

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCE



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ»

«Οι σύγχρονες πρακτικές στη διοίκηση μονάδων ψυχικής υγείας και η
συμβολή τους στην καταπολέμηση του φαινομένου του ιδρυματισμού των
χρόνια ψυχικά ασθενών»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΛΙΑΝΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΑΘΗΝΑ, 2020

Τριμελής Επιτροπή

Αιμιλία Παπάζογλου, Λέκτορας Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπουσα)

Λάμπρος Μπαμπαλιούτας, Επίκουρος Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Ευρυδίκη Μπέσιλα – Βήκα, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © Σταυρούλα Λιανού, 2020

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσα διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμών του συγγραφέα.

Στην οικογένειά μου για την αμέριστη στήριξη...

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Β.Δ	Βασιλικό Διάταγμα
Π.Δ	Προεδρικό Διάταγμα
Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Ψ.Ν.Λ.	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου
Ε.Σ.Υ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΟΚ	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
Ε.Ε	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
Κ.Ψ.Υ	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
Μ.Ψ.Υ	Μονάδες Ψυχικής Υγείας
ΚΕ.Σ.Υ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Ν.	Νόμος
ΦΕΚ	Εφημερίδα της Κυβερνήσεως
Κοι.Σ.Π.Ε	Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης
Το.Ψ.Υ	Τομέας Ψυχικής Υγείας
Μ.Κ.Ο	Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί
Μ.Ψ.Α	Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
Γ Ν	Γενικό Νοσοκομείο
Ψ.Υ	Ψυχική Υγεία
Κ.Υ	Κέντρο Υγείας
Υ.Πε	Υγειονομική Περιφέρεια
Κ.Κ.Ψ.Υ	Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας
Κ.Μ.Ψ.Υ	Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

ΠεΣΥ	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Π.Φ.Υ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Τ. Επ.Ε.Ψ.Υ.Ε	Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων
Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε	Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
Πε.Δι.Το.Ψ.Υ	Περιφερειακές Διοικήσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας
Λ.Υ.Ψ.Υ	Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
Ε.Ο.Π.Υ.Υ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Α.Η.Φ.Υ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος « Διοικητική Επιστήμη και Δημόσιο Μάνατζμεντ», του τμήματος Δημόσιας Διοίκησης.

Αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση της εργασίας.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας, την κ. Παπάζογλου Αιμιλία, για την υπομονή, τη στήριξη και τις συμβουλές που μου παρείχε σε όλη την πορεία.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στους καθηγητές κ. Μπέσιλα-Βήκα Ευρυδίκη και κ. Μπαμπαλιούτα Λάμπρο που δέχτηκαν να είναι μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, τους φίλους μου και τους συναδέλφους/φίλους στον επαγγελματικό μου χώρο, που έδειξαν αμέριστη υπομονή και κατανόηση και μου πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	10
Abstract.....	11
Εισαγωγή	12
1. Αποσαφηνίσεις εννοιών	15
1.1 Ψυχική υγεία.....	15
1.2 Ψυχική ασθένεια.....	16
1.3 Τα πρότυπα προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας	18
1.4 Χρόνια ασθένεια	20
2. Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών	22
2.1 Κοινωνικό στίγμα.....	22
2.2 Θεωρητική προσέγγιση του φαινομένου του στιγματισμού.....	24
2.3 Η θεωρία της ετικετοποίησης (labeling) και της κοινωνικής αντίδρασης (social reaction).....	26
2.4 Η θεωρία της συμβολικής διαντίδρασης.....	27
2.5 Συνέπειες του στίγματος στους ψυχικά ασθενείς	29
3. Το άσυλο: ένας τρόπος αντιμετώπισης της «τρέλας»	32
3.1. Ιστορική εξέλιξη των ασύλων	32
3.1.1 Η εμφάνιση των ασύλων στην Αγγλία.	35
3.1.2 Οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Αγγλία για τα άσυλα.	36
3.1.3. Η εμφάνιση των ασύλων στη Γαλλία.....	37
3.2 Η ασυλιακή περίθαλψη στην Ελλάδα.....	38
4. Ανάγκη για μια «νέα πραγματικότητα»	45
4.1 Το κίνημα της Αντιψυχιατρικής. Έναυσμα για αλλαγή.	45
4.2 Η «Δημοκρατική Ψυχιατρική» του Basaglia	47
4.3 Αποϊδρυματοποίηση ή Απονοσοκομειοποίηση;.....	48

5. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	50
5.1 Ιστορικοκοινωνικό πλαίσιο	50
5.2 Η έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	51
5.3 Κράτος Πρόνοιας - Κοινωνική πολιτική και Ψυχιατρική μεταρρύθμιση ..	52
6. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα	56
6.1 Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)	57
6.2 Ο Κανονισμός 815/1984	59
6.2.1 Ο Ν. 2071/1992	65
6.2.2 Ο Ν. 2716/1999	66
6.3 Το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός»	67
6.3.1 Α' Φάση.....	68
6.3.2 Β' Φάση.....	69
6.3.3 Γ' Φάση (2011 – 2020).....	74
7. Το Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα.....	77
7.1 Αρχές οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	85
7.2. Διοικητική οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	87
7.3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) και Ψυχικής Υγείας.....	95
8. Αποτίμηση της σημερινής κατάστασης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	99
Προτάσεις	105
Επίλογος.....	107
Βιβλιογραφία	110

Πίνακες

Πίνακας 1. Συνοπτική παρουσίαση Αλλαγών κατά την 20ετία 1980-2000.....	60
Πίνακας 2: Ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας κατά τα έτη 1980 και 2000.....	61
Πίνακας 3. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια 2009.....	70
Πίνακας 4. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια 2014.....	74
Πίνακας 5. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα (1984-2019).....	95
Πίνακας 6. Πληθυσμός κάλυψης και παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανά Υ.Πε και Το.Ψ.Υ.....	96-97

Περίληψη

Ο 20^{ος} αιώνας, ανέδειξε σε διεθνές επίπεδο, την ανάγκη μεταστροφής από τον εγκλεισμό και τις απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των ψυχικά πασχόντων στα άσυλα και στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε μια πιο ανθρωπιστική και θεραπευτική τους αντιμετώπιση, στην κοινότητα.

