



ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

*Δι-ιδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών*

*«Κοινωνικά Δικαιώματα και Συνηγορία στις Κοινωνικές Υπηρεσίες»*

**Πολιτικές Ψυχικής Υγείας και Οικονομική Κρίση: Η πορεία της ψυχιατρικής  
μεταρρύθμισης σε συνθήκες λιτότητας**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Καούνη Πηνελόπη (5423M006)

Αθήνα, 2026

Επιβλέπουσα:

Σοφία Μαρτινάκη, Επίκουρη Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία διατρέχει την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, καταγράφοντας τις αντιφάσεις και τις ημιτελείς διαδρομές της μετάβασης από το ασυλικό στο κοινοτικό μοντέλο φροντίδας μέσα σε ένα πλαίσιο αδύναμου κράτους πρόνοιας. Ιδιαίτερα εστιάζει το πώς η χρόνια υποχρηματοδότηση, οι δημοσιονομικοί περιορισμοί και η συρρίκνωση της δημόσιας δαπάνης υγείας ιδίως μετά την οικονομική κρίση του 2008 δεν λειτούργησαν απλώς ως εξωτερικό εμπόδιο, αλλά αναδιαμόρφωσαν εκ των έσω τις προτεραιότητες, τις δομές και τα όρια της μεταρρύθμισης. Ακόμα διερευνάται πώς η έννοια της επικινδυνότητας και ο τρόπος διαχείρισής της αρθρώνονται με τις οικονομικές και πολιτικές επιλογές, επηρεάζοντας την ισορροπία μεταξύ κοινωνικού ελέγχου/περιορισμού και κοινωνικής υποστήριξης/προαγωγής δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αποϊδρυματισμός, λιτότητα, επικινδυνότητα

## Abstract

This thesis traces the trajectory of psychiatric reform in Greece, highlighting the contradictions and incomplete pathways of the transition from the asylum-based to the community-based model of care within the framework of a weak welfare state. It focuses particularly on how chronic underfunding, fiscal constraints, and the contraction of public health expenditure—especially after the 2008 economic crisis—did not merely act as external obstacles but reshaped from within the priorities, structures, and boundaries of the reform itself. It also explores how the notion of dangerousness and its modes of management are articulated through economic and political choices, influencing the balance between social control/restriction and social support/promotion of the rights of people with mental illness.

Keywords: psychiatric reform, deinstitutionalization, austerity, dangerousness



<b>Εισαγωγή</b>	5
<b>Κεφάλαιο 1: Θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο</b>	6
1.1. Ψυχική υγεία και ασθένεια	6
1.2. Η ψυχική υγεία ως δικαίωμα	7
1.3. Ψυχική υγεία και στίγμα	8
1.4. Ψυχική υγεία και επικινδυνότητα	9
1.5. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ανάκαμψη και κοινοτική φροντίδα	10
<b>Κεφάλαιο 2. Η εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στις χώρες της Δύσης</b>	11
2.1. Η έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	11
2.2. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη «χρυσή εποχή» του κοινωνικού κράτους	11
2.3. Αποϊδρυματοποίηση σε συνθήκες νεοφιλελεύθερης λιτότητας	14
2.4. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην εποχή της κοινωνικής επένδυσης	16
2.5. Μαθήματα της μεταρρύθμισης και οι παθογένειες της ανολοκλήρωτης υλοποίησης	18
<b>3. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα</b>	18
3.1. Στην αρχή της Μεταπολίτευσης	18
3.2. Ίδρυση του ΕΣΥ & Θεσμικό υπόβαθρο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	19
3.3. Η έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: ΕΟΚ 815/84, Λέρος I & II	21
3.4. Ψυχαργώς Α, Β & Γ	23
3.5. Αποτίμηση των Ψυχαργώς Α και Β	24
3.6. Ψυχαργώς Γ	26
<b>Κεφάλαιο 4. Η Ελληνική κρίση μετά το 2008</b>	27
4.1. Η κρίση χρέους, τα μνημόνια και η επιτήρηση	27
4.2. Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία	28
4.3. Επιπτώσεις στις Υπηρεσίες Υγείας	29
<b>5. Μετά το “Ψυχαργώς”: Το δίκτυο υπηρεσιών σήμερα</b>	31
5.1 Τομεοποίηση και δίκτυο υπηρεσιών σήμερα	34
5.2. ΜΚΟ, επισφάλεια και κενά φροντίδας	34
<b>6. Ζητήματα ανθρώπινων δικαιωμάτων και ασφάλειας</b>	35
6.1. Καταναγκασμός, επικινδυνότητα και παραβιάσεις δικαιωμάτων στην ψυχική υγεία	35
6.2 Καταναγκαστικές πρακτικές: μηχανική καθήλωση και μέτρα περιορισμού	37
6.3 Ακούσια νοσηλεία: συχνότητα, διαδικασίες και πρακτικές	38
6.4 “Ακαταλόγιστοι”, δικαιώματα και νεοϊδρυματισμός	40
<b>Συμπεράσματα</b>	42
<b>Βιβλιογραφία</b>	43

## Εισαγωγή

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι κεντρικό διακύβευμα για τα σύγχρονα συστήματα ψυχικής υγείας, καθώς αγγίζει ταυτόχρονα ζητήματα δημόσιας υγείας, κοινωνικής πολιτικής και ανθρώπινων δικαιωμάτων. Από τα μέσα του 20ού αιώνα η κριτική στο ασυλικό μοντέλο οδήγησε διεθνώς σε μια μετάβαση προς την κοινοτική φροντίδα, την αποϊδρυματοποίηση και κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών, μια μετάβαση που ωστόσο ενέχει μια σειρά από προκλήσεις, αντιφάσεις, και σε πολλές περιπτώσεις παραμένει ημιτελής, ιδίως σε χώρες με περιορισμένους πόρους και απουσία ισχυρού κράτους πρόνοιας.

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, και ιδίως στον τρόπο με τον οποίο η οικονομική κρίση του 2008 και οι συνακόλουθες πολιτικές, με έμφαση στην πολιτική λιτότητας, επηρέασαν την έκβαση της. Η υπόθεση που διερευνάται είναι ότι οι δημοσιονομικοί περιορισμοί, η συρρίκνωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, η χρόνια υποχρηματοδότηση και η αποσπασματική ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών δεν λειτούργησαν απλώς ως “εξωτερικό εμπόδιο”, αλλά διαμόρφωσαν εκ των πραγμάτων τις προτεραιότητες, τις μορφές οργάνωσης και τα όρια της μεταρρύθμισης. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, εξετάζεται πώς η έννοια της επικινδυνότητας και ο τρόπος διαχείρισής της συνδέθηκαν με τις οικονομικές και πολιτικές επιλογές, επηρεάζοντας την ισορροπία ανάμεσα στον κοινωνικό έλεγχο και τον περιορισμό χάριν της ασφάλειας από τη μία, και την κοινωνική υποστήριξη και προαγωγή των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών από την άλλη. Η μέθοδος που θα ακολουθηθεί είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Η δομή της εργασίας έχει ως εξής: Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ορισμός βασικών εννοιών, το δεύτερο κεφάλαιο αποτελεί μια σύντομη ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που συντελέστηκε στις δυτικές χώρες από τα μέσα του εικοστού αιώνα και μετά, δίνοντας έμφαση στην η αλληλεξάρτηση της εξέλιξης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των διαδοχικών μεταλλάξεων του κράτους πρόνοιας. Το τρίτο κεφάλαιο διατρέχει την εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα μέχρι και τις τρεις φάσεις του προγράμματος Ψυχαργός, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και την ψυχική υγεία. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η παρούσα κατάσταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, όπως διαμορφώθηκαν μετά την πολυετή πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ενώ το έκτο εστιάζει στον τρόπο που γίνεται διαχείριση ζητημάτων και καταστάσεων όπου τίθενται ζητήματα (πραγματικής ή επινοημένης)

επικινδυνότητας στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα σήμερα. Τέλος, διατυπώνονται μερικές σκέψεις και συμπεράσματα σε σχέση με την ως τώρα πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

## **Κεφάλαιο 1: Θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο**

### **1.1. Ψυχική υγεία και ασθένεια**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την ψυχική υγεία ως μια κατάσταση ψυχικής ευεξίας, στην οποία το άτομο είναι σε θέση να ανταπεξέρχεται στα άγχη της ζωής, να συνειδητοποιεί και αξιοποιεί τις δυνατότητες του, να ανταπεξέρχεται στα άγχη και τις προκλήσεις της ζωής, να εργάζεται ή να σπουδάζει και να συνεισφέρει στην κοινότητα. Δεν συνίσταται απλώς στην απουσία ψυχικής ασθένειας, αντίθετα είναι μια κατάσταση που βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από κάθε άτομο, περιλαμβάνει τη λειτουργικότητα, την αυτονομία και την κοινωνική συμμετοχή. Έχει εγγενή αλλά και εργαλειακή αξία και αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. (Mental Health, n.d.)

Η ψυχική υγεία κάθε χρονική στιγμή επηρεάζεται από ένα σύνολο ατομικών, κοινωνικών και συστημικών παραγόντων, που μπορεί να λειτουργούν είτε προστατευτικά είτε υπονομευτικά για αυτήν. Παρότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν κάποια ψυχική ανθεκτικότητα, η έκθεση σε δυσμενείς κοινωνικές συνθήκες αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ζητημάτων ψυχικής υγείας. (Mental Health, n.d.)

Οι ψυχικές ασθένειες χαρακτηρίζονται από διαταραχές στη σκέψη, το συναίσθημα ή τη συμπεριφορά και συνδέονται με σημαντική προσωπική δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα. Για τη διάγνωση και την ταξινόμηση τους χρησιμοποιούνται διαγνωστικά εργαλεία, εκ των οποίων δημοφιλέστερα είναι το DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της American Psychiatric Association (APA) και το ICD (International Classification of Diseases) του ΠΟΥ, με τις τρέχουσες εκδόσεις τους να είναι το DSM-V-TR και το ICD-10 αντίστοιχα. Υπολογίζεται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο περίπου 1 στα 7 άτομα ζουν με ψυχικές διαταραχές, με συχνότερες τις αγχώδεις και καταθλιπτικές, γεγονός που καταδεικνύει ότι η ψυχική ασθένεια δεν είναι περιθωριακό φαινόμενο αλλά κεντρικό ζήτημα δημόσιας υγείας και κοινωνικής πολιτικής (Mental Health, n.d.; World Health Organization, 2022).

Η νοσηματοδότηση της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας είναι κάτι μεταβαλλόμενο ανά την ιστορία και διαφοροποιείται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τις

αντιλήψεις των εκάστοτε κοινωνιών. Ο τρέχων ορισμός του ΠΟΥ αντανακλά τη μετατόπιση που συντελέστηκε εντός του εικοστού αιώνα από το βιοϊατρικό μοντέλο, που ερμηνεύει την ψυχική υγεία κυρίως βάσει ατομικών χαρακτηριστικών, προς το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο αναγνωρίζει τη σημασία όχι μόνο των ιατρικών, αλλά και των ψυχολογικών, κοινωνικών και συστημικών παραγόντων.

## **1.2. Η ψυχική υγεία ως δικαίωμα**

Η υγεία, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας, αναγνωρίζεται για πρώτη φορά ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στην Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (1948), στη συνέχεια στο Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, αλλά και στον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το δικαίωμα στην ψυχική υγεία περιλαμβάνει την δυνατότητα πρόσβασης χωρίς αποκλεισμούς και διακρίσεις σε ποιοτικές υπηρεσίες, αλλά και την προαγωγή κοινωνικών συνθηκών που υποστηρίζουν την ψυχική ευημερία.

Περαιτέρω, ως προς τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, ιδιαίτερης σημασίας είναι η Απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ (1991) (U.N., 1991) στην οποία αποτυπώνονται “οι Αρχές για την προστασία των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και για τη βελτίωση της ψυχιατρικής περίθαλψης”, βάσει των οποίων αναγνωρίζονται μεταξύ των άλλων το δικαίωμα στην πρόσβαση στην καλύτερη διαθέσιμη ψυχική φροντίδα, στον σεβασμό στην αξιοπρέπεια, την ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών και ιατρικών πληροφοριών, στην ενημερωμένη συναίνεση, στη χρήση ένδικων μέσων κατά του εγκλεισμού ή της θεραπείας, και στην λήψη φροντίδας στο κατά το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον (U.N., 1991). Μεταγενέστερα, ορόσημο αποτελεί η Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες (Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD), που αφορά και τους ψυχικά ασθενείς και υιοθετήθηκε με την Απόφαση 61/611 της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ το 2006. Η Σύμβαση, που αποτελεί και μέρος της έννομης τάξης της ΕΕ, διευκρινίζει και αποσαφηνίζει το πώς εφαρμόζονται όλα τα δικαιώματα και ελευθερίες για τα άτομα με αναπηρίες, και υπογραμμίζει την υποχρέωση των συμβαλλομένων κρατών “να προάγουν, προστατεύουν και διασφαλίζουν την πλήρη και ισότιμη απόλαυση όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών από όλα τα άτομα με αναπηρίες” (United Nations, 2006).

Ο ΠΟΥ έχει αναπτύξει ειδικό εργαλείο, το QualityRights Toolkit, που αξιολογεί τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ως προς τη συμμόρφωση τους με τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, όπως αυτά ορίζονται στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (World Health Organization, 2012). Οι προς αξιολόγηση θεματικοί άξονες είναι οι εξής:

- Παροχή κοινωνικής προστασίας και η διασφάλιση ενός επαρκούς βιοτικού επιπέδου
- Επιτευξιμότητα της καλύτερης δυνατής σωματικής και ψυχικής υγείας
- Υποστήριξη του δικαιώματος στην δικαιοπρακτική ικανότητα, στην ενημερωμένη συναίνεση, την ελευθερία και την ασφάλεια του ατόμου
- Προστασία από την βία, απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση και την εκμετάλλευση
- Δυνατότητα για ανεξάρτητη διαβίωση και κοινωνική ένταξη.

### **1.3. Ψυχική υγεία και στίγμα**

Ο στιγματισμός αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία κατά την οποία μια ομάδα ατόμων οδηγείται στον κοινωνικό αποκλεισμό επειδή φέρει ένα χαρακτηριστικό “στίγμα”, το οποίο συνδέεται με αρνητικά στερεότυπα που τροφοδοτούν προκαταλήψεις, οι οποίες με τη σειρά τους οδηγούν στην αποξένωση (othering) τους από το κοινωνικό σύνολο και τελικά νομιμοποιούν τις διακρίσεις εναντίον τους (Corrigan et al., 2011; Chukwuma et al., 2024; Οικονόμου et al., 2020). Στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών, πολύ συχνά τα αρνητικά αυτά στερεότυπα παίρνουν δύο κύριες μορφές, τρόπον τινά αντιφατικές μεταξύ τους, οι οποίες εξίσου υπονομεύουν το δικαίωμα τους στην αυτοδιάθεση: από τη μία, την εκνηπίωση τους διά της θεώρησης τους ως ανίκανων να λάβουν αποφάσεις, να φροντίσουν τον εαυτό τους ή να ανταπεξέλθουν στις προκλήσεις της ζωής, και από την άλλη τη δαιμονοποίηση τους διά της θεώρησης τους ως εγγενώς “απρόβλεπτων”, “βίαιων” ή “επικίνδυνων”. Αυτές οι δύο μορφές στίγματος συνεργαζόμενες περιορίζουν την πρόσβαση σε εργασία, στέγαση και υπηρεσίες υγείας, δυσχεραίνοντας την κοινωνική τους ένταξη (Οικονόμου et al., 2020).

Περαιτέρω υπονομευτικά για την κοινωνική ένταξη λειτουργεί και η ο αυτοστιγματισμός, η αυτουπονομευτική δηλαδή διαδικασία της εσωτερίκευσης των αρνητικών στερεοτύπων από τα ίδια τα άτομα. Μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση της με χειρότερα κλινικά αποτελέσματα, μειωμένη προσήλωση στη θεραπεία, υποβάθμιση της προσωπικής αίσθησης ανάκαμψης, και χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας και κοινωνικής ένταξης. Εν είδει αυτοεκπληρούμενης προφητείας, όταν το άτομο αφομοιώνει την εικόνα του εαυτού σου ως ανίκανου για κοινωνική ένταξη, τείνει να μειώνει μειώνει τις φιλοδοξίες του, να αποσύρεται από κοινωνικούς ρόλους και

να αποφεύγει ευκαιρίες ένταξης, επιβεβαιώνοντας τελικά στην πράξη το στερεότυπο της “ανικανότητας” (Corrigan et al., 2011; Οικονόμου et al., 2020; Chukwuma et al., 2024).

#### **1.4. Ψυχική υγεία και επικινδυνότητα**

Οι έννοιες της επικινδυνότητας, της επιθετικότητας και της βίας είναι διαφορετικές αλλά αλληλένδετες. Η επικινδυνότητα αναφέρεται στην εκτίμηση της πιθανότητας ένα άτομο να προκαλέσει μελλοντική βλάβη, η επιθετικότητα περιλαμβάνει λεκτικές, μη λεκτικές και σωματικές συμπεριφορές που είναι απειλητικές, ενώ ως βία ορίζεται η εκ προθέσεως χρήση δύναμης με αποτέλεσμα τραυματισμό ή ψυχολογική βλάβη. Από τις τρεις αυτές έννοιες, η βία είναι η μόνη που ορίζεται με βάση ακριβή κριτήρια, ενώ οι ορισμοί της επικινδυνότητας και της επιθετικότητας ενέχουν μεγάλο βαθμό ευελιξίας και υποκειμενικότητας (Μαρτινάκη, 2022; Allen & Anderson, 2017).

