοσοκ.	Ψυχ. Νοσοκ.	Σύνολο
2012	766	2067	2833
2013	803	2430	3233
Ποσοστιαία Μεταβολή	4,83%	17,56%	14,12%

Για αυτό το λόγο απαιτείται να δοθεί βαρύνουσα σημασία στα εξής:

- Διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών κατά την νοσηλεία, εκούσια ή ακούσια (πχ ενημέρωση για τα δικαιώματά τους, πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο, περιορισμός των καθηλώσεων, ευέλικτο σύστημα για την άρση και επαναφορά της δικαιοπρακτικής ικανότητας).
- Θέσπιση και καθιέρωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών, που θα είναι κοινά και θα τηρούνται από όλες τις ΜΨΥ με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και καταγραφή κανονισμών λειτουργίας για όλους τους τύπους δομών.
- Ενσωμάτωση διαδικασιών για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ΛΥΨΥ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Λήψη μέτρων για τη μείωση του αριθμού ακούσιων νοσηλειών και βελτίωση του πλαισίου με παρεμβάσεις για την κρίση των ακούσιων νοσηλειών πριν και κατά την προσφυγή στο δικαστήριο καθώς και την εξειδικευμένη εκπαίδευση των νοσηλευτών και των αστυνομικών για την αντιμετώπιση των κρίσεων.
- Υποστήριξη και ενδυνάμωση των συλλόγων οικογενειών και των ομάδων εκπροσώπησης των ΛΥΨΥ και υποχρεωτική συμμετοχή εκπροσώπων τους στις ΤΕΨΥ. Επιπλέον, συμμετοχή εκπροσώπων ΛΥΨΥ και συλλόγων οικογενειών σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων (αν και θεσμοθετήθηκε η συμμετοχή στις τομεακές επιτροπές ενός εκπροσώπου ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή Συλλόγων Οικογενειών των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μέχρι το τέλος 2014 δεν είχε εφαρμοσθεί το ανωτέρω στις ενεργές τομεακές επιτροπές).
- Ενδυνάμωση της συνεργασίας των σωματείων με τους επαγγελματίες ΨΥ, με σκοπό την αποδοχή και δημιουργία κοινής οπτικής γωνίας.

Επιπροσθέτως, αν και υπάρχει αυξητική τάση στην δημιουργία νέων Κοι.Σ.ΠΕ., που αποτελούν τον κατ' εξοχήν χώρο εργασιακής απορρόφησης των ψυχικά ασθενών και συνδυάζουν χαρακτηριστικά θεραπευτικής και επιχειρηματικής δραστηριότητας, ο θεσμός

αυτός δεν έχει αναπτυχθεί στις περισσότερες περιοχές της χώρας και απαιτείται επιπλέον υποστήριξη και προβολή. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί επίσης σε μορφές συστηματικής και μόνιμης και όχι περιστασιακής απασχόλησης.¹⁴⁶

5.6.2.4 Ανθρώπινο δυναμικό - Επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Σημαντικά θέματα υποστελέχωσης παρουσιάζονται σε ΝΠΔΔ (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου), ενώ αιτήματα για πρόσληψη προσωπικού με σκοπό την ενίσχυση τόσο υφιστάμενων ψυχιατρικών τμημάτων καθώς και την ανάπτυξη νέων μονάδων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεν τελεσφόρησαν. Επίσης, δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πλάνο εκπαίδευσης και κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο θα έπρεπε να αποτελεί προτεραιότητα.¹⁴⁶

5.6.2.5 Διατομεακή συνεργασία – Έρευνα – Νομοθεσία

Θέματα σχετικά με τη νομοθεσία, την έρευνα και την διατομεακή συνεργασία, όπως ορίζονται στο κείμενο πολιτικής του Ψυχαργώς Γ' Φάση, ουσιαστικά δεν έχουν εξελιχθεί και ούτε διαφαίνεται κάποιο σαφές πλάνο από την κεντρική ηγεσία που να αποτελεί οριοθετημένη συνέχεια του πνεύματος που διατρέχει την Ψ.Μ.¹⁴⁶

5.7 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Ο τομέας της Ψυχικής Υγείας καθώς και το πρόγραμμα «Ψυχαργώς», σαν μια μεταρρυθμιστική πολιτική της χώρας διοικείται κεντρικά, σχεδόν αποκλειστικά από το Υπ. Υγείας. Η εκάστοτε πολιτική ηγεσία του Υπ. Υγείας επιτελεί το έργο της με μετακλητούς συνεργάτες, οι οποίοι αποχωρούν με την αντικατάσταση του αρμόδιου πολιτικού προσώπου, γεγονός που διαμορφώνει ένα ασταθές περιβάλλον πολιτικής και διοίκησης, που τελικά επιδρά αρνητικά στην υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Σε επίπεδο υπηρεσιακό, η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας διαθέτει κυρίαρχο ρόλο με εκτελεστικές αρμοδιότητες αλλά και οικονομικές, οι οποίες μπορούν να χαρακτηριστούν ως ιδιαίτερα διευρυμένες, σε σχέση με τις συνήθεις αρμοδιότητες των διευθύνσεων του Υπ. Υγείας. Παρόλα αυτά, οι υφιστάμενοι πόροι και η στελέχωσή της δεν επαρκούν, όχι μόνο για την πραγματοποίηση της μεταρρυθμιστικής πολιτικής αλλά και ούτε για την εκτέλεση των τυπικών καθημερινών καθηκόντων των στελεχών της. Παράλληλα παρατηρείται σταδιακή και συνεχής αποδυνάμωση του στελεχιακού δυναμικού της που σε καμιά περίπτωση δεν εξασφαλίζει τη σταθερότητα που απαιτείται.

Επίσης, είναι αναγκαίο να σταθεροποιηθεί ένα σαφές πλαίσιο συλλειτουργίας της πολιτικής ηγεσίας με την ΔΨΥ, με απώτερο στόχο την υλοποίηση του έργου στον τομέα της ΨΥ από τις υπηρεσίες και διευθύνσεις του Υπουργείου και όχι μέσω μετακλητών συμβούλων ή προσωρινών συμβουλευτικών επιτροπών. Η έλλειψη του ανωτέρω πλαισίου διαμορφώνει ένα ασταθές περιβάλλον πολιτικής και διοίκησης, που τελικά επιδρά αρνητικά στην υλοποίηση της ΨΜ.

Σχετικά με τις Υγειονομικές Περιφέρειες, αυτές εμπλέκονται στην διοίκηση της ΨΥ κατά το τμήμα που αναφέρεται στα ΓΝ (ψυχιατρικά τμήματα), τα Ψυχιατρεία και τις εποπτευόμενες από αυτά δομές. Επίσης ο ρόλος τους αναβαθμίστηκε με την ψήφιση του μεταρρυθμιστικού νόμου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Ν. 4238/14), καθώς το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας συγκροτείται και λειτουργεί στις Υ.Πε, ενώ παράλληλα οι Υ.Πε αναλαμβάνουν και το σύνολο των αρμοδιοτήτων διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης των δημόσιων πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας. Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι θα συνεχίζουν να απέχουν ουσιαστικά από τη διοίκηση της ΨΜ και ΨΥ, με αποτέλεσμα να μην υλοποιείται το ενδιάμεσο επίπεδο διοίκησης, του οποίου η ύπαρξη είναι απαραίτητη με σκοπό την πραγματοποίηση αποκέντρωσης του συστήματος και την υλοποίηση της τομεοποίησης.

Σημαντικά φαινόμενα υπολειτουργίας παρατηρούνται σχετικά με τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας και τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου, παρόλο που με τις διατάξεις του Ν.4272/14 ρυθμίστηκαν ζητήματα οργάνωσης και εξασφάλισης πόρων για τη λειτουργία τους. Ο ρόλος των επιτροπών έχει παραμείνει συμβουλευτικός και όχι ουσιαστικός στη διοίκηση της ΨΥ και της ΨΜ και παράλληλα εμφανίζουν περιορισμένη διοικητική υποστήριξη, έλλειψη πόρων για τη λειτουργία τους, έλλειψη μέσων και εργαλείων για την άσκηση των αρμοδιοτήτων τους και έλλειψη εκπροσώπησης στη σύνθεση τους από συγκεκριμένες ειδικότητες.

Όσον αφορά τον Μηχανισμό Υποστήριξης και Παρακολούθησης, αυτός υποστηρίζει τους δικαιούχους του προγράμματος Ψυχαγωγός και πραγματοποιεί υποβοήθηση και διοικητική και επιστημονική υποστήριξη της λειτουργίας της ΔΨΥ. Το γεγονός όμως ότι η παρουσία του ΜΥΠ είναι προσωρινή και λήγει το 2015, καθιστά κρίσιμο το ζήτημα της επαρκούς στελέχωσης της ΔΨΥ, σε ποσοτικούς και ποιοτικούς όρους, προκειμένου να κεφαλαιοποιήσει τη μεταφερόμενη τεχνογνωσία και να διαχειριστεί το σύνολο των αναγκών της ΨΥ και της ΨΜ μετά το 2015.

Συμπερασματικά, αυτή η «κεντρικά» ελεγχόμενη διοίκηση ήταν κατάλληλη στις αρχικές φάσεις της ΨΜ, όταν ακόμη δεν είχαν αναπτυχθεί οι σημερινές δομές υπηρεσίες σε

όλη τη χώρα. Πλέον όμως έχει ξεπεραστεί και είναι φανερό ότι είναι απαραίτητη η αναδιάρθρωση της οργάνωσης και της διοίκησης του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΨΥ και ΨΜ.

Προτείνεται λοιπόν:

- Βελτίωση του κεντρικού συστήματος διοίκησης.
- Μετατόπιση του κέντρου βάρους του συστήματος λήψης αποφάσεων.
- Ενεργοποίηση φορέα διοίκησης.¹⁴⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

6.1.1 Ορισμός - Σκοποί Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής, ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από τη Νοσηλευτική, όσο και από την Δημόσια Υγιεινή και τις οποίες εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ατόμων, ομάδων, οικογενειών και κοινοτήτων που βρίσκονται στο φυσικό περιβάλλον τους όπως το σπίτι, το σχολείο και ο εργασιακός χώρος. Η νοσηλευτική αυτή εργασία ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου.^{148,149}

Η κοινότητα ορίζεται ως ένα υποσύνολο της κοινωνίας, ως μια γεωγραφική περιφέρεια ή ακόμη και ως τρόπος ζωής. Αυτό που συνδέει τα μέλη μιας κοινότητας είναι ένα τουλάχιστον κοινό χαρακτηριστικό, ένας δεσμός που μπορεί να είναι συναισθηματικός, πολιτιστικός, οικονομικός κ.ά.^{6,38}

Οι **σκοποί** της Κοινοτικής Νοσηλευτικής παρατίθενται παρακάτω:

1. Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμός της εξέλιξής της.
2. Περιορισμός των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας.
3. Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στον άρρωστο εντός ή εκτός του νοσοκομείου.
4. Υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.
5. Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.¹⁴⁹

6.1.2 Χαρακτηριστικά της Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Είναι τμήμα και αναπόσπαστος κλάδος της Νοσηλευτικής. Σκοπός της είναι να δώσει ολοκληρωμένη, ανθρώπινη και προσιτή φροντίδα σε όλα τα άτομα της κοινότητας.

- Συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες Νοσηλευτικής και Δημόσιας Υγιεινής. Από την Δημόσια Υγιεινή δανείζεται τις παρακάτω γνώσεις:
 1. Ιστορική εξέλιξη και πρόοδος της Δημόσιας Υγείας.
 2. Μεθόδους και στοιχεία επιδημιολογίας και στατιστικής.
 3. Οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών.
 4. Ανάλυση κοινοτικής πολιτικής της υγείας και οικονομία υγείας.
- Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού της κοινότητας. Ασχολείται με την ατομική και περιβαλλοντολογική υγεία των ομάδων και κοινοτήτων.
- Δίνει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια. Κύριος στόχος είναι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας στο καλύτερο δυνατό επίπεδο.
- Συνεργάζεται στενά με άλλους επιστήμονες και ειδικούς στο χώρο της υγείας και της κοινότητας. Η συνεργασία και η συνεννόηση μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας είναι απαραίτητη και καθοριστική για την προαγωγή της υγείας του κοινού.
- Προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού μέσω της κινητοποίησης του πληθυσμού, της ευαισθητοποίησής του στις ανάγκες υγείας και της συμμετοχής του στα προγράμματα υγείας.^{148,149}

Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής θα πρέπει να κατέχει *ειδικά χαρακτηριστικά* τα οποία αποκτώνται με γνώσεις από την Δημόσια Υγεία, τις ανθρωπιστικές επιστήμες, τις κοινωνικές επιστήμες, τις επιστήμες συμπεριφοράς, τις νοσηλευτικές επιστήμες, την επιδημιολογία και παρουσιάζονται παρακάτω:

1. Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
2. Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
3. Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της Κοινοτικής Υγείας και Νοσηλευτικής.
4. Ικανότητα:
 - Εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας (αξιολόγηση, προγραμματισμός, εφαρμογή και εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας σε άτομα και ομάδες).
 - Εφαρμογής συστήματος γραπτής επικοινωνίας αλλά και δεξιότητες στην διαθρόπινη επικοινωνία. Δυνατότητα να διαβιβάζει το περιεχόμενο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στους αποδέκτες και στους επιστήμονες υγείας άλλων ειδικοτήτων και την κοινότητα γενικά.

- Να προγραμματίζει, να ιεραρχεί και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα.
 - Να διδάσκει και να καθοδηγεί άτομα και ομάδες.
 - Να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να εφαρμόζει αλλαγές, όπου χρειάζεται.
5. Γνώση των πηγών και μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα.
 6. Βασικοί κανόνες υπολογισμού κόστους και ικανότητας.
 7. Ικανότητα συνεργασίας με άλλους ανθρώπους.^{148,149}

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας/Ψυχιατρική Νοσηλευτική αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση ή οπτική γωνία της γενικής Νοσηλευτικής και νοσηλευτική ειδικότητα. Σε γενικές γραμμές, περιλαμβάνεται στη σπουδή της γενικής νοσηλευτικής και συντελεί στην άσκησή της παντού και πάντοτε, ως Νοσηλευτική που αφορά τον άνθρωπο σαν σύνολο.²

Ορίζεται ως ειδικότητα της Νοσηλευτικής που παρέχει φροντίδα στους ανθρώπους όλων των ηλικιών με ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, βοηθά στην γρήγορη αποκατάστασή τους και προάγει την ευημερία συνολικά του πληθυσμού. Η αποστολή της ποιοτικής προσφοράς φροντίδας μέσα από διάφορες υπηρεσίες αποσκοπεί στην γρήγορη θεραπεία, στη μείωση των επιπτώσεων από την παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας, στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, στην προαγωγή της ευημερίας των ατόμων και στην βελτίωση της δημόσιας υγείας.¹⁵⁰

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μέσω της γνώσης και των δεξιοτήτων του είναι ικανός να συμβάλλει στην:

- Πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.
- Προσωπική ολική νοσηλευτική φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων.
- Διατήρηση και βελτίωση της ψυχικής υγείας όλων των σωματικά πασχόντων.
- Προσαρμογή και εφαρμογή των αρχών της ψυχικής υγείας σε όλους τους τομείς της Νοσηλευτικής.²

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας ως επιστήμη, ως αντικείμενο έρευνας και ως κλινική άσκηση, εμπνέεται και κατευθύνεται από ένα τρίπτυχο θεμελιωδών αρχών:

1. Ολική θεώρηση και προσέγγιση του ανθρώπου, υγιούς ή αρρώστου, ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
2. Πίστη στην οντολογική αξία του ανθρώπου, της υγείας και της ζωής του.
3. Εξατομικευμένη και αμέριστη φροντίδα του ανθρώπου και της υγείας του με σεβασμό και θερμό ενδιαφέρον.²

Ο αξιολογικός αυτός προσανατολισμός μπορεί να συμβάλλει στην πληρέστερη και αρτιότερη χρησιμοποίηση όλων των επιστημονικών γνώσεων και όλης της κλινικής πείρας, αλλά και στην έρευνα, ώστε να αναδειχθεί η επιστήμη αυτή πραγματικά θεραπευτική.²