Στην Ελλάδα, η προσπάθεια αυτή, πραγματοποιήθηκε μέσω του Εθνικού προγράμματος «Ψυχαργώς», με την υποστήριξη και χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο στόχος ήταν διττός: αφενός, η αποασυλοποίηση των χρόνια ψυχικά ασθενών με την κατάργηση της λειτουργίας των ψυχιατρικών νοσοκομείων και την καταπολέμηση του φαινομένου του ιδρυματισμού και αφετέρου, η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και σύγχρονου δικτύου παροχής υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα για την στήριξη και την κοινωνική-επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών.

Η μέχρι τώρα πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, έχει πετύχει σε μεγάλο βαθμό την αποασυλοποίηση των χρόνιων ασθενών και τη μεταστέγασή τους σε κοινοτικές δομές. Παράλληλα, υπήρξε μια αυξανόμενη τάση δημιουργίας ενός υποστηρικτικού κοινοτικού δικτύου. Ωστόσο, προβλήματα όπως η ανεπάρκεια οικονομικών και ανθρώπινων πόρων λόγω εκτεταμένης οικονομικής κρίσης, η έλλειψη μακροπρόθεσμου εθνικού σχεδιασμού για την ψυχική υγεία, η τομεοποίηση, η ελλιπής διασύνδεση και συνεργασία των δομών, αποτελούν εμπόδια που δυσχεραίνουν την επιτυχή λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Λέξεις – κλειδιά: Ψυχική υγεία, ψυχική ασθένεια, ιδρυματισμός Ψυχαργώς, μεταρρύθμιση, κοινοτικό δίκτυο

Abstract

The 20th century has highlighted, in an international level, the need for a shift from the confinement and the inhumane living conditions of the mentally ill in asylums and psychiatric hospitals, to a more humane and therapeutic approach into the community.

In Greece, this effort was attempted by the National Program “Psychargos”, with the support and funding of the European Union. The goal was twofold: on the one hand, the deinstitutionalization of chronic mental patients by the abolition of psychiatric hospitals and the fight against the phenomenon of institutionalization and on the other hand, the creation and establishment of a comprehensive and modern network of community health services to support the social and professional rehabilitation of patients.

So far, the Psychiatric reform has largely succeeded in the deinstitutionalization of chronic patients and their housing into the community structures. At the same time, there has been a growing trend of a supportive community network. However, problems such as the inadequacy of economic and human resources due to the extensive economic crisis, the lack of long-term national mental health planning, the sectorization and cooperation of structures, are obstacles that hinder the successful operation of mental health services.

Keywords: Mental Health, Mental Illness, institutionalization, Psychargos, reform, community network

Εισαγωγή

Η ψυχική νόσος, όπως και η οποιαδήποτε εκδήλωση νοσηρότητας στον ανθρώπινο οργανισμό, εμφανίζονται στο μακρότατο ιστορικό παρελθόν. Η αντιμετώπιση της καθώς και η στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον νοσούντα, υπήρξε ανάλογη των συνθηκών ζωής και του πολιτιστικού υπόβαθρου της εκάστοτε κοινωνίας, καθώς και των γενικότερων πεποιθήσεων που πηγάζαν από τους ηθικούς κώδικες και τον ανθρωπιστικό προσανατολισμό.

Από τον 20^ο αιώνα, παρατηρείται μια ανάγκη μεταστροφής του τρόπου αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών. Πολλές δυτικές χώρες άρχισαν να εφαρμόζουν μεταρρυθμιστικά προγράμματα για την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών από τα μεγάλα ασυλικά ιδρύματα και την ένταξη τους στην κοινωνία.

Η αποασυλοποίηση είναι μια σύνθετη διαδικασία που προϋποθέτει την ψυχική προετοιμασία του ψυχικά ασθενή για την διαδικασία της απόσπασής του από το ίδρυμα και παράλληλα, τη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου δικτύου δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα για την στήριξη και τη συνέχεια της φροντίδας του.

Προς αυτή τη προσπάθεια, κινήθηκε και η Ελλάδα μέσα από το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργώς» και τη χρηματοδότηση από την Ε.Ε. Ο στόχος ήταν αφενός η αποασυλοποίηση των χρόνια ψυχικά ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία και την σταδιακή κατάργησή τους, αφετέρου η παράλληλη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας, ενταγμένο στην κοινότητα.

Στην παρούσα ανασκοπική εργασία, επιχειρείται μια καταγραφή των δομών και των υπηρεσιών που δημιουργήθηκαν από αυτή τη μεταρρυθμιστική προσπάθεια, μια εκτίμηση της σημερινής τους κατάστασης με σκοπό να εντοπιστούν οι αδυναμίες και τα προβλήματα και να προταθούν λύσεις που θα βελτιώσουν τον τρόπο λειτουργίας τους και την ενίσχυση της δράσης τους.