Η κοινή αντίληψη συνδέει στενά την ψυχική ασθένεια με βία, σύνδεση ωστόσο που η ερευνητική βιβλιογραφία διαψεύδει. Περισσότερο από κάποια συγκεκριμένη διάγνωση, η επικινδυνότητα φαίνεται να σχετίζεται με δημογραφικούς, κοινωνικούς και κλινικούς δείκτες - ιστορικό θυματοποίησης, κατάχρηση ουσιών, κοινωνική αποστέρηση. Η πλειονότητα των ψυχικά ασθενών δεν είναι βίαιη, αντιθέτως μετα-αναλύσεις επιβεβαιώνουν ότι άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι συχνότερα θύματα παρά θύτες βίας, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την θεώρηση τους ως “απειλής”. Και πάντως σε κάθε περίπτωση η επιθετικότητα δεν μπορεί να νοηματοδοτείται ως εγγενής ιδιότητα του ατόμου, παρά μόνο ως μια δυναμική, πολυπαραγοντική και ευμετάβλητη κατάσταση. (Varshney et al., 2015; Witt et al., 2013)

Ωστόσο, η απόρριψη αυτού του στιγματιστικού στερεοτύπου δεν σημαίνει ότι δεν υφίσταται καμία σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και βίας. Υπάρχει ένας περιορισμένος υποπληθυσμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές που έχει αυξημένη πιθανότητα εμπλοκής σε βίαιες πράξεις. Συνεπώς, η απόρριψη του στερεοτύπου δεν σημαίνει άρνηση της ανάγκης για στοχευμένη διαχείριση της επικινδυνότητας, αλλά απαιτεί πιο σύνθετες και εξατομικευμένες προσεγγίσεις (Witt et al., 2013).

Τα δομημένα εργαλεία εκτίμησης ρίσκου, τα οποία λαμβάνουν υπόψη μια σειρά από στατικούς και δυναμικούς παράγοντες, μπορούν να βελτιώσουν την ακρίβεια της πρόβλεψης της επιθετικότητας και να καθοδηγήσουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Η έμφαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές - στέγαση, ασφάλεια εισοδήματος, πρόσβαση σε υπηρεσίες,

κοινωνική υποστήριξη - είναι καθοριστική για τη διαμόρφωση παρεμβάσεων που μπορούν να οδηγήσουν στη μείωση του κινδύνου, ταυτόχρονα αποφεύγοντας τον στιγματισμό και την προάγοντας μια δικαιωματικής, κοινοτικής προσέγγιση (Μαρτινάκη, 2022b).

### **1.5. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ανάκαμψη και κοινοτική φροντίδα**

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση περιγράφει την πορεία μέσα από την οποία το άτομο σταδιακά κατακτά τη βέλτιστη δυνατή λειτουργικότητα, ποιότητα ζωής και δυνατότητα ανεξάρτητης διαβίωσης εντός της κοινότητας. Δεν πρόκειται για μια προκαθορισμένη, γραμμικής εξέλιξης διαδικασία η οποία περατώνεται μόλις καταλήξει σε ένα τελικό αποτέλεσμα-στόχο, αντιθέτως αφορά ολόκληρη την προσωπική εξέλιξη του ατόμου, ενσωματώνοντας αφ' ενός παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο που στοχεύουν στη βελτίωση και ενίσχυση των κοινωνικών, συναισθηματικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων του, και αφ' ετέρου παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας, με σκοπό τη διαμόρφωση των συνθηκών που επιτρέπουν την κοινωνική του ένταξη. (Stylianidis, 2016; Cummins, 2019; Μαδιανός, 2005)

Ως έννοια η αποκατάσταση συνδέεται άρρηκτα με το λεγόμενο μοντέλο ανάκαμψης (recovery model), ένα μοντέλο που καταρχήν αναπτύχθηκε για τη διαχείριση σοβαρών ψυχικών διαταραχών για τις οποίες το βιοϊατρικό μοντέλο δεν προέβλεπε δυνατότητα θεραπείας, και το οποίο θέτει ως βασικό θεραπευτικό στόχο την επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής. Ο ψυχικά ασθενής, αντί να αντιμετωπίζεται ως δέκτης ενός θεραπευτικού σχήματος, λαμβάνει ενεργό ρόλο στη δικής του προσωπική διαδικασία ανάκαμψης, που εκτός από τη διαχείριση - αλλά όχι απαραίτητα την εξάλειψη - των ψυχιατρικών συμπτωμάτων περιλαμβάνει την ανάκτηση του ελέγχου της ζωής και την (επανα)νοηματοδότηση της, τον επαναπροσδιορισμό της αίσθησης του εαυτού ενσωματώνοντας με λειτουργικό τρόπο την ψυχική ασθένεια, την ενδυνάμωση, την ανάπτυξη ουσιαστικών δεσμών με την κοινότητα και την κοινωνική συμμετοχή. Η εφαρμογή του μοντέλου της ανάκαμψης προϋποθέτει την ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας, την ανάπτυξη δηλαδή ενός ολοκληρωμένου δικτύου προσβάσιμων υπηρεσιών εντός της κοινότητας, που να μπορεί να παρέχει ολοκληρωμένη υποστήριξη και να προωθήσει την κοινωνική ένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (Stylianidis, 2016; Cummins, 2019; Μαδιανός, 2005)

## **Κεφάλαιο 2. Η εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στις χώρες της Δύσης**

### **2.1. Η έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης**

Η έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αναφέρεται στην αλλαγή παραδείγματος στον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και συγκεκριμένα τη μετάβαση από ένα ασυλικό μοντέλο φροντίδας, βασισμένο σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε ένα μοντέλο κοινοτικής φροντίδας, βασισμένο σε ένα δίκτυο δομών ψυχικής υγείας εντός της κοινότητας. Δεν πρόκειται απλώς για μια αναδιοργάνωση των υπηρεσιών, αλλά και για μια θεμελιώδη αλλαγή νοοτροπίας, καθώς έναντι της ανάγκης για κοινωνικό έλεγχο και απομόνωση των ψυχικά ασθενών που προέτασσε το ασυλικό μοντέλο, πλέον προτάσσεται η αναγνώριση των δικαιωμάτων τους, η ενδυνάμωση, η προσωπική τους εξέλιξη και η κοινωνική τους ένταξη.

Παρότι πρώιμα στοιχεία αυτής της μεταστροφής μπορούν να εντοπιστούν από τα τέλη του 19ου αιώνα, με την ανάπτυξη της ψυχανάλυσης, και αργότερα της κοινωνικής εργασίας και της ψυχοθεραπείας, επί της ουσίας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκινά στις χώρες της Δύσης από τα μέσα του εικοστού αιώνα, στο πλαίσιο μιας συνολικότερης αναδιάταξης της κοινωνικής πολιτικής, και εξελίσσεται ως σήμερα, διαφοροποιούμενη ως προς τον τρόπο εφαρμογής και το βαθμό ολοκλήρωσης ανάλογα με τις συνθήκες κάθε χώρας. Στην Ελλάδα ξεκινά τη δεκαετία του 1980, και θα μπορούσε να ειπωθεί πως παραμένει ακόμα ημιτελής. Για την πληρέστερη κατανόηση και ερμηνεία της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, κρίνεται αναγκαία η εξέταση της εξέλιξής της στις χώρες της Δύσης, σε συνάρτηση με τη γενικότερη πορεία του κράτους πρόνοιας την ίδια περίοδο. (Stylianidis, 2016; Cummins, 2019; Μαδιανός, 2005)

### **2.2. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη «χρυσή εποχή» του κοινωνικού κράτους**

Με το τέλος του Β Παγκοσμίου Πολέμου η ανάγκη για κοινωνική και οικονομική ανασυγκρότηση οδηγεί στην αναγνώριση της κρισιμότητας του ρόλου του κράτους ως ρυθμιστή της οικονομίας και την υιοθέτηση της κενσσιανής προσέγγισης. Το μεταπολεμικό κράτος αναλαμβάνει να εξασφαλίσει την οικονομική σταθερότητα μέσω της φορολογικής, νομισματικής και κοινωνικής πολιτικής, λειτουργώντας αναδιανεμητικά και επενδύοντας σε δημόσιες υπηρεσίες και υποδομές. Ταυτόχρονα, μετά τις θηριωδίες του ναζισμού γίνεται κατανοητή η ανάγκη για θεσμική κατοχύρωση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, κάτι που οδηγεί στην ίδρυση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών και την υιοθέτηση από τη Γενική Συνέλευση

του της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (1948). Αυτές οι δύο ιστορικές συνθήκες, η θεσμική κατοχύρωση των ανθρώπινων δικαιωμάτων από τη μία και η επέκταση του προνοιακού χαρακτήρα του κράτους από την άλλη, δημιούργησαν ένα περιβάλλον γόνιμο για τη γέννηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. (Martinelli, 2017; Glennerster, 2020)

Η περίοδος από το 1945 μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του 1970 είναι καθοριστικής σημασίας για την εδραίωση του κοινωνικού κράτους σε πολλές δυτικές χώρες, με στόχους την καθολική κοινωνική προστασία, την πλήρη απασχόληση και την κρατική μέριμνα για την πρόσβαση σε υγεία, εκπαίδευση, στέγαση και κοινωνική ασφάλιση. Η κοινωνική πολιτική δεν περιορίζεται στην απλή υποστήριξη προς τους αδύναμους αλλά επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων, καθώς η ευημερία αναγνωρίζεται ως ένα κοινό αγαθό και το επίδοκο είναι η επίτευξη κοινωνικής ισότητας και δικαιοσύνης. Για το σκοπό αυτό τα κοινωνικά αγαθά αποεμπορευματοποιούνται, αν και με διαφοροποιήσεις ως προς τον βαθμό και τους όρους της αποεμπορευματοποίησης από χώρα σε χώρα. (Martinelli, 2017; Glennerster, 2020)

Στον τομέα της ψυχικής υγείας, μια σειρά από παράγοντες συνηγορούν στην έντονη αμφισβήτηση του ασυλικού μοντέλου και τη στροφή προς κοινοτικές προσεγγίσεις. Ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος έχει παράξει μια πρωτόγνωρη κλίμακα ψυχικού τραύματος, σε βετεράνους στρατιώτες αλλά και αμάχους, δημιουργώντας ανάγκες για υπηρεσίες υγείας στις οποίες οι κλασικές δομές είναι αδύνατο να ανταποκριθούν, όχι μόνο ποσοτικά αλλά και ποιοτικά, καθώς είναι επικεντρωμένες στον χρόνιο εγκλεισμό και όχι στην διαχείριση τραύματος, την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη. Ταυτόχρονα, καθώς έρχονται στο φως οι απάνθρωπες συνθήκες που επικρατούν στις ψυχιατρικές κλινικές, τίθεται έντονα το ζήτημα της προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Παράλληλα, η ανάπτυξη αντιψυχωσικών φαρμάκων, όπως η χλωροπρομαζίνη τη δεκαετία του 1950, επιτρέπουν τον καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων και καθιστούν δυνατή τη μετάβαση από τη νοσοκομειακή προς την κοινοτική φροντίδα. Τέλος, το αυξημένο κόστος φροντίδας των ψυχικά ασθενών εντός των ασυλικών δομών καθιστά τη στροφή προς την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση εντός της κοινότητας μια οικονομικά ελκυστικότερη λύση (Stylianidis, 2016; Cummins, 2019; Warburton, 2024; Novella, 2008).

Η δεκαετία του 1960 αποτελεί περίοδο έντονης κοινωνικής κριτικής των ψυχιατρικών θεσμών. Τα έργα των Foucault, Goffman, Szasz, καταδεικνύουν τον διαχρονικό κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών, καταγγέλλουν τον απανθρωποποιητικό χαρακτήρα των ασύλων και

αμφισβητούν την ίδια την έννοια της ψυχικής ασθένειας. Στο πλαίσιο μιας γενικότερης άνθισης κοινωνικών κινημάτων, σε χώρες της Δύσης εμφανίζονται κινήματα ασθενών που καταγγέλλουν τον εξαναγκασμό, την ιδρυματοποίηση, τις παρενέργειες των φαρμάκων και διεκδικούν δικαιώματα, αξιοπρέπεια και ελευθερία επιλογής στη θεραπεία. Αναπτύσσονται, τέλος, εναλλακτικές θεωρίες και πρακτικές, όπως οι θεραπευτικές κοινότητες και η δημοκρατική ψυχιατρική, που τοποθετούν τους ψυχικά ασθενείς σε έναν πιο ενεργό ρόλο και προάγουν μια σχέση πιο ανοιχτή και ισότιμη με τους επαγγελματίες υγείας. (Stylianidis, 2016; Cummins, 2019; Badano, 2024; Novella, 2008)

Σταδιακά οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μετασηματίζονται, αναπτύσσοντας χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά των σημερινών συστημάτων εξωιδρυματικής περίθαλψης. Στη Βρετανία το Mental Health Act του 1959 εγκαινιάζει τη σταδιακή μείωση των κλινών στα ψυχιατρεία και την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Στη Γαλλία, μετά το επιτυχημένο το παράδειγμα του 13ου τομέα του Παρισιού το 1958, με την εγκύκλιο του 1960 αρχίζει να εφαρμόζεται η τομεοποίηση σε ολόκληρη τη χώρα. Στις ΗΠΑ ο πρόεδρος John F. Kennedy εγκαινιάζει το 1963 (Hamm et al., 2020) την ίδρυση ενός εθνικού δικτύου Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας, με στόχο να αντικαταστήσουν σταδιακά τα μεγάλα κρατικά ψυχιατρεία. Στην Ιταλία, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έρχεται ως αποτέλεσμα ενός αντι-ιδρυματικού κινήματος με πρωτεργάτη τον ψυχίατρο Franco Basaglia, ο οποίος έμπρακτα προωθεί την κατάργηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου και την αντικατάστασή του από κοινοτικές υπηρεσίες, κάτι το οποίο τελικά πραγματοποιείται το 1978 με την ψήφιση του Νόμου 180. (Stylianidis, 2016; Cummins, 2019; Badano, 2024)

Η φιλοσοφία πίσω από αυτές τις μεταρρυθμίσεις ήταν σαφής: η ψυχική υγεία δεν είναι ζήτημα απλής διαχείρισης συμπτωμάτων ή απομόνωσης, αλλά κοινωνικής ένταξης, κοινωνικής δικαιοσύνης και υγείας του πληθυσμού. Η αισιοδοξία αυτής της εποχής - ότι η κοινωνία μπορεί και πρέπει να φροντίζει τα πιο ευάλωτα μέλη της με αξιοπρέπεια και ότι η αποϊδρυματοποίηση είναι εφικτή και αποτελεσματική - ήταν συνδεδεμένη με τη ευρύτερη δέσμευση του κράτους πρόνοιας για κοινωνική υπευθυνότητα και συνοχή. Ωστόσο, όπως θα δειχθεί στις επόμενες περιόδους, αυτή η ιστορική συγκυρία ήταν παροδική, και η υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα εξαρτηθεί κρίσιμα από την ύπαρξη ή απουσία δημόσιας χρηματοδότησης, ιδεολογικής δέσμευσης και πολιτικής σταθερότητας.

### **2.3. Αποϊδρυματοποίηση σε συνθήκες νεοφιλελεύθερης λιτότητας**

Το μοντέλο του “γενναιόδωρου” κεϋνσιανού κράτους πρόνοιας πλήττεται από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και μετά, καθώς, ιδίως υπο τις συνθήκες διεθνοποίησης των αγορών, οι κεϋνσιανές πολιτικές αδυνατούν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις πετρελαϊκές κρίσεις του 1973 και 1979 και στο φαινόμενο του στασιμοπληθωρισμού. Υπό αυτές τις συνθήκες, κερδίζει έδαφος η νεοφιλελεύθερη ιδεολογία, που επικρίνει την κρατική παρέμβαση και υποστηρίζει την απελευθέρωση των αγορών και τη δημοσιονομική πειθαρχία. Οι κυβερνήσεις Thatcher στη Βρετανία (1979) και Reagan στις ΗΠΑ (1981) εφαρμόζουν πολιτικές περικοπών των κοινωνικών δαπανών, ιδιωτικοποιήσεων δημόσιων υπηρεσιών και απορρύθμισης των αγορών. Η καθολικότητα των κοινωνικών παροχών δίνει τη θέση της στην πρόσβαση βάσει κριτηρίων επιλεξιμότητας, ενώ η κοινωνική ευθύνη υποχωρεί έναντι της ατομικής ευθύνης. (Stylianidis, 2016; Cummins, 2019; Martinelli, 2017; Glennerster, 2020)

Ο «εξορθολογισμός» του κοινωνικού κράτους συνοδεύεται από τη μετακύλιση των ευθυνών για παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα, με δημιουργία οιονεί αγορών (quasi markets) και την ανάθεση υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς (contracting out/outsourcing). Αυτή η αλλαγή υποστηρίζεται από τη «Νέα Δημόσια Διοίκηση» (New Public Management), η οποία εισάγει στον δημόσιο τομέα αρχές επιχειρηματικής διοίκησης με έμφαση στην αποδοτικότητα και τον ανταγωνισμό, αντιμετωπίζοντας τον πολίτη περισσότερο ως καταναλωτή παρά ως φορέα δικαιωμάτων. Η προσέγγιση αυτή εξαπλώνεται διεθνώς μέσω οργανισμών όπως το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) και η Παγκόσμια Τράπεζα, που επιβάλλουν σε αναπτυσσόμενες χώρες (πχ της Λατινικής Αμερικής) που διανύουν κρίση χρέους την εφαρμογή προγραμμάτων διαρθρωτικής προσαρμογής (Structural Adjustment Programs, SAPs), τα οποία περιλαμβάνουν δημοσιονομική λιτότητα, περικοπές κοινωνικών δαπανών, απολύσεις δημοσίων υπαλλήλων, απορρύθμιση αγορών εργασίας και ιδιωτικοποίηση δημόσιων υπηρεσιών, με καταστροφικές συνέπειες. (Martinelli, 2017; Glennerster, 2020; Novella, 2008)

Εντός του νεοφιλελεύθερου πλαισίου λιτότητας, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση νοσηματοδοτείται πρωτίστως ως μέσο συρρίκνωσης των δημόσιων δαπανών και όχι ως πραγμάτωση ενός κοινωνικού δικαιώματος. Η αποασυλοποίηση - η ταχεία μείωση κλινών και το σταδιακό κλείσιμο μεγάλων δημόσιων ψυχιατρείων - δεν συνοδεύεται από αντίστοιχη ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, με το NHS and Community Care Act του 1990

δημιουργούνται quasi-markets, αλλά η αποασυλοποίηση συχνά καταλήγει να σημαίνει μετάβαση σε ιδιωτικές δομές χαμηλής ποιότητας και όχι σε ουσιαστική κοινοτική υποστήριξη.