Σύμφωνα με το Νόμο 1579/1985, οι πτυχιούχοι νοσηλευτές είναι νοσηλευτές γενικών φροντίδων και απασχολούνται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης. Για να γίνουν νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει να αποκτήσουν την αντίστοιχη ειδικότητα, την οποία λαμβάνουν μετά την απόκτηση πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ως νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας και μετά από τουλάχιστον δυο χρόνια εργασίας σε Ν.Π.Δ.Δ.(Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) ή Ν.Π.Ι.Δ.(Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου) ως νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας.¹⁵¹

Η φροντίδα της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι πολυδιάστατη και προσφέρεται με πολύ εξειδικευμένες παρεμβάσεις για την ανταπόκριση στις ποικίλες ανάγκες του ιδιαίτερου και ευαίσθητου τομέα της ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα που προσφέρονται είναι:

- Εκούσια ή ακούσια εσωτερική νοσηλεία.
- Κοινωνική Νοσηλευτική με κατ' οίκον επισκέψεις και άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις για ενήλικες ή άτομα τρίτης ηλικίας.
- Νοσηλευτική/συμβουλευτική για παιδιά και εφήβους.
- Νοσηλευτική/συμβουλευτική σε άτομα με ψυχική ασθένεια ή προβλήματα τοξικοεξάρτησης στις φυλακές.
- Νοσηλευτική/συμβουλευτική στον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων.
- Διασυνδετική/Συμβουλευτική υπηρεσία.
- Διασυνδετική/Συμβουλευτική εργασία με τους λειτουργούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Εκπαίδευση και ενημέρωση των πολιτών σχετικά με την ψυχική υγεία.¹⁵⁰

6.3 ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά την διάρκεια του περασμένου αιώνα, υπό την επίδραση της Βικτωριανής ιδεολογίας, δημιουργήθηκαν πολυάριθμα ψυχιατρικά άσυλα μακριά από τα αστικά κέντρα. Εκατοντάδες άνθρωποι πέρασαν σε αυτά το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής τους, ενώ πολλοί εισήχθησαν σε μικρή ηλικία αποκομμένοι από τον οικογενειακό και κοινωνικό τους περίγυρο. Τα άσυλα συντέλεσαν στην ολοκληρωτική αποκοπή των ατόμων με ψυχικές νόσους από την ευρύτερη κοινωνία, αν και είχαν οικοδομηθεί κάτω από ανθρωπιστικούς σκοπούς. Οι πολίτες σπάνια ενδιαφέρονταν για τους ψυχικά ασθενείς και το πρόβλημά τους. Αυτή η αντιμετώπιση οδηγούσε τους ψυχικά ασθενείς σε παθητικότητα και εξάρτηση, ενίσχυε την ιδιόρρυθμη συμπεριφορά τους και κατέστρεφε κάθε αίσθηση ταυτότητας. Κατά την έναρξη του εικοστού αιώνα ο χώρος της Ψυχιατρικής επιστήμης αλλάζει σημαντικά και αφορά τις θεραπευτικές μεθόδους αλλά και τη στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Οι ψυχικές ασθένειες και τα ψυχολογικά προβλήματα άρχισαν πια να συζητούνται πιο ανοικτά. Τηλεοπτικά ντοκιμαντέρ, θεατρικά και κινηματογραφικά έργα, άρθρα εφημερίδων αφιερώθηκαν στη σχιζοφρένεια, τις φοβίες, την ψυχογενή ανορεξία και την κατάθλιψη. Οι αλλαγές αυτές σήμαναν τη δημιουργία ενός νέου κλάδου της Ψυχιατρικής, την Κοινοτική Ψυχιατρική.⁶

Κοινοτική Ψυχιατρική σημαίνει ψυχιατρική στην κοινότητα, δηλαδή ψυχιατρική που ικανοποιεί τις ανάγκες της ψυχικής υγείας της κοινότητας. Η Κοινοτική Ψυχιατρική, σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που απαιτούνται για την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχικά ασθενή εντός της κοινότητας του, χωρίς δηλαδή να τον απομακρύνει από το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον και με την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας. Στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών σε ομάδες πληθυσμού, όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα με την κινητοποίηση των αναγκαίων πόρων και όχι όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο. Υποστηρίζει την 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 μίας ψυχικής διαταραχής, να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα. Επίσης, ειδική έμφαση δίνεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής

ασθένειας καθώς και στην προσπάθεια αλλαγής στάσεων και μείωσης του στίγματος των ψυχικών διαταραχών.^{38,152-154}

Η Κοινοτική Ψυχιατρική περιλαμβάνει ένα σύνολο συνεργαζόμενων υπηρεσιών και μια από τις σπουδαιότερες από αυτές είναι η **Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας**. Η πρώτη υπηρεσία Κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας ιδρύθηκε το 1954 στην Αγγλία από δυο νοσηλευτές του νοσοκομείου Warlingham Park, οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν στην κοινότητα ώστε να φροντίσουν ασθενείς που είχαν λάβει θεραπεία για τη σχιζοφρένεια. Βέβαια, ο ρόλος τους ήταν περιορισμένος και η εργασία τους παροδική, αφού κάθε νοσηλευτής μετά από έξι μήνες έπρεπε να επιστρέψει στο τμήμα όπου εργαζόταν. Με τη συνειδητοποίηση όμως του ρόλου της κοινότητας στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή, με τα συνεχώς αυξανόμενα πλεονεκτήματα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας έναντι της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, ο κλάδος άρχισε να εξελίσσεται ανοδικά. Κατά την περίοδο 1954-1979 ξεκινά η ανάπτυξη της Κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, ενώ από το 1980 αρχίζει η συστηματική οργάνωση των υπηρεσιών της και η εκπόνηση επιστημονικών εργασιών σχετικά με τον κλάδο.^{6,155}

Η Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας φέρει σαν θεμέλιά της τις αξίες του σεβασμού, της εκτίμησης και της διευκόλυνσης της αυτοπροωθούμενης και αυτοπαραγόμενης ανάπτυξης που είναι μοναδική σε κάθε άτομο. Η Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας βασίζεται στις εξής αρχές:

1. Αναζήτηση για αναγνωρισμένες και άγνωστες ανάγκες ψυχικής υγείας.
2. Πρόληψη της ανισορροπίας στην ψυχική υγεία.
3. Διευκόλυνση των δραστηριοτήτων προαγωγής της ψυχικής υγείας.
4. Θεραπευτικές προσεγγίσεις της φροντίδας ψυχικής υγείας.
5. Επιρροές στις πολιτικές που επηρεάζουν την ψυχική υγεία.¹⁵⁶

Η Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας αναγνωρίζει την ποικιλομορφία και το εύρος του ρόλου του **κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας**, ο οποίος παρέχει μια δυναμική υπηρεσία εξεύρεσης πόρων που περικλείει επαγγελματική ευθύνη για την αναζήτηση, πρόκληση και επιρροή της δημόσιας πολιτικής που σχετίζεται με την ψυχική υγεία. Η έννοια του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως δυο διαστάσεων (π.χ. εκπαιδευτής-ακτιβιστής, επαγγελματίας-συντονιστής). Ως εκπαιδευτής και ακτιβιστής ο νοσηλευτής κοινοτικής ψυχικής υγείας αναλαμβάνει να ενημερώσει το κοινό για τις αποτελεσματικές θεραπείες και τους διαθέσιμους κοινοτικούς πόρους. Επιπλέον, μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του στίγματος, με την προσφορά της πληροφόρησης σχετικά με

την ψυχική ασθένεια. Ως επαγγελματίας και συντονιστής, ο νοσηλευτής εργάζεται άμεσα με τα άτομα, τις ομάδες και τις οικογένειες. Ο νοσηλευτής κοινοτικής ψυχικής υγείας δεν αναλαμβάνει μόνο δράση για την επίλυση ενός άμεσου προβλήματος, αλλά παρεμβαίνει στις παραμέτρους που είναι υπεύθυνες για την ασφάλεια, τη συνέχεια και την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Συνεπώς, ο ρόλος του επαγγελματία και συντονιστή απαιτεί δεξιότητες πρόβλεψης και αξιολόγησης των πράξεων άλλων φορέων και επικοινωνία με τους ασθενείς, τις οικογένειες, τις υπηρεσίες αποκατάστασης και τους κυβερνητικούς ή κοινωνικούς οργανισμούς.^{156,157}

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι αυτή που καθορίζει τη σχέση μεταξύ ασθενή-κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας και ο στόχος είναι η συνεργασία μεταξύ τους. Η πορεία αυτή διαμορφώνεται μέσω διάφορων διεργασιών, ξεκινώντας με την «γνωριμία» του ασθενή με το νοσηλευτή, δηλαδή την ανίχνευση των δυνατοτήτων του ασθενή, τη στάση του προς την ασθένειά του και απέναντι στη νοσηλευτική φροντίδα, των σχέσεών του με τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο καθώς και την προθυμία του και τις δυνατότητές του για συνεργασία. Η ιδιαίτερη φύση της νόσου απαιτεί αυτήν την διαδικασία, ώστε ο νοσηλευτής να είναι ενεργός και ως νοσηλευτής αλλά και ως παρατηρητής και ακόμη να είναι απόλυτα προετοιμασμένος για τις αλλαγές των αναγκών του ασθενή, ώστε να προσαρμόζει στα καινούρια δεδομένα τις τεχνικές προσέγγισής του. Αυτές οι τεχνικές περιλαμβάνουν την ικανότητα του νοσηλευτή να προστατεύσει τον ασθενή από την εξάρτηση της σχέσης τους, από την αντίσταση του ασθενή απέναντι στον νοσηλευτή και από τη διάθεση του νοσηλευτή για υπερεμπλοκή.¹⁵¹

Ο ασθενής στη φάση της έναρξης της σχέσης του με τον νοσηλευτή εκφράζει τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές του ανάγκες, τις οποίες ο νοσηλευτής αξιολογεί και αξιοποιεί παρέχοντας τις νοσηλευτικές του φροντίδες. Η ποικιλία των αναγκών καθορίζεται από παράγοντες όπως η ασθένειά του, τα συμπτώματα, η στάση του προς αυτή αλλά και η στάση των οικείων του. Η αξιολόγηση των αναγκών, η οποία γίνεται με αντικειμενικότητα και ευαισθησία, πραγματοποιείται με την παρατήρηση του ασθενή καθώς και μέσω της συζήτησης μαζί του και με τους οικείους του. Η στάση του νοσηλευτή απέναντι στις ανάγκες του ασθενή θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από διαθεσιμότητα, ευελιξία, μέτρο και όρια, τα οποία προσδίδουν στη νοσηλευτική φροντίδα την θεραπευτική της διάσταση, και να ωθεί τον ασθενή σε συμμετοχή. Η αξιολόγηση δεν αποτελεί αυτοσκοπό, αλλά γίνεται για να υπάρξει η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ασθενή. Βασικό στοιχείο της αξιοποίησης είναι να αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής τις δυνατότητές του.¹⁵¹

Η κατάσταση του ασθενή είναι πολύ σημαντική όσον αφορά την αξιολόγηση, διότι η ψυχική ασθένεια παρουσιάζει πλήθος συμπτωμάτων και εκδηλώσεων που αφορούν τη σκέψη, το συναίσθημα, την κινητικότητα, τη σωματική ευεξία, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνικότητα και την προσωπική υγιεινή. Οι διαταραχές που εμφανίζονται, όπως και οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, μειώνουν τη λειτουργικότητα αρκετών ασθενών που πάσχουν από ψυχικές νόσους. Η πάσχουσα λειτουργικότητα του σώματος, με οποιονδήποτε τρόπο και αν εκδηλώνεται στον ασθενή, αποτελεί ένα ουσιαστικό πεδίο της ψυχιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας.¹⁵¹

Η Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας προσεγγίζει τον ψυχικά ασθενή ως ένα μέλος της κοινότητας που εκδηλώνει μια συγκεκριμένη, κλινικά αναγνωρίσιμη, ψυχιατρική συμπτωματολογία. Αυτή η προσέγγιση στοχεύει στην προσφορά της νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή με τέτοιο τρόπο, ώστε να διατηρηθεί η ιδιότητα του ως μέλος της κοινότητας. Η διατήρηση αυτής της ιδιότητας σχετίζεται με δύο παράγοντες. Ο ένας αφορά την βελτίωση της κατάστασης του ασθενή και ο άλλος αφορά την κοινότητα.¹⁵¹

Η νοσηλευτική φροντίδα οφείλει να περιλαμβάνει τη μείωση ή και την εξάλειψη των συμπτωμάτων του ασθενή, αλλά και την βελτίωση της λειτουργικότητάς του ως μέλος της κοινότητας. Επίσης, η νοσηλευτική φροντίδα αναλαμβάνει να προετοιμάσει την κοινότητα να αποδεχθεί την εμφάνιση και την ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας καθώς και να την εξοικειώσει με αυτήν. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη σε συνολικό πλαίσιο και στη μείωση του στιγματισμού. Επίσης, η παρέμβαση του κοινοτικού νοσηλευτή είναι πολύ σημαντική ως προς την οικογένεια, διότι η φροντίδα και η υποστήριξη, που αυτή με τη σειρά της προσφέρει στον ασθενή, θα τον βοηθήσουν να σταθεί ως ενεργό μέλος της κοινότητας. Η παρέμβαση στην οικογένεια στοχεύει στην δημιουργία μιας σχέσης συνεργασίας, ώστε να μπορέσει ο νοσηλευτής να παρέχει το θεραπευτικό του έργο.¹⁵¹

Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας συμβάλλει σημαντικά με την παρέμβασή του:

1. Στην φροντίδα του ασθενή με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, δηλαδή της υπεύθυνης νοσηλευτικής αξιολόγησης του ασθενή.
2. Στην διαμόρφωση και διατήρηση ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος για τον ψυχικά ασθενή και στην προστασία του από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειάς του.
3. Στην παρακολούθηση της συστηματικής λήψης της σωστής φαρμακευτικής αγωγής και την καταγραφή τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών αυτής.
4. Στην ανάπτυξη αυτοεκτίμησης του ασθενή.

5. Στην ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του άμεσα ή μέσω άλλων δραστηριοτήτων (ζωγραφική, αθλητισμό κτλ.).
6. Στην εκπαίδευση του ασθενή ως προς την ατομική του υγιεινή και την υγιεινή του προσωπικού του χώρου.
7. Στην γενική βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή και την αυτομέριμνά του.
8. Στην ενημέρωση του ασθενή για τα δικαιώματά του, την ακούσια νοσηλεία, την χρήση περιοριστικών μέτρων, την αίτηση της συναίνεσης του για ζητήματα που τον αφορούν.
9. Στην κοινωνικοποίηση του ασθενή με την βελτίωση της διαπροσωπικής, επαγγελματικής και ψυχαγωγικής του ικανότητας.
10. Στην οικογενειακή του ισορροπία.
11. Στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του ασθενή, της οικογένειάς του και του ευρύτερου κοινωνικού και εργασιακού του περιβάλλοντος σε ζητήματα πρόληψης και υγιεινής.
12. Στην εκπαίδευση και ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με την ασθένεια, και την φαρμακοθεραπεία.
13. Στην υποστηρικτική συμβουλευτική των μελών της οικογένειας.
14. Στην επιτέλεση του θεραπευτικού έργου σε συνεργασία με το νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό καθώς και με την διεπιστημονική ομάδα υγείας.
15. Στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και στη συνηγορία υπέρ αυτών σε κάθε ευκαιρία, για κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της τοπικής, εθνικής και διεθνούς πολιτικής για την ψυχική υγεία.
16. Στην ενδυνάμωση και καθοδήγηση ασθενών, οικογενειών και κοινότητας.
17. Στο συντονισμό δραστηριοτήτων (κοινωνικό και οικονομικό σκέλος προγραμμάτων), σχετικά με την ψυχική υγεία στην κοινότητα και ενθάρρυνση της συμμετοχής της κοινότητας, σε συνεργασία πάντα με τους υπεύθυνους.
18. Στην ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινότητας, με στόχο την αλλαγή των στάσεων και τη μείωση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών.
19. Στην γενικότερη προαγωγή της ψυχικής υγείας καθώς και σε κάθε είδους πρόληψη της ψυχικής ασθένειας μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην κοινότητα.^{6,151,158,159}