Στο πρώτο κεφάλαιο, αναλύονται οι έννοιες της ψυχικής υγείας, της ψυχικής ασθένειας και της χρόνιας ασθένειας και γίνεται μια αναφορά στα τρία είδη με τα οποία η σύγχρονη Ψυχιατρική προσεγγίζει την ψυχική ασθένεια: το ιατρικό, το ψυχογενετικό και το κοινωνιογενετικό πρότυπο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύεται το φαινόμενο του στιγματισμού μέσα από μια θεωρητική προσέγγιση του φαινομένου και αναφέρονται οι συνέπειες του φαινομένου στη ζωή του ατόμου που πάσχει.

Στο τρίτο κεφάλαιο, επιχειρείται μια σύντομη περιγραφή της ιστορικής εξέλιξης των ασύλων τόσο σε διεθνές επίπεδο (Αγγλία, Γαλλία) και των πρώτων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών τους, καταλήγοντας στην ασυλιακή περίθαλψη στην Ελλάδα η οποία χρονολογικά χωρίζεται σε τρεις περιόδους: η **πρώτη περίοδος** αφορά την άνοδο του ασύλου και χρονολογείται μεταξύ του 1880 και του 1950. Η **δεύτερη περίοδος** αφορά την παρακμή του ασύλου και χρονολογείται από το 1950 έως το 1980. Στην περίοδο αυτή, αναδεικνύεται η κοινωνική διάσταση της ασθένειας. Η **τρίτη περίοδος**, αφορά την ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας και χρονολογείται από το 1980 μέχρι τις μέρες μας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, αναφέρονται και αναλύονται τα κινήματα της «Αντιψυχιατρικής» και της «Δημοκρατικής Ψυχιατρικής», ως το έναυσμα για μια νέα πραγματικότητα και τη συμβολή τους στην αμφισβήτηση του θεσμού του ασύλου, ενώ παράλληλα ορίζονται οι έννοιες αποϊδρυματοποίηση και απονοσοκομειοποίηση.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, αναλύεται η έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και περιγράφεται το ιστορικοκοινωνικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο οι περισσότερες δυτικές χώρες ξεκίνησαν τα μεταρρυθμιστικά προγράμματα για την υπέρβαση του ασυλιακού μοντέλου. Επίσης, η υγεία αποκτά μια κοινωνική διάσταση στα πλαίσια ενός κοινωνικού Κράτους.

Στο έκτο κεφάλαιο, αναλύονται τα προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και αποασυλοποίησης στην Ελλάδα. Σημεία αναφοράς αποτελούν η ένταξη της χώρας μας στην τότε Ε.Ο.Κ, η κατακραυγή στα διεθνή μέσα των απάνθρωπων συνθηκών στη Λέρο και η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Εξετάζεται το νομικό πλαίσιο από το 1983 και έπειτα και περιγράφονται οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και τα αποτελέσματά τους. Το μεταρρυθμιστικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός» αποτέλεσε ένα πρόγραμμα σταθμό για την αλλαγή της ψυχιατρικής πραγματικότητας. Γίνεται διεξοδική ανάλυση τόσο των χρονικών φάσεων και της χρηματοδότησης από την Ε.Ε. όσο και το δίκτυο κοινοτικών δομών που αναπτύχθηκε.

Στο κεφάλαιο επτά, γίνεται μια λεπτομερής καταγραφή του κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, αναφέρονται οι αρχές με τις οποίες οφείλουν να οργανώνονται, καθώς και η διοικητική τους διάρθρωση. Τέλος, αναλύονται οι νομοθετικές προσπάθειες του Κράτους αναφορικά με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και αναδεικνύονται οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στο πρωτοβάθμιο επίπεδο παροχής ψυχικής φροντίδας.

Τέλος, γίνεται μια συνολική καταγραφή του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αναφέρονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και προτείνονται λύσεις για την άμεση βελτίωση του και την επίτευξη του οράματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

1. Αποσαφηνίσεις εννοιών

1.1 Ψυχική υγεία

Ο ορισμός της ψυχικής υγείας αποτέλεσε αντικείμενο διαφωνιών σε διάφορους πολιτισμούς ανά τους αιώνες. Κάθε λαός και πολιτισμός αντιμετώπιζε και αντιμετωπίζει τους ψυχικά ασθενείς με διαφορετικό τρόπο. Ακόμα και στην εποχή μας είναι δύσκολο να υπάρξει συμφωνία. Παρόλα αυτά, παρατηρείται μια γενικότερη στροφή στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών, δίνοντας προτεραιότητα στην προστασία της ανθρώπινης προσωπικότητας και αξιοπρέπειας των πασχόντων προσώπων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), ψυχική υγεία είναι «*η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα*¹».

Τα τρία κύρια χαρακτηριστικά αυτού του ορισμού, συνεπώς, είναι η ευεξία και η αποτελεσματική λειτουργία του ατόμου και της κοινωνίας². Ο Π.Ο.Υ δεν θεωρεί ένδειξη καλής υγείας μόνο την απουσία της νόσου. Απαραίτητη προϋπόθεση για καλή υγεία θεωρείται επίσης η συναισθηματική, η κοινωνική και η οικονομική κάλυψη των αναγκών του ατόμου. Βάσει αυτών των δεδομένων, *η υγεία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο με σαφείς κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους*³.