Επιτείνονται έτσι προβλήματα που είχαν ήδη διαφανεί σε μικρότερο βαθμό νωρίτερα, και τα οποία σχετίζονται με την απουσία ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των αποασυλοποιημένων ψυχικά ασθενών, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χωρών χωρίς ισχυρό κράτος πρόνοιας. Η αστεγία μεταξύ ψυχικά ασθενών αυξάνεται εκρηκτικά, ιδίως στις ΗΠΑ. Το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας (revolving door) - επαναλαμβανόμενες νοσηλείες σε σύντομα διαστήματα - αναδεικνύεται ως χαρακτηριστικό μιας αποτυχημένης κοινοτικής φροντίδας. Δημιουργείται μια συνθήκη εγκληματοποίησης της ψυχικής ασθένειας, με φυλακές να γίνονται de facto ψυχιατρεία, επαληθεύοντας το Penrose Law - τη σχέση μεταξύ μείωσης ψυχιατρικών κλινών και αύξησης φυλακισμένων με ψυχικές διαταραχές (Lennox et al., 2023). Φαινόμενα μετάθεσης της ιδρυματοποίησης (trans-institutionalization) και νεοϊδρυματισμού (reinstitutionalization) εμφανίζονται σε όλη την Ευρώπη: άτομα επί της ουσίας μεταφέρονται από ψυχιατρεία σε άλλες εξίσου ιδρυματικού/ασυλικού τύπου δομές (φυλακές, οίκους ευγηρίας κτλ) ή σε κατ' επίφασιν κοινοτικές δομές που όμως στην πράξη ενστερνίζονται ασυλικού τύπου πρακτικές (πχ οικοτροφεία) (Warburton, 2024; Lennox et al., 2023; Raphael & Stoll, 2013).

Η εμπλοκή ΜΚΟ και ιδιωτικών φορέων αυξάνεται, παρέχοντας ευελιξία και χώρο για καινοτόμες υπηρεσίες, αλλά συντείνοντας ταυτόχρονα στον κατακερματισμό και την εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών, και λειτουργώντας σε ένα καθεστώς οικονομικής αστάθειας και επισφάλειας στο μέτρο που η χρηματοδότηση τους εξαρτάται από προσωρινά προγράμματα (πχ ευρωπαϊκά κονδύλια). Ταυτόχρονα οι δημόσιες κοινοτικές δομές αποδυναμώνονται δια της υποχρηματοδότησης τους, εμφανίζοντας ελλείψεις σε υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Καθώς οι επιστημονικές εξελίξεις στο χώρο της βιολογίας, της φαρμακολογίας και της ιατρικής φέρνουν νέες γνώσεις γύρω από το ρόλο βιολογικών παραγόντων (πχ της λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών και της νευροφυσιολογίας) στην ψυχική ασθένεια, παρατηρείται μια επανεμφάνιση του βιοϊατρικού μοντέλου, αν και υπό διαφορετικούς όρους, καθώς από το 1990 και μετά προκρίνονται κυρίως οι φαρμακολογικές θεραπείες σε συνδυασμό με κατά το δυνατόν βραχυχρόνιες, χαμηλού κόστους ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, έναντι πιο ολιστικών προσεγγίσεων που θα μπορούσαν ίσως να ανταποκριθούν πιο ουσιαστικά στις πολύπλοκες ανάγκες φροντίδας ευάλωτων ομάδων. Ταυτόχρονα, την

επανεμφάνιση της κάνει και η ρητορική περί της επικινδυνότητας των ψυχικά ασθενών (Stylianidis, 2016; Cummins, 2019; Novella, 2008).

Η επικράτηση νεοφιλελεύθερων πολιτικών σε συνδυασμό με οικονομικές πολιτικές λιτότητας αποκάλυψε πόσο καταστροφική είναι η ταχεία αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών, όταν το κλείσιμο των ασυλικών δομών χρησιμοποιείται ως ένας τρόπος μείωσης των κοινωνικών δαπανών, και συνεπώς δεν συνοδεύεται από την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών. Υπό αυτές τις συνθήκες, η αποασυλοποίηση καταλήγει να ισοδυναμεί όχι με βήμα προς τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά με εγκατάλειψη των ψυχικά ασθενών. Η ιδεολογική δέσμευση στο πνεύμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αναδεικνύεται ως προαπαιτούμενο για την επιτυχία της.

#### **2.4. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην εποχή της κοινωνικής επένδυσης**

Η δεκαετία του 1990 και οι αρχές του 2000 σηματοδότησαν μια νέα φάση στην πολιτική του κοινωνικού κράτους και, ως εκ τούτου, στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Μετά τις καταστροφικές συνέπειες της νεοφιλελεύθερης λιτότητας της δεκαετίας του 1980, αναδύθηκε ένα νέο πολιτικό παράδειγμα γνωστό ως ο «Τρίτος Δρόμος» (Third Way), το οποίο επιδίωξε να συνδυάσει στοιχεία της κοινωνικής δημοκρατίας με νεοφιλελεύθερες οικονομικές αρχές, νοηματοδοτώντας τις κοινωνικές δαπάνες όχι ως «κόστος» αλλά ως “κοινωνικές επενδύσεις” που θα αποφέρουν μελλοντικά οικονομικά οφέλη μέσω της αύξησης της απασχολησιμότητας, της παραγωγικότητας και της κοινωνικής συνοχής (Martinelli, 2017; Busilacchi & Giovanola, 2023; Glennerster, 2020).

Σε αυτό το πλαίσιο, διεθνείς οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διαμόρφωση και διάδοση πολιτικών ψυχικής υγείας που προωθούσαν το κοινοτικό μοντέλο υπηρεσιών. Ο ΠΟΥ, μέσω του Mental Health Atlas (πρώτη έκδοση 2001) παρουσίασε εμπειρικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της κοινοτικής φροντίδας και παρείχε κατευθυντήριες οδηγίες για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων ψυχικής υγείας. Ο ΟΟΣΑ με τη σειρά του άρχισε να εξετάζει τη σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας, απασχόλησης και οικονομικής παραγωγικότητας. Στη Μ.Βρετανία, η λογική του των κοινωνικών επενδύσεων ενσωματώθηκε στην πολιτική ψυχικής υγείας μέσω του NHS Plan (1999-2000) και της National Service Framework for Mental Health (1999). Οι υποσχέσεις για σημαντικές επενδύσεις σε κοινοτικές

υπηρεσίες, ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων, εστίαση στο μοντέλο της ανάκαμψης και ενίσχυση της συμμετοχής των ληπτών υπηρεσιών συνοδεύονται όμως από ρητορική περί “δημόσιας ασφάλειας” και «προστασίας της κοινότητας» (Martinelli, 2017; Busilacchi & Giovanola, 2023; Glennerster, 2020; Novella, 2008).

Αυτό το δίπολο - από τη μία επένδυση σε υπηρεσίες και από την άλλη αξίωση άσκησης κοινωνικού ελέγχου, από τη μία αναγνώριση της αναγκαιότητας των κοινοτικών υπηρεσιών και από την άλλη έμφαση στην βιοϊατρική διαχείριση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και στην ανάγκη και διαχείρισης της επικινδυνότητας - χαρακτηρίζει αυτή την περίοδο. Καθώς η ψυχιατρική φροντίδα υπόκειται σε διαδοχικές σημασιολογικές μετατοπίσεις, από κοινωνικό δικαίωμα σε καταναλωτικό αγαθό και πλέον σε κρατική επένδυση, αυτός που την λαμβάνει αντίστοιχα μεταπίπτει από δικαιούχος ενός κοινωνικού δικαιώματος σε καταναλωτή υπηρεσιών και τέλος σε παραγωγικό υποκείμενο που με την αύξηση των επιδόσεων του καλείται να δικαιολογήσει τη δημόσια δαπάνη. Το μοντέλο της ανάκαμψης, που πρεσβεύει τη δυνατότητα των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές να ανακάμψουν και να ζήσουν ουσιαστικές και παραγωγικές ζωές, κυριαρχεί και ενσωματώνεται σε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και εθνικές πολιτικές. Ωστόσο, η υλοποίηση παραμένει προβληματική: υπό την πίεση της οικονομικής αποδοτικότητας, οι κοινοτικές υπηρεσίες συχνά εστιάζουν σε «αποδοτικές επενδύσεις» (πχ άτομα με καλές προοπτικές εργασιακής επανένταξης), εις βάρος των πιο ευάλωτων ασθενών. Η διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ δικαιωμάτων και επενδύσεων, κοινωνικής ένταξης και ελέγχου, ανάκαμψης και εκτίμησης ρίσκου, παρέμεινε θεμελιωδώς ασταθής και με μεγάλες διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα (Martinelli, 2017; Busilacchi & Giovanola, 2023; Andersen, 2026; (Novella, 2008).

Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2008, που εξελίχθηκε σε κρίση της ευρωζώνης, αποκάλυψε τα θεμελιώδη ελαττώματα του social investment state: υπό συνθήκες δημοσιονομικής ανάγκης, οι κοινωνικές επενδύσεις αποδείχτηκαν εύκολος στόχος για περικοπές. Χώρες του ευρωπαϊκού νότου αναγκάστηκαν, προκειμένου να λάβουν πακέτο στήριξης από το ΔΝΤ, την ΕΚΤ και την ευρωπαϊκή επιτροπή, να εφαρμόσουν επί χρόνια πολιτικές αυστηρής λιτότητας, με πιο εμβληματική την περίπτωση της Ελλάδας. Δεδομένου ότι στις χώρες αυτές η έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είχε έτσι κι αλλιώς καθυστερήσει μερικές δεκαετίες (πχ στην Ελλάδα τυπικά η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκίνησε το 1984), η οικονομική κρίση είχε ακόμα δριμύτερες συνέπειες για τις αναπτυσσόμενες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας τους.

## **2.5. Μαθήματα της μεταρρύθμισης και οι παθογένειες της ανολοκλήρωτης υλοποίησης**

Από την εξέταση της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σε χώρες της Δύσης, εύκολα διαπιστώνεται η επιρροή που έχει σε αυτήν η οικονομική πολιτική της εκάστοτε χώρας, καθώς προαπαιτούμενο για την επιτυχία της είναι η επένδυση στη δημιουργία κοινοτικών δομών, παράλληλα με το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Αποασυλοποίηση χωρίς παράλληλη ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικής φροντίδας, σχεδιασμένου βάσει των πραγματικών αναγκών της κοινότητας, περισσότερο από μεταρρύθμιση προσιδιάζει σε παραμέληση ή/και εγκατάλειψη των ψυχικά ασθενών, καθώς η έξοδος τους στην κοινότητα δεν συνοδεύεται από επαρκή ψυχοκοινωνική στήριξη.

Ενδείξεις ενός ανεπαρκούς δικτύου υπηρεσιών αποτελούν φαινόμενα όπως αυτό της περιστρεφόμενης πόρτας, οι επαναλαμβανόμενες δηλαδή νοσηλείες μέσα σε μικρά διαστήματα, τα φαινόμενα μετάθεσης της ιδρυματοποίησης, όπου μετά την έξοδο τους από κάποια ασυλικού τύπου δομή ψυχικής υγείας (πχ μια ψυχιατρική κλινική) οι ασθενείς καταλήγουν τελικά ξανά σε κάποια εξίσου ασυλικού τύπου δομή (πχ φυλακή), κάτι που δημιουργεί υπόνοιες πως στην κοινότητα δεν βρήκαν την ψυχοκοινωνική υποστήριξη που θα ήταν απαραίτητη για την ομαλή κοινωνική τους επανένταξη, καθώς και η αύξηση της αστεγίας και της εγκληματικότητας μεταξύ ψυχικά ασθενών. Περαιτέρω, τα φαινόμενα νεοϊδρυματισμού, οι περιπτώσεις δηλαδή όπου δομές κατ' όνομα κοινοτικές (πχ οικοτροφεία) καταλήγουν να υιοθετούν ασυλικού τύπου νοοτροπίες, στοιχειοθετούν ανεπάρκεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης όχι απαραίτητα ως προς την ανάπτυξη υποδομών, αλλά ως προς την επαρκή στελέχωση και εκπαίδευση του προσωπικού των δομών αυτών ώστε να εκλείπουν παρωχημένες νοοτροπίες και αντιλήψεις.

## **3. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα**

### **3.1. Στην αρχή της Μεταπολίτευσης**

Το 1974 η Ελλάδα, μετά από μια μακρά περίοδο πολιτικής αστάθειας, πολέμων, απολυταρχικών και δικτατορικών καθεστώτων, μπαίνει στη Μεταπολίτευση. Το κράτος πρόνοιας, σε πλήρη αντιστοιχία με το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο, παρουσιάζει μια εικόνα ελλιπούς ανάπτυξης, κατακερματισμού και ευρέως διαδεδομένες πελατειακές πρακτικές, με περιορισμένες καθολικές παροχές και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας οργανωμένες γύρω από ένα μωσαϊκό ασφαλιστικών ταμείων που παρέχουν διαφορετικά επίπεδα προστασίας σε διαφορετικές

επαγγελματικές ομάδες. Υπό αυτές τις συνθήκες συχνά η οικογένεια αναλαμβάνει ρόλο άτυπου παρόχου πρόνοιας. Μεταπολιτευτικά, και ιδίως μετά το 1981, με την είσοδο στην τότε ΕΟΚ και την άνοδο στην εξουσία του ΠΑΣΟΚ με ένα κατεξοχήν φιλολαϊκό προσανατολισμό και πρόγραμμα, ανοίγει ο δρόμος για την αναπλήρωση του χαμένου εδάφους, με μια γρήγορη αλλά άνιση επέκταση της πρόνοιας (Ioakimidis & Teloni, 2013).

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η ψυχιατρική περίθαλψη βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε υπερπλήρη ψυχιατρικά νοσοκομεία, εκ των οποίων τα δημόσια είναι δέκα, με συνολικό αριθμό κλινών περί τις 8.500, και συγκεκριμένα: το ΨΝΑ Δαφνί, το ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής - Νταού Πεντέλης, το ΨΝ Θεσσαλονίκης, το ΨΝ Κέρκυρας, το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου και το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου. Όλα πλην του Αιγινήτειου έχουν ασυλικά τμήματα, τα οποία υστερούν σε υποδομές, εξοπλισμό, στελέχωση και ιδιαιτέρως σε εξειδικευμένο προσωπικό. Οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτά είναι ως επί το πλείστον πολύ κακές και η μέση διάρκεια νοσηλείας πολύ μεγάλη (υπερβαίνει τους επτά μήνες). Η λειτουργία τους ως επί το πλείστον ρυθμίζεται από τους νόμους ΨΜΒ'/1862 "Περί δημιουργίας φρενοκομείων και 6077/1934 "Περί οργάνωσης Δημοσίων Ψυχιατρείων". (Μαδιανός, 2005) (45)

Ήδη είναι υπαρκτά κάποια ψήγματα αποκαταστασιακών πρακτικών ή/και κοινοτικών δομών - για παράδειγμα τα προγράμματα εργοθεραπείας του ΨΝΑ Δρομοκαΐτειου, τα ΚΨΥ Θεσσαλονίκης και Βύρωνα-Καισαριανής, το Νοσοκομείο Ημέρας του Αιγινήτειου - τα οποία όμως μάλλον αποτελούν εξαιρέσεις και λειτουργούν περισσότερο χάρη στο όραμα κάποιων μεμονωμένων επαγγελματιών και πάντως όχι ως απόρροια κάποιας συστηματικής προσπάθειας για μετασχηματισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το ζήτημα μιας πιο συντεταγμένης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα τεθεί με την είσοδο της Ελλάδας στην ΕΟΚ, ως μέρος των κοινοτικών της υποχρεώσεων (Μαδιανός, 2005).

### **3.2. Ίδρυση του ΕΣΥ & Θεσμικό υπόβαθρο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης**

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) υπήρξε κομβικής σημασίας για την Ελλάδα, καθώς σήμαινε την αναγνώριση για πρώτη φορά της υγείας - συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής υγείας - ως κοινωνικό αγαθό, δικαίωμα των πολιτών και κρατική υποχρέωση. Σηματοδότησε, ακόμα, τη μετάβαση από ένα αποσπασματικό

και άνισο σύστημα σε ένα ενιαίο, δημόσιο και δωρεάν σύστημα υγειονομικής κάλυψης για όλους (Ioakimidis & Teloni, 2013).

Το ΕΣΥ συγκροτείται με τον Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α/7-10-1983), με στόχο την καθολική, δημόσια, δωρεάν και ισότιμη κάλυψη των αναγκών υγείας όλων των πολιτών. Οι υπηρεσίες του οργανώνονται σε τρεις βαθμίδες, με τα Κέντρα Υγείας ως βασικές αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενταγμένες σε υγειονομικές περιφέρειες. Η περιφερειακή οργάνωση του θεμελιώνεται αρκετά χρόνια αργότερα με τον Ν. 2889/2001, ενώ στη συνέχεια μετά από μια σειρά νομοθετικών αλλαγών συγκροτούνται με τον Ν. 3527/2007 οι 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), οι οποίες παραμένουν μέχρι σήμερα (Νόμος 1397 - 1983, 1983; Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α' 2.3.2001) | ΕΛΙΝΥΑΕ, 2025; Νόμος 3527/2007 - ΦΕΚ 25/Α/9-2-2007 (Κωδικοποιημένος), 2007).

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ έθεσε τα σε νομοθετικό επίπεδο τα θεμέλια και για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, καθώς προβλέπει τη δημιουργία Ψυχιατρικών Τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία και την ίδρυση Κέντρων Ψυχικής Υγείας ως “αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου, στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας”, ώστε να παρέχουν “ψυχοκοινωνική μέριμνα και παρέμβαση στην κοινότητα”. Αργότερα, μέσα στη δεκαετία του 1990, ψηφίζονται δύο νόμοι κομβικής σημασίας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, καθώς για πολλά χρόνια θα αποτελέσουν επί της ουσίας το θεσμικό της υπόβαθρο.