6.3.1 Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας ως μέλος της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Η ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποτελείται από πολλές ειδικότητες, όπως ψυχίατροι, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, ειδικοί παιδαγωγοί, διοικητικό προσωπικό κτλ. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση όλων των καταστάσεων που αφορούν την ψυχική υγεία απαιτεί εκ μέρους της διεπιστημονικής ομάδας μία σύνθετη στρατηγική παροχής υπηρεσιών φροντίδας. Η απαίτηση αυτή δημιουργεί την ανάγκη για την απόκτηση, εκ μέρους των μελών της ομάδας, επαγγελματικών δεξιοτήτων που είναι χαρακτηριστικές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, όπως η ικανότητα εργασίας σε ομάδα, ο συντονισμός και η επικοινωνία. Επίσης, η ομάδα και καθένα από τα μέλη της ξεχωριστά, θα πρέπει να διέπονται από την φιλοσοφία του σεβασμού της αξίας, της αξιοπρέπειας και της μοναδικότητας κάθε ασθενή. Η ύπαρξη και η λειτουργία της ομάδας εξασφαλίζουν την δυνατότητα πολύπλευρης αντιμετώπισης, μέσω μίας ανθρωποκεντρικής αντίληψης για τον ψυχικά ασθενή.^{151,160,161}

Κρίνεται απαραίτητη γιατί συμβάλει:

- α) Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και των συνεπειών τους.
- β) Στη μείωση και στην εξάλειψη των παραγόντων που παρεμποδίζουν την θεραπεία και την αποκατάσταση.
- γ) Στην ενίσχυση της συμμετοχής των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο σχεδιασμό, την παροχή και την αξιολόγηση των υπηρεσιών και για τα τρία στάδια πρόληψης.
- δ) Στην έρευνα, στην εκπαίδευση ειδικευομένων, φοιτητών και άλλων μελών της ομάδας, αλλά και στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας.¹⁵¹

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι το μέλος εκείνο της ομάδας που παρατηρεί τους ασθενείς σε 24ωρη βάση. Αυτή η συνεχής επαφή, του επιτρέπει να συλλέξει αρκετές πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά των ασθενών και τις σχέσεις τους με άλλους ανθρώπους, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο σε σημαντικό βαθμό στην αποσαφήνιση της ψυχοπαθολογίας του αρρώστου και των προβλημάτων του, αλλά και των δυνατοτήτων του. Δίνεται έτσι η δυνατότητα σχεδιασμού ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού προγράμματος μακρόχρονης δράσης, αυξάνοντας τις πιθανότητες παραμονής του ασθενή στην κοινότητα.¹⁵¹

Απαραίτητη και δεδομένη κρίνεται η προθυμία και η διάθεση συνεργασίας με τα άλλα μέλη της ομάδας, για την επίτευξη στόχων. Η λειτουργία της ομάδας θα πρέπει να διακρίνεται από αρμονία, αισιοδοξία, ειλικρίνεια και συνοχή χωρίς ανταγωνισμό ειδικοτήτων. Ο ουσιαστικός και υγιής διάλογος θα πρέπει να είναι αυτός που χαρακτηρίζει τις σχέσεις του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, ώστε μέσα από μια ατμόσφαιρα κατανόησης, ανεκτικότητας και ασφάλειας να επιτύχουν στο θεραπευτικό τους έργο. Επίσης, ο νοσηλευτής ως συνδετικός κρίκος μεταξύ της οικογένειας και της θεραπευτικής ομάδας οφείλει να τους πληροφορεί αμφίδρομα. Βέβαια, για την επιτυχή διεκπεραίωση αυτού του έργου απαιτείται ανάλογη εκπαίδευση και δια βίου επιστημονική κατάρτιση, επαγγελματική εμπειρία αλλά και ώριμη προσωπικότητα εκ μέρους του νοσηλευτή αλλά και των υπολοίπων επαγγελματιών ψυχικής υγείας.^{151,162,163}

6.3.2 Βαθμίδες πρόληψης Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Ο όρος «πρόληψη» αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων που λαμβάνονται για την αποφυγή ενεργειών, καταστάσεων αλλά και των συνεπειών τους, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά και να αποδιοργανώσουν ένα άτομο ή μια κοινωνία. Η διερεύνηση και αντιμετώπιση των αιτιών και των γενεσιουργών παραγόντων που προκαλούν κάποιο μη επιθυμητό φαινόμενο, αποτελεί το πιο σημαντικό κομμάτι για την αποτροπή της εκδήλωσής του. Συνεπώς, η πρόληψη έχει διαστάσεις κοινωνιολογικές, φιλοσοφικές, επιστημολογικές, και ιατρικές.¹⁵¹

6.3.2.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη

Ως πρωτοβάθμια πρόληψη, ορίζεται η παρέμβαση πριν την εμφάνιση της νόσου, δηλαδή η παρέμβαση στους γενεσιουργούς της παράγοντες. Ειδικός πληθυσμιακός στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι τα άτομα που έχουν ευθύνη ανατροφής, διαπαιδαγώγησης και εκπαίδευσης παιδιών, δηλαδή γονείς, εκπαιδευτικοί κλπ.. Η πρόληψη περιλαμβάνει ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική, συμβουλευτική της εγκύου ιδιαίτερα σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση για σχιζοφρένεια, παρακολούθηση και βελτίωση της σωματικής υγείας του παιδιού, βελτίωση του οικογενειακού αλλά και του σχολικού περιβάλλοντος.^{6,151}

Στο πλαίσιο της εφαρμογής της πρωτοβάθμιας πρόληψης, ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας, ατομικά αλλά και ως μέλος ομάδας επαγγελματιών, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά παρεμβαίνοντας σε καίρια σημεία όπως:

1. Στη μελέτη των φαινομένων που συμβάλλουν στην απώλεια της ψυχικής ισορροπίας, όπως οι συνθήκες διαβίωσης, οι διαταραχές των διαπροσωπικών και οικογενειακών σχέσεων, παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση των δεικτών της ψυχικής ασθένειας.
2. Στην πρόληψη κοινωνικών φαινομένων και καταστάσεων που είναι πιθανό να οδηγήσουν το άτομο στην εκδήλωση κάποιας μορφής ψυχικής νόσου όπως η βία, η χρήση ουσιών και η κατάχρηση οινοπνεύματος.
3. Στην ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού για τη συμβολή απλών καθημερινών πρακτικών στην πρόληψη.
4. Στην διδασκαλία τρόπων και συμπεριφορών αντιμετώπισης των δυσκολιών και των προβλημάτων της ζωής, ώστε να μειώνεται η επίδρασή τους στην ψυχική υγεία.
5. Στην ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του πληθυσμού στοχεύοντας στην αλλαγή των στάσεων, τη μείωση των προκαταλήψεων και την αντιμετώπιση του στίγματος.^{38,151}

6.3.2.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν ψυχικά ή σε άτομα με οξεία έναρξη ψυχικής νόσου ή σε άτομα που νοσηλεύονται για σωματική πάθηση και παρουσιάζουν ψυχιατρική συμπτωματολογία, ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα. Απασχολεί κυρίως τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινοτικής υγιεινής και στοχεύει:

- Στην ανίχνευση ψυχικά ασθενών.
- Στην έγκαιρη διάγνωση.
- Στην αποτελεσματική θεραπεία.
- Στην ελαχιστοποίηση του χρόνου νοσηλείας και διάρκειας της ασθένειας.
- Στην αποφυγή περαιτέρω παθολογικών επιπτώσεων.^{38,151}

6.3.2.3 Τριτοβάθμια πρόληψη

Η τριτοβάθμια πρόληψη αναφέρεται σε άτομα με ήδη εξακριβωμένη ψυχική νόσο και περιλαμβάνει προγράμματα ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασής τους στην κοινότητα καθώς και προγράμματα απόκτησης δεξιοτήτων. Στοχεύει στην προαγωγή της υγείας του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα και στην διατήρηση της λειτουργικότητάς του αλλά και στην αποφυγή των υποτροπών και του στιγματισμού. Επίσης, με αυτόν τον τρόπο προλαμβάνεται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στους ασθενείς, η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους

από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς. Οι κύριες ιδιότητες που πρέπει να χαρακτηρίζουν κάθε πρόγραμμα αποκατάστασης, είναι οι εξής:

1. Η συνέχεια και η σταθερότητα της παρακολούθησης, ώστε να μπορέσει ο ασθενής να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που του προκαλεί η χρονιότητα.
2. Η καταλληλότητα και η αποτελεσματικότητα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.
3. Η ψυχική, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενή, που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει και να καλλιεργήσει τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες του αλλά και να επανενταχθεί στην κοινωνία με σκοπό των αποστιγματισμό του.^{2,6,38}

6.3.3 Τεχνικές παρέμβασης του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Πέρα από τη νοσηλευτική φροντίδα των ψυχικά ασθενών, ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας εργάζεται με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας στον ευρύτερο πληθυσμό. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού χρησιμοποιεί ορισμένες τεχνικές προσέγγισης οι οποίες είναι:

- Η εκπαιδευτική-διδασκτική
- Η συμβουλευτική
- Η επίσκεψη στο σπίτι.¹⁵¹

6.3.3.1 Εκπαιδευτική - διδασκτική τεχνική

Απευθύνεται από τον κοινοτικό νοσηλευτή ψυχικής υγείας στους ψυχικά ασθενείς αλλά και στον υγιή πληθυσμό της κοινότητας. Η εκπαίδευση γίνεται σε άτομα ή σε ομάδες και στοχεύει στη μετάδοση και επεξήγηση πληροφοριών, στην ευαισθητοποίηση, στον προβληματισμό κ.ά. Επίσης, μια από τις βασικές επιδιώξεις του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι η αυτενέργεια, η δυνατότητα δηλαδή του εκπαιδευόμενου να λειτουργεί αυτόνομα με δικές του πρωτοβουλίες. Απαραίτητος για την επιτυχία αυτής της διαδικασίας είναι ο διάλογος μεταξύ κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας και ασθενή. Έτσι, η ίδια η εκπαιδευτική διαδικασία γίνεται μέσω επικοινωνίας μεταξύ τους και αφορά την προσωπική υγιεινή, τη σημασία του ύπνου, την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου του ασθενή κ.ά.. Η εκπαιδευτική διαδικασία που περιλαμβάνει τα παραπάνω, πρέπει να εκφράζεται με τη μορφή της καθοδήγησης, της ενθάρρυνσης, της υπόδειξης, της προτροπής, της αμοιβής αλλά και της τοποθέτησης ορίων στον ασθενή.^{151,158}

6.3.3.2 Συμβουλευτική

Είναι η εργασία που πραγματοποιείται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό και στοχεύει στην «καθοδήγηση» του ασθενή, ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητές του και στην επίλυση προβλημάτων ψυχικής υγείας στο επίπεδο του συνειδητού. Η συμβουλευτική, ως τύπος θεραπείας, μπορεί να εξελιχθεί σε μια ασφαλή σχέση που θα βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει τις δυσκολίες του και να τις ξεπεράσει. Βασικό ρόλο διαδραματίζει η ποιότητα της σχέσης θεραπευτή-ασθενή, με σημείο εκκίνησης την αμοιβαία εμπιστοσύνη, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις πολιτιστικών, θρησκευτικών, και φυλετικών διαφορών μεταξύ τους, χωρίς όμως να υπάρχει η σχέση εξάρτησης που συναντάται στην ψυχοθεραπεία.^{38,151}

Τα κοινωνικά, οικονομικά, και πολιτιστικά προβλήματα της εποχής μας ταλανίζουν πολλούς συνανθρώπους μας και μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχιατρική παθολογία. Τα άτομα που έχουν ανάγκη συμβουλευτικής θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως δείκτης των διαφόρων αντιλήψεων της σημερινής υπερκαταναλωτικής κοινωνίας μας, η οποία προβάλλει τον έντονο ατομικισμό, την ανταγωνιστικότητα, τον εύκολο και γρήγορο πλουτισμό κ.ά. Επίσης, η συμβουλευτική έχει έναν έντονα προληπτικό χαρακτήρα, χωρίς όμως να περιορίζεται μόνο σε αυτόν.^{38,151}

Η ποιότητα φροντίδας και συμβουλευτικής που μπορεί να παρέχουν οι ομάδες ψυχικής υγείας δεν εξαρτάται μόνο από τη δική τους θέληση και κίνητρο, αλλά καθορίζεται από την προσωπικότητα, την εκπαίδευση, τις γνώσεις, το υποστηρικτικό σύστημα του ασθενή καθώς και από την εθνική πολιτική κοινωνικής φροντίδας, τις μεταρρυθμίσεις της υγείας και της παιδείας, τα Μ.Μ.Ε. και την κουλτούρα γενικότερα.¹⁵¹

6.3.3.3 Επίσκεψη στο σπίτι του ψυχικά ασθενή

Οι ψυχικά ασθενείς είναι αναγκαίο να διατηρούν την επαφή τους με τον οικογενειακό εργασιακό και κοινωνικό τους περίγυρο. Οι επαφές αυτές πρέπει να αποκαθίστανται ταχύτατα μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο και να βελτιώνονται. Μια από τις βασικές θεραπευτικές πρακτικές είναι η επίσκεψη των νοσηλευτών και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας στο σπίτι του ασθενή, στο γνώριμο οικογενειακό του περιβάλλον όπου γίνεται άμεση παρατήρηση της ψυχικής, φυσικής και κοινωνικής του κατάστασης.^{151,158,159}

Οι κυριότεροι λόγοι που κάνουν αναγκαία την επίσκεψη στο σπίτι είναι:

1. Η ενημέρωση-πληροφόρηση ασθενών που δεν έχουν επισκεφθεί τις μονάδες ψυχικής υγείας.

2. Εξασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα σε ασθενείς που την διακόπτουν για «άγνωστους» λόγους, ενώ η θεραπευτική ομάδα εκτιμά ότι πρέπει να συνεχιστεί.
3. Οι περιπτώσεις εμφάνισης νόσου για πρώτη φορά και υποτροπής, για την εκτίμηση του περιστατικού και με απώτερο στόχο την αποφυγή νοσηλείας του ασθενή και των αρνητικών συνεπειών της (κοινωνικό στίγμα, εγκλεισμός, ιδρυματοποίηση).
4. Η επαφή με άτομα που αδυνατούν να μετακινηθούν (υπερήλικες, άτομα με κινητικά προβλήματα κ.ά.).
5. Η ανάγκη υπευθυνοποίησης τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειας του, ώστε να έχουν ενεργό συμμετοχή στην θεραπευτική διαδικασία.
6. Η λήψη ιστορικού ή συμπλήρωση του ήδη υπάρχοντος.
7. Κατ' οίκον εκπαίδευση των ασθενών και των μελών της οικογένειας στον φυσικό τους χώρο με ηρεμία και ασφάλεια.
8. Αποτελεί οικονομικότερη λύση τόσο για αδύναμες οικονομικά ομάδες, όσο και για το δημόσιο σύστημα υγείας, γιατί επιτυγχάνεται η έγκαιρη πρόληψη της υποτροπής και μείωση των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο.^{151,158,159,164}

Η επίσκεψη στο σπίτι στοχεύει:

1. Να αποφευχθεί ο «ιδρυματισμός» του ασθενή μέσα στην ίδια του την οικία.
2. Να εκτιμηθούν οι συνθήκες διαβίωσης και το περιβάλλον του ασθενή ώστε αν χρειαστεί να γίνει παρέμβαση.
3. Να επιτευχθεί μια καλύτερη προσέγγιση και γνωριμία με τον ασθενή λόγω της ασφάλειας που του παρέχει το οικείο περιβάλλον του.
4. Να ελεγχθεί η σωστή λήψη των ψυχοφαρμάκων και τυχόν ανεπιθύμητων παρενεργειών τους.
5. Να γίνει αντιληπτή η ατμόσφαιρα και η στάση των οικείων του ασθενή, που μπορεί να είναι από θετική και υπερπροστατευτική, ως απλά ανεκτική ή ακόμα και αρνητική, απορριπτική και εχθρική.^{151,158,159,165}

Οι επισκέψεις στο σπίτι χαρακτηρίζονται από κοινωνικούς κανόνες και περιορισμούς, οι οποίοι θα πρέπει να γίνονται σεβαστοί. Η δραστηριότητα αυτή αποτελεί σημαντική θεραπευτική παρέμβαση αλλά και ιδιαίτερη, και θα πρέπει να διέπεται από ευγένεια και διακριτικότητα, ώστε να μην θεωρείται ως «εισβολή» από τον ασθενή ή τους δικούς του ανθρώπους ακόμα και αν γίνεται χωρίς προειδοποίηση. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας δεν