Η Marie Jahoda, ορίζει τη θετική ψυχική υγεία σαν το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς, σαν μια κατάσταση ισορροπίας που περικλείει εφτά χαρακτηριστικά: (1) την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του, (2) τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο, (3) τη δυνατότητα αντίστασης στο στρες (μια σύνθεση της πρώτης και της δεύτερης ιδιότητας), (4) τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από επιρροές, (5) την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον, (6) την

¹ Μαδιάνος, Μ., (2000), Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, σ. 31.

² WHO, (2005), Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. P.2.

³ Ποταμιάνος, Γ. (1995), Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας, σ.12.

ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και (7) τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του⁴.

Η ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία και λειτουργικότητα είναι αλληλεξαρτώμενες. Συνεπώς, η υγεία και η ασθένεια μπορεί να συνυπάρχουν. Είναι αμοιβαία αλληλοαποκλειόμενες, μόνο εάν η υγεία ορίζεται με περιοριστικό τρόπο όπως η απουσία της ασθένειας. Αναγνωρίζοντας την υγεία σαν μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει το άτομο, τους άλλους και το περιβάλλον, δύναται να βοηθήσει τις κοινότητες και τα άτομα να κατανοήσουν πώς να αναζητήσουν τρόπους βελτίωσής της.

1.2 Ψυχική ασθένεια

Η υγεία σχετίζεται, βεβαίως, με την απουσία νόσου. Ωστόσο, αυτός ο αρνητικός μονοπαράγοντικός ορισμός μπορεί να εφαρμοστεί ελάχιστα στο πεδίο των χρόνιων ασθενειών. Η υγεία έχει οριστεί ως η πλήρης κατάσταση σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας. Η υγεία επιτρέπει στο άτομο να προσαρμόζεται στο εκάστοτε κοινωνικό περιβάλλον και να λειτουργεί σε αυτό με το καλύτερο δυνατό τρόπο.

Η ανάπτυξη της ασθένειας επηρεάζει την ικανότητα και την αποδοτικότητα του ατόμου ως ενεργού και συμμετέχοντος μέλους μιας αλληλένδετης ομάδας⁵. Η αρρώστια θεωρείται ως ένα φαινόμενο με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες που απαιτούν ειδική αντιμετώπιση⁶.

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας επιδέχεται μια πολυμορφία προσεγγίσεων, δημιουργώντας ένα φάσμα πολύμορφα σημασιοδοτημένων και συχνά αλληλοσυγκρουόμενων απόψεων. Οι διαφορετικές αιτιολογικές απόπειρες προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας, αιτιολογούνται από το γεγονός ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν αποτελούν μια ολότητα, μια ομοιογενή ενότητα, αλλά

⁴ Οικονόμου, Μ & συν. (2001), Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, σ. 241.

⁵ Minaire, P., (1992), Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process, p. 373.

⁶ Θεοδώρου Μ & συν. (2001), Συστήματα Υγείας., σελ.32.

διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους τόσο στη φαινομενολογία τους, όσο και στις αιτιοπαθογενετικές τους συναρτήσεις⁷.

Συγχρόνως, οι διάφορες προσεγγίσεις της ψυχικής ασθένειας είναι ιστορικά προσδιορισμένες, εξαρτώνται δηλαδή από το εκάστοτε κοινωνικό, πολιτισμικό και ιστορικό πλαίσιο, κάθε φορά. *«Συνθέτουν μια ολική εικόνα του πολυπαραγοντικού φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις του, καθώς και με τις διαπλοκές που αναπτύσσονται μεταξύ τους⁸»*.

Η απουσία ενός σαφούς, καθολικά αποδεκτού ορισμού της ψυχικής ασθένειας δυσχεραίνει την εννοιολογική αποσαφήνισή της. Έχει αποκτήσει στις μέρες μας μια πληθώρα ερμηνειών, γεγονός που προκαλεί σύγχυση. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να σημαίνει⁹:

- Βιολογική βλάβη του οργανισμού
- Ψυχολογική διαταραχή
- Σύμπτωμα υπερ-υγείας

Το D.S.M - IV (Diagnostic Statistical Manual), το επίσημο όργανο της Αμερικανικής Ψυχολογικής Ένωσης, που ορίζει επακριβώς τα διαγνωστικά κριτήρια των διαφόρων ψυχικών διαταραχών, αναφέρει με σαφήνεια στην εισαγωγή του ότι δεν υπάρχουν σαφώς προδιαγεγραμμένα όρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής υγείας¹⁰.

Το γεγονός αυτό της απροσδιοριστίας και της ασάφειας, *εννοεί τη διείδυση όλης της κυρίαρχης ηθικής και ιδεολογίας που στηρίζει το υπάρχον κοινωνικο-οικονομικό σύστημα¹¹*. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας απορρέει από τη στρατηγική θέση που κατέχει η Ψυχιατρική ανάμεσα στις διάφορες επιστήμες. Εκφράζει τους τρόπους και τα μέσα που χρησιμοποιεί η εκάστοτε κοινωνία για να αναμορφώσει τα άτομα που εκδηλώνουν αποκλίνουσες συμπεριφορές.

Ωστόσο, ο ορισμός που δίνεται από το D.S.M-IV αναφέρει ότι *«οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται ως ένα συμπεριφοριστικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή μοτίβο κλινικά σημαντικό, που συμβαίνει σε ένα άτομο και σχετίζεται με την παρούσα*

⁷Τσαλίκoglou, Φ., (1987). Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή., σελ. 76.