- Ν. 2071/1992: Με τον Ν.2071/1992 ρυθμίζονται τα ζητήματα που άπτονται της ψυχιατρικής νοσηλείας, με τη θεσμοθέτηση της δυνατότητας εκούσιας νοσηλείας (κάτι που ως τότε δεν προβλεπόταν νομοθετικά) και τον προσδιορισμό των κριτηρίων και των διαδικασιών της ακούσιας νοσηλείας, με σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Χαρακτηριστικά, σε αυτόν τον νόμο αναγνωρίζεται για πρώτη φορά το δικαίωμα των ψυχικά ασθενών να προσφύγουν κατά της ακούσιας νοσηλείας τους. Στον ίδιο νόμο ορίζονται τα νέα οργανωτικά πρότυπα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς εισάγονται οι αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής και προβλέπεται η συγκρότηση Τομέων Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ) και Τοπικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ).
- Ν. 2716/1999: Ο Ν. 2716/1999 “Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις” αποτέλεσε το θεσμικό πλαίσιο για το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης “Ψυχαργός”. Περιλαμβάνει την ίδρυση της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, τη θεσμοθέτηση της

τομεοποίησης, την τυποποίηση των διάφορων Μονάδων Ψυχικής Υγείας - Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης κτλ - και καθιερώνει τις Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (ΚοιΣΠΕ) για την επαγγελματική αποκατάσταση ψυχικά ασθενών (Νόμος 2716/1999 - ΦΕΚ 96/Α/17-5-1999 (Κωδικοποιημένος), 1999).

Επιπλέον το 2005, με τον Ν. 3418/2005 θεσμοθετείται η υποχρέωση των ψυχιάτρων να σέβονται τα δικαιώματα των ασθενών με ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην πληροφόρηση και τη συμμετοχή τους στις θεραπευτικές αποφάσεις (Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ 287/Α' 28.11.2005) | ΕΛΙΝΥΑΕ, 2024).

### **3.3. Η έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: ΕΟΚ 815/84, Λέρος I & II**

Η υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ξεκινά το 1984, με την έγκριση από την ΕΟΚ χρηματοδότησης ύψους 120 εκ. ECU, μετά από σχετικό αίτημα της Ελλάδας, για “έκτακτη οικονομική ενίσχυση της Ελλάδας στο κοινωνικό πεδίο”, με τον Κανονισμό 815/1984. Στο πλαίσιο του “προγράμματος Β” του εν λόγω κανονισμού, προβλέπεται κοινοτική χρηματοδότηση του 55% των δαπανών. Οι στόχοι που τίθενται είναι η σταδιακή αντικατάσταση των ασυλικών δομών από ένα δίκτυο κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, η ανάπτυξη υπηρεσιών για κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στις των υφιστάμενες δομές και η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 2005) (45).

Από το 1984 ως το 1988 κυρίως δίνεται έμφαση στον εκσυγχρονισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων και στη δημιουργία νέων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η υλοποίηση των προγραμμάτων και η απορρόφηση των ευρωπαϊκών πόρων γίνεται με αργούς ρυθμούς, με αποτέλεσμα οι προγραμματισμένοι στόχοι να μην επιτυγχάνονται. Για την αντιμετώπιση των δυσκολιών διοργανώνονται από την ΕΟΚ δράσεις που αποσκοπούν στην μεταφορά τεχνογνωσίας από το εξωτερικό, ο 815/84 αναθεωρείται ώστε το πρόγραμμα να παραταθεί μέχρι το τέλος του 1991, ενώ επιπλέον δημιουργείται σύστημα παρακολούθησης της πορείας υλοποίησης των διάφορων επιμέρους δράσεων. Ο συνεχιζόμενος αργός ρυθμός υλοποίησης της μεταρρύθμισης, εν μέρει οφειλόμενος σε δυσπραγία και ανεπάρκεια της ελληνικής δημόσιας διοίκησης στην διαχείριση ευρωπαϊκών προγραμμάτων, οδηγεί στην προσωρινή αναστολή της χρηματοδότησης το 1989, με απαίτηση να υποβληθεί από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εντός έξι μηνών έκθεση σχετικά με την πορεία του

προγράμματος. Ο νέος, αναθεωρημένος Κανονισμός 4130/88 μεταξύ των άλλων απαιτεί τη δημιουργία οργάνου αξιολόγησης του προγράμματος. Το 1990 ιδρύεται από το Υπουργείο Υγείας η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, που υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση Υγείας, με αρμοδιότητα τον σχεδιασμό, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το Μάρτιο του 1991 κατατίθεται από την ελληνική κυβέρνηση ένα αναθεωρημένο πρόγραμμα για το διάστημα 1991-1994, και εν τέλει αποφασίζεται η συνέχιση της ευρωπαϊκής χρηματοδότησης, με το ρυθμό υλοποίησης του “προγράμματος Β” τελικά να επιταχύνεται και τελικά το πρόγραμμα, εστιάζοντας σε αυτή τη φάση κυρίως στην προώθηση της αποϊδρυματοποίησης των ασθενών που ζουν σε ασυλικές δομές, να ολοκληρώνεται τον Ιούνιο του 1995 (Μαδιανός, 2005) (46).

Καταλυτικό ρόλο στην εξέλιξη αυτής της φάσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης παίζει το σκάνδαλο της Λέρου, η δημοσιοποίηση δηλαδή το 1989 στον διεθνή τύπο των απάνθρωπων συνθηκών που επικρατούσαν στο κρατικό θεραπευτήριο Λέρου. Υπό το βάρος της διεθνούς κατακραυγής και της πίεσης από την ΕΟΚ για άμεσες και ριζικές αλλαγές, υλοποιούνται τα προγράμματα Λέρος Ι και Λέρος ΙΙ από το 1990 ως το 1994, με δράσεις που έχουν τριπλή στόχευση: στεγαστικές παρεμβάσεις και αποασυλοποίηση, τον αποϊδρυματισμό και την υιοθέτηση νέων θεραπευτικών μεθόδων, την κοινωνική (επαν)ένταξη και υπεράσπιση των δικαιωμάτων των (πρώην) τροφίμων του θεραπευτηρίου. Για λόγους τεχνογνωσίας αλλά και για τον περιορισμό της πολυπλοκότητας των διαδικασιών δημοσιονομικής διαχείρισης των προγραμμάτων, στα προγράμματα εμπλέκονται, πέραν των δημόσιων φορέων, και ΜΚΟ (Μαδιανός, 2005) (45).

Η πρώτη αυτή φάση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, παρότι δεν κατάφερε να ανταποκριθεί πλήρως στους διακηρυγμένους στόχους της, σηματοδότησε μια στροφή προς την αποασυλοποίηση και οδήγησε σε ουσιαστική μείωση του αριθμού των κλινών στα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία (και ιδίως αυτό της Λέρου). Μέχρι τον Ιούνιο του 1995, είχαν πλέον δημιουργηθεί περί τις 250 νέες δομές συνολικά, μεταξύ των οποίων ΚΨΥ, ψυχιατρικά τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Κινητές Μονάδες σε απομακρυσμένες περιοχές, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης και άλλες υπηρεσίες ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες. Ωστόσο, καθώς η μεταρρύθμιση ήρθε τρόπον τινά “άνωθεν” και “έξωθεν” - αφ’ ενός μεν ως μια υποχρέωση της Ελλάδας στο πλαίσιο της ένταξης της στην ΕΟΚ και αφ’ ετέρου λαμβάνοντας γενναία ευρωπαϊκή οικονομική βοήθεια - δεν είχαν προηγηθεί οι

απαραίτητες ζυμώσεις και κοινωνικές διεργασίες που θα επέτρεπαν να υπάρξει μια ολιστική προσέγγιση στη δομή του όλου εγχειρήματος και να δημιουργηθούν συμμαχίες που θα επέτρεπαν να “αγκαλιαστεί” πλήρως το όραμα της μεταρρύθμισης από την επιστημονική κοινότητα αλλά και τις τοπικές κοινωνίες. Παράλληλα, οι χρόνιες ανεπάρκειες από την πλευρά της δημόσιας διοίκησης στάθηκαν τροχοπέδη στην υλοποίηση του προγράμματος (Μαδιανός, 2005).

### **3.4. Ψυχαργός Α, Β & Γ**

Μετά τη λήξη της ευρωπαϊκής χρηματοδοτικής στήριξης τον Ιούνιο του 1995, το Υπουργείο Υγείας σχεδιάζει τη συνέχιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μέσα από το εθνικό σχέδιο Ψυχαργός, το οποίο παρότι αρχικά αφορά τη δεκαετία 1997-2006, τελικά μετά από αρκετές αναθεωρήσεις υλοποιείται από το 2000 ως το 2010, με την Α' φάση να διαρκεί από το 2000 ως το 2001 και τη Β' φάση από το 2001 ως το 2010, με κόστος 700 εκατομμύρια ευρώ. Στη συνέχεια θα ακολουθήσει και Γ' φάση από το 2011 ως το 2020. Βασικοί στόχοι του προγράμματος είναι η αποασυλοποίηση των ασθενών μακράς παραμονής στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (και ειδικά στο ΨΝΑ Δαφνί), η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε ειδικές ομάδες (πχ υπερήλικες, παιδιά και εφήβους, αυτιστικά άτομα, άτομα με άνοια/Alzheimer κτλ). Παράλληλα προβλέπεται να γίνουν συμπληρωματικές ενέργειες με σκοπό την υλοποίηση της τομεοποίησης των υπηρεσιών, την εκπαίδευση του προσωπικού και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Η Α' φάση εντάσσεται 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», συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, και περιλαμβάνει ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών, σε 31 πόλεις της χώρας, και συγκεκριμένα (Μαδιανός, 2005):

- τη δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων,
- τη δημιουργία 71 εργαστηρίων κατάρτισης,
- την κατάρτιση ή/και απασχόληση 973 ασθενών και τον αποϊδρυματισμό 769 ασθενών
- την κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

- Η Β' φάση συγχρηματοδοτείται από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο στήριξης κατά 75% για τα πρώτα 5 χρόνια και στη συνέχεια χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από το ελληνικό δημόσιο. Για να παρακαμφθεί η κρατική γραφειοκρατία και ακαμψία, γίνεται εκτεταμένη εμπλοκή Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ), οι οποίες το 2010 απορροφούν 45 εκατομμύρια ευρώ, ενώ το 2012 φτάνουν να έχουν αναπτύξει το 30% του συνόλου των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) και να διαθέτουν το 50% των θέσεων του προγράμματος αποϊδρωματισμού. Στο τέλος της Β φάσης, στοιχεία του Υπουργείου Υγείας (Novella, 2008) αναφέρουν πως σε όλη την επικράτεια υπάρχουν:
- 46 ψυχιατρικά/παιδοψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων
- 40 Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) και 11 Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΚοιΚεΨΥΠΕ),
- 65 Κέντρα Ημέρας,
- 6 Νοσοκομεία Ημέρας,
- 25 Κινητές Μονάδες,
- 97 Ξενώνες, 125 Οικοτροφεία και 230 Προστατευόμενα Διαμερίσματα,
- 4 Κέντρα Αλτσχάιμερ και αυτισμού
- 15 ΚοιΣΠΕ - ειδικής μορφής κοινωνικοί συνεταιρισμοί που αποσκοπούν στην επαγγελματική αποκατάσταση ψυχικά ασθενών.

### **3.5. Αποτίμηση των Ψυχαργός Α και Β**

Παρότι με την ίδρυση των νέων δομών σε συνδυασμό με το κλείσιμο 4 εκ των 9 ψυχιατρικών νοσοκομείων το τοπίο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει μεταβληθεί δραστικά, οι ελλείψεις του συστήματος είναι πολλές. Ενδεικτικά, για να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού για κοινοτικές δομές, θα ήταν απαραίτητη η λειτουργία άνω των 90 ΚΨΥ αντί για 40 και θα απαιτούνταν περί τις 1500 θέσεις σε Κέντρα Ημέρας έναντι των διαθέσιμων περίπου 900 (Μαδιανός, 2013). Ως προς τις ανάγκες για νοσοκομειακού τύπου περίθαλψη, θα χρειαζόνταν περί τις 3000 κλίνες για ταχύρρυθμη νοσηλεία σε ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων έναντι των διαθέσιμων περίπου 700, ώστε να καλύπτονται περίπου 40.000 νοσηλείες τον χρόνο (Μαδιανός, 2013). Η ανεπάρκεια υποδομών και η έλλειψη προσωπικού στα εναπομείναντα ΨΝ και τους ψυχιατρικούς τομείς των ΓΝ δημιουργεί μια κατάσταση οριακή, όπου η νοσηλεία των ψυχικά ασθενών γίνεται σε συνθήκες συνωστισμού, ενίοτε και σε ράντζα, εξιτήρια χορηγούνται

πρόωρα, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις όπου ασθενείς προσερχόμενοι εκούσια για νοσηλεία δεν γίνονται δεκτοί, με αποτέλεσμα να αναγκάζονται να χρησιμοποιούν καταχρηστικά τη διαδικασία της ακούσιας προσαγωγής με εισαγγελική εντολή για να πετύχουν την εισαγωγή τους (Χ.Βαρουχάκης, 2007).

Τα προβλήματα δεν αφορούν μόνο ελλείψεις υποδομών και ανθρώπινων πόρων. Το δίκτυο κοινοτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας χαρακτηρίζεται από δομική και λειτουργική ασυμμετρία, με αναντιστοιχία μεταξύ εγκαταστάσεων, στελέχωσης και χωροταξικής κατανομής των δομών σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες και τον σκοπό παροχής των υπηρεσιών, κάτι που αντικατοπτρίζει μια γενικότερη έλλειψη κεντρικού οράματος και επιστημονικού σχεδιασμού. Η ίδια η τομεοποίηση των υπηρεσιών, που δημιουργήθηκε μόλις το 2004, δεν βασίζεται πάνω σε επιδημιολογικά προσδιορισμένες ανάγκες και περιέχει 58 τομείς, αντί των αναγκαιών 94. Τα ΚΨΥ δεν εφημερεύουν ούτε διασυνδέονται με το σύστημα εφημεριών, με αποτέλεσμα τα επείγοντα περιστατικά να αντιμετωπίζονται απαραιτήτως σε νοσοκομεία και ενδεχομένως εκτός τομέα. Οι ΤΕΨΥ δεν συνδέονται με τις ΔΥΠΕ - άλλωστε και οι ίδιες οι ΥΠΕ δεν διαμορφώθηκαν οριστικά παρά το 2007 - και δεν προβλέπονται τρόποι διασύνδεσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τις τοπικές κοινότητες (πχ φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης). Από όλα τα παραπάνω, γίνεται εμφανές πως απουσιάζει ο συντονισμός ανάμεσα στις υπηρεσίες που θα μπορούσε να διασφαλίσει τη συνέχεια στη θεραπευτική φροντίδα (Novella, 2008; Μαδιανός, 2013).

Ακόμη, είναι εμφανής η απουσία μηχανισμών συστηματικής παρακολούθησης και καταγραφής βασικών δεικτών λειτουργίας του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Δεν τηρούνται συστηματικά επιδημιολογικά δεδομένα, όπως ο ακριβής αριθμός των ψυχιατρικών εισαγωγών και το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών, δεν καταγράφονται επαρκώς στοιχεία που αφορούν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υφιστάμενων κοινοτικών δομών και δεν υπάρχει συστηματική ενημέρωση ως προς την όποια πρόοδο σημειώνεται ως προς την ίδρυση νέων. Σε ό,τι αφορά τις ΜΚΟ που εμπλέκονται στο πρόγραμμα «Ψυχαργός», τα κριτήρια και οι προϋποθέσεις χρηματοδότησής τους δεν είναι πάντοτε σαφή, ενώ απουσιάζει τόσο η υποχρέωση δημοσιοποίησης των οικονομικών τους στοιχείων όσο και η πρόβλεψη για την αξιολόγηση του έργου τους (Novella, 2008; Χ.Βαρουχάκης, 2007; Μαδιανός, 2013).

Τα προβλήματα στην υλοποίηση του “Ψυχαργός Β” σε συνδυασμό με την ασυνέχεια της χρηματοδότησης των κοινοτικών δράσεων ψυχικής υγείας οδηγούν σε παρέμβαση της ΕΕ και

ακολουθώς σύναψη συμφώνου ανάμεσα στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την ελληνική κυβέρνηση, στο οποίο ορίζονται συγκεκριμένες προϋποθέσεις στις οποίες η Ελλάδα θα έπρεπε να ανταποκριθεί προκειμένου να συνεχιστεί η ευρωπαϊκή χρηματοδότηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσω ΕΣΠΑ, στις οποίες περιλαμβάνεται η δέσμευση για πλήρη στελέχωση των υφιστάμενων ΜΨΥ και των ΜΨΥ που θα δημιουργηθούν, θέσπιση δεσμευτικών συμφωνιών με τις συμμετέχουσες ΜΚΟ για την πιστοποίηση και αδειοδότηση των ΜΨΥ τους και τη διασφάλιση της λογοδοσίας τους, την τακτική υποβολή εκθέσεων προόδου του έργου και την εξωτερική αξιολόγηση του “Ψυχαργός” από Ομάδα Διεθνών Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων (Novella, 2008).

### **3.6. Ψυχαργός Γ**

Η τρίτη φάση του Ψυχαργός πραγματοποιείται την περίοδο 2011-2020, με το μεγαλύτερο κομμάτι της να εξελίσσεται εντός της μνημονιακής περιόδου της Ελλάδας. Σύμφωνα με το Σχέδιο Δράσης της, οι τρεις βασικές κατευθύνσεις στις οποίες θα κινούταν ήταν η ανάπτυξη νέων δομών, ο σχεδιασμός δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και η οργάνωση του συστήματος περίθαλψης (ολοκλήρωση της τομεοποίησης, ανάπτυξη συστήματος αξιολόγησης κτλ). Το 2017, ο τότε Υπουργός Υγείας έθεσε ως προτεραιότητες τέσσερις πυλώνες, οι οποίοι θα υλοποιούνταν και θα χρηματοδοτούνταν στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για τα έτη 2014-2020: κατάργηση της ασυλικής φροντίδας, ανάπτυξη κοινοτικής φροντίδας και προώθηση κοινωνικής ένταξης των ατόμων με νοητική υστέρηση, προώθηση και υποστήριξη της τομεοποίησης, βελτίωση της ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Την ίδια χρονιά μάλιστα ψηφίζεται ο Νόμος 4461/2017 (ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017) που αναδιαρθρώνει τη διοίκηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θεσπίζοντας Περιφερειακές Διοικήσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.) (Νόμος 4461/2017 - ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017 (Κωδικοποιημένος), 2017).