θα πρέπει να ξεχνάει ότι είναι φιλοξενούμενος και οφείλει να συμπεριφέρεται αναλόγως. Επίσης, οι οδηγίες που δίνονται θα πρέπει να διατυπώνονται με προσεκτικό τρόπο, ώστε να μην εκλαμβάνονται ως υποτιμητικές ή προσβλητικές, αλλά ταυτόχρονα να είναι σαφείς και αποφασιστικές ανάλογα με τον τύπο και την ιδιοσυγκρασία της οικογένειας. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα πρέπει να προσεγγίσει και να αφουγκραστεί τον ασθενή και την οικογένειά του με σεβασμό και ειλικρίνεια σε μία ισότιμη βάση και να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους και την αποδοχή τους, ώστε στο θεμέλιο αυτό να οικοδομηθεί η θεραπευτική σχέση.^{151,158,159,164,165}

6.3.4 «Δεξιότητες» του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Εκτός από τις επιστημονικές γνώσεις ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι απαραίτητο να αποκτήσει και να καλλιεργήσει δεξιότητες, που θα του επιτρέψουν να είναι αποτελεσματικός στην θεραπευτική του παρέμβαση. Οι δεξιότητες περιλαμβάνουν πολύπλευρες γνώσεις, ικανότητες και ακριβείς ενέργειες που συνδυαζόμενες συντελούν στην ακριβή εκτέλεση και εφαρμογή των νοσηλευτικών σκοπών. Οι δεξιότητες μπορούν να διακριθούν σε:

1. Δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων όπως ικανότητα άμεσης επαφής με τον ασθενή, ικανότητα για διάλογο, διαθεσιμότητα νοσηλευτή να ακούσει τον ασθενή και να συνεργαστεί μαζί του, παροχή αισθημάτων ασφάλειας και εμπιστοσύνης, ηρεμία, υπομονή, επιείκεια, επιμονή αλλά και ευγένεια, σεβασμός, σοβαρότητα και φιλική διάθεση.
2. Δεξιότητες επικοινωνίας, δηλαδή ικανότητα δημιουργίας «γέφυρας» επικοινωνίας με τον ασθενή τόσο λεκτικά όσο και με χειρονομίες, νύματα κ.ά. και παροχή προτύπων συμπεριφοράς, ένα από τα οποία θα πρέπει να είναι και ο ίδιος ο νοσηλευτής.
3. Οργανωτικές δεξιότητες σχετικά με τον χώρο και τον χρόνο τόσο τον δικό του όσο και των υφιστάμενων συνεργατών του και των ασθενών.
4. Διοικητικές δεξιότητες που χαρακτηρίζονται από επιτυχή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, ανοικτή επικοινωνία με συνεργάτες, προϊστάμενους και υφιστάμενους, υπευθυνότητα, ευσυνειδησία, συνέπεια.
5. Επαγγελματισμό που οφείλει να διακρίνεται από αίσθημα ευθύνης, ακρίβεια, σωστή και αντικειμενική παρατήρηση, συνεχή ενημέρωση για τις επιστημονικές εξελίξεις, συνεχή αυτομόρφωση, εκπαίδευση και εξειδίκευση.

6. Δεξιότητες διδασκαλίας για την ενημέρωση και την αποτελεσματική μετάδοση γνώσης προς τον ασθενή, την οικογένειά του, τους συνεργάτες του ίδιου του νοσηλευτή αλλά και την κοινότητα.
7. Δεξιότητες ως προς το ρόλο που υπαγορεύει η Κοινωνική Ψυχιατρική:
- Δεξιότητες συμβουλευτικές ανάλογα με τη φύση της ασθένειας, την προσωπικότητα του ασθενή και την εκπαίδευση του.
 - Δεξιότητες συμβουλευτικής της οικογένειας του ασθενή αφού πρώτα αποσαφηνιστεί η σχέση οικογένειας – ασθενή καθώς και η στάση της οικογένειας απέναντί του (θετική, αρνητική, απορριπτική, προστατευτική).
 - Δεξιότητες θεραπευτικές, όπως συνέντευξη με τον ασθενή, θεραπεία ατομική, οικογενειακή ή ομαδική, ενεργός συμμετοχή στις συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας.
 - Δεξιότητες που ενισχύουν την κοινωνικοποίηση του ασθενή, μέσω ατομικής ή ομαδικής εργασίας.
 - Δεξιότητες διασύνδεσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, της οικογένειας του ασθενή, του κοινωνικού του περίγυρου, άλλων χώρων θεραπευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης αλλά και άλλων ιατροκοινωνικών φορέων για παθολογικά, οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα του ασθενή.
 - Δεξιότητα γνώσης και ικανότητας εργασίας και στις τρεις βαθμίδες πρόληψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια).¹⁵¹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος της οποίας δεν γνωρίζουμε την ακριβή αιτιολογία. Παρόλα αυτά, θεωρείται ότι η εκδήλωσή της οφείλεται στην αλληλεπίδραση διαφόρων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Συνεπώς, η φαρμακευτική αγωγή δε στοχεύει στην αιτία της ασθένειας, αλλά στη μείωση ή και στην εξάλειψη των συμπτωμάτων που δυσχεραίνουν την καθημερινότητα του ατόμου που πάσχει από αυτήν. Μια μεγάλη πρόκληση για την επιστήμη είναι να βρεθεί η αιτία της αλλά και να κατασκευαστούν φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία θα στοχεύουν στην καταπολέμηση της ίδιας της νόσου και όχι στα συμπτώματά της.

Όσον αφορά τη διάγνωση της ασθένειας, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία εξέδωσε το 2013 το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-5, το οποίο προχώρησε σε κάποιες αλλαγές σχετικά με το προηγούμενο (DSM-IV-TR 2000), όπως η αφαίρεση των υποτύπων της σχιζοφρένειας. Αναμένονται επίσης, αναθεωρήσεις της 5^{ης} αυτής έκδοσης σε σύντομα χρονικά διαστήματα και όταν θα υπάρχουν αλλαγές βάση ερευνών.

Θα πρέπει να τονιστεί, ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν να αντιμετωπίσουν ένα διπλό πρόβλημα, αρχικά την ίδια τη νόσο τους, τα συμπτώματα και τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, και δεύτερον το στίγμα που προκύπτει από την ασθένειά τους το οποίο αναστέλλει τη θεραπεία και την αποκατάστασή τους. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι τα τελευταία χρόνια γίνονται αξιολογες προσπάθειες από διάφορους φορείς και εθελοντικές ομάδες ώστε να ενημερώσουν, να εκπαιδεύσουν και να ευαισθητοποιήσουν την κοινωνία, να την παροτρύνουν ώστε να δεχτεί τα άτομα αυτά στους κόλπους της και να εξαλείψουν τον κοινωνικό τους αποκλεισμό. Θα πρέπει να γίνει συνείδηση της κοινωνίας ότι τα άτομα αυτά δεν ανήκουν στα ιδρύματα. Η θέση που τους ανήκει είναι μέσα στο κοινωνικό σύνολο, ως λειτουργικές μονάδες. Ο εγκλεισμός των ασθενών δεν είναι λύση στο πρόβλημα αλλά απλά διαιώνισή του. Ο Ντοστογιέφσκι γράφει στο «Ημερολόγιο του συγγραφέα»: *«Ο καλύτερος τρόπος για να σιγουρευτείς ότι εσύ είσαι ο γνωστικός, δεν είναι το να κλείσεις μέσα το γείτονά σου»*.⁷³ Η πραγματική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση κρίνεται απαραίτητη, ώστε οι ψυχικά ασθενείς να παραμείνουν λειτουργικό κομμάτι της κοινωνίας και η μεταμόρφωση θεσμών και δομών πρέπει να είναι ουσιαστική και όχι να κινείται από καιροσκοπές δυνάμεις και πολιτικά και οικονομικά συμφέροντα.

Η περίοδος της κρίσης που διανύουμε δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την πορεία προς αναδόμηση. Παρόλα αυτά ο δρόμος είναι μονής κατεύθυνσης και αυτή είναι προς το συμφέρον των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο καθένας μας ατομικά και όλοι συλλογικά, επαγγελματίες υγείας και μη, οφείλουμε με τη στάση μας και την δράση μας να δημιουργήσουμε μία κοινωνία-οικογένεια, που θα εντάξει τους ανθρώπους αυτούς στους κόλπους της και θα τους ενσωματώσει ως ισότιμα λειτουργικά μέλη.

Σχετικά με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα η οποία ξεκίνησε το 1984 με τον κανονισμό [ΕΟΚ] 815/84 και τα προγράμματα Λέρος Ι και ΙΙ και συνεχίζεται από το 1997 μέχρι σήμερα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης «Ψυχαργός», έχουν γίνει σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση της αποασυλοποίησης, της μετάθεσης της φροντίδας σε κοινοτικό επίπεδο, της πρόληψης της ψυχικής ασθένειας, της υποστήριξης των ασθενών με προγράμματα εκπαίδευσης αλλά και της οργάνωσης εκστρατειών έναντι του στίγματος. Η κατάσταση σήμερα διαφέρει, θα μπορούσε να πει κάποιος σε σχέση με 30 χρόνια πριν και μάλιστα προς το καλύτερο. Παρόλα αυτά, υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις σε δομές και υπηρεσίες, ενώ ταυτόχρονα επικρατούν ακόμα και σήμερα αναχρονιστικές αντιλήψεις σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες, που δεν επιτρέπουν να συνδέσει κάποιος τη σημερινή κατάσταση με τον όρο «μεταρρύθμιση» παρά με τον όρο «οπισθοδρόμηση».

Μέσα από τη μελέτη και καταγραφή που έγινε στην παρούσα εργασία φαίνεται ότι η πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από μεγάλες αντιστάσεις και αδράνεια στην εφαρμογή μέτρων και τη δημιουργία ενός ειλικρινούς συστήματος υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου χάθηκε πραγματικά η ευκαιρία για μία εξολοκλήρου αναδιάρθρωση του συστήματος και δυστυχώς σήμερα βρισκόμαστε σε ένα κρίσιμο σημείο, όπου ελλοχεύει ο κίνδυνος αντίστροφης πορείας και μεταπήδησης σε φαινόμενα του παρελθόντος. Η βιωσιμότητα του συστήματος κρίνεται επισφαλής, οι ακούσιες εισαγωγές αυξάνονται, ενώ δεν λείπουν περιπτώσεις περιορισμών, τραυματισμών και θανάτων ασθενών μέσα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, κάτι θλιβερό για την πρόοδο που υποτίθεται ότι έχει σημειωθεί όλα αυτά τα χρόνια. Επιβάλλεται λοιπόν η αναθεώρηση της κατάστασης από την πολιτεία αλλά και η ενεργοποίηση και η εντατική δράση των αρμόδιων φορέων, ώστε να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα και να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για μία πορεία πραγματικής προόδου και μεταρρύθμισης.

Προς την κατεύθυνση μείωσης του στιγματισμού κινούνται τα τελευταία χρόνια οι συζητήσεις και οι μελέτες σχετικά με την κατάργηση του όρου «σχιζοφρένεια» ως ονομασία της ασθένειας και την υιοθέτηση ενός νέου όρου απαλλαγμένου από τις προκαταλήψεις. Μελετώνται οι θετικές επιδράσεις μίας τέτοιας κίνησης, που θα προσφέρει και σε άλλους

τομείς, όπως στην πιο εύκολη και καλύτερη ενημέρωση των φροντιστών-οικογενειών των ασθενών, κάτι που σημειώθηκε στις χώρες που έχουν προβεί ήδη στη μετονομασία. Βέβαια, ερευνώνται και οι αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει αυτή η αλλαγή, όπως λανθασμένη διάγνωση ή ακόμα και εκ νέου στιγματισμός των ασθενών και θα πρέπει να προκαθοριστούν διαδικασίες και κινήσεις ώστε να αποφευχθούν.

Όσον αφορά το έργο που έχει να επιτελέσει ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας, αυτό είναι πολυδιάστατο και ταυτόχρονα ιδιαίτερα σημαντικό στην πρόληψη, τη φροντίδα και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Οι αρμοδιότητες, οι δεξιότητες και ο γενικότερος ρόλος του σχετικά με την παροχή φροντίδας στην ψυχική υγεία δεν απαιτούν μόνο εμπειρία και γνώσεις, αλλά επιπλέον επιβάλλεται η συνεχής ενημέρωση και πληροφόρηση του για την εξέλιξη της επιστήμης, της τεχνολογίας και των μέσων που χρησιμοποιεί ώστε να μην είναι απλά ένα βοηθητικό μέλος αλλά να πράττει με κριτική σκέψη. Με αυτόν τον τρόπο θα συμβάλλει πιο αποτελεσματικά στη θεραπεία των ψυχικά ασθενών, στην ενημέρωση για την καταπολέμηση του στίγματος και θα αποτελέσει ένα λειτουργικό και χρήσιμο μέλος της ομάδας στην οποία ανήκει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.
2. Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας - Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 7^η έκδ. βελτιωμένη. Αθήνα 2009.
3. Γουρνέλλης ΡΙ. Οι επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στη ζωή του ζεύγους και της οικογένειας από ψυχιατρική σκοπιά. Στο: Σολδάτος Κ, Καρακώστας Ι, Κουτσουράδης Α, Μαλλιώρα Μ, (επιμ). Ψυχιατρική και Δίκαιο: Ι. Γενικό πλαίσιο και προβληματισμοί. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα 2006:67-107.
4. Μαδιανός Μ. Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2005.
5. Γραβάνη Α. Διδακτικές Σημειώσεις στο μάθημα Ψυχιατρική. Τμήμα Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας.
6. Γιαννοπούλου Α. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2005.
7. Thio Α. Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. 2^η έκδ., μτφρ: Μπαρπάτση Μ, επιμ: Τσουραμάνης Χ. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2008.
8. Χαρτοκόλλης Π. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
10. Schizophrenia, Fact sheet N°397. Geneva, 2014. Διαθέσιμο στο: World Health Organization Web Page. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2015.
11. Kingdon DG, Turkington D. Γνωστική θεραπεία της σχιζοφρένειας. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2011.
12. Cascio M, Cella M, Preti A, Meneghelli A, Cocchi A. Gender and duration of untreated psychosis: a systematic review and meta-analysis. Early Intervention in Psychiatry. 2012;6(2):115-127.
13. Grossman L, Harrow M, Rosen C, Faull R, Strauss G. Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery. Comprehensive Psychiatry. 2008;49(6):523-529.
14. Schizophrenia. Διαθέσιμο στο: NIMH Web Page. <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2015.

15. Tsuang MT, Farone SV. Schizophrenia. Second edition. Oxford University Press Inc., New York: 2005.
16. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30(1):67-76.
17. Βιλαέτη Α, Μοσχονάς Δ. Σχιζοφρένεια. Διαθέσιμο στο: [Iatropedia.gr](http://www.iatropedia.gr) Web Page. <http://www.iatropedia.gr/medical/malady/292>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2015.
18. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *The Lancet*. 2009;374(9690):635-645.
19. Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*. 2010;41(05):897-910.
20. Rajkumar SR. Incidence of schizophrenia in an urban community in Mandras. *Indian J Psychiatry* 1993;35:18-21.
21. McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *MJA* 2009;190:S7-S9.
22. Werbeloff N, Levine S, Rabinowitz J. Elaboration on the association between immigration and schizophrenia: a population-based national study disaggregating annual trends, country of origin and sex over 15 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011;47(2):303-311.
23. Miller B, Messias E, Miettunen J, Alaraisanen A, Jarvelin M, Koponen H et al. Meta-analysis of Paternal Age and Schizophrenia Risk in Male Versus Female Offspring. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;37(5):1039-1047.
24. Yasamy MT, Cross A, McDaniel E, Saxena S. Living a healthy life with schizophrenia: paving the road to recovery. In *World Mental Health Day 2014: Living with Schizophrenia*. World Federation for Mental Health. 2014;34-37.
25. Rössler W, Joachim Salize H, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*. 2005;15(4):399-409.
26. Lindström E, Eberhard J, Neovius M, Levander S. Costs of schizophrenia during 5 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(s435):33-40.
27. Σωματικές θεραπείες. Διαθέσιμο στο: [psychologia.gr](http://www.psychologia.gr) Web Page. <http://www.psychologia.gr/therapy/somatic.htm>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2015.