⁸ Θεοδώρου Μ & συν. (2001), Συστήματα Υγείας. , σελ.33.

⁹ Ό.π Τσαλίκoglou, Φ. , σελ. 76.

¹⁰ Stein, D.J &al. (2010), What is a mental/psychiatric disorder? From D.S.M-IV to D.S.M-V. , p.1759.

¹¹ Ό.π Τσαλίκoglou, Φ., σελ. 116.

δυσφορία (π.χ. επώδυνο σύμπτωμα) ή ανικανότητα (αναπηρία) (π.χ. βλάβη σε μια ή περισσότερες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας), ή με έναν σημαντικά αυξανόμενο κίνδυνο θανάτου, πόνου, αναπηρίας ή σημαντικής απώλειας ελευθερίας.¹²»

Ανεξάρτητα από τον ορισμό και την αιτιολογία τους, όλες οι ψυχικές ασθένειες θίγουν το άτομο στις κοινωνικές και λειτουργικές του δεξιότητες και ικανότητες και εκδηλώνονται κατά κύριο λόγο στη συμπεριφορά. Κατά συνέπεια, αξιολογούνται με αντίστοιχα κριτήρια ψυχολογικά, κοινωνικά και όχι φυσιολογικά όπως στη σωματική ιατρική¹³.

1.3 Τα πρότυπα προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας

Στο χώρο της σύγχρονης Ψυχιατρικής μπορούμε να θεωρήσουμε ότι κυριαρχούν τρία πρότυπα προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας, το **ιατρικό** πρότυπο, το **ψυχογενετικό** πρότυπο και το **κοινωνιογενετικό** πρότυπο¹⁴.

Τα αίτια της ψυχοπαθολογίας στο ιατρικό πρότυπο αναζητούνται σε οργανικούς παράγοντες (ανατομικοί, εγκεφαλικοί, βιοχημικοί, νευροφυσιολογικοί ή και γενετικοί). Η αρρώστια προσδιορίζεται ως βιολογικό φαινόμενο, γεγονός που πυροδότησε και σηματοδότησε την απαρχή της επιστημονικής προσέγγισης της παραφροσύνης στη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση, όλες οι ψυχικές ασθένειες συσχετίζονται με ανατομικο-εγκεφαλικές βλάβες¹⁵. Μέχρι σήμερα, το ιατρικό πρότυπο φαίνεται να κατέχει μια κυρίαρχη θέση στη ψυχιατρική. Οι υποστηρικτές αυτής της άποψης, πιστεύουν ακράδαντα στις δυνατότητες της επιστημονικής έρευνας να εντοπίσει το αίτιο της ψυχοπαθολογίας στο οργανικό υπόστρωμα του ατόμου.

Στο ψυχογενετικό πρότυπο, τα αίτια ψυχοπαθολογίας οφείλονται σε ενδοψυχικά αίτια (τραυματικές εμπειρίες, μη ομαλή σεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου, τρόπος βίωσης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος). Βασικός εκπρόσωπος του συγκεκριμένου προτύπου αποτελεί η ψυχαναλυτική θεωρία του Freud. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή,

¹² Ο.π Stein, D.J, p. 1760.

¹³ Ο.π Τσαλίκoglου, Φ, σελ. 76-77.

¹⁴ Ο.π Τσαλίκoglου, Φ, σελ. 77-87.

¹⁵ Ο Γερμανός ψυχίατρος W. Griesinger ήταν ο πρώτος που διατύπωσε την υπόθεση ότι όλες οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να εξηγηθούν μέσα από την παθολογία του εγκεφάλου.

η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο «αυτό», στο «εγώ» και στο υπερ-εγώ», ερμηνεύει την ομαλή και τη παθολογική συμπεριφορά ενός ατόμου. Το «αυτό» αποτελεί την πηγή των ενστίκτων και των ορμών. Το «υπερ-εγώ» αποτελεί τη πηγή των αξιών, τις οποίες το άτομο έχει απορροφήσει στην παιδική του ηλικία μέσα από το οικογενειακό ή κοινωνικό του περιβάλλον. Το «εγώ» είναι το κομμάτι, το τμήμα της ψυχικής ζωής, που ελέγχει τις ενορμήσεις και τα ένστικτα και προσπαθεί να τις εναρμονίσει με τις ανάγκες του περιβάλλοντος.

Συνεπώς, το «εγώ» θα πρέπει να ισορροπήσει ανάμεσα στις δύο αυτές ανταγωνιστικές δυνάμεις. Τα αίτια της ψυχοπαθολογίας εν προκειμένω, εναρμονίζονται με ένα αδύναμο «εγώ», μη ικανό να ισορροπήσει και να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τη σύγκρουση των άλλων δύο δυνάμεων.

Τέλος, στο κοινωνιογενετικό πρότυπο, τα αίτια της ψυχοπαθολογίας εντοπίζονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η υγεία και η ασθένεια είναι το αποτέλεσμα των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία¹⁶. Το άτομο εξαρτάται από το κοινωνικό πλαίσιο στον οποίο γεννιέται, ενηλικιώνεται και κοινωνικοποιείται καθώς και την ικανότητα του να προσαρμοστεί μέσα στο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτισμικό και οικολογικό του περιβάλλον.

¹⁶ Θεοδώρου Μ & συν. (2001), Συστήματα Υγείας, , σελ.35.