Στην πράξη ωστόσο, ιδιαίτερα ως προς την ανάπτυξη νέων δομών η πορεία είναι μάλλον αργή και υπολείπεται του αρχικού σχεδιασμού. Ενδεικτικά, ενώ ο σχεδιασμός (Novella, 2008) προέβλεπε την ίδρυση 47 νέων ΚΨΥ και 72 ΚοιΚεΨΠΕ, τελικά το 2019 έχουν ιδρυθεί μόλις 11 νέα ΚΨΥ και 2 νέα ΚοιΚεΨΠΕ ενώ ταυτόχρονα έχει μειωθεί ο αριθμός των ΚΜΨΥ (Γιαννόπουλος, 2019). Έτσι, το 2019 έχουμε συνολικά 54 ΚΨΥ, 12 ΚοιΚεΨΠΕ, 11 ΚΜΨΥ (εκ των οποίων 4 είναι ΚΜΨΥ παιδιών/εφήβων), 68 ψυχιατρικά και 10 παιδοψυχιατρικά τμήματα

ΓΝ (σε rapid assessment του ΠΟΥ κατά το 2020-2021 οι αριθμοί είναι ελαφρώς βελτιωμένοι, συγκεκριμένα αναφέρονται 50 ΚΨΥ και 20 ΚΜΨΥ). Είναι χαρακτηριστικό πως ο αριθμός των ΚΨΥ, των ΚοιΚεΨΠΕ και των ΚΜΨΥ - δηλαδή των κοινοτικών ΜΨΥ που υποτίθεται πως είναι κατ' εξοχήν επιφορτισμένες με το έργο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας και της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις δυσπρόσιτες περιοχές της επαρχίας - στο τέλος της Γ' φάσης του Ψυχαργός δεν πλησιάζει καν τον διακηρυγμένο στόχο των 80 ΚΨΥ, 74 ΚοιΚεΨΠΕ και 40 ΚΜΨΥ της Β' φάσης (Loukidou et al., 2013; Γιαννόπουλος, 2019). Ταυτόχρονα τα ΚΨΥ δεν λειτουργούν, όπως προβλεπόταν, σε 24ωρη βάση, και συνεχίζει να μην έχει αξιολογηθεί συστηματικά η αποτελεσματικότητά τους (Novella, 2008).

## **Κεφάλαιο 4. Η Ελληνική κρίση μετά το 2008**

### **4.1. Η κρίση χρέους, τα μνημόνια και η επιτήρηση**

Η ελληνική οικονομική κρίση ξεκινά ως επακόλουθο της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008, που μετατράπηκε σε κρίση της ευρωζώνης και τελικά σε κρίση δημόσιου χρέους για την Ελλάδα. Το 2010, η χώρα προσφεύγει στον μηχανισμό στήριξης της ΕΕ/ΔΝΤ. Ακολουθούν τρία μνημόνια με δάνεια συνολικού ύψους περίπου 326 δισ. ευρώ (2010: 110 δισ., 2012: 130 δισ., 2015: 86 δισ.), που συνοδεύονται από αυστηρούς όρους δημοσιονομικής προσαρμογής (Stylianidis & Souliotis, 2019).

Οι συνέπειες της εφαρμογής των μέτρων λιτότητας είναι καταστροφικές για την οικονομία: Το ΑΕΠ της Ελλάδας μειώνεται περίπου 25% μεταξύ 2008 και 2013, αποτελώντας τη βαθύτερη και πιο μακροχρόνια ύφεση σε ευρωπαϊκό κράτος μεταπολεμικά. Η ανεργία εκτοξεύεται από 7,8% το 2008 σε 24,9% το 2015 (Stylianidis & Souliotis, 2019), ενώ το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας αυξάνεται από 28,1% (2008) σε 36% (2014) (Stylianidis & Souliotis, 2019). Τυπικά, η Ελλάδα βγήκε από τα μνημόνια το 2018, αλλά παραμένει σε καθεστώς ενισχυμένης εποπτείας μέχρι το 2022, ενώ συνεχίζει να αποπληρώνει τα δάνεια της υπό πιο χαλαρό έλεγχο, αλλά με υποχρέωση δημοσιονομικού πλεονάσματος. (Stylianidis & Souliotis, 2019; Kerasidou et al., 2016)

Παράλληλα η οικονομική κρίση έχει και έντονες πολιτικές προεκτάσεις: από το 2010 ως το 2019 σχηματίστηκαν επτά διαφορετικές κυβερνήσεις, ενώ η Χρυσή Αυγή εισήλθε στη Βουλή το 2012 με 6,9%, εκφράζοντας ακροδεξιό, φασιστικό λόγο. Μετά το 2019, τίθενται σοβαρά

ζητήματα κράτους δικαίου: αμφισβήτηση της ανεξαρτησίας της δικαιοσύνης, σκάνδαλα παρακολουθήσεων δημοσιογράφων και πολιτικών, καιυποβάθμιση της ελευθερίας του Τύπου. Παρά την τυπική έξοδο από τα προγράμματα διάσωσης, πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η χώρα βρίσκεται σε μια κατάσταση διαρκούς κρίσης, η οποία συν τοις άλλοις επιβαρύνθηκε περαιτέρω από την προσφυγική κρίση του 2015 και την πανδημία COVID το 2020 (Nüve Yazgan, 2023).

#### **4.2. Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία**

Η μακροχρόνια οικονομική κρίση στην Ελλάδα συνδέθηκε με σημαντική επιδείνωση δεικτών ψυχικής υγείας, όπως η αύξηση της αυτοκτονικότητας, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της χρήσης ψυχοφαρμάκων. Δεδομένα από επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η κρίση και τα μέτρα λιτότητας συνοδεύονται από αύξηση των ποσοστών μείζονος κατάθλιψης, με εκτιμήσεις ότι η επικράτηση καταθλιπτικών διαταραχών στον ενήλικο πληθυσμό σχεδόν τετραπλασιάστηκε μεταξύ 2008 και 2013 (Stylianidis & Souliotis, 2019). Παράλληλα καταγράφεται αύξηση των αυτοκτονιών κατά περίπου 30-35% στα πρώτα χρόνια της κρίσης (2009 - 2015) (Stylianidis & Souliotis, 2019), επιβεβαιώνοντας ότι η οικονομική επισφάλεια, η ανεργία και η εισοδηματική κατάρρευση λειτούργησαν ως ισχυροί στρεσογόνοι παράγοντες με θανατηφόρες συνέπειες για μέρος του πληθυσμού.

Μελέτες από επιμέρους περιοχές, όπως τα δεδομένα για απόπειρες αυτοκτονίας στα Χανιά (Benioudakis et al., 2017), δείχνουν κορύφωση των αποπειρών στις πιο κρίσιμες χρονιές της ύφεσης (ιδίως γύρω στο 2012) και ισχυρή συσχέτιση με δείκτες ανεργίας (Economou et al., 2016), γεγονός που υπογραμμίζει τη στενή σχέση ανάμεσα σε εργασιακή/οικονομική ανασφάλεια και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Επαναλαμβανόμενες έρευνες στην Ελλάδα την περίοδο της κρίσης καταγράφουν σημαντική αύξηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, επιδείνωση της αυτοαξιολογούμενης ψυχικής υγείας και αυξημένη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ιδίως σε ευάλωτες ομάδες (Stylianidis & Souliotis, 2019). Αυτή η επιβάρυνση αποτυπώθηκε και στη κατανάλωση φαρμάκων, με αναφορές για αύξηση της χρήσης αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών, καθώς η κρίση δημιούργησε ένα περιβάλλον όπου αυξήθηκαν τόσο τα νέα κρούσματα όσο και οι υποτροπές υπαρχουσών ψυχικών διαταραχών (Madianos et al., 2014). Η επιδείνωση της ψυχικής υγείας δεν ήταν ομοιόμορφη: πιο βαριά επηρεάστηκαν άνεργοι, χαμηλού εισοδήματος ομάδες, νέοι ενήλικες, καθώς και όσοι είχαν ήδη ψυχικές ευαλωτότητες ή χρόνιες διαταραχές. Σε αυτό το πλαίσιο, η ζήτηση για υπηρεσίες

ψυχικής υγείας αυξήθηκε, την ίδια στιγμή που οι δημόσιοι πόροι για την υγεία συνολικά και για την ψυχική υγεία ειδικότερα συρρικνώνονταν, δημιουργώντας μια δομική ασυμμετρία μεταξύ αναγκών και διαθέσιμων υπηρεσιών.

#### **4.3. Επιπτώσεις στις Υπηρεσίες Υγείας**

Τα μνημόνια οικονομικής προσαρμογής που υπεγράφησαν μεταξύ της Ελλάδας και των θεσμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΔΝΤ περιλάμβαναν δεσμεύσεις για τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών υγείας, με στόχευση τη συγκράτηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ. Η δημοσιονομική προσαρμογή υλοποιήθηκε μέσω δραστικών περικοπών στη δημόσια χρηματοδότηση, μείωσης του προσωπικού, συγχωνεύσεων και αναδιαρθρώσεων δομών, καθώς και αύξησης των συμμετοχών και ιδιωτικών πληρωμών, επηρεάζοντας ιδιαίτερα τις ήδη εύθραυστες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Kentikelenis et al., 2014). Ως απόρροια της πολιτικής λιτότητας οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώνονται κατά 25% μεταξύ 2008 - 2012, ενώ οι συνολικές δαπάνες του Υπουργείου Υγείας μειώνονται κατά 23,7% μεταξύ 2009 και 2011. Η συνολική δαπάνη υγείας περιορίζεται από περίπου 10% σε περίπου 8% του ΑΕΠ, με την τρόικα να έχει επιβάλει ανώτατο όριο 6%. Οι προϋπολογισμοί νοσοκομείων μειώνονται έως 30% στην τετραετία 2010-2014 και οι μισθοί υγειονομικών έως και 40% (Kerasidou et al., 2016). Το πάγωμα προσλήψεων, οι μειώσεις μισθών και οι συγχωνεύσεις μονάδων οδηγούν τελικά περίπου 40.000 γιατρούς και νοσηλευτές να φύγουν στο εξωτερικό στο διάστημα 2010-2018 (Ifanti et al., 2014).

Οι συνέπειες της μακράς περιόδου δημοσιονομικής πειθαρχίας αποτυπώνονται γλαφυρά σε δείκτες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με αναλύσεις του ΟΟΣΑ, τα τελευταία δέκα χρόνια (και μέχρι και σήμερα) τα ποσοστά δηλωμένων ανικανοποίητων αναγκών για ιατρική φροντίδα στην Ελλάδα παραμένουν σταθερά από τα υψηλότερα στην ΕΕ (χοντρικά περί το 9%, με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο να βρίσκεται κοντά στο 2%), περίπου 1 στους 5 από όσους δηλώνουν ανάγκη για ιατρική φροντίδα αναφέρουν πως αυτή μένει ανεκπλήρωτη λόγω κόστους, χρόνου αναμονής ή απόστασης, οι ιδιωτικές (out of pocket) δαπάνες στο ελληνικό σύστημα υγείας αντιπροσωπεύουν περίπου το 1/3 των συνολικών δαπανών (επίσης ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ), και οι κατά κεφαλήν κρατικές δαπάνες για την υγεία βρίσκονται γύρω στο 60% του ευρωπαϊκού μέσου όρου (OECD, 2022; OECD, 2024; OECD, 2026).

Στο πλαίσιο της προσπάθειας μείωσης των κρατικών δαπανών, με τον Ν. 3918/11 το 2011 ιδρύεται ο ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας), ενοποιώντας τα προϋπάρχοντα ταμεία ασφάλισης υγείας. Η ενοποίηση αυτή εξαλείφει τον κατακερματισμό στην υγειονομική κάλυψη και περίθαλψη, κάτι επιθυμητό επί της αρχής, η λογική της λιτότητας όμως επιβάλλει αυστηρά όρια δαπανών, περιορισμούς στις αποζημιώσεις ιατρών και αύξηση της οικονομικής συμμετοχής των ασθενών, με αποτέλεσμα την αύξηση των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών (Charalampos Economou et al., 2015). Η μεταρρύθμιση, επιβληθείσα υπό συνθήκες λιτότητας, δεν βελτίωσε την καθολική κάλυψη, αλλά επιδείνωσε τις ανισότητες, ιδίως για ευπαθείς ομάδες.

Σε επίπεδο του ανθρώπινου δυναμικού, η κρίση έχει επιτείνει χρόνιες ελλείψεις, ιδίως σε νοσηλευτικό προσωπικό. Οι εκθέσεις του ΟΟΣΑ (OECD, 2022; OECD, 2024; OECD, 2026) καταγράφουν ότι η Ελλάδα βρίσκεται συστηματικά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ ως προς τον αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους, με αποτέλεσμα υψηλές αναλογίες ασθενών ανά νοσηλευτή, αυξημένο φόρτο εργασίας και δυσκολίες στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η υποστελέχωση είναι ιδιαίτερα ορατή στις ψυχιατρικές μονάδες, όπου οι ανάγκες για συνεχή παρακολούθηση, διαχείριση κρίσεων και εφαρμογή μη καταναγκαστικών πρακτικών απαιτούν επαρκές και ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η έλλειψη αυτή, σε συνδυασμό με τις περικοπές σε λειτουργικές δαπάνες, δημιουργεί ένα περιβάλλον όπου η διαχείριση της επικινδυνότητας και των κρίσεων τείνει να γίνεται με “φτωχά μέσα” - δηλαδή με αύξηση της προσφυγής σε περιοριστικά μέτρα, υψηλή νοσηλευτική επιβάρυνση και εξάντληση των επαγγελματιών - αντί με επενδύσεις σε πρόληψη, κοινοτικές υπηρεσίες και εκπαίδευση σε πρακτικές αποκλιμάκωσης.

Έτσι, η οικονομική κρίση και οι πολιτικές λιτότητας δεν επηρέασαν μόνο τη ζήτηση για υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μέσω της επιδείνωσης των κοινωνικών προσδιοριστών της ψυχικής υγείας, αλλά και την προσφορά, μέσω της συμπίεσης της δημόσιας δαπάνης, της αύξησης των ιδιωτικών πληρωμών, της υποχρηματοδότησης και της υποστελέχωσης. Το αποτέλεσμα είναι μια συνθήκη κατά την οποία η ψυχιατρική μεταρρύθμιση καλείται να υλοποιηθεί σε καθεστώς ανεπάρκειας πόρων, γεγονός που σε μεγάλο βαθμό προδιαγράφει τις δυνατότητες και τα όρια της μετάβασης από ασυλικές σε κοινοτικές, δικαιωματικές μορφές φροντίδας.

## 5. Μετά το “Ψυχαργός”: Το δίκτυο υπηρεσιών σήμερα

Μετά την ολοκλήρωση του «Ψυχαργός», η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μπαίνει σε μια φάση όπου ζητούμενο δεν είναι μόνο η δημιουργία νέων δομών, αλλά η ολοκλήρωση της τομεοποίησης, η ενσωμάτωση των υπηρεσιών στο συνολικό σύστημα υγείας και η προσαρμογή στις σύγχρονες κατευθύνσεις για τα δικαιώματα και την κοινοτική φροντίδα.

Παράλληλα, το 2020 η κρίσης COVID-19 αναδεικνύει τη σπουδαιότητα ενός συστήματος υγείας ικανού να ανταποκρίνεται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Στα πλαίσια διαχείρισης της υγειονομικής κρίσης, το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με τον ΠΟΥ, διενήργησε Ταχεία Αξιολόγηση των υφιστάμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με στόχο τη διατύπωση προτάσεων και στόχων για την επόμενη δεκαετία (2021-2030). Παράλληλα υλοποίησε δέσμη πρωτοβουλιών που περιλάμβαναν χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για το διάστημα 2021-2023 από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, νομοθέτηση υπηρεσιών Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση, δημιουργία Κέντρων Ημέρας για φοιτητές, λειτουργία ανώνυμης, δωρεάν τηλεφωνικής γραμμής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, αύξηση του ετήσιου προϋπολογισμού ψυχικής υγείας κατά 62%, έναρξη προγραμμάτων τηλεσυμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης, και προσλήψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030, 2023).

Το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για την Ψυχική Υγεία 2021-2030, επιχειρώντας να αποτυπώσει την υφιστάμενη κατάσταση ορίζει προτεραιότητες για την επόμενη δεκαετία, πάνω σε δέκα άξονες (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030, 2023):

1. Ολοκλήρωση της κατάργησης της ιδρυματικής περίθαλψης: Κατάργηση των Τμημάτων Χρονίων Ασθενών στα εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ, με παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών για άτομα με ψυχιατρική νόσο στην κοινότητα
2. Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Ανάπτυξη και ενίσχυση κοινοτικών δομών, σύνδεση πρωτοβάθμιας περίθαλψης με εξειδικευμένες υπηρεσίες, ψηφιοποίηση και διασύνδεση με άλλα επίπεδα του ΕΣΥ
3. Δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους: Ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών και υπηρεσιών για ψυχιατρικά προβλήματα στις πρώτες ηλικίες
4. Μεταρρύθμιση δικαστικής ψυχιατρικής: Αναδιοργάνωση και βελτίωση των δομών και υπηρεσιών δικαστικής ψυχιατρικής

5. Δίκτυο Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ): Ενίσχυση και ανάπτυξη του δικτύου ΚΟΙΣΠΕ για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και εργασιακή ένταξη
6. Καθολική εφαρμογή της τομεοποίησης σε όλη την επικράτεια: Εφαρμογή της τομεοποίησης λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πυλώνες παροχής υπηρεσιών (δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, ΑμΚΕ), διασφάλιση της ποιότητας και ενδυνάμωσης των ληπτών
7. Μείωση ακούσιων νοσηλειών στο μέσο ευρωπαϊκό επίπεδο: Στόχος η σημαντική μείωση των ακούσιων νοσηλειών και η προώθηση της εθελούσιας νοσηλείας και εναλλακτικών μορφών φροντίδας
8. Ένταξη ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές στην αγορά εργασίας και προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων: Ενίσχυση της εργασιακής ένταξης μέσω ειδικών προγραμμάτων και προστασίας της ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας
9. Καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος: Δράσεις εκπαίδευσης, ευαισθητοποίησης και αποστιγματισμού του κοινού
10. Ενίσχυση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα πλαίσια έκτακτης ανάγκης: Προετοιμασία και ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας για πανδημίες, φυσικές καταστροφές και άλλες κρίσεις.