28. Heal D, Smith S, Gosden J, Nutt D. Amphetamine, past and present - a pharmacological and clinical perspective. *Journal of Psychopharmacology*. 2013;27(6):479-496.
29. Owen R. Extended-release paliperidone: Efficacy, safety and tolerability of a new atypical antipsychotic. *Drugs Today*. 2007;43(4):249.
30. Kane JM, Correll C. Past and Present Progress in the Pharmacologic Treatment of Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(09):1115-1124.
31. Αντιψυχωσικά φάρμακα. Διαθέσιμο στο: Γαληνός Web Page. <http://www.galinos.gr/web/drugs/main/nomcodes/04.02>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2015.
32. Stahl SM. Βασική Ψυχοφαρμακολογία. Οδηγός συνταγογράφησης. Ελληνική έκδοση: Λύκουρας Λ. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2009.
33. Schatzberg AF, Cole JO, DeBattista DMH. *Manual of Clinical Psychopharmacology*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005.
34. Γαρύφαλλος Γ, Γκιουζέπας Γ. Σύγκριση αντιψυχωσικών πρώτης και δεύτερης γενιάς: Σύγχρονα δεδομένα, (Άρθρο Σύνταξης). *Ψυχιατρική*. 2008, 19(2):111-112.
35. Casey D, Haupt D, Newcomer J et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):4-18.
36. Kapur S. Relationship Between Dopamine D2 Occupancy, Clinical Response, and Side Effects: A Double-Blind PET Study of First-Episode Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(4):514-520.
37. Σκαπινάκης Π, Γεράση Ε. Κλοζαπίνη. 2004. Διαθέσιμο στο: Ασκληπιακό Πάρκο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Web Page. <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=760>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2015.
38. Μαδιανός Μ. Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000.
39. Πετρίκης Π. Σωματική νοσηρότητα και θνησιμότητα στη σχιζοφρένεια. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2012:84-95.
40. McCall W, Andrade C, Sienaert P. Searching for the Mechanism(s) of ECT's Therapeutic Effect. *The Journal of ECT*. 2014;30(2):87-89.

41. Γνωστική θεραπεία. Διαθέσιμο στο: [psychologia.gr](http://www.psychologia.gr) Web Page. <http://www.psychologia.gr/therapy/cognitivetherapy.htm>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2015.
42. Mann J. The Neurobiology and Genetics of Suicide and Attempted Suicide: A Focus on the Serotonergic System. *Neuropsychopharmacology*. 2001;24(5):467-477.
43. Μουσσάς Γ και συν. Απόπειρες αυτοκαταστροφής στο Γενικό Νοσοκομείο και προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης. *Ψυχιατρική*. 2009, 20(2):153-161.
44. Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ. Αυτοκτονία. Στο: Δουζένης Α, Λύκουρας Λ, (επιμ). *Ψυχοτροδικαστική. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα* 2008:111-118.
45. Moller H. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(s418):73-80.
46. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(3):180-206.
47. Rowe S, Rapaport M. Classification and treatment of sub-threshold depression. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006;19(1):9-13.
48. Pfuhlmann B, Schmidtke A. Pathological Gambling and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*. 2002;6(3):257-267.
49. Petridou E, Papadopoulos F, Frangakis C, Skalkidou A, Trichopoulos D. A Role of Sunshine in the Triggering of Suicide. *Epidemiology*. 2002;13(1):106-109.
50. Μουρίκης Η, Δουζένης Α. Σχιζοφρένεια και έγκλημα/παραβατικότητα. Στο: Δουζένης Α, Λύκουρας Λ, (επιμ). *Ψυχοτροδικαστική. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα* 2008:120-129.
51. Pompili M, Amador X, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry*. 2007;6(1):10.
52. Haw C, Hawton K, Sutton L, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and Deliberate Self-Harm: A Systematic Review of Risk Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(1):50-62.
53. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano G et al. Awareness of Disorder and Suicide Risk in the Treatment of Schizophrenia: Results of the International Suicide Prevention Trial. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1494-1496.

54. Kim C, Jayathilake K, Meltzer H. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*. 2003;60(1):71-80.
55. Harkavy-Friedman J, Nelson E, Venarde D, Mann J. Suicidal Behavior in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder: Examining the Role of Depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(1):66-76.
56. Harkavy-Friedman, JM et al. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry*. 1999;156(8): p. 1276-8.
57. Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G. Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2003;33(4):589-599.
58. Alphas L, Anand R, Islam M, Meltzer H, Kane J, Krishnan R et al. The International Suicide Prevention Trial (InterSePT): Rationale and Design of a Trial Comparing the Relative Ability of Clozapine and Olanzapine To Reduce Suicidal Behavior in Schizophrenia and Schizoaffective Patients. *Schizophrenia Bulletin*. 2004;30(3):577-586.
59. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT) *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jan;60(1):82–91.
60. World Health Organisation. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organisation, 2014.
61. Λύκουρας Α, Δουζένης Α. Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας, (Άρθρο Σύνταξης). *Ψυχιατρική*. 2011, 22(2):105-106.
62. Häfner H, Boker W. Mentally disordered violent offenders. *Social Psychiatry*. 1973;8(4):220-229.
63. Swanson J, Holzer C, Ganju V, Jono R. Violence and Psychiatric Disorder in the Community: Evidence From the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *PS*. 1990;41(7):761-770.
64. Hodgins S. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;185(3):245-250.
65. Χριστοδούλου ΓΝ και συν. *Ψυχιατρική*, Β΄ Τόμος. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000.

66. Wallace C, Mullen P, Burgess P. Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(4):716-727.
67. Οικονόμου Μ, Φραμανδάνη Χ, Λούκη Ε, Γιώτης Λ, Στεφανής Κ. Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. (Πρόγραμμα κατά του στίγματος της σχιζοφρένειας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής). *Ψυχολογία*, 2006, 13 (3): 28-43.
68. Goffman E. Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας, μτφρ: Μακρυνιώτη Δ, επιμ: Λιβεράτος Κ. Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, Αθήνα 2001.
69. Campbell C, Deacon H. Unravelling the contexts of stigma: from internalisation to resistance to change. *J Community Appl Soc Psychol*. 2006;16(6):411-417.
70. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-πρόνοια 2000 – 2006». Μεθοδολογία Κοινωνικής Ευαισθητοποίησης & Καταπολέμησης των Προκαταλήψεων για την Ψυχική Νόσο. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργώς – Β' Φάση». Αθήνα, Μάρτιος 2004.
71. Σταμάτης Β, Κονίδα Β. Στίγμα και Ψυχική Ασθένεια. 2013. Εταιρεία Ψυχικής Υγείας «Διάπλαση» Web Page.
<http://www.diaplasi.org/%cf%83%cf%84%ce%af%ce%b3%ce%bc%ce%b1-%ce%ba%ce%b1%ce%b9-%cf%88%cf%85%cf%87%ce%b9%ce%ba%ce%ae-%ce%b1%cf%83%ce%b8%ce%ad%ce%bd%ce%b5%ce%b9%ce%b1/>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2015.
72. Σουμάκη Ε. Προκατάληψη στην κυριολεξία σημαίνει γνώμη που προηγείται της λογικής και υιοθετείται άκριτα, αβασάνιστα, αστόχαστα. Ένεκα Λόγου, Δελτίο Επικοινωνίας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου, 2003(4):9.
73. Foucault M. Η ιστορία της τρέλας. μτφρ: Αμπατζοπούλου Φ, Εκδόσεις Ηριδανός, Αθήνα 1975
74. Foster J. Unification and differentiation: A study of the social representations of mental illness. In *Papers on Social Representations*. 2001;10(3):1-18.
75. Οικονόμου Μ. Στίγμα-αποστιγματισμός-επανένταξη. Στο: Τομαράς Β, Πλουμπίδης Δ, Πετραλιά Φ, (επιμ). *Ψυχική Υγεία και Μ.Μ.Ε.. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία*, Αθήνα 1999:90-93.

76. Schulze B, Angermeyer M. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 2003;56(2):299-312.
77. Becker H. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press 1963.
78. Swanson G. Thomas J. Scheff. *Being mentally ill: A sociology theory*. Chicago: Aldine, 1966. *Syst Res*. 1967;12(2):139-141.
79. Phillips D. Public identification and acceptance of the mentally ill. *Am J Public Health Nations Health*. 1966;56(5):755-763.
80. Gove W. Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness: An Evaluation. *American Sociological Review*. 1970;35(5):873.
81. Link B, Cullen F, Struening E, Shrout P, Dohrenwend B. A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*. 1989;54(3):400.
82. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Μύθοι και αλήθειες για τη σχιζοφρένεια. Ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια. Διαθέσιμο στο: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. Web Page <http://www.epipsi.gr/pdf/PANTON/SXIZOFRENIA.pdf>
83. Howard, B.P. Lifelong maternal caregiving for children with schizophrenia. *Archive of Psychiatric Nursing*. 1994;7:107–114.
84. Jones S. The association between objective and subjective caregiver burden. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1996;10(2):77-84.
85. Sartorius N. One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental illness. In: Guimón J, Fischer W, Sartorius N, editors. *The image of madness*. Basle: Karger, Basel; 1999. pp. 96–105.
86. Christensen A, Dornink R, Ehlers S, Schultz S. Social Environment and Longevity in Schizophrenia. *Psychosomatic Medicine*. 1999;61(2):141-145.
87. Corrigan P, Rüsçh N. Mental Illness Stereotypes and Clinical Care: Do People Avoid Treatment Because of Stigma?. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2002;6(3):312-334.
88. Καράβατος Α, Ανδρέου Χ. Το στίγμα της Ψυχικής Νόσου. *Archives of hellenic medicine*. 2004;21(3):213-216.
89. Boyd Ritsher J, Otilingam P, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. 2003;121(1):31-49.

90. Καρύδη ΒΜ, Τζεδάκη Μ, Πακωνσταντίνου Κ, Στεφανής Ν, Στεφανής ΚΝ. Μελέτη Αξιολόγησης Αυτοστιγματισμού σε Ψυχωσικούς Ασθενείς. Τετράδια Ψυχιατρικής, 2004, 87:25-45.
91. Lasalvia A, Penta E, Sartorius N, Henderson S. Should the label "schizophrenia" be abandoned?. Schizophrenia Research. 2015;162(1-3):276-284.
92. Hammersley P, McLaughlin T. Campaign for the Abolition of Schizophrenia Label. Διαθέσιμο στο: Asylum magazine Web Page.
<http://www.asylumonline.net/resources/campaign-for-the-abolition-of-schizophrenia-label>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 22, 2015.
93. Madianos M. The myth of the splitting of the brain or the need for renaming schizophrenia. WAPR Bull. 2009;25, 3–5.
94. Dickerson F, Sommerville J, Origoni A, Ringel N, Parente F. Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2002;28(1):143-155.
95. Bakker P, Wichers M, van Harten P, Myin-Germeys I, Delespaul P, van Os J. Novel directions for psychiatric diagnosis: from psychopathology to motor function to monitoring technology. Epidemiol Psychiatr Sci. 2013;22(04):289-295.
96. Lasalvia A, Tansella M. What is in a name? Renaming schizophrenia as a starting point for moving ahead with its re-conceptualization. Epidemiol Psychiatr Sci. 2013;22(04):285-287.
97. van Os J, Delespaul P, Wigman J, Myin-Germeys I, Wichers M. Psychiatry beyond labels: introducing contextual precision diagnosis across stages of psychopathology. Psychological Medicine. 2013;43(07):1563-1567.
98. Kurz A, Lautenschlager N. The concept of dementia: retain, reframe, rename or replace?. Int Psychogeriatr. 2009;22(01):37.
99. Duckworth K, Halpern JH, Schutt RK, Gillespie C. Use of schizophrenia as a metaphor in US newspapers. Psychiatr. Serv. 2003;54, 1402–1404.
100. Boke O, Aker S, Alptekin Aker A, Sarisoy G, Sahin A. Schizophrenia in Turkish newspapers. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007;42(6):457-461.
101. Clement S, Foster N. Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national newspapers at two time points. Schizophrenia Research. 2008;98(1-3):178-183.
102. Magliano L, Read J, Marassi R. Metaphoric and non-metaphoric use of the term “schizophrenia” in Italian newspapers. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2010;46(10):1019-1025.

103. Brabban A, Morrison T, Read J. Renaming 'schizophrenia': a step too far or not far enough?. *Psychological Medicine*. 2013;43(07):1558-1560.
104. Kingdon D, Taylor L, Ma K, Kinoshita Y. Changing name: changing prospects for psychosis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013;22(04):297-301.
105. Sugihara G, Takei N. Renaming schizophrenia coupled with proper public education is an optimal way to overcome stigma. *Psychological Medicine*. 2013;43(07):1557-1558.
106. Keshavan M, Tandon R, Nasrallah H. Renaming schizophrenia: Keeping up with the facts. *Schizophrenia Research*. 2013;148(1-3):1-2.
107. Lieberman J, First M. Renaming schizophrenia. *BMJ*. 2007; 334(7585):108-10
108. Penn D, Nowlin-Drummond A. Politically Correct Labels and Schizophrenia: A Rose by Any Other Name?. *Schizophrenia Bulletin*. 2001;27(2):197-203.
109. Nishimura Y, Ono H. A study on renaming schizophrenia and informing diagnosis. in: Y. Ono (Ed.) *Studies on the Effects of Renaming Psychiatric Disorders*. Ministry of Health, Labor and Welfare, Tokyo; 2005:6–13.
110. Sato M, Koiwa M. Prevalence of "Togo Shitcho Sho" (schizophrenia) and the ripple effect. in: Y. Ono (Ed.) *Studies on the Effects of Renaming Psychiatric Disorders*. Ministry of Health, Labor and Welfare, Tokyo; 2005:14–18.
111. Takahashi H, Ideno T, Okubo S, Matsui H, Takemura K, Matsuura M et al. Impact of changing the Japanese term for "schizophrenia" for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophrenia Research*. 2009;112(1-3):149-152.
112. Omori A, Tateno A, Ideno T, Takahashi H, Kawashima Y, Takemura K et al. Influence of contact with schizophrenia on implicit attitudes towards schizophrenia patients held by clinical residents. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):205.
113. Kim Y. Renaming the term schizophrenia in Japan. *The Lancet*. 2002;360(9336):879.
114. Park J, Choi Y, Kim B, Lee D, Gim M. Use of the Terms "Schizophrenia" and "Schizophrenic" in the South Korean News Media: A Content Analysis of Newspapers and News Programs in the Last 10 Years. *Psychiatry Investigation*. 2012;9(1):17.
115. Chiu C, Lam M, Chan S, Chung D, Hung S, Tang J et al. Naming psychosis: the Hong Kong experience. *Early Intervention in Psychiatry*. 2010;4(4):270-274.
116. Lee YS, Kim JJ, Kwon JS. Renaming schizophrenia in South Korea. *Lancet*. 2013;382:683–684.