1.4 Χρόνια ασθένεια

Ως χρόνια ορίζεται μια ασθένεια όπου παρατηρούνται μία ή περισσότερες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες παραμένουν ημιμόνιμες ή μόνιμες. Οι βλάβες που προκαλούν είναι μη αναστρέψιμες και είναι πολύ δύσκολο να βελτιωθούν¹⁷.

Η Εθνική Επιτροπή χρόνιων νοσημάτων των Η.Π.Α¹⁸ ορίζει τη χρόνια ασθένεια ως « οποιαδήποτε απόκλιση ή επιδείνωση από ή της φυσιολογικής κατάστασης με ένα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: μονιμότητα, υπόλειμμα ανικανότητας, η πρόκλησή του έγκειται σε μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές και μπορεί να απαιτεί μακροχρόνια επίβλεψη, παρακολούθηση ή και φροντίδα».

Ιδιαίτερα περιεκτικός και σαφής αποτελεί και ο ορισμός που έχει αποδοθεί στη χρόνια ασθένεια και από το Υπουργείο Υγείας της Αυστραλιανής Κυβέρνησης, σύμφωνα με τον οποίο « η χρόνια ασθένεια είναι η ασθένεια ή νόσημα που είναι παρατεταμένης διάρκειας, με μη αυθόρμητη υποχώρηση συμπτωμάτων, που σπάνια θεραπεύεται εντελώς¹⁹».

Τα κοινά χαρακτηριστικά για τα περισσότερα χρόνια νοσήματα είναι η σύνθετη αιτιότητα με πολυπαραγοντική σύσταση, η μακρά περίοδος ανάπτυξης (με συμπτώματα ή ασυμπτωματική) και η παρατεταμένη πορεία με ή χωρίς άλλες επιπλοκές υγείας.

Είναι γεγονός, ότι το χρόνιο νόσημα φέρνει τους ασθενείς αντιμέτωπους με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, τέτοιες όπως η διατήρηση μιας ικανοποιητικής συναισθηματικής ισορροπίας, η αναζήτηση και η επανάκτηση της αυτοεκτίμησης, η ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και η διαχείριση και ο συμβιβασμός με ένα αβέβαιο μέλλον.

Ωστόσο, παράλληλα με τον συνεχή «αγώνα» του ασθενή να ισορροπήσει με τις έντονες και συγκρουσιακές δυνάμεις του εσωτερικού του κόσμου καθώς νιώθει ένα έντονο αίσθημα ανικανότητας και εξάρτησης από τους άλλους και βιώνει τεράστιες αλλαγές στον τρόπο ζωής του, έρχεται αντιμέτωπος και με μια αρνητική

¹⁷ Πάσχος, Κ. (2018) Η πρόκληση των χρόνιων νόσων: προσδοκίες ασθενών και η ανταπόκριση ιατρών και σύγχρονων συστημάτων υγείας, σελ. 208.

¹⁸ <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2393270&blobtype=pdf>

¹⁹ <https://www.filiadimitriadi.com/el/blog/psychologiki-diaheirisi-hroniyo-nosimatos>

αντιμετώπιση από το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, περιθωριοποιείται και στιγματίζεται.

Η ψυχολογική πίεση σε συνδυασμό με τις δυσμενείς συνθήκες που διαμορφώνουν την καθημερινότητά τους, επιδεινώνουν την ήδη επιβαρυσμένη ψυχική τους υγεία, με σημαντικό αντίκτυπο στην πορεία και την έκβαση της ίδιας της ασθένειας.

2. Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών

Η ψυχική ασθένεια, ως επιστημονική / νοσολογική ορολογία, νοσηματοδοτεί ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του ατόμου. Ωστόσο, ως κοινωνικό φαινόμενο τοποθετείται σε ένα πλαίσιο συγκρούσεων και έντονης αρνητικής φόρτισης, που εκτείνεται πέρα από τα όρια της ιατρικής διάστασης της ασθένειας.

Παρά τον εξορθολογισμό των αντιλήψεων και την πρόοδο της επιστημονικής σκέψης, οι ψυχικές διαταραχές συνεχίζουν να αποτελούν για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού «ένα σκοτεινό μέρος», εμποτισμένο με προκαταλήψεις και μυθολογικές δοξασίες. Στον σύγχρονο κόσμο, ο χώρος των ψυχικών ασθενειών διακατέχεται από ένα έντονο αίσθημα φόβου – σε πείσμα των καιρών - απέναντι στο «διαφορετικό», που βιώνεται ως απειλή.

2.1 Κοινωνικό στίγμα

Ο όρος «stigma» που έχει επικρατήσει στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία, προέρχεται από την ελληνική γλώσσα, όπου «στίγμα» σημαίνει ένα σημάδι ανεξίτηλο σε κάποιον που η κοινωνία επιθυμεί να ξεχωρίζει, υποδηλώνοντας αρνητικές και απαξιώτικές ιδιότητες σε αυτόν²⁰.

Η ετυμολογία και το νόημα του στίγματος προδίδει τη σημασιολογική φόρτιση που έχει συσσωρευτεί ανά τους αιώνες. Τα ιστορικά στοιχεία συγκλίνουν στην άποψη πως το στίγμα συνοδεύει τη ψυχική νόσο, ανεξαρτήτως κουλτούρας, έθνους και θρησκευτικών πεποιθήσεων στο πέρασμα του χρόνου²¹.