Η εικόνα του δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σήμερα πάντως εξακολουθεί να εμφανίζει γνώριμα χαρακτηριστικά: ανισότητα στη γεωγραφική ανάπτυξη, ανομοιογένεια των υπηρεσιών, ολοένα αυξανόμενη εμπλοκή του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα έναντι των κρατικών δομών. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι τα, ως επί το πλείστον ιδιωτικού δικαίου, Κέντρα Ημέρας είναι υπερτριπλάσια από τα ως επί το πλείστον δημόσιου δικαίου Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα οποία υποτίθεται ότι θα έπρεπε να επωμίζονται το μεγαλύτερο βάρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας και της σύνδεσης με τις τοπικές κοινότητες.

Αυτή τη στιγμή, σύμφωνα με το διαθέσιμο διαδικτυακά “Mental Health Map”, οι διαθέσιμες Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι:

- 38 ΚΨΥ, εκ των οποίων 9 ΝΠΙΔ και 29 ΝΠΔΔ,
- 12 ΚΨΥ με υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους, όλα ΝΠΔΔ,
- 24 ΚοιΚΕΨΥΕ, εκ των οποίων 5 ΝΠΙΔ και 19 ΝΠΔΔ,
- 43 ΚΜΨΥ, εκ των οποίων 28 ΝΠΙΔ και 15 ΝΠΔΔ,
- 124 Κέντρα Ημέρας, εκ των οποίων 109 ΝΠΙΔ και 15 ΝΠΔΔ,
- 100 Ξενώνες, εκ των οποίων 22 ΝΠΙΔ και 68 ΝΠΔΔ,
- 167 Οικοτροφεία, εκ των οποίων 122 ΝΠΙΔ και 42 ΝΠΔΔ,
- 160 Προστατευμένα Διαμερίσματα, εκ των οποίων 70 ΝΠΙΔ και 90 ΝΠΔΔ,

- 8 Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση, εκ των οποίων 6 ΑΜΚΕ και 2 ΝΠΔΔ,
- 80 Ψυχιατρικά Τμήματα ΓΝ
- 135 Εξωτερικά Ιατρεία ΓΝ.

Σε ό,τι αφορά την κοινοτική φροντίδα, σημαντική είναι διαχρονικά η συνεισφορά των ΚΜΨΥ. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) παρέχουν τεκμηριωμένα αποτελεσματική κοινοτική φροντίδα σε αγροτικές, ορεινές και νησιωτικές περιοχές, όπου η πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες είναι περιορισμένη. Η Μονάδα Φωκίδας (1981) πρωτοπόρησε στην κατ' οίκον διαχείριση κρίσεων, στη μείωση νοσηλείων και στην αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος. Στην Ήπειρο, η Κινητή Μονάδα Ιωαννίνων - Θεσπρωτίας προσέφερε 10.016 επισκέψεις σε 1.264 ασθενείς κατά έξι χρόνια λειτουργίας, με 67,2% ποσοστό διατήρησης σε ασθενείς με ψυχώσεις και 20% που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα. Ανάλυση της μονάδας τεκμηρίωσε 80% μείωση νοσηλείων, 2,6-πλάσια μείωση της διάρκειας νοσηλείας και εξαπλάσια μείωση ακούσιων εισαγωγών για ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας (Peritogiannis et al., 2013). Στις Ιόνιες νήσους, έξι χρόνια παρακολούθησης έδειξαν 45,9% μείωση νοσηλείων, 51% μείωση ακούσιων εισαγωγών και 54,4% μείωση διάρκειας νοσηλείας. Οικονομική αξιολόγηση στις Κυκλάδες κατέγραψε περίπου 50% μείωση κόστους θεραπείας σε 604 ασθενείς με κοινές ψυχικές διαταραχές. Η προσαρμοστικότητα των ΚΜΨΥ εξετάστηκε και στις ειδικές ανάγκες προσφύγων, μεταναστών και ηλικιωμένων. Τα συγκεντρωτικά δεδομένα υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των ΚΜΨΥ τόσο σε θεραπευτικό επίπεδο όσο και σε δείκτες κόστους-αποτελεσματικότητας (Peritogiannis et al., 2022).

Θετικό βήμα είναι επίσης η ίδρυση Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (Early Intervention in Psychosis, EIP), καθώς διεθνώς συνδέονται με καλύτερη λειτουργικότητα, λιγότερες υποτροπές και μικρότερη διάρκεια αδιάγνωστης ψύχωσης συγκριτικά με τη “συνήθη φροντίδα”. Ωστόσο, η πρώτη μελέτη σε ελληνικό δείγμα 225 ατόμων κατέγραψε πολύ υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης: μόνο το 38,7% διατηρούσε επαφή με τη μονάδα στον έναν χρόνο, ενώ πάνω από το 20% όσων έμειναν σε παρακολούθηση παρουσίασαν σοβαρή υποτροπή που οδήγησε σε επανεισαγωγή (Dimitrakopoulos et al., 2022). Έτσι, η ελληνική εμπειρία δείχνει ότι, παρότι η επένδυση σε Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση είναι καταρχήν μια καλή ιδέα, απαιτείται περαιτέρω διασύνδεσή τους με κοινοτικές υπηρεσίες και συστηματική δουλειά πάνω στη διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης ώστε να φέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

## **5.1 Τομεοποίηση και δίκτυο υπηρεσιών σήμερα**

Η σημερινή οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας βασίζεται τυπικά στην τομεοποίηση, με γεωγραφικούς τομείς ψυχικής υγείας που αντιστοιχούν σε περιφερειακά δίκτυα (ΠΕΔΥΨΥ) ενταγμένα στις Υγειονομικές Περιφέρειες. Ο πρόσφατος νόμος 5129/2024 “Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης” (odigostoupoliti, 2024) προβλέπει ότι σε κάθε ΠΕΔΥΨΥ εντάσσονται δημόσιες μονάδες, ΜΚΟ και ιδιωτικές κλινικές, με στόχο ενιαίο σχεδιασμό και, σε επίπεδο ρητορικής, καλύτερη διασύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την ψυχική υγεία. Στο γράμμα του νόμου η τομεοποίηση εμφανίζεται ως εργαλείο ορθολογικής κατανομής πόρων και συνέχειας φροντίδας σε επίπεδο πληθυσμού.

Στην πράξη, η ρύθμιση έχει δεχτεί έντονη κριτική (Dimitris Ploumpidis, 2025; *Updates*, 2020). Επαγγελματικές ενώσεις και φορείς ψυχικής υγείας επισημαίνουν ότι η θεσμική συνύπαρξη δημόσιων, ιδιωτικών και μη κερδοσκοπικών παρόχων στο ίδιο “δίκτυο” δεν συνοδεύεται από ουσιαστική ενίσχυση των δημόσιων υπηρεσιών, αλλά κινδυνεύει να ενδυναμώσει περαιτέρω τον ιδιωτικό και τον ΜΚΟ τομέα, σε βάρος των ήδη υποστελεχωμένων δημόσιων δομών. Παράλληλα, η διασύνδεση με την ΠΦΥ παραμένει σε μεγάλο βαθμό θεωρητική, καθώς δεν συνοδεύεται από συστηματική ένταξη επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις δομές ΠΦΥ ούτε από επαρκή εκπαίδευση των γιατρών της ΠΦΥ στη διαχείριση ψυχικών διαταραχών.

Τα τρία ιστορικά ψυχιατρικά νοσοκομεία (ΨΝΑ «Δαφνί», Δρομοκαΐτειο, ΨΝΘ) παρουσιάζονται επισήμως ως ιδρύματα που έχουν «μετασχηματιστεί» και δεν λειτουργούν πλέον ως κλασικά άσυλα. Ωστόσο, παραμένουν βασικοί φορείς νοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας, με οξέα τμήματα, χρόνιες κλινικές και εξαρτημένες στεγαστικές δομές, λειτουργώντας de facto ως κεντρικές μονάδες μακροχρόνιας νοσηλείας και αναδεικνύοντας τον ημιτελή χαρακτήρα της αποϊδρυματοποίησης.

## **5.2. ΜΚΟ, επισφάλεια και κενά φροντίδας**

Κεντρικό χαρακτηριστικό του ελληνικού μοντέλου, από την αρχή σχεδόν της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέχρι και σήμερα, είναι η ολοένα και πιο εκτεταμένη εμπλοκή ΜΚΟ στην ανάπτυξη κοινοτικών δομών (Κέντρα Ημέρας, ξενώνες, οικοτροφεία, κινητές μονάδες), σε συνδυασμό με αποσπασματική, συχνά επισφαλή χρηματοδότησή τους μέσω ευρωπαϊκών

προγραμμάτων και περιοδικών συμβάσεων με το κράτος. Δεν πρόκειται για μια καταρχήν λάθος επιλογή: διατρέχοντας την ιστορία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, είναι προφανές πως σε πολλές περιπτώσεις είναι ακριβώς αυτό το σχήμα που επέτρεψε την ταχεία ανάπτυξη δομών και καινοτόμων προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης, στο πλαίσιο ενός κράτους που σε πολλές περιπτώσεις αποδείχθηκε ανεπαρκές, τόσο οργανωσιακά όσο πλευράς διαθέσιμων πόρων. Ταυτόχρονα, η επιλογή να συνεχίζει ες αεί να στηρίζεται η κοινοτική φροντίδα σε υπηρεσίες που λειτουργούν καταρχήν βάσει προγραμμάτων περιορισμένης διάρκειας συντηρεί μια επαναλαμβανόμενη αβεβαιότητα για τη συνέχιση τους, συνεχή εξάρτηση από εξωτερικούς πόρους και ένα κλίμα επισφάλειας, που αποθαρρύνει ή και καθιστά αδύνατη τη μακροχρόνια παραμονή επαγγελματιών σε συγκεκριμένες δομές και κοινότητες. Αυτό σημαίνει ότι δεν χτίζεται εύκολα συσσωρευμένη κλινική και κοινοτική γνώση, δεν αναπτύσσονται σταθερές σχέσεις εμπιστοσύνης με τους λήπτες και τις οικογένειες, και δεν αναδύονται επαγγελματίες με βαθιά εξοικείωση με τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής - προϋπόθεση κρίσιμη για καλές πρακτικές διαχείρισης κρίσεων και επικινδυνότητας.

Παράλληλα, η χρόνια υποστελέχωση και οι επισφαλείς εργασιακές συνθήκες στο δημόσιο σύστημα (κυρίως για νοσηλευτές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρώτης γραμμής) επιδεινώνουν το πρόβλημα. Η απουσία σταθερής, στρατηγικής επένδυσης σε ανθρώπινο δυναμικό οδηγεί σε περιβάλλον «επιβίωσης» όπου προτεραιότητα είναι η κάλυψη βαρδιών και η διαχείριση επειγόντων, όχι η συστηματική εκπαίδευση, η εποπτεία και η ανάπτυξη μη καταναγκαστικών, κοινοτικών πρακτικών. Η αποσπασματικότητα στη χρηματοδότηση και στη στελέχωση δεν είναι απλώς τεχνικό ζήτημα, αλλά διαμορφώνει τη δυνατότητα ή μη να υπάρξουν υπηρεσίες που, σε βάθος χρόνου, να μπορούν να επενδύσουν σε εκπαίδευση πρωτοκόλλων αποκλιμάκωσης, σε υποστηριζόμενη λήψη αποφάσεων και σε συνεργασία με τις τοπικές κοινότητες.

## **6. Ζητήματα ανθρώπινων δικαιωμάτων και ασφάλειας**

### **6.1. Καταναγκασμός, επικινδυνότητα και παραβιάσεις δικαιωμάτων στην ψυχική υγεία**

Η Ελλάδα έχει διαχρονικά επιδειξί μια τάση υπέρμετρης χρήσης καταναγκαστικών πρακτικών στον τομέα της ψυχικής υγείας, προκρίνοντας συστηματικά την «ασφάλεια» έναντι της υποτιθέμενης «επικινδυνότητας» των ψυχικά πασχόντων, με τρόπο που οδηγεί σε συστηματική

καταπάτηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους . Τα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας στην Ελλάδα κυμαίνονται διαχρονικά σε επίπεδα σαφώς υψηλότερα του ευρωπαϊκού μέσου όρου, φτάνοντας σε ορισμένες περιόδους το 47-51% των ψυχιατρικών εισαγωγών. Η χρήση μηχανικής καθήλωσης και άλλων περιοριστικών μέσων παραμένει εκτεταμένη, ενώ η νοσηλεία ατόμων που κρίνονται “ακαταλόγιστα” στο πλαίσιο ποινικών διαδικασιών μέχρι πριν λίγα χρόνια γινόταν επ’ αόριστον, χωρίς σαφή ορίζοντα λήξης. Αυτές οι πρακτικές, αντί να αποτελούν έσχατη λύση, έχουν καταστεί σχεδόν πρωτόκολλο, αντανακλώντας μια βαθύτερη δομική δυσλειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας.

Θεμελιώδεις παράγοντες για την υπέρμετρη χρήση καταναγκαστικών μέσων είναι αφ’ ενός η ανεπαρκής εκπαίδευση - στην Ελλάδα δεν υπάρχουν θεσμοθετημένα προγράμματα εκπαίδευσης σε τεχνικές αποκλιμάκωσης, ούτε και ενιαία πρωτόκολλα - και η ελλιπής στελέχωση των μονάδων ψυχικής υγείας, μιας και προαπαιτούμενο για να μπορεί να εφαρμοστεί έγκαιρη αποκλιμάκωση είναι η παρακολούθηση του ασθενούς, η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης, η συνεχής επικοινωνία και τη δυνατότητα έγκαιρου εντοπισμού των πρώτων σημείων διέγερσης ή επιθετικότητας (Husum et al., 2010; Hamm et al., 2020; Μαρτινάκη, 2022b)

Η ανάλυση αυτή καταδεικνύει ότι οι παραβιάσεις δικαιωμάτων στο πεδίο της ψυχικής υγείας δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποκλειστικά ως ζητήματα νομοθετικής μεταρρύθμισης ή αλλαγής νοοτροπίας. Η υπέρμετρη χρήση καταναγκασμού είναι, σε μεγάλο βαθμό, συνέπεια των οικονομικών πολιτικών υγείας: της υποχρηματοδότησης, της υποστελέχωσης και της απουσίας επενδύσεων σε εκπαίδευση και υποδομές. Όταν το σύστημα ψυχικής υγείας λειτουργεί σε καθεστώς διαρκούς έλλειψης πόρων, οι καταναγκαστικές πρακτικές καθίστανται δομικό χαρακτηριστικό και όχι εξαίρεση. Η προστασία των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί, επομένως, όχι μόνο νομοθετικές εγγυήσεις, αλλά και επαρκή χρηματοδότηση, στελέχωση και εκπαίδευση - προϋποθέσεις που η ελληνική πολιτεία δεν έχει ακόμη διασφαλίσει επαρκώς.

Τα επόμενα τμήματα αυτού του κεφαλαίου εξετάζουν αναλυτικά τις τρεις κεντρικές περιοχές παραβιάσεων: τη χρήση περιοριστικών μέσων, την ακούσια νοσηλεία και τη νοσηλεία των «ακαταλόγιστων», αναδεικνύοντας τα νομικά κενά, τις πρακτικές αποκλίσεις από το γράμμα του νόμου και τις επιπτώσεις στα θεμελιώδη δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων.

## **6.2 Καταναγκαστικές πρακτικές: μηχανική καθήλωση και μέτρα περιορισμού**

Η χρήση μηχανικών καθηλώσεων, χημικών και φυσικών περιορισμών στις ελληνικές ψυχιατρικές υπηρεσίες αποτελεί σταθερό αντικείμενο ανησυχίας στη βιβλιογραφία, στους απολογισμούς της μεταρρύθμισης και σε εκθέσεις δικαιωμάτων. Στο κείμενο αναθεώρησης του “Ψυχαργός” (2011) και στις αξιολογήσεις της πορείας της μεταρρύθμισης επισημαίνεται ότι, παρά τη δημιουργία κοινοτικών δομών, σε πολλές νοσοκομειακές μονάδες εξακολουθεί να γίνεται εκτεταμένη χρήση μηχανικών καθηλώσεων και απομόνωσης, συχνά σε συνθήκες υποστελέχωσης και υλικοτεχνικής ανεπάρκειας, χωρίς σαφή πρωτόκολλα και συστηματική καταγραφή. Το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Ψυχικής Υγείας 2021 - 2030 αναγνωρίζει την ανάγκη περιορισμού της χρήσης περιοριστικών μέτρων και ευθυγράμμισης με τις διεθνείς κατευθύνσεις, αλλά δεν συνοδεύεται από πλήρη, διαφανή αποτύπωση της σημερινής έκτασης των πρακτικών αυτών ούτε από δεσμευτικούς στόχους μείωσης τους.