117. Η σχιζοφρένεια αλλάζει όνομα. 2015. Διαθέσιμο στο: [onmed.gr](http://www.onmed.gr) Web Page. <http://www.onmed.gr/gygeia-psyhikh/item/327997-i-sxizofreneia-allazei-onoma>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 26, 2015.
118. Essock S, Rogers L. What's in a Name? Let's Keep Asking. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;37(3):469-470.
119. Οικονόμου Μ. Δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων: Ηθική και δεοντολογική προσέγγιση. Στο: Σολδάτος Κ, Καρακώστας Ι, Κουτσουράδης Α, Μαλλιώρα Μ, (επιμ). *Ψυχιατρική και Δίκαιο: Ι. Γενικό πλαίσιο και προβληματισμοί*. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα 2006:223-236.
120. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία– πρόνοια 2000 – 2006». Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' Φάση». Αθήνα, Δεκέμβριος 2004.
121. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα. Ελληνική Έκδοση υπ' ευθύνη της Δ/σης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. 2003.
122. Το νομικό πλαίσιο των ατομικών, κοινωνικών και πολιτικών δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (για επαγγελματίες ψυχικής υγείας). Οδηγοί Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. 2013. Διαθέσιμο στο: Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" Web Page. <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=51004&nt=18&lang=1>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 22, 2015.
123. Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. Πρότυποι Κανόνες Ο.Η.Ε. Νέα Υόρκη, 1993. Διαθέσιμο στο: Πανελλαδικός Σύνδεσμος Παραπληγικών και Κινητικά Αναπήρων Web Page. <http://www.pasipka.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=10>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 22, 2015.
124. Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία και Προαιρετικό Πρωτόκολλο. Νέα Υόρκη, 2006. Διαθέσιμο στο: Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης του ΟΗΕ (UNRIC) Web Page. https://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=33. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 22, 2015.
125. Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ). Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες & Άτομα με Ψυχική Αναπηρία. Διαθέσιμο στο: ΕΣΑμεΑ Web Page. <http://www.esaea.gr/projects-tenders/national-projects/86->

- [legal-framework/symbasi/953-diethnis-symbasi-gia-ta-dikaiomata-ton-atomon-me-anapiries-toma-me-psyxiki-anapiria](http://www.sofpsi-ser.gr/legal-framework/symbasi/953-diethnis-symbasi-gia-ta-dikaiomata-ton-atomon-me-anapiries-toma-me-psyxiki-anapiria). Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 22, 2015.
126. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001. Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα. Ελληνική Έκδοση υπ' ευθύνη της Δ/νσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αθήνα 2002.
127. Δικαιοπρακτική ικανότητα ατόμων με νοητική αναπηρία και ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Διαθέσιμο στο: Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.) Ν. Σερρών. Web Page. <http://www.sofpsi-ser.gr/info/138-dikaiopraktiki-ikanotita-atomon-me-noitiki-anapiria-kai-atomon-me-provlimata-psyxikis-ygeias>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 22, 2015.
128. Μαδιανός Μ. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
129. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-πρόνοια 2000 – 2006». Σχέδιο Δράσης για την Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Άξονας Προτεραιότητας 5.1. Αθήνα 2002.
130. Tsiantis J. The Children of Leros PIKPA. British Journal of Psychiatry 1995;167(28):3-79.
131. Πλουμπίδης ΔΝ. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα-Επιτεύγματα και προοπτικές. Στο: Σολδάτος Κ, Καρακώστας Ι, Κουτσοιράδης Α, Μαλλιώρα Μ, (επιμ). Ψυχιατρική και Δίκαιο: Ι. Γενικό πλαίσιο και προβληματισμοί. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα 2006:255-264.
132. Assimopoulos H. Reform, developments and prevailing trends in mental health care in Greece. Social Work in Europe. 1998;5(1):41-48.
133. Μαυρατζώτου, Κ. Σχεδιασμός και ανάπτυξη των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Στο Δαμίγος Δ, (επιμ). Η Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003:136-146.
134. Στυλιανίδης Σ. Μεταπολίτευση: Η διαδρομή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. 2014. Διαθέσιμο στο: tvxs.gr Web Page. <http://tvxs.gr/news/ellada/metapoliteysi-i-diadromi-tis-psyxiatrikis-metarrythmisis>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 22, 2015.
135. Μπαϊρακτάρης Κ. Το σκάνδαλο και η τραγωδία της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Τετράδια Ψυχιατρικής (30 Χρόνια Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης). Μάιος - Ιούνιος 2015.

- 136.Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ομάδα εργασίας για την Αναθεώρηση του «Ψυχαργός». Ψυχαργός Γ' (2011-2020). Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός. Νοέμβριος 2011.
- 137.Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ομάδα Αξιολόγησης του Προγράμματος «Ψυχαργός 2000-2009». Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009 (διευκρινήσεις, βελτιώσεις, περαιτέρω τεκμηρίωση). Μάρτιος 2011.
- 138.«Ψυχιατρική μεταρρύθμιση» χθες... σήμερα... αύριο; 2012. Διαθέσιμο στο: Πανελλαδική συσπείρωση για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση Web Page. <http://www.psypirosi.gr/2009-02-22-18-34-08/607-1-r.html>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 23, 2015.
- 139.Ramsay R. Banished to a Greek Island. Psychiatric Bulletin. 1990;14:134-135. Διαθέσιμο στο <http://pb.rcpsych.org/content/14/3/134.full.pdf>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 23, 2015.
- 140.Γκουτιδής Χρήστος, Γεωργίου Α. Παρουσία στο Χώρο και στο Χρόνο, Νήσος Λέρος: Ένας κρίκος στην Καδένα της Ιστορίας, Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου. Εισήγηση στο 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Χανιά 2009.
- 141.Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.). Οδηγός Ψυχικής Υγείας: Από την προκατάληψη στη συμβίωση. Αθήνα 2001.
- 142.Στυλιανίδης Σ, Θεοχαράκης Ν, Χονδρός Π. Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. 2006. Διαθέσιμο στο: Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.) Blog Web Page. <http://epapsy.blogspot.gr/2006/09/blog-post.html>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 23, 2015.
- 143.Καπρίνης ΓΣ. Η Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και το άρθρο 114 του προηγούμενου συντάγματος. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2012:30–35.
- 144.Πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". Διαθέσιμο στο: Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" Web Page. <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 23, 2015.
- 145.Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Διαθέσιμο στο: «Κλίμακα» - Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου & Κοινωνικού Κεφαλαίου για την Αντιμετώπιση του Κοινωνικού

- Αποκλεισμού Web Page. <http://www.klimaka.org.gr/js/index.php/h-klimaka/what-we-do/psychiatriki-metarithmisi>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 23, 2015.
- 146.Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ομάδα Αξιολόγησης του Προγράμματος «Ψυχαργός». Έκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014. Μάρτιος 2015.
- 147.Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Δεκαετές πρόγραμμα ανάπτυξης μονάδων και δράσεων ψυχικής υγείας Ψυχαργός Γ(2011-2020). Αρ. Πρωτ.: Υ5β/Γ.Π./οικ 46769, ΑΔΑ: Β49ΤΘ-Ζ5Ζ. Αθήνα Μάιος 2012.
- 148.Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική. 6^η έκδ. Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2005.
- 149.Μπακάλης Ν. Διδακτικές Σημειώσεις στο μάθημα Κοινωνική Νοσηλευτική Ι. Τμήμα Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας 2007.
- 150.Υπουργείο Υγείας Κύπρου. Ψυχική Υγεία. Διαθέσιμο στο: Υπουργείο Υγείας Κύπρου Web Page. <http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/C309BB665341A82EC2257A1E0027362B?OpenDocument>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 23, 2015.
- 151.Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. Κοινωνική-κοινωνική νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2005.
- 152.Μαδιανός Μ. Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2003.
- 153.Szmuckler G, and Thornicroft G, editors. Community Psychiatry. Oxford University Press:Oxford 2001.
- 154.Oud M, Schuling J, Slooff C, Jong B. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients?. BMC Fam Pract. 2007;8(1):37.
- 155.Gournay K. Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. Advances in Psychiatric Treatment. 2000;6(4):243-249.
- 156.Sines D, Saunders M, Forbes-Burford J. Εφαρμοσμένη Κοινωνική Νοσηλευτική. επιμ: Νούλα Μ, Γκεσούλη - Βολτυράκη Ε. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2011.
- 157.Nies MA, McEwen M. Κοινωνική Νοσηλευτική. Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών. Τόμος 1. 3η έκδ. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2007.
- 158.Φουντούκη Α, Θεοφανίδης Δ. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2012, 11(1):503-522.
- 159.Burns T. Community mental health teams, Oxford: Oxford University Press;2004.
- 160.Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-πρόνοια 2000 – 2006». Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Ιατροπαιδαγωγικού

Κέντρου. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' Φάση». Αθήνα, Δεκέμβριος 2004.

161. Τσιάντης Ι. Οργάνωση Υπηρεσιών Παιδοψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Στο Τσιάντης Ι, (επιμ). Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2001.
162. Γεωργιάδης Δ. Σχεδιασμός και οργάνωση των Παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών. Πρακτικές και εκπαίδευση των ειδικών ψυχικής υγείας στον Παιδοψυχιατρικό Τομέα. Στο Δαμίγος Δ, (επιμ). Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003.
163. Μπέλλος Γ. Ψυχιατρικά προβλήματα στην Π.Φ.Υ. και δυνατότητες πρόληψης και προαγωγής υγείας. Εκπαιδευτικές ημερίδες Π.Φ.Υ. «Γ. Παπαδάκης». Στο Παππάς Σ, (επιμ). Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων από τον γιατρό της Π.Φ.Υ. τόμος Β'. Αθήνα 2009:437-442.
164. Κωνσταντινίδη Μ, Καρβούνη Α, Μονάχου Μ, Γκολέμη Μ, Δημητρίου Τ, Δήμου Α. Η επίσκεψη στο σπίτι. Η ανάληψη του περιστατικού και ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στη συνέχεια της θεραπευτικής φροντίδας. Τετράδια Ψυχιατρικής, 2011, 4:23–26.
165. Ψαροπούλου Ε. Ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι. Η κατ' εξοχήν ψυχιατρική παρέμβαση που δεν διδάσκεται πουθενά. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2012:30–35.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υιοθετήθηκε με το ψήφισμα 46/119 από τη Γενική Σύνοδο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών της 17ης Δεκεμβρίου 1991

Εφαρμογή

Οι αρχές αυτές εφαρμόζονται χωρίς κανενός είδους διάκριση με βάση την αναπηρία, την εθνικότητα, το φύλο, το χρώμα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, πολιτικές ή άλλες απόψεις, εθνική, νομική ή κοινωνική υπόσταση, ηλικία ή περιουσία.

Ορισμοί

Σε αυτές τις Αρχές:

- «Συνήγορος» είναι ένας νομικός ή άλλος ειδικευμένος εκπρόσωπος.
- «Ανεξάρτητη αρχή» είναι μια ικανή και ανεξάρτητη αρχή που περιγράφεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
- Η «Φροντίδα για την ψυχική υγεία» περιλαμβάνει ανάλυση και διάγνωση της κατάστασης ενός ατόμου και τη θεραπεία, φροντίδα και αποκατάσταση για μια ψυχική ασθένεια ή πιθανή ψυχική ασθένεια.
- «Υπηρεσία ψυχικής υγείας» είναι οποιαδήποτε υπηρεσία ή τμήμα υπηρεσίας, που σαν πρωταρχική του λειτουργία έχει να παρέχει φροντίδα για την ψυχική υγεία.
- «Επαγγελματίας ψυχικής υγείας» μπορεί να είναι ένας γιατρός, κλινικός ψυχολόγος, νοσηλεύτης, κοινωνικός λειτουργός ή άλλο κατάλληλα εκπαιδευμένο και ειδικευμένο άτομο εφοδιασμένο με τα απαραίτητα προσόντα για την παροχή φροντίδας για την ψυχική υγεία.
- «Ασθενής» είναι ένα άτομο που λαμβάνει φροντίδα για την ψυχική υγεία και περιλαμβάνει όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.
- «Νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας» σημαίνει ένα άτομο που του έχει ανατεθεί από το νόμο, το καθήκον της εκπροσώπησης των συμφερόντων ενός ασθενή με οποιαδήποτε καθορισμένη άποψη ή την άσκηση καθορισμένων δικαιωμάτων εκ μέρους των ασθενών, και περιλαμβάνει το γονέα ή νόμιμο κηδεμόνα ανηλίκου, εκτός από τις περιπτώσεις που καθορίζει διαφορετικά η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

- «Σώμα ελέγχου» είναι το σώμα που θεμελιώθηκε βάση της Αρχής 17 για τον έλεγχο της αναγκαστικής νοσηλείας ή κράτησης ενός ασθενή σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Περιορισμοί/ Γενική περιοριστική ρήτρα

Η εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων υπόκεινται μόνο σε περιορισμούς της νομοθεσίας για την προστασία της υγείας ή της ασφάλειας του ίδιου του ατόμου ή τρίτων ή για την προστασία της δημόσιας ασφάλειας, τάξης, υγείας ή ηθικής και των βασικών δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων.

Αρχή 1η - Θεμελιώδεις ελευθερίες και βασικά δικαιώματα

1. Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή φροντίδα, που παρέχεται ως τμήμα του συστήματος υγείας και κοινωνική φροντίδας.
2. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, θα τους παρέχεται φροντίδα με την ανθρωπιά και το σεβασμό που αρμόζει στην έμφυτη αξιοπρέπεια του ανθρώπου.
3. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, έχουν το δικαίωμα της προστασίας από οικονομική, σεξουαλική και άλλους τύπους εκμετάλλευσης, από φυσική ή άλλη κακοποίηση και από υποτιμητική/ εξευτελιστική συμπεριφορά.
4. Δεν θα γίνεται καμία διάκριση λόγω της ψυχικής νόσου. Ο όρος «διάκριση» σημαίνει οποιαδήποτε άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση ή εξαφάνιση της ισότιμης απόλαυσης των δικαιωμάτων. Ειδικά μέτρα που λαμβάνονται αποκλειστικά για την προστασία ή τη διασφάλιση της προαγωγής των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικά νοσήματα δεν θα θεωρούνται μεροληπτικά. Η διάκριση δεν περιλαμβάνει καμία άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που γίνεται σύμφωνα με τις παροχές αυτών των Αρχών και είναι αναγκαίες για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικό νόσημα ή άλλων ατόμων.
5. Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να ασκεί όλα τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα που του έχουν αναγνωριστεί από την Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Πολιτικά και Πολιτειακά Δικαιώματα και από άλλα αρμόδια όργανα, όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων και το Σώμα

των Αρχών για την Προστασία Όλων των Ατόμων από Οποιαδήποτε Μορφή Κράτησης ή Φυλάκισης.

6. Οποιαδήποτε απόφαση ανάθεσης κηδεμονίας ή νομικής εκπροσώπησης σε τρίτο πρόσωπο, λόγω ψυχικής νόσου εξαιτίας της οποίας το άτομο στερείται νομικής ικανότητας, θα γίνεται μόνο έπειτα από δίκαιη ακροαματική διαδικασία από ένα ανεξάρτητο και αμερόληπτο δικαστήριο σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται δικαιούται να εκπροσωπείται από συνήγορο, ενώ σε περίπτωση που το ίδιο δεν μπορεί να εξασφαλίσει μια τέτοια εκπροσώπηση, θα διατίθεται άνευ πληρωμής από τη στιγμή που δεν διαθέτει επαρκή μέσα να πληρώσει για αυτήν. Δεν είναι δυνατόν να εκπροσωπούνται από τον ίδιο συνήγορο και στην ίδια ακροαματική διαδικασία η υπηρεσία ψυχικής υγείας ή το προσωπικό της ή ακόμα και άλλα μέλη της οικογένειας του ατόμου του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται παρά μόνον αν το δικαστήριο αποφασίσει ότι δεν υπάρχει σύγκρουση συμφέροντος. Τέτοιου τύπου αποφάσεις θα πρέπει να αναθεωρούνται σε τακτικά και λογικά χρονικά διαστήματα που καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται, το άτομο που αναλαμβάνει τη νομική εκπροσώπηση και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, θα έχει το δικαίωμα να κάνει έφεση σε ανώτατο δικαστήριο ενάντια οποιασδήποτε τέτοιας απόφασης.
7. Σε περίπτωση που το δικαστήριο ή άλλο αρμόδιο δικαστήριο κρίνει ότι το άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν είναι σε θέση να χειριστεί τις υποθέσεις του/ της, θα αναλαμβάνονται τα αναγκαία και κατάλληλα για την περίπτωση μέτρα για τη διασφάλιση των συμφερόντων του/ της.

Αρχή 2η - Προστασία ανηλίκων

Ειδική φροντίδα θα δίδεται σύμφωνα με τη σκοπιμότητα αυτών των Αρχών και στα πλαίσια της εσωτερικής νομοθεσίας που αφορά την προστασία ανηλίκων σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων τους, που περιλαμβάνει όταν αυτό κριθεί αναγκαίο την ανάθεση της νομικής εκπροσώπησης σε άτομο εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Αρχή 3η - Ζωή στην κοινότητα

Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα.

Αρχή 4η - Καθορισμός/ προσδιορισμός/ διάγνωση της ψυχικής νόσου

1. Ο διαγνωστικός καθορισμός ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο θα γίνεται σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένες προδιαγραφές.
2. Ο καθορισμός/ Η διάγνωση της ψυχικής νόσου δεν θα πρέπει να γίνεται ποτέ με βάση κριτήρια πολιτικά, οικονομικά ή κοινωνικής υπόστασης, ή λόγω συμμετοχής σε φυλετικές, πολιτιστικές ή θρησκευτικές ομάδες ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο που δεν σχετίζεται άμεσα με την κατάσταση ψυχικής υγείας του ατόμου.
3. Οικογενειακές ή επαγγελματικές συγκρούσεις, ή η μη συμμόρφωση με ηθικές, κοινωνικές, πολιτιστικές ή πολιτικές αξίες ή με την κυρίαρχη θρησκευτική πίστη της κοινότητας στην οποία υπάγεται το άτομο, δεν θα πρέπει ποτέ να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διάγνωση της ψυχικής νόσου.
4. Τυχόν ιστορικό προηγούμενης θεραπείας ή νοσηλείας δεν θα πρέπει από μόνο του να δικαιολογεί παρούσα ή μελλοντική διάγνωση ψυχικής νόσου.
5. Κανένα άτομο ή φορέας εξουσίας δεν θα πρέπει να ταξινομεί ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο να αναφέρει ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο, παρά μόνο για λόγους που σχετίζονται άμεσα με την ψυχική νόσο ή με τις συνέπειές της.