Στην αρχαία Ελλάδα, σημάδευαν του δούλους, τους εγκληματίες, τους σκλάβους και τους προδότες για να καταστήσουν σαφή την υποδεέστερη θέση τους στην κοινωνική διαστρωμάτωση. *Τα στίγματα βοηθούσαν το κοινό ώστε να απομονώσει τους ανεπιθύμητους και να περιφρουρηθεί η συνοχή της ομάδας*²². Στο Μεσαίωνα, στιγματιζόταν κατά τρόπο εμφανή το σώμα των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι τιμωρούνται με εξορκισμούς, βασανιστήρια ή ακόμα και θάνατο.

²⁰ Kordosi, A. et al. (2015), The Stigma of mental illness. p.9.

²¹ Zartaloudi, A. / Madianos, M. (2010). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. p 77.

²² Τσαλίκoglou, Φ. (2003), Η Ψυχή στη χώρα των πραγμάτων, σελ. 85.

Υπάρχουν τρία είδη στιγματισμού²³: ο στιγματισμός του σώματος λόγω ατελειών ή δυσμορφιών, ο στιγματισμός της προσωπικότητας λόγω της ύπαρξης ψυχικών παθήσεων ή της εμφάνισης εγκληματικής συμπεριφοράς και ο στιγματισμός μιας κοινωνικής ομάδας (όπως για παράδειγμα μιας ολόκληρης φυλής ή τάξης),

Ο όρος «στιγματισμός» δεν περιγράφει μια στιγμιαία απόδοση μιας ετικέτας, αλλά μια διαδικασία ταξινόμησης και αντιμετώπισης του ατόμου²⁴». Παρόλο που το κοινωνικό στίγμα επικεντρώνεται σε κάποιο εμφανές κυρίαρχο γνώρισμα, ο ίδιος ο στιγματισμός είναι καθαρά κοινωνική διεργασία. Συνεπώς πρόκειται για μια κατάσταση κοινωνικής αλληλεπίδρασης αρνητικού περιεχομένου, η οποία αποτελείται από δύο διαδικασίες. Τη διαδικασία του ορισμού και τη διαδικασία της μεταχείρισης. Τελικός στόχος του στιγματισμού {...} είναι η υποβάθμιση της κοινωνικής ταυτότητας του ατόμου, δηλαδή του μέρους εκείνου της αυτοεικόνας του το οποίο προέρχεται από τις κοινωνικές κατηγορίες – ομάδες στις οποίες ανήκει²⁵.

Το στίγμα και ο στιγματισμός αποτελούν μια «αόρατη κόκκινη γραμμή» που οριοθετεί τα μέλη κάποιας κοινωνικής ομάδας να γνωρίζουν ποιοι είναι μέσα σε αυτή, ενισχύει και διατηρεί την αλληλεγγύη τους και τους επιτρέπει να επιδεικνύουν το τί συμβαίνει σε αυτούς που παρεκκλίνουν από τους δικούς τους κανόνες συμπεριφοράς.

Παράλληλα, οι στιγματιστικές στάσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος ενδοβάλλονται και υιοθετούνται από το ίδιο το στιγματισμένο άτομο, το οποίο διαμορφώνει το υποκειμενικό του βίωμα και αυτοπροσδιορίζεται βάσει αυτών των αρνητικών χαρακτηριστικών που προσδιορίζουν την κοινωνική του ταυτότητα.

Τόσο ο στιγματισμός που προέρχεται από το κοινωνικό περιβάλλον (κοινωνικό στίγμα) όσο και ο αυτο-στιγματισμός εμπεριέχουν ως συνιστώσες άρρηκτα συνδεδεμένες, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις²⁶.

Η προκατάληψη είναι μια έννοια αρκετά περίπλοκη που υπάρχει από τη στιγμή της συγκρότησης των πρώτων κοινωνιών. Αναφέρεται σε «γνώμες ή στάσεις που έχουν τα μέλη μιας κυρίαρχης πολιτιστικά ομάδας απέναντι σε κάποια άλλη ομάδα. Οι γνώμες

²³ Bradby, H. (2010). Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, σελ. 255.

²⁴ Κυριαζή, Ν. (2000), Η Κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών, σελ. 45.

²⁵ Κορδούτης, Π. / Παυλόπουλος, Β. (2006), Πεδία έρευνας στην κοινωνική ψυχολογία, σελ. 126.

²⁶ Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, (2011), Ψυχική υγεία. Σύγχρονες προσεγγίσεις – προβληματισμοί, σελ. 86.

και οι στάσεις αυτές έχουν σχηματιστεί εκ των προτέρων και βασίζονται κυρίως σε εικασίες και φήμες παρά σε αποδείξεις και δεν μεταβάλλονται εύκολα ακόμα και αν έρθουν αντιμέτωπες με άλλες πληροφορίες. Οι προκατειλημμένες ομάδες μπορεί να έχουν είτε ευνοϊκές είτε αρνητικές προκαταλήψεις απέναντι σε άλλες ομάδες²⁷»

Τα στερεότυπα αποτελούν τον κινητήριο μοχλό των προκαταλήψεων. Αποτελούν υπεραπλουστευμένες, συχνά παραπλανητικές και παρερμηνευμένες πεποιθήσεις που γίνονται αποδεκτές συλλογικά και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις για τα άτομα και τις ομάδες στις οποίες αποδίδονται²⁸.

Το περιεχόμενο των προκαταλήψεων και των στερεοτύπων οδηγεί σε συμπεριφορές διάκρισης στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Η διάκριση εκδηλώνεται ως αποκοπή των στιγματισμένων από το υπόλοιπο σύνολο, αποδοκιμασία, αποφυγή, προσβλητικές και αποδοκιμαστικές συμπεριφορές ή ακόμη και πράξεις βίας.