Ο Συνήγορος του Πολίτη (Παπαρρηγοπούλου et al., 2007), η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (Μοη.gov.gr, 2012) και η Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου έχουν επανειλημμένα αναφερθεί σε υπερβολική και καταχρηστική χρήση μηχανικών καθηλώσεων, απομόνωσης και συστηματικής καταστολής με φαρμακευτικά μέσα, επισημαίνοντας ότι αυτά συχνά χρησιμοποιούνται όχι ως έσχατη λύση αλλά ως μέσο “διαχείρισης” λόγω υποστελέχωσης, ελλιπούς εκπαίδευσης και ακατάλληλων χώρων. Οι διεθνείς και ευρωπαϊκοί μηχανισμοί έχουν επίσης επανειλημμένα ασκήσει κριτική στην Ελλάδα. Οι εκθέσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων (CPT, 2018) καταγράφουν «ευρεία πρακτική υπερβολικής και ακατάλληλης χρήσης μηχανικής καθήλωσης», με σοβαρές ελλείψεις ως προς τα κατάσταση αυτή με «πολύ χαμηλά επίπεδα στελέχωσης» και έλλειψη εκπαίδευσης προσωπικού. Η CPT έχει επίσης επισημάνει απαράδεκτες πρακτικές απομόνωσης, όπως η χρήση «κελιών προστασίας» στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κορυδαλλού, τις οποίες θεωρεί οριακά βασανιστικές. Παράλληλα, οι καταληκτικές παρατηρήσεις της Επιτροπής του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία εκφράζουν ανησυχία για τη συνεχιζόμενη εκτεταμένη χρήση μηχανικών περιορισμών, enclosed beds και συστηματικής καταστολής στην Ελλάδα, ζητώντας την κατάργησή τους και την ανάπτυξη ανεξάρτητων μηχανισμών παρακολούθησης.

Κρίσιμο ζήτημα είναι η έλλειψη διαφάνειας: δεν υπάρχει ολοκληρωμένο, δημόσια προσβάσιμο εθνικό σύστημα καταγραφής της συχνότητας, της διάρκειας και των συνθηκών χρήσης

μηχανικών καθηλώσεων, απομόνωσης και χημικής καταστολής σε όλες τις ψυχιατρικές μονάδες. Οι πληροφορίες αντλούνται αποσπασματικά από επιμέρους μελέτες, εκθέσεις επιθεωρήσεων, καταγγελίες και διεθνείς αξιολογήσεις, γεγονός που καθιστά δύσκολο τον συστηματικό έλεγχο και τη θέσπιση στόχων μείωσης. Αυτό αντιβαίνει στις διεθνείς συστάσεις (π.χ. CPT, CRPD) που τονίζουν την ανάγκη λεπτομερούς καταγραφής, ανάλυσης και δημοσιοποίησης δεδομένων ως προϋπόθεση για την πρόληψη κακομεταχείρισης και τη σταδιακή κατάργηση καταναγκαστικών πρακτικών.

Η σύνδεση των καταναγκαστικών πρακτικών με την υποστελέχωση και την έλλειψη εκπαίδευσης είναι κεντρική. Μελέτες και εκθέσεις συγκλίνουν στο ότι σε περιβάλλοντα με λίγους νοσηλευτές ανά βάρδια, απουσία σταθερών θεραπευτικών ομάδων και ανεπαρκή εποπτεία, οι επαγγελματίες τείνουν πιο εύκολα να προσφεύγουν σε μηχανικούς περιορισμούς και ισχυρή καταστολή, ως “εργαλείο” διατήρησης της τάξης και προστασίας της ασφάλειας. Η απουσία συστηματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης σε τεχνικές λεκτικής και συμπεριφορικής αποκλιμάκωσης, σε trauma-informed care και σε διαχείριση επιθετικότητας συμβάλλει στη φυσικοποίηση του περιορισμού ως “κανονικού” μέρος της φροντίδας, αντί ως ακραία, εξαιρετική πρακτική. Η μεταστροφή προς μη καταναγκαστικές πρακτικές απαιτεί, επομένως, όχι μόνο αλλαγή νομοθεσίας, αλλά και ουσιαστική επένδυση σε ανθρώπινο δυναμικό, εκπαίδευση και κουλτούρα φροντίδας.

### **6.3 Ακούσια νοσηλεία: συχνότητα, διαδικασίες και πρακτικές**

Η Ελλάδα καταγράφει σταθερά πολύ υψηλά ποσοστά ακούσιων νοσηλειών, με μελέτες να αναφέρουν ότι περίπου το 50–60% των ψυχιατρικών εισαγωγών είναι ακούσιες (*Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030*, 2023), ποσοστό πολλαπλάσιο σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ επιπλέον φαίνεται να έχει και ικανό ποσοστό επανεισαγωγών - εμφανίζει δηλαδή και φαινόμενο περιστρεφόμενης πόρτας (Stylianidis et al., 2023). Η πραγματικότητα αυτή συνδέεται, αφενός, με την ανεπάρκεια της κοινοτικής φροντίδας (έλλειψη κοινοτικών υπηρεσιών πρόληψης), που οδηγεί σε καθυστερημένη προσέλευση και οξυμένες κρίσεις, και, αφετέρου, με την ενσωμάτωση της ακούσιας νοσηλείας στην καθημερινή κλινική πρακτική ως σχεδόν “κανονικό” τρόπο εισαγωγής, και όχι ως εξαίρεση.

Η κριτική επεκτείνεται στον τρόπο εφαρμογής της νομοθεσίας. Η έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη (Παπαρηγοπούλου et al., 2007), αναφορές της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου

Προστασίας των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (Moh.gov.gr, 2012) και επόμενες αναλύσεις (Grigoriadou et al., 2020; Στυλιανίδης, 2019) τεκμηριώνουν συστηματική μη τήρηση των χρονικών ορίων (48 ώρες για πρώτη εκτίμηση, 10 ημέρες για δικαστική απόφαση), συχνή απουσία καταγεγραμμένης απόφασης στον φάκελο, καθώς και διεξαγωγή δικών χωρίς παρουσία του ασθενούς. Ποιοτικές μελέτες καταδεικνύουν ότι πολλοί ασθενείς δεν ενημερώνονται επαρκώς για τη διαδικασία, τα δικαιώματά τους και τις δυνατότητες ένστασης ή νομικής συνδρομής, γεγονός που οδηγεί σε ελάχιστη πρακτική άσκηση των δικαιωμάτων που τυπικά προβλέπει η νομοθεσία. Οι καταδικαστικές αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου π.χ. Karamanof κατά Ελλάδα (Υπόθεση Καραμανώφ κατά Ελλάδα, 2011) επιβεβαιώνουν την εικόνα αυτή, αναγνωρίζοντας παραβιάσεις του άρθρου 5 της ΕΣΔΑ (δικαίωμα στην ελευθερία και ασφάλεια) λόγω υπέρβασης προθεσμιών και ελλιπούς δικαστικού ελέγχου.

Σημαντική παράμετρος είναι και η επέκταση της δυνατότητας ακούσιας νοσηλείας σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Η ισχύουσα νομοθεσία επιτρέπει, υπό προϋποθέσεις, την εκτέλεση εισαγγελικών εντολών και σε ιδιωτικές δομές, κάτι που έχει προκαλέσει ανησυχίες για περαιτέρω «ιδιωτικοποίηση» του εγκλεισμού και για πιθανά κίνητρα που συνδέονται με την οικονομική βιωσιμότητα των ιδιωτικών παρόχων. Η συζήτηση αυτή διασταυρώνεται με το γενικότερο ζήτημα της εμπορευματοποίησης της ψυχικής υγείας και της μετατόπισης της ακούσιας από αποκλειστικά δημόσιο θεσμό σε χώρο όπου συνυπάρχουν δημόσια και ιδιωτικά συμφέροντα.

Η μεταφορά των ασθενών προς ψυχιατρική εκτίμηση ή νοσηλεία αποτελεί ένα από τα πιο ορατά πεδία παραβίασης δικαιωμάτων. Παρότι η νομοθεσία προβλέπει σεβασμό στην αξιοπρέπεια και υγειονομικά μέσα μεταφοράς, πρακτικά η μεταφορά γίνεται κατά κόρον από την αστυνομία, συχνά και με χειροπέδες (Stylianidis et al., 2023). Η πρακτική αυτή έχει επανειλημμένα χαρακτηριστεί ως εξευτελιστική, καθώς ενισχύει το στερεότυπο του “επικίνδυνου ψυχικά ασθενούς” και νομιμοποιεί μια ποινικοποιημένη προσέγγιση στην ψυχική κρίση. Έρευνες για τις στάσεις αστυνομικών (Psarra et al., 2008) δείχνουν ότι οι ίδιοι αισθάνονται ανεπαρκώς εκπαιδευμένοι στη διαχείριση ψυχιατρικών κρίσεων, φοβούνται για τη σωματική τους ασφάλεια και τείνουν να προσφεύγουν σε περιοριστικά μέσα ακριβώς λόγω αυτής της αβεβαιότητας. Παράλληλα, μελέτες για τις στάσεις επαγγελματιών υγείας καταδεικνύουν αντιφατικές θέσεις (Peppou et al., 2024): αναγνώριση της ανάγκης

απομάκρυνσης της αστυνομίας, αλλά και επιθυμία παρουσίας της σε ορισμένα περιστατικά, λόγω φόβου, υποστελέχωσης και απουσίας συστηματικής εκπαίδευσης σε μη καταναγκαστικές τεχνικές.

Η πρόσφατη τροποποίηση της νομοθεσίας (Νόμος 4931/2022 - Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες διατάξεις., 2022) για την ακούσια νοσηλεία επιχειρεί να μεταβάλει αυτό το τοπίο, προβλέποντας ρητά ότι η μεταφορά πρέπει να γίνεται από το ΕΚΑΒ με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και όχι από την αστυνομία. Η σχετική υπουργική απόφαση και τα διακλαδικά πρωτόκολλα στοχεύουν στη σταδιακή αποδέσμευση της αστυνομίας από τον ρόλο αυτό και στην ανάπτυξη εξειδικευμένων “ψυχιατρικών διακομιδών” εντός του συστήματος υγείας. Ωστόσο, η χρόνια υποστελέχωση και ο ανεπαρκής αριθμός ασθενοφόρων του ΕΚΑΒ - με συχνές αναφορές για ελλείψεις πληρωμάτων, φθαρμένο στόλο και μεγάλους χρόνους ανταπόκρισης - θέτουν σοβαρά ερωτήματα για το αν είναι εφικτή η εφαρμογή της ρύθμισης χωρίς σημαντική ενίσχυση πόρων. Σε αρκετές περιοχές, ένα μόνο ασθενοφόρο ανά βάρδια καλείται να καλύψει μεγάλο πληθυσμό και γεωγραφική έκταση, γεγονός που ήδη οδηγεί σε καθυστερήσεις ακόμη και σε γενικά επείγοντα, πόσο μάλλον σε εξειδικευμένες ψυχιατρικές διακομιδές.

Συνολικά, η ακούσια νοσηλεία συμπυκνώνει τις κεντρικές αντιφάσεις του συστήματος: τυπική ευθυγράμμιση με δικαιωματικές αρχές, αλλά πρακτική που παραμένει μαζικά νοσοκομειοκεντρική, κατασταλτική και σε μεγάλο βαθμό αστυνομικοποιημένη, σε συνθήκες υποχρηματοδότησης, ανεπαρκούς κοινοτικής φροντίδας και έλλειψης εκπαίδευσης σε μη καταναγκαστικές πρακτικές.

#### **6.4 “Ακαταλόγιστοι”, δικαιώματα και νεοϊδρυματισμός**

Η νομική διαχείριση των ατόμων που κηρύσσονται “ακαταλόγιστοι” (ή με μειωμένο καταλογισμό) λόγω ψυχικής διαταραχής αποτελεί ένα ιδιαίτερο πεδίο στο οποίο διασταυρώνονται η ψυχιατρική, η ποινική δικαιοσύνη και η λογική της “ασφάλειας” (Μαρκοπούλου & Κωνσταντινίδου, 2022). Σύμφωνα με το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, όταν το δικαστήριο κρίνει ότι ένα άτομο στερείται ικανότητας προς καταλογισμό λόγω ψυχικής διαταραχής, μπορεί να αποφανθεί ότι είναι “μη υπαίτιος λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής” και να διατάξει την τοποθέτησή του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο “για την προστασία

του κοινωνικού συνόλου και τη θεραπεία του” αντί επιβολής ποινής. Οι αποφάσεις αυτές επί χρόνια δεν συνοδεύονταν από σαφή χρονικό ορίζοντα, αλλά μονάχα από γενική πρόβλεψη παραμονής “όσο απαιτείται για την ασφάλεια» με περιοδικές αξιολογήσεις, γεγονός που στην πράξη οδηγούσε σε μακροχρόνιες ή “αορίστου” διάρκειας νοσηλείες. Το 2017, με τον ν. 4509/2017 (*N4509/2017: Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και άλλες διατάξεις*, 2017) προβλέπεται πλέον πως η διάρκεια της νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τη διάρκεια της μέγιστης προβλεπόμενης ποινής για το αδίκημα που διαπράχθηκε.

Στην ελληνική πραγματικότητα, οι “ακαταλόγιστοι” νοσηλεύονται είτε σε ειδικά ψυχιατροδικαστικά τμήματα (όπως το ψυχιατροδικαστικό τμήμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης) είτε σε γενικά ψυχιατρικά τμήματα μαζί με άλλους ασθενείς, λόγω έλλειψης επαρκών εξειδικευμένων κλινών. Η περιορισμένη ανάπτυξη διακριτών, επαρκώς στελεχωμένων και θεραπευτικά προσανατολισμένων ψυχιατροδικαστικών δομών οδηγεί σε καταστάσεις όπου άτομα που έχουν τελέσει σοβαρά αδικήματα και θεωρούνται “υψηλού κινδύνου” νοσηλεύονται σε κοινούς θαλάμους, χωρίς σαφές θεραπευτικό πλαίσιο, με το βάρος να πέφτει στο - συχνά ελλιπές - προσωπικό που καλείται να ισορροπήσει ανάμεσα σε θεραπεία και “φύλαξη”. Αυτό δημιουργεί σοβαρά ζητήματα τόσο για την ασφάλεια και τα δικαιώματα των υπολοίπων νοσηλευόμενων όσο και για τα δικαιώματα των ίδιων, που συχνά βιώνουν τον χώρο ως συνδυασμό ψυχιατρικής μονάδας και de facto φυλακής.

Καθώς η λογική της “ασφάλειας” κυριαρχεί στην αντιμετώπιση τους, η διάρκεια της νοσηλείας τους τείνει να διαμορφώνεται κυρίως βάσει εκτίμησης κινδύνου (συνχά χωρίς τυποποιημένα εργαλεία) και όχι βάσει θεραπευτικών κριτηρίων και σχεδίων αποκατάστασης. Καθώς το εξιτήριο έχει ως προαπαιτούμενο την διαβεβαίωση εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας για την “μη επικινδυνότητα” του ασθενούς, είναι εύλογο να είναι πολλοί οι δισταγμοί, ειδικά όταν απουσιάζουν οι κατάλληλες δομές στήριξης και δυνατότητες τακτικής παρακολούθησης της πορείας του ατόμου μετά την έξοδο του στην κοινότητα. Έχουμε λοιπόν εδώ μια μορφή νεοϊδρυματισμού, όπου αντί να κλείνει το άσυλο, μετασχηματίζεται σε ψυχιατροδικαστική ή άλλη κλειστή δομή όπου ο εγκλεισμός, αν και φέρει μια νέα νομική αιτιολόγηση, διατηρεί πολλές από τις παλιές ασυλικές πρακτικές.

Η συννοσηρότητα (ψυχική διαταραχή, χρήση ουσιών, κοινωνικός αποκλεισμός), η ελλιπής πρόσβαση σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες αποκατάστασης, η σπανιότητα εξειδικευμένων

προγραμμάτων επανένταξης και η απουσία συμμετοχής των ίδιων των ασθενών στη λήψη αποφάσεων δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την προοπτική εξόδου. Παράλληλα, η νοσηλεία τους σε κοινά τμήματα χωρίς ειδική υποστήριξη και χωρίς προσαρμογή της θεραπευτικής κουλτούρας στις ανάγκες τους μπορεί δυνητικά να εντείνει το στιγματισμό τους, ενισχύοντας τον συνειρμό “ψυχική διαταραχή - εγκληματικότητα - επικινδυνότητα” που ακριβώς η ψυχιατρική μεταρρύθμιση επιδιώκει να αποδυναμώσει.

### **Συμπεράσματα**

Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση χαρακτηρίζεται από μια σειρά δομικών αδυναμιών που υπερβαίνουν τη χρονική περίοδο της οικονομικής κρίσης. Το ημιτελές της πορείας της μεταρρύθμισης και η μεγάλη απόσταση που απομένει να διανυθεί αποτυπώνεται ξεκάθαρα αντιπαραβάλλοντας τις πρακτικές περιορισμού που εξακολουθούν να αποτελούν καθεστώς στη νοσοκομειακή περίθαλψη με τις συστάσεις του ΠΟΥ για σεβασμό στην αυτοδιάθεση των ψυχικά ασθενών, την ει το δυνατόν πλήρη εξάλειψη των περιοριστικών μέτρων και την προώθηση εναλλακτικών μοντέλων διαχείρισης της κρίσης, σε πολλές περιπτώσεις με τη συμμετοχή ομοτίμων (peer support).

Η αντιμετώπιση της μεταρρύθμισης εν μέρει ως μια ευρωπαϊκή υποχρέωση και ακολούθως η διαχρονική εξάρτηση της από ευρωπαϊκούς πόρους και “προγράμματα” περιορισμένου χρονικού ορίζοντα, η απουσία κεντρικού σχεδιασμού και κεντρικού οράματος δημιούργησαν μια κατάσταση αποσπασματική, όπου ακόμα και καινοτόμες και εμπνευσμένες πρωτοβουλίες μένουν απλαισιώτες, και κατέστησαν το όλο εγχείρημα οικονομικά ασταθές και εύθραυστο, κάτι που είναι μοιραίο να αντικατοπτρίζεται με κάποιο τρόπο ακόμα και στην ίδια την ποιότητα των υπηρεσιών, όσο καλές κι αν είναι οι προθέσεις. Ίσως επειδή έναυσμα για την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα ήταν ένα σκάνδαλο, μεγάλο μέρος της πορείας της μοιάζει να ήταν ακριβώς επικεντρωμένο στην εξάλειψη του “σκανδάλου” της ύπαρξης ασυλικών δομών, χωρίς ταυτόχρονα να γίνει κατανοητό πως η αποϊδρυματοποίηση, πέρα από την αποασυλοποίηση απαιτεί αδιαπραγμάτευτα μια εκ βάθρων αλλαγή νοοτροπίας και τη δημιουργία και συντήρηση ενός εκτεταμένου, συνεκτικού και στιβαρού δικτύου κοινοτικών δομών. Γιατί εν τέλει, το “σκάνδαλο” της ύπαρξης των ασύλων έγκειται κυρίως στον τρόπο που μέσα τους στεγάστηκε η εγκατάλειψη και η ακραία κοινωνική απομόνωση των “ανεπιθύμητων”

ψυχικά ασθενών. Η αποασυλοποίηση λοιπόν, όταν δεν συνοδεύεται με ουσιαστική υποστήριξη και πραγματικές ευκαιρίες για κοινωνική ένταξη, δεν είναι παρά μια αορατοποίηση αυτής της ίδιας εγκατάλειψης και κοινωνικής απομόνωσης - μια “ασυλοποίηση” έξω από τον χώρο του ασύλου.