Αρχή 5η - Ιατρική εξέταση

Κανένα άτομο δεν θα πρέπει να υποχρεώνεται να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση με την προοπτική καθορισμού αν έχει ή δεν έχει ψυχική νόσο, παρά μόνο σύμφωνα με την διαδικασία που προβλέπει και ορίζει η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 6η - Εμπιστευτικότητα/ Απόρρητο

Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας της πληροφόρησης, που αφορά όλα τα άτομα για τα οποία ισχύουν οι Αρχές αυτές, θα πρέπει να γίνεται σεβαστό. / Θα πρέπει να είναι σεβαστό το δικαίωμα του απόρρητου των προσωπικών δεδομένων όλων των ατόμων στα οποία απευθύνονται αυτές οι Αρχές.

Αρχή 7η - Ο ρόλος της κοινότητας και του πολιτισμού

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται και να του παρέχεται φροντίδα, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα όπου αυτός ή αυτή διαμένει.
2. Όταν η θεραπεία λαμβάνει χώρα σε έναν οργανισμό ψυχικής υγείας, ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα, όταν αυτό είναι δυνατό, να νοσηλεύεται κοντά στο σπίτι του/ της ή κοντά στον συγγενών ή φίλων του/ της και θα έχει το δικαίωμα να επιστρέψει στην κοινότητα όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

3. Κάθε ασθενής θα έχει δικαίωμα σε θεραπεία κατάλληλη για το δικό του/ της πολιτιστικό υπόβαθρο.

Αρχή 8η - Επίπεδα φροντίδας

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει τόση φροντίδα υγείας και κοινωνική φροντίδα, όση χρειάζεται για τις ανάγκες υγείας του/ της και δικαιούται φροντίδα και θεραπεία με τις ίδιες προδιαγραφές που τη δικαιούνται και άτομα που νοσούν από άλλες παθήσεις.
2. Κάθε ασθενής θα προστατεύεται από βλάβη, συμπεριλαμβανομένης της αδικαιολόγητης λήψης φαρμάκων, της κακοποίησης από άλλους ασθενείς, προσωπικό ή άλλα άτομα και πράξεις που του προκαλούν ψυχικό άγχος ή σωματική δυσφορία.

Αρχή 9η - Θεραπεία

1. Κάθε ασθενής θα έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία που είναι κατάλληλη για τις ανάγκες υγείας του ασθενή και την ανάγκη προστασίας της φυσικής ασφάλειας των άλλων.
2. Η θεραπεία και φροντίδα κάθε ασθενή θα βασίζεται σε ένα εξατομικευμένο σχέδιο, έπειτα από συζήτηση με τον ασθενή, που θα αξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, θα αναθεωρείται σύμφωνα με τις ανάγκες και θα παρέχεται από ειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό.
3. Η φροντίδα ψυχικής υγείας θα παρέχεται πάντοτε σύμφωνα με τις κατάλληλες προδιαγραφές ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων διεθνώς αποδεκτών προδιαγραφών, όπως οι Αρχές Ιατρικής Ηθικής που υιοθετήθηκαν από τον ΟΗΕ. Η γνώση για την ψυχική υγεία και οι δεξιότητες δεν θα γίνονται ποτέ αντικείμενο εκμετάλλευσης.
4. Η θεραπεία κάθε ασθενή θα κατευθύνεται προς τη διατήρηση και ενδυνάμωση της προσωπικής του αυτονομίας.

Αρχή 10η - Φαρμακευτική αγωγή

1. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή, να χορηγείται στον ασθενή μόνο για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς λόγους και ποτέ να μην χρησιμοποιείται σαν τιμωρία ή για τη διευκόλυνση τρίτων. Σύμφωνα με την παράγραφο 15 της Αρχής 11, οι γιατροί θα χορηγούν μόνο φάρμακα με γνωστή ή αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα.

2. Όλα τα φάρμακα θα συνταγογραφούνται από γιατρό ή επαγγελματία ψυχικής υγείας που διαθέτει άδεια για αυτό και θα καταγράφονται στο φάκελο του ασθενή.

Αρχή 11η - Συναίνεση για θεραπεία

1. Καμία θεραπεία δεν θα γίνεται σε ασθενή αν δεν υπάρχει συναίνεση μετά από ενημέρωση παρά μόνο στις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω.
2. Η μετά από ενημέρωση συναίνεση είναι συναίνεση που παραχωρείται ελεύθερα, χωρίς απειλές ή ακατάλληλα κίνητρα, και μετά από την αντίστοιχη αποκάλυψη στον ασθενή επαρκούς και κατανοητής πληροφόρησης, με μορφή και γλώσσα κατανοητή από τον ασθενή στα εξής θέματα:
 - i. Τη διαγνωστική αξιολόγηση.
 - ii. Το λόγο, τη μέθοδο, την πιθανή διάρκεια και τα αναμενόμενα οφέλη από την προτεινόμενη θεραπεία.
 - iii. Εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι λιγότερο παρεμβατικές.
 - iv. Πιθανό πόνο ή δυσφορία, κινδύνους και παρενέργειες από την προτεινόμενη θεραπεία.
3. Ο ασθενής μπορεί να ζητήσει την παρουσία ατόμου ή ατόμων της επιλογής του κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παραχώρησης συναίνεσης.
4. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να σταματήσει τη θεραπεία, εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω. Οι συνέπειες της άρνησης ή διακοπής της θεραπείας θα πρέπει να εξηγούνται στον ασθενή.
5. Ο ασθενής δεν θα πρέπει ποτέ να καλείται ή να παρακινείται του δικαιώματος της μετά από ενημέρωση συναίνεσης. Αν ο ασθενής επιθυμεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να εξηγείται στον ασθενή ότι η θεραπεία δεν μπορεί να δίνεται χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση.
6. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 7, 8, 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, θα μπορεί να εφαρμόζεται ένα προτεινόμενο πλάνο θεραπείας χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, αν ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις:
 - i. Ο ασθενής, τη δεδομένη στιγμή κρατείται παρά τη θέλησή του.
 - ii. Μια ανεξάρτητη αρχή, που θα έχει στην κατοχή της όλη τη σχετική πληροφόρηση, συμπεριλαμβανομένης της πληροφόρησης που καθορίζει η

παράγραφος 2 παραπάνω, θα ικανοποιείται ότι τη δεδομένη στιγμή, ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να δώσει ή να αρνηθεί την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της στο προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ή αν προβλέπεται από τη νομοθεσία, στις περιπτώσεις που απειλείται η ασφάλεια του ίδιου του ασθενή ή τρίτων, ότι ο ασθενής χωρίς λόγο αρνείται να δώσει αυτή τη συναίνεση, και

iii. Η ανεξάρτητη αρχή θα πρέπει να ικανοποιείται ότι το προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ανταποκρίνεται με τον καλύτερο τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή.

7. Η παράγραφος 6 παραπάνω δεν ισχύει στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα για να δώσει συναίνεση στη θεραπεία του ασθενή, αλλά εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί να δοθεί σε έναν τέτοιο ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, έχοντας λάβει όλη την πληροφόρηση που αναφέρεται στην παράγραφο 2 παραπάνω, συναινέσει εκ μέρους του ασθενή.
8. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί, επίσης, να παρέχεται σε έναν ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας που έχει άδεια από το κράτος, κρίνει ότι είναι επείγουσα ανάγκη, προκειμένου να εμποδιστεί άμεση ή επικείμενη βλάβη στον ίδιο τον ασθενή ή σε άλλα άτομα. Τέτοιου είδους θεραπεία δεν θα επιμηκύνεται πέραν της περιόδου που είναι αυστηρά αναγκαία για αυτό το λόγο.
9. Στις περιπτώσεις που δίνεται εντολή για οποιαδήποτε θεραπεία χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, θα πρέπει παρ' όλα αυτά να γίνεται κάθε προσπάθεια ενημέρωσης του ασθενή για τη φύση της θεραπείας και για οποιαδήποτε εναλλακτική θεραπεία και να εμπλέκεται ο ασθενής, όσο αυτό είναι εφικτό, στη δημιουργία του πλάνου θεραπείας του.
10. Οποιαδήποτε θεραπεία θα καταγράφεται αμέσως στον ιατρικό φάκελο του ασθενή καθώς και ένδειξη του αν δόθηκε εθελοντικά ή αναγκαστικά.
11. Ο φυσικός περιορισμός ή η αναγκαστική απομόνωση ενός ασθενή δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται παρά μόνο σύμφωνα με τις επίσημα αποδεκτές διαδικασίες για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μόνο όταν είναι το μοναδικό διαθέσιμο μέσο παρεμπόδισης άμεσης ή επικείμενης βλάβης για τον ίδιο τον ασθενή ή για άλλους.

Δεν θα πρέπει να επιμηκύνεται πέραν της περιόδου που είναι αυστηρά αναγκαία για αυτό το λόγο. Όλες οι περιπτώσεις φυσικού περιορισμού ή αναγκαστικής απομόνωσης, οι λόγοι που τα προκάλεσαν και η φύση και διάρκειά τους, θα πρέπει να καταγράφονται στον ιατρικό φάκελο του ασθενή. Ένας ασθενής που περιορίζεται ή απομονώνεται θα πρέπει να κρατείται κάτω από ανθρώπινες συνθήκες και με τη φροντίδα και στενή και τακτική εποπτεία ειδικευμένων επαγγελματιών – μελών του προσωπικού. Ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, αν υπάρχει και αν σχετίζεται, θα ενημερώνεται άμεσα για οποιοδήποτε φυσικό περιορισμό ή αναγκαστική απομόνωση του ασθενή.

12. Η στείρωση δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση, να αποτελέσει θεραπεία για τη ψυχική νόσο.
13. Ένας ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε μια μεγάλη ιατρική ή χειρουργική επέμβαση μόνο όταν επιτρέπεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους, στις περιπτώσεις που θεωρείται ως ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των αναγκών υγείας του και που ο ασθενής μπορεί να δώσει την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, ενώ στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν μπορεί να δώσει συναίνεση, μόνο ένα ανεξάρτητο σώμα θα μπορεί να δώσει εντολή για μια τέτοια διαδικασία.
14. Ψυχοχειρουργική και άλλες παρεμβατικές και αμετάκλητες θεραπείες για ψυχικά νοσήματα δεν θα πρέπει ποτέ να γίνονται σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας με αναγκαστική νοσηλεία και στο μέτρο που η εσωτερική νομοθεσία επιτρέπει κάτι τέτοιο, μπορούν να γίνονται σε ασθενείς που έδωσαν την μετά από ενημέρωση συναίνεσή τους και ένα ανεξάρτητο σώμα αποδέχεται ότι πρόκειται για γνήσια συναίνεση και ότι η θεραπεία αυτή εξυπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες υγείας του ασθενή.
15. Κλινικές δοκιμές και πειραματικές θεραπείες δεν θα γίνονται ποτέ σε κανέναν ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, με εξαίρεση τις περιπτώσεις ασθενών που δεν είναι σε θέση να τη δώσουν και οι οποίοι μπορούν να μετέχουν σε κλινικές δοκιμές και συγκεκριμένες πειραματικές θεραπείες, αλλά μόνο με την έγκριση ενός αρμόδιου και ανεξάρτητου σώματος ελέγχου που έχει ιδρυθεί για αυτό το λόγο.
16. Στις περιπτώσεις που περιγράφονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13, 14 και 15 παραπάνω, ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, ή οποιοδήποτε άλλο ενδιαφερόμενο άτομο, θα έχει το δικαίωμα να προσφύγει σε δικαστική ή άλλη ανεξάρτητη αρχή για θέμα που αφορά οποιαδήποτε θεραπεία του/ της δόθηκε.

Αρχή 12η - Γνωστοποίηση δικαιωμάτων

1. Ένας ασθενής που βρίσκεται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενημερώνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την εισαγωγή, με τρόπο και γλώσσα κατανοητή για τον ασθενή, για όλα του/ της τα δικαιώματα σύμφωνα με αυτές τις βασικές αρχές και τη νομοθεσία του κράτους και επιπλέον να παρέχεται εξήγηση αυτών των δικαιωμάτων και του τρόπου που μπορεί να τα εξασκήσει.
2. Εάν και για όσο διάστημα ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τέτοιες πληροφορίες, τα δικαιώματά του θα διαβιβάζονται μέσω του νομίμου εκπροσώπου ή κηδεμόνα του, αν υπάρχει και αν σχετίζεται, και μέσω του ατόμου ή ατόμων που είναι με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σε θέση να εκπροσωπήσουν τα συμφέροντα του ασθενή και είναι πρόθυμοι να το κάνουν.
3. Ένας ασθενής που έχει την απαιτούμενη ικανότητα έχει το δικαίωμα να διορίσει το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να ενημερώνεται για λογαριασμό του, καθώς επίσης και το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να εκπροσωπεί τα συμφέροντά του/ της στις αρχές της υπηρεσίας.

Αρχή 13η - Δικαιώματα και συνθήκες στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Κάθε ασθενής σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, έχει δικαίωμα σε πλήρη σεβασμό, στα εξής:
 - (α) αναγνώριση ενώπιον του νόμου της ιδιότητας ως ατόμου
 - (β) της προσωπικής του/ της ζωής
 - (γ) ελευθερία στην επικοινωνία του με άλλα άτομα εντός και εκτός της υπηρεσίας, ελευθερία να στέλνει και να λαμβάνει μη λογοκριμένα προσωπικά έγγραφα, ελευθερία να λαμβάνει ιδιωτικές επισκέψεις από συνήγορο ή νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα και σε λογικές ώρες και από άλλους επισκέπτες και ελευθερία πρόσβασης σε ταχυδρομικές και τηλεφωνικές υπηρεσίες και σε εφημερίδες, ραδιόφωνο και τηλεόραση.
 - (δ) ελευθερία θρησκευματος ή πίστης
2. Το περιβάλλον και οι συνθήκες διαβίωσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει, όσο το δυνατόν, να προσομοιάζουν στη φυσιολογική ζωή ατόμων παρόμοιας ηλικίας και ειδικότερα θα πρέπει να περιλαμβάνουν:
 - (α) εγκαταστάσεις για ψυχαγωγικές δραστηριότητες και ασχολίες ελεύθερου χρόνου
 - (β) εγκαταστάσεις για εκπαίδευση

- (γ) εγκαταστάσεις για την αγορά και παραλαβή αντικειμένων καθημερινής χρήσης, ψυχαγωγίας και επικοινωνίας
 - (δ) εγκαταστάσεις και ενθάρρυνση για τη χρήση τέτοιων εγκαταστάσεων, για την εμπλοκή του ασθενή σε δραστηριότητες ανάλογες με το κοινωνικό και πολιτιστικό του/ της υπόβαθρο και παρελθόν και για κατάλληλα μέτρα επαγγελματικής αποκατάστασης για την προαγωγή της επανένταξης στη κοινότητα. Αυτά τα μέτρα θα πρέπει να περιλαμβάνουν επαγγελματική καθοδήγηση, επαγγελματική εκπαίδευση και υπηρεσίες τοποθέτησης σε εργασίες προκειμένου να μπορέσουν οι ασθενείς να διασφαλίσουν ή να διατηρήσουν απασχόληση στην κοινότητα.
3. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει ένας ασθενής να εξαναγκάζεται να εργαστεί. Μέσα στα όρια των αναγκών του ασθενή και με τις προδιαγραφές της διοίκησης της υπηρεσίας, ένας ασθενής θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το είδος της εργασίας που αυτός/ ή επιθυμεί να εκτελεί.
 4. Η εργασία ενός ασθενή μέσα σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας δεν θα πρέπει να γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης. Κάθε τέτοιος ασθενής θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την ίδια αμοιβή για κάθε εργασία που αυτός ή αυτή ασκεί, όπως θα αμειβόταν, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους, για την ίδια εργασία οποιοσδήποτε μη ασθενής. Κάθε τέτοιος ασθενής και σε κάθε περίπτωση, θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει δίκαιο μερίδιο από οποιαδήποτε αμοιβή που πληρώνεται η υπηρεσία ψυχικής υγείας για τη δουλειά του/ της.

Αρχή 14η - Πόροι για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στα ίδια επίπεδα πόρων με οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας και ειδικότερα:
 - i. Ειδικευμένο ιατρικό και λοιπό επαγγελματικό προσωπικό σε επαρκή αριθμό και με αρκετό χώρο ώστε να εξασφαλίσουν σε κάθε ασθενή τον ανάλογο προσωπικό του χώρο και ένα πρόγραμμα κατάλληλης και ενεργούς θεραπείας
 - ii. Διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό για τον ασθενή
 - iii. Κατάλληλη επαγγελματική φροντίδα, και
 - iv. Κατάλληλη, τακτική και περιεκτική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της προμήθειας φαρμάκων.
2. Κάθε υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να επιθεωρείται από τις αρμόδιες αρχές με τακτική συχνότητα, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι συνθήκες, η θεραπεία και η φροντίδα των ασθενών συμμορφώνεται με αυτές τις Αρχές.

Αρχή 15η - Αρχές εισαγωγής

1. Στις περιπτώσεις που ένα άτομο χρειάζεται θεραπεία σε υπηρεσία ψυχικής υγείας, θα γίνεται κάθε προσπάθεια προκειμένου να αποφευχθεί η αναγκαστική νοσηλεία.
2. Η πρόσβαση σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα γίνεται με τον ίδιο τρόπο όπως η πρόσβαση σε οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας.
3. Οποιοσδήποτε ασθενής δεν έχει εισαχθεί με αναγκαστική νοσηλεία θα έχει το δικαίωμα να φύγει από τις εγκαταστάσεις της υπηρεσίας ψυχικής υγείας, οποιαδήποτε στιγμή, εκτός και ισχύουν τα κριτήρια κράτησής του/ της ως ασθενής σε αναγκαστική νοσηλεία, όπως έχουν καθοριστεί στην Αρχή 16 παραπάνω, και αυτός/ ή θα ενημερώνονται γι' αυτό το δικαίωμά τους.

Αρχή 16η - Αναγκαστική εισαγωγή/ νοσηλεία

1. Ένα άτομο μπορεί (i) να εισαχθεί αναγκαστικά σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας ως ασθενής ή (ii) ενώ έχει ήδη εισαχθεί με τη θέλησή του ως ασθενής, να κρατείται στη συνέχεια αναγκαστικά, εάν, και μόνο εάν, ένας ειδικευμένος ψυχίατρος εξουσιοδοτημένος από το νόμο επ' αυτού αποφασίζει, σύμφωνα με την Αρχή 4, ότι το άτομο έχει ψυχικό νόσημα και εξετάζει τα εξής:
 - i. Ότι, λόγω της ψυχικής νόσου, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα άμεσης ή επικείμενης βλάβης για τον ίδιο ή για άλλα άτομα
 - ii. Στην περίπτωση ατόμου που η ψυχική νόσος του είναι πολύ βαριά και η κρίση του έχει εξασθενήσει, η αποτυχία να εισαχθεί ή να κρατηθεί μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή επιδείνωση της κατάστασής του/ της ή μπορεί να παρεμποδίσει τη λήψη κατάλληλης θεραπείας που θα μπορούσε να παρασχεθεί μόνο με την εισαγωγή ή νοσηλεία σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, σύμφωνα με την αρχή της λιγότερο περιοριστικής εναλλακτικής λύσης.Στην περίπτωση ατόμου που αναφέρεται στην υποπαράγραφο (ii), θα πρέπει να ζητείται η γνώμη ενός δεύτερου ψυχιάτρου, ανεξάρτητου από τον πρώτο, όπου αυτό είναι δυνατό. Αν μια τέτοια δεύτερη γνώμη ή συμβουλή δοθεί, τότε η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση δεν θα γίνει παρά μόνο αν και ο δεύτερος ψυχίατρος συμφωνήσει.
2. Η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση θα γίνεται αρχικά για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους, για παρακολούθηση και μια προκαταρκτική θεραπεία εν αναμονή της αναθεώρησης της εισαγωγής ή της κράτησης από το σώμα ελέγχου. Οι συνθήκες της εισαγωγής θα πρέπει να

μεταβιβαστούν στον ασθενή χωρίς καθυστέρηση και το γεγονός και το «σκεπτικό» της εισαγωγής θα μεταβιβάζονται επίσης άμεσα και λεπτομερώς στο σώμα ελέγχου, στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του ασθενή, αν υπάρχει, και στην οικογένεια του ασθενή, εφόσον αυτός/ ή δεν έχει αντίρρηση.

3. Μια υπηρεσία ψυχικής υγείας μπορεί να δέχεται ασθενείς που εισάγονται με αναγκαστική νοσηλεία, μόνο αν η υπηρεσία έχει οριστεί για αυτό το λόγο από μια αρμόδια αρχή, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 17η - Σώμα ελέγχου

1. Το σώμα ελέγχου θα πρέπει να είναι δικαστικό ή άλλο ανεξάρτητο και αμερόληπτο σώμα θεμελιωμένο από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους και το οποίο θα λειτουργεί σύμφωνα με τις διαδικασίες που ορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Στη διαμόρφωση των αποφάσεών του θα συμβάλλουν ένας ή περισσότεροι ειδικευμένοι και ανεξάρτητοι ψυχιάτρους, των οποίων η γνώμη θα λαμβάνεται υπόψη.
2. Ο αρχικός έλεγχος του σώματος ελέγχου της απόφασης για την αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση ενός ατόμου, όπως απαιτείται από την παράγραφο 2 της Αρχής 16, θα γίνεται όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την απόφαση και θα διεξάγεται σύμφωνα με απλές και σκόπιμες διαδικασίες, οι οποίες καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
3. Το σώμα ελέγχου θα επαναξιολογεί περιοδικά τις περιπτώσεις αναγκαστικής νοσηλείας ασθενών σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
4. Ένας ασθενής που νοσηλεύεται με αναγκαστική νοσηλεία θα μπορεί να αιτείται στο σώμα ελέγχου για την εξαγωγή του ή για να βρίσκεται σε κατάσταση εκούσιας νοσηλείας, σε λογικά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
5. Σε κάθε έλεγχο, το σώμα ελέγχου θα εξετάζει αν τα κριτήρια αναγκαστικής εισαγωγής που καθορίζονται από την παράγραφο 1 της Αρχής 16, εξακολουθούν να πληρούνται, και αν δεν πληρούνται, τότε ο ασθενής θα εξέρχεται ως αναγκαστικής νοσηλείας ασθενής.
6. Αν σε οποιαδήποτε στιγμή ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που είναι υπεύθυνος για την περίπτωση πιστεύει ότι οι λόγοι κράτησης ενός ατόμου με αναγκαστική νοσηλεία, δεν πληρούνται πλέον, αυτός ή αυτή θα πρέπει να διατάσσει την έξοδό του ως τέτοιου ασθενή.

7. Ένας ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του ή κηδεμόνας θα έχει το δικαίωμα να προσβάλλει σε ανώτερο δικαστήριο την απόφαση της εισαγωγής ή κράτησής του σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 18η - Διαδικαστικές εγγυήσεις/ ασφαλιστικές δικλείδες

1. Ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα να επιλέξει και να ορίσει ένα συνήγορο για να τον εκπροσωπήσει, συμπεριλαμβανομένης της εκπροσώπησης σε οποιαδήποτε διαδικασία παραπόνων ή έφεσης. Αν ο ασθενής δεν διασφαλίσει τέτοιες υπηρεσίες για τον εαυτό του, τότε θα του διατεθεί ένας συνήγορος δωρεάν, εφόσον ο ασθενής δε διαθέτει επαρκή μέσα για να τον πληρώσει.
2. Ο ασθενής θα έχει, επίσης, το δικαίωμα, αν είναι αναγκαίο, σε υπηρεσίες διερμηνείας. Στις περιπτώσεις όπου τέτοιες υπηρεσίες είναι αναγκαίες και ο ασθενής δεν μπορεί να τις διασφαλίσει για τον εαυτό του, τότε θα του διατίθενται δωρεάν, εφόσον ο ασθενής δε διαθέτει επαρκή μέσα για να τις πληρώσει.
3. Ο ασθενής και ο συνήγορός του μπορούν να ζητήσουν και να παρουσιάσουν μια ανεξάρτητη έκθεση ψυχικής υγείας και οποιεσδήποτε άλλες αναφορές, και προφορικά, γραπτά και άλλα αποδεικτικά στοιχεία που είναι σχετικά και αποδεκτά.
4. Αντίγραφα του φακέλου του ασθενή και οποιεσδήποτε εκθέσεις και έγγραφα πρόκειται να υποβληθούν θα πρέπει να παραδίδονται στον ασθενή και το συνήγορό του, με εξαίρεση κάποιες ειδικές περιπτώσεις όπου καθορίζεται ότι κάποια συγκεκριμένη αποκάλυψη στον ασθενή θα προκαλούσε σοβαρή βλάβη στην υγεία του ή θα έθετε σε κίνδυνο την ασφάλεια τρίτων. Σύμφωνα με όσα ορίζει η νομοθεσία του κράτους, οποιοδήποτε έγγραφο δεν παραδίδεται στον ασθενή, θα πρέπει, όταν αυτό μπορεί να γίνει με εμπιστευτικότητα, να παραδίδεται στον νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του και στο συνήγορό του. Όταν οποιοδήποτε τμήμα ενός εγγράφου αποκρύπτεται από τον ασθενή, ο ασθενής ή ο συνήγορός του/ της, αν υπάρχει, θα πρέπει να λαμβάνει γνώση αυτής της απόκρυψης και των λόγων για τους οποίους γίνεται και η απόκρυψη θα αποτελεί αντικείμενο δικαστικού ελέγχου.
5. Ο ασθενής και ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας του και ο συνήγορός του θα έχουν το δικαίωμα να παρακολουθήσουν, να συμμετάσχουν και να ακουστούν ατομικά σε οποιαδήποτε ακροαματική διαδικασία.
6. Αν ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας του ή ο συνήγορός του ζητήσουν ένα συγκεκριμένο άτομο να είναι παρών σε οποιαδήποτε ακροαματική διαδικασία, αυτό το άτομο θα γίνεται δεκτό, με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου καθορίζεται ότι η

παρουσία του ατόμου, θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενή ή να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια τρίτων.

7. Οποιαδήποτε απόφαση σχετικά με το αν η ακροαματική διαδικασία ή οποιοδήποτε τμήμα της θα γίνει δημόσια ή ιδιωτικά και δημοσιευτεί έπειτα, θα γίνει με πλήρη εξέταση των επιθυμιών του ίδιου του ασθενή, της ανάγκης για σεβασμό της εμπιστευτικότητάς του ασθενή και άλλων ατόμων και της ανάγκης για προστασία από σοβαρή βλάβη της υγείας του ασθενή ή αποφυγής κινδύνου της ασφάλειας των άλλων.
8. Η απόφαση που θα προκύψει από την ακροαματική διαδικασία και οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτήν θα πρέπει να εκφράζονται γραπτώς. Αντίγραφα της θα δίνονται στον ασθενή, στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της και στο συνήγορό του/ της. Σχετικά με το ζήτημα αν η απόφαση θα δημοσιευτεί ολόκληρη ή κάποιο τμήμα της, θα γίνεται με πλήρη εξέταση των επιθυμιών του ίδιου του ασθενή, της ανάγκης για σεβασμό της εμπιστευτικότητάς του ασθενή και άλλων ατόμων, του δημοσίου ενδιαφέροντος για την ανοιχτή/ διαφανή διαχείριση της δικαιοσύνης και της ανάγκης για προστασία από σοβαρή βλάβη της υγείας του ασθενή ή αποφυγής κινδύνου της ασφάλειας των άλλων.

Αρχή 19η - Πρόσβαση σε πληροφορίες

1. Ο ασθενής (όρος που σε αυτή την Αρχή συμπεριλαμβάνει έναν πρώην ασθενή) θα έχει δικαίωμα πρόσβασης στις πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία του/ της, και στους προσωπικούς φακέλους που τηρεί η υπηρεσία υγείας. Αυτό το δικαίωμα γίνεται αντικείμενο περιορισμών προκειμένου να αποφευχθεί σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενή και να αποφευχθεί σοβαρός κίνδυνος της ασφάλειας των άλλων. Σύμφωνα με όσα ορίζει η νομοθεσία του κράτους, οποιαδήποτε πληροφορία δεν δίνεται στον/ στην ασθενή, θα πρέπει να δίνεται στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της και στο συνήγορό του/ της, εφόσον αυτό μπορεί να γίνει με εμπιστευτικότητα. Όταν οποιαδήποτε πληροφορία αποκρύπτεται από τον ασθενή, ο ασθενής ή ο συνήγορός του/ της, αν υπάρχει, θα πρέπει να λαμβάνει γνώση αυτής της απόκρυψης και των λόγων για τους οποίους γίνεται και η απόκρυψη θα αποτελεί αντικείμενο δικαστικού ελέγχου.
2. Οποιαδήποτε γραπτά σχόλια από τον ασθενή ή το νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της ή το συνήγορό του/ της θα πρέπει, αν ζητηθεί, να περιληφθούν στο φάκελό του/ της.

Αρχή 20η - Ποινικοί παραβάτες

1. Αυτή η Αρχή αφορά άτομα που εκτίουν ποινές φυλάκισης για ποινικά αδικήματα, ή που με κάποιο τρόπο εμπλέκονται σε ποινικές διαδικασίες ή σε έρευνες σε βάρος τους, και που έχει εξακριβωθεί ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα ή που πιστεύεται ότι ίσως πάσχουν από ένα τέτοιο νόσημα.
2. Όλα αυτά τα άτομα δικαιούνται να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα για την ψυχική τους υγεία, όπως καθορίζεται από την Αρχή 1. Αυτές οι Αρχές θα ισχύουν για αυτούς στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, και μόνο με τόσες περιορισμένες τροποποιήσεις και προσδοκίες όσες είναι αναγκαίες βάση των δεδομένων συνθηκών. Καμία τέτοιου είδους τροποποίηση και προσδοκία δεν θα πρέπει να δημιουργεί προκατάληψη σε βάρος των δικαιωμάτων των ατόμων ενώπιον των οργάνων που αναφέρονται στην παράγραφο 5 της 1ης Αρχής.
3. Η εσωτερική νομοθεσία ενός κράτους μπορεί να αναθέτει τη δικαιοδοσία σε ένα δικαστήριο ή άλλη αρμόδια αρχή, που ενεργεί στη βάση αρμοδιότητας και ανεξαρτησίας της ιατρικής γνώμοδότησης, να διατάξει τον εγκλεισμό τέτοιων ατόμων σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.
4. Η θεραπεία ατόμων που έχει εξακριβωθεί ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι σύμφωνη με την Αρχή 11.

Αρχή 21η - Καταγγελίες

1. Κάθε ασθενής και πρώην ασθενής έχει το δικαίωμα να κάνει μία καταγγελία μέσα από διαδικασίες που καθορίζονται από τη νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 22η - Έλεγχος και βελτιώσεις/ διορθώσεις/ αποκατάσταση

Τα κράτη θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι λειτουργούν οι κατάλληλοι μηχανισμοί που προωθούν τη συμμόρφωση σε αυτές τις Αρχές, για τον έλεγχο των εγκαταστάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για τον ισχυρισμό, τη διερεύνηση και την κατάληξη της διεξαγωγής μιας έρευνας για καταγγελίες και για την εγκαθίδρυση κατάλληλων πειθαρχικών και δικαστικών διαδικασιών για τα παραπτώματα ή την παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών από τους επαγγελματίες.

Αρχή 23η - Εφαρμογή

1. Τα κράτη θα πρέπει να εφαρμόζουν αυτές τις Αρχές μέσα από κατάλληλους νομοθετικούς, δικαστικούς, διοικητικούς, εκπαιδευτικούς, και άλλους μηχανισμούς και μέτρα, τα οποία θα επανεξετάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.
2. Τα κράτη θα πρέπει να καταστήσουν τις Αρχές αυτές, ευρέως γνωστές με κατάλληλα και ενεργητικά μέσα.

Αρχή 24η - Πεδίο εφαρμογής των αρχών που αφορούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Αυτές οι Αρχές εφαρμόζονται σε όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 25η - Διασφάλιση υπαρχόντων δικαιωμάτων

Δε θα υπάρξει κανένας περιορισμός ή υποτίμηση σε βάρος οποιουδήποτε υπάρχοντος δικαιώματος των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων δικαιωμάτων που αναγνωρίζονται από διεθνή ή κρατική νομοθεσία που εφαρμόζεται, με την πρόφαση ότι αυτές οι Αρχές δεν αναγνωρίζουν εκείνα τα δικαιώματα ή ότι τα αναγνωρίζουν σε μικρότερη έκταση.