Οι παθογένειες της ελληνικής μεταρρύθμισης την κατέστησαν ιδιαίτερα ευάλωτη σε μια οικονομική κρίση ακολουθούμενη από μια πολιτική λιτότητας με δραματική μείωση των δαπανών στον κοινωνικό τομέα. Ωστόσο ούτε αυτές οι παθογένειες, ούτε οι καταστροφικές πολιτικές λιτότητας ως ανταπόκριση στην οικονομική κρίση είναι αποκλειστικά ίδιον της ελληνικής περίπτωσης - αντίθετα κάνοντας μια στοιχειώδη ιστορική αναδρομή είναι εξαιρετικά εύκολο να βρεθούν αντίστοιχα παραδείγματα άλλων χωρών. Στον πυρήνα του βρίσκεται προπάντων ένα ζήτημα πολιτικό: η συνολική θεώρηση του πώς θα πρέπει να λειτουργεί ένα κράτος πρόνοιας. Γιατί όταν ένα κοινωνικό αγαθό εμπορευματοποιείται, παρέχεται αποσπασματικά ή αποκλειστικά με όρους ανταποδοτικότητας, είναι μοιραίο ότι εκείνοι για τους οποίους η έλλειψη του θα είναι περισσότερο καταστροφική, θα είναι οι πιο ευάλωτοι.

Η ιστορική εξέταση των πιο επιτυχημένων ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων (πχ της Ιταλικής) δείχνει ότι η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται ουσιαστικά από το βαθμό στον οποίο η κοινωνική πολιτική ενσωματώνει την πίστη ότι τα κοινωνικά αγαθά αποτελούν αντικείμενα που απαιτούν μακροπρόθεσμη δημόσια επένδυση και σχεδιασμό, συνέπεια και κρατική δέσμευση. Στο σημείο που βρισκόμαστε λοιπόν, μια πραγματική ανάκαμψη της μεταρρύθμισης θα απαιτούσε όχι μόνο οικονομικές επενδύσεις, αλλά κυρίως μια ριζική αναθεώρηση του πολιτικού λόγου περί κοινωνικής πολιτικής—μια μετατόπιση από την αντίληψη του κοινωνικού αγαθού ως δαπάνης προς την αντίληψή του ως επένδυσης στη δυνατότητα της κοινωνίας να προστατεύει και να ενσωματώνει τα πιο ευάλωτα μέλη της.

### **Βιβλιογραφία**

- Allen, J. J., & Anderson, C. A. (2017). Aggression and Violence: Definitions and Distinctions. *The Wiley Handbook of Violence and Aggression, 1*, 1–14.  
<https://doi.org/10.1002/9781119057574.whbva001>

- Andersen, D. (2026). Am I Worth it? Social Investment Discourse as a Frame of Interaction in Welfare Programs for Young People with Drug Problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 14550725251407858-14550725251407858. <https://doi.org/10.1177/14550725251407858>
- Badano, V. (2024). The Basaglia Law. Returning dignity to psychiatric patients: the historical, political and social factors that led to the closure of psychiatric hospitals in Italy in 1978. *History of Psychiatry*, 35(2). <https://doi.org/10.1177/0957154x231224650>
- Benioudakis, E., Lykiardopoulos, V., & Georgiou, V. (2017). *Suicide Attempts and Their Interrelation With the Economic Crisis in Chania, Greece: A Time-Series Analysis of the Period 2008-2015*. <https://doi.org/10.4088/PCC.16m02035>
- Busilacchi, G., & Giovanola, B. (2023). Contemporary European Welfare State Transformations and the Risk of Erosion of Social Rights: A Normative Analysis of the Social Investment Approach. *Societies*, 13(2), 21. <https://doi.org/10.3390/soc13020021>
- Charalampos Economou, Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Aris Sissouras. (2015). *The impact of the crisis on the health system and health in Greece*. Nih.gov; European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447857/>
- Chukwuma, O. V., Ezeani, E. I., Fatoye, E. O., Benjamin, J., Okobi, O. E., Nwume, C. G., & Egberuare, E. N. (2024). A Systematic Review of the Effect of Stigmatization on Psychiatric Illness Outcomes. *Cureus*, 16(6). <https://doi.org/10.7759/cureus.62642>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsçh, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>

- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, *1*(1), 16–20. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489832/>
- CPT. (2018). *Report to the Greek Government on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 19 April 2018*. Council of Europe.
- Cummins, I. (2019). *Mental Health Social Work Reimagined*. <https://doi.org/10.51952/9781447335603>
- Dimitrakopoulos, S., Stefanatou, P., Vlachos, I., Selakovic, M., Xenaki, L.-A., Ralli, I., Soldatos, R.-F., Nianiakas, N., Kosteletos, I., Foteli, S., Mantonakis, L., Kollias, C. T., & Stefanis, N. C. (2022). Don't blame psychosis, blame the lack of services: a message for early intervention from the Greek standard care model. *BMC Psychiatry*, *22*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04212-7>
- Dimitris Ploumpidis. (2025). Volume 36 Issue 1 - On the sectorization of psychiatric services. *Psychiatriki-Journal.gr*. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2025.005%20/>
- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K., & Stefanis, C. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: an update. *World Psychiatry*, *15*(1), 83–84. <https://doi.org/10.1002/wps.20296>
- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K., Tzavara, C., Kontoangelos, K., Madianos, M., & Stefanis, C. (2016). Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(7), 1015–1024. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1238-z>
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030*. (2023). Υπουργείο Υγείας.

- Υπόθεση Καραμανώφ κατά Ελλάδα, (2011).
- Γιαννόπουλος, Γ. (2019). *Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας*. Υπουργείο Υγείας.
- Glennerster, H. (2020). *The Post War Welfare state: Stages and Disputes*. <https://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/spdo/spdorn03.pdf>
- Grigoriadou, E., Ampazi, E., & Georgaca, E. (2020). Involuntary commitment to a psychiatric institution: From the spirit of the law to the reality of its implementation. *Psychology*, *19*(1).
- Hamm, J. A., Rutherford, S., Wiesepepe, C. N., & Lysaker, P. N. (2020). Community Mental Health Practice in the United States: Past, Present and Future. *Consortium Psychiatricum*, *1*(2), 7–13. <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-2-7-13>
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, *10*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2014). Physicians' brain drain in Greece: A perspective on the reasons why and how to address it. *Health Policy*, *117*(2), 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.03.014>
- Ioakimidis, V., & Teloni, D.-D. (2013). Greek social work and the never-ending crisis of the welfare state. *Critical and Radical Social Work*, *1*(1), 31–49. <https://doi.org/10.1332/204986013x665965>

- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748–753. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62291-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62291-6)
- Kerasidou, A., Kingori, P., & Legido-Quigley, H. (2016). “You have to keep fighting”: maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0407-8>
- Lennox, C., Angell, B., & Dean, K. (2023). Editorial: Mind the Gap! Criminal justice and health transitions for those with severe mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1143370>
- Loukidou, E., Mastroyannakis, A., Power, T., Thornicroft, G., Craig, T., & Bouras, N. (2013). Evaluation of Greek psychiatric reforms: methodological issues. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-11>
- Μαδιανός, Μ. (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Καστανιώτη.
- Μαδιανός, Μ. (2013). Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η “Μεταρρύθμιση” στην Ελλάδα;. *Www.psychiatriki-Journal.gr*, 24(1). [https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=585:24-1-t-lr&catid=35&lang=el&Itemid=575](https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=585:24-1-t-lr&catid=35&lang=el&Itemid=575)
- Madianos, M. G., Alexiou, T., Patelakis, A., & Economou, M. (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 39–49. <https://doi.org/10.4321/s0213-61632014000100004>

- Μαρκοπούλου, Μ., & Κωνσταντινίδου, Π. (2022). Τμήμα Ψυχοιατροδικαστικής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. In *Ψυχοιατροδικαστική Κοινωνική Εργασία*. Βήτα.
- Μαρτινάκη, Σ. (2022a). Ακούσια νοηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές. In *Ψυχοιατροδικαστική Κοινωνική Εργασία*. Βήτα.
- Μαρτινάκη, Σ. (2022b). Διαχείριση επικινδυνότητας σε ψυχοιατροδικαστικά πλαίσια. In *Ψυχοιατροδικαστική κοινωνική εργασία*. Βήτα.
- Martinelli, F. (2017). Social services, welfare states and places: an overview. *Social Services Disrupted*. <https://doi.org/10.4337/9781786432117.00009>
- Mental health*. (n.d.). [www.who.int/health-topics/mental-health](http://www.who.int/health-topics/mental-health)
- Moh.gov.gr. (2012, September 25). *Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές 2013-2016*. Υπουργείο Υγείας. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/c312-psykhik-ygeia/eidikh-epitroph-elegxoy-prostasias-dikaiwmatwn-atomwn-me-psyxikes-diataraxes/1398-eidikh-epitroph-elegxoy-prostasias-twn-dikaiwmatwn-twn-atomwn-me-psyxikes-diataraxes-2013-2016>
- N. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α` 2.3.2001) | *ΕΛΙΝΥΑΕ*. (2025). [Elinyae.gr. https://www.elinyae.gr/ethniki-nomothesia/n-28892001-fek-37a-232001](https://www.elinyae.gr/ethniki-nomothesia/n-28892001-fek-37a-232001)
- N. 3418/2005 (ΦΕΚ 287/Α` 28.11.2005) | *ΕΛΙΝΥΑΕ*. (2024). [Elinyae.gr. https://www.elinyae.gr/ethniki-nomothesia/n-34182005-fek-287a-28112005](https://www.elinyae.gr/ethniki-nomothesia/n-34182005-fek-287a-28112005)
- N4509/2017: Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και άλλες διατάξεις. (2017). [Nomoskopio.gr. https://www.nomoskopio.gr/index.html?n\\_4509\\_17.php](https://www.nomoskopio.gr/index.html?n_4509_17.php)

Nations, U. (2026). *A/RES/46/119 - The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care - UN Documents: Gathering a body of global agreements*. Un-Documents.net. <http://un-documents.net/a46r119.htm>

*Νόμος 1397 - 1983*. (1983). <http://mednet.gr/eeeea/pdf/law-1397-1983.pdf>

*Νόμος 2071/1992 - ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992 (Κωδικοποιημένος)*. (n.d.). E-Nomothesia.gr | Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2071-1992.html>

*Νόμος 2716/1999 - ΦΕΚ 96/Α/17-5-1999 (Κωδικοποιημένος)*. (1999, May 17). E-Nomothesia.gr | Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2716-1999.html>

*Νόμος 3527/2007 - ΦΕΚ 25/Α/9-2-2007 (Κωδικοποιημένος)*. (2007, February 9). E-Nomothesia.gr | Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3527-2007.html>

*Νόμος 4461/2017 - ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017 (Κωδικοποιημένος)*. (2017, March 29). E-Nomothesia.gr | Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4461-2017-fek-38a-28-3-2017.html>

*Νόμος 4931/2022 - Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες διατάξεις*. (2022). Taxheaven | Φορολογικό αρχείο. <https://www.taxheaven.gr/law/4931/2022>

Novella, E. J. (2008). Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of mental health services: a critical review. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(3), 303–314. <https://doi.org/10.1007/s11019-008-9123-5>

- Nüve Yazgan. (2023). Crisis and reform in Greece: a theoretical discussion on the domestic policy environment. *Southeast European and Black Sea Studies*, 1–24. <https://doi.org/10.1080/14683857.2023.2255023>
- odigostoupoliti. (2024, August 3). *Νόμος 5129/2024 Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Οδηγός του Πολίτη.* <https://www.odigostoupoliti.eu/nomos-5129-2024-oloklirosi-tis-psihiatrikis-metarrythmisis/>
- OECD. (2022). *State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021.* [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/el/publications/reports/2021/12/greece-country-health-profile-2021\\_c999bbf9/f154e482-el.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/el/publications/reports/2021/12/greece-country-health-profile-2021_c999bbf9/f154e482-el.pdf)
- OECD. (2024). *State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2023.* [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/el/publications/reports/2023/12/greece-country-health-profile-2023\\_0d70aae7/5753e659-el.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/el/publications/reports/2023/12/greece-country-health-profile-2023_0d70aae7/5753e659-el.pdf)
- OECD. (2026). *State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2025.* [https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2025pdf/2025\\_translations/soheu-2025-greece-native-language-final-web.pdf?sfvrsn=e9eff72f\\_1](https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2025pdf/2025_translations/soheu-2025-greece-native-language-final-web.pdf?sfvrsn=e9eff72f_1)
- Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., Λουκή, Ε., Γιώτης, Λ., & Στεφάνης, Κ. (2020). Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 13(3), 28. [https://doi.org/10.12681/psy\\_hps.23907](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23907)
- Παπαρρηγοπούλου, Π., Πανάγου, Α., Ευαγγελία Σκυλλάκου, Ε. Σ., & Τσελεκίδης, Ι. (2007). Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών. In

<https://psy-dikaiomata.ekpse.gr/wp-content/uploads/2024/10/Συνήγορος-του-Πολίτη-ακούσια-νοσηλεία.pdf>.

<https://psy-dikaiomata.ekpse.gr/wp-content/uploads/2024/10/%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%AE%CE%B3%CE%BF%CF%81%CE%BF%CF%82-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B7-%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CF%83%CE%B9%CE%B1-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B1.pdf>

Peppou, L. E., Nikolaidi, S., Kyriaki Tsikou, Nektarios Drakonakis, Georgaca, E., Aikaterini Arvaniti, Souliotis, K., Stelios Stylianidis, & Yotsidi, V. (2024). Mental health professionals' beliefs and attitudes towards compulsory admission in Athens: a token of social stigma or good faith in psychiatry?—a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06300-2>

Peritogiannis, V., Fragouli Sakellaropoulou, A., & Stavrogiannopoulos, M. (2022). Περιοδικό Ψυχιατρική. *Psychiatriki-Journal.gr*. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.084>

Περιογιάννης, Β., Μανθοπούλου, Θ., Γιώτη, Π., Μαυρέας, Β., Κινητή, Ι., Ψυχικής, Μ., Ιωαννί-Νων-Θεσπρωτίας, Υ., Προαγωγής, Ε., Υγείας, Ψ., Ιατρική Σχολή, Π., Ιωαννίνων, Ψ., & Κλινική. (2013). *Η εξαετής πορεία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας* Κλινική Μελέτη. <https://ixek.gr/wp-content/uploads/2019/07/0902-09.pdf>

Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A., & Stewart, D. (2016). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive

- care units. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 966–976.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13197>
- Pierrakos, G., Goula, A., & Dimitra Latsou. (2023). Predictors of Unmet Healthcare Needs during Economic and Health Crisis in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(19), 6840–6840. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196840>
- Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., & Kontis, K. (2008). Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(1), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.011>
- ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ'(2011-2020) - Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. (2011). Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Raphael, S., & Stoll, M. A. (2013). Assessing the Contribution of the Deinstitutionalization of the Mentally Ill to Growth in the U.S. Incarceration Rate. *The Journal of Legal Studies*, 42(1), 187–222. <https://doi.org/10.1086/667773>
- Stylianidis, S. (2016). *Social and Community Psychiatry* (S. Stylianidis, Ed.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-28616-7>
- Στυλιανίδης, Σ. (2019). Ακούσιες νοσηλείες στην Ελλάδα: από την ανάγκη θεραπείας στον θάνατο των δικαιωμάτων – Στυλιανίδης Στέλιος. *Stylianidispsy.gr*.  
<https://www.stylianidispsy.gr/2019/02/a%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CF%83%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD/>

- Stylianidis, S., Georgaca, E., Peppou, L. E., Arvaniti, A., Samakouri, M., & Group, M. (2023). Involuntary psychiatric hospitalizations in Greece: Contemporary research and policy implications. *Psychiatriki*. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2023.006>
- Stylianidis, S., & Souliotis, K. (2019). The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece. *BJPsych International*, *16*(1), 16–18. <https://doi.org/10.1192/bji.2017.31>
- U.N. (1991). *Principles for the Protection of Persons with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care*, G.A. res. 46/119, 46 U.N. GAORSupp. (No. 49) at 189, U.N. Doc. A/46/49 (1991). Umn.edu. <https://hrlibrary.umn.edu/instree/t2pppmii.htm>
- United Nations. (2006, December 12). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Updates. (2020). Who.int. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/greece-2017/new-legislation-for-the-reform-of-psychiatric-services-in-greece-proves-to-be-controversial>
- Välimäki, M., Lantta, T., Anttila, M., Vahlberg, T., Normand, S.-L., & Yang, M. (2022). An Evidence-Based Educational Intervention for Reducing Coercive Measures in Psychiatric Hospitals. *JAMA Network Open*, *5*(8), e2229076. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.29076>
- Βαρουχάκης Χ. (2007). Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. *Psychiatriki-Journal.gr*, *18*(1).

[https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=421:18-1-y&catid=35&lang=el&Itemid=575](https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=421:18-1-y&catid=35&lang=el&Itemid=575)

Varshney, M., Mahapatra, A., Krishnan, V., Gupta, R., & Deb, K. S. (2015). Violence and mental illness: what is the true story? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(3), 223–225. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-205546>

Warburton, K. (2024). Failure to treat: an American policy perspective. *CNS Spectrums*, 30(1). <https://doi.org/10.1017/s1092852924000543>

WHO. (2022, June 16). *World Mental Health Report*. [Www.who.int](http://www.who.int). <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>

Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Correction: Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE*, 8(9). <https://doi.org/10.1371/annotation/f4abfc20-5a38-4dec-aa46-7d28018bbe38>

World Health Organization. (2012). *WHO QualityRights Tool Kit*. [Www.who.int](http://www.who.int). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>

World Health Organization. (2022). *Mental Disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>