2.2 Θεωρητική προσέγγιση του φαινομένου του στιγματισμού

Η θεωρία του στιγματισμού είναι ενδεικτική των αλλαγών που κάνουν την εμφάνισή τους τη δεκαετία του 1960. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο κ. Αλεξιάς²⁹ «Την περίοδο αυτή η έννοια της εξουσίας αναδεικνύεται από την κοινωνιολογία ως μία από τις βασικές συνιστώσες των κοινωνικών σχέσεων. Το ερώτημα που αρχίζει να τίθεται επιτακτικά στην κοινωνιολογική έρευνα είναι «ποιος ωφελείται» από τις συγκεκριμένες και πραγματικές μορφές που παίρνουν τα κοινωνικά φαινόμενα και γεγονότα. Για αυτό και δεν είναι τυχαίο ότι η εξέλιξη της κοινωνιολογίας της ιατρικής εκείνη την περίοδο είναι παράλληλη με την αναζήτηση του κριτικού κοινωνιολογικού λόγου και την αμφισβήτηση του δομολειτουργισμού ως κυρίαρχου κοινωνιολογικού παραδείγματος. {...}. Παράλληλα, η συνεχιζόμενη οικονομικοκοινωνική κρίση έκανε ορατή την ανεπάρκεια του δομολειτουργισμού να εξηγήσει την κοινωνική κατάσταση με συστημικές κατηγορίες και όρους ισορροπίας. Η κοινωνιολογία υιοθέτησε ένα καινούριο πρόσωπο, ένα νέο προσανατολισμό απέναντι στα κοινωνικά φαινόμενα. Τίποτα πλέον δεν θεωρούνταν ως δεδομένο. {...}. Η κοινωνιολογία αρχίζει να

²⁷ Giddens, A. (2002), Κοινωνιολογία, σελ. 301.

²⁸ <https://pdfs.semanticscholar.org/b1ce/a4d91d9593ba5b9790c8159bf35004cd8ac5.pdf>

²⁹ Αλεξιάς, Γ. (2000), Λόγος περί ζωής και θανάτου, σελ. 37-38.

ασχολείται με την αποδόμηση της πραγματικότητας και την ανάδειξη των εξουσιαστικών σχέσεων, οι οποίες θεωρούνται ότι αποτελούν τη βάση επάνω στην οποία δομείται η κοινωνική ζωή. {...}. Στο πλαίσιο της αλλαγής του ευρύτερου κοινωνιολογικού προσανατολισμού, οι κατηγορίες οι οποίες μέχρι τότε αντιμετωπίζονταν ως *a priori* δεδομένες (υγεία, επιστημονική ιατρική γνώση) γίνονται αντικείμενο κριτικής.».

Η θεωρία του στιγματισμού (labelling theory) – κύριοι εκπρόσωποι της οποίας είναι ο Lemert, Scheff και Goffman - έχει σαν βασικό θεωρητικό της εργαλείο την κοινωνιολογική έννοια της «συμβολικής αλληλεπίδρασης». Η θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης³⁰, αναπτύχθηκε αρχικά από τον George Mead και αφορά την έννοια του συμβόλου, της συμβολικής επικοινωνίας των ατόμων μέσω της χρήσης της γλώσσας και του τρόπου με τον οποίο τα υποκείμενα διαχειρίζονται την κοινωνική τους πραγματικότητα.

Συγκεκριμένα, κάθε οργανισμός όπως κινείται μέσα στο περιβάλλον του, προβαίνει σε χειρονομίες, στέλνοντας με αυτό τον τρόπο μηνύματα σε άλλους οργανισμούς. Στη συνέχεια κάποιος άλλος οργανισμός αντιλαμβάνεται το συγκεκριμένο ερέθισμα και ανταποκρίνεται τροποποιώντας την κίνησή του μέσα στο περιβάλλον και στέλνοντας τα δικά του μηνύματα. Τέλος, ο αρχικός οργανισμός προσλαμβάνει τα τελευταία αυτά μηνύματα και αντιδρά σε αυτά, διαμορφώνοντας ανάλογα τη συμπεριφορά του.

Ο Mead έθεσε τις βάσεις για μια διαφορετική θεώρηση των εννοιών της ανθρώπινης συμπεριφοράς, της ατομικής και κοινωνικής δράσης και της λειτουργίας των κοινωνικών ομάδων. Η αντίληψη που επικρατούσε στην επιστήμη της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας αντιμετώπιζε τον άνθρωπο ως ένα σταθερό οργανισμό, ο οποίος λειτουργούσε και αντιδρούσε αποκλειστικά λόγω της επίδρασης εξωτερικών ή εσωτερικών παραγόντων³¹. Ο Mead, υποστήριξε ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά διαμορφώνεται με βάση την ερμηνεία και το νόημα που αποδίδει το υποκείμενο σε διάφορα αντικείμενα, γεγονότα, συμπεριφορές.

³⁰ Ζομπανάκης, Γ. (1992) Σχολείο και Ζωή. *Μηνιαία Παιδαγωγική Επιθεώρηση*. Τεύχος 3, σελ. 126-127.

³¹ Κοντοπούλου, Ε. (2015). Εγκληματολογικές Μελέτες, σελ. 29.

*Όταν το υποκείμενο καθίσταται δέκτης ενός στιγματιστικού χαρακτηριστικού ή ταμπέλας, αντιλαμβάνεται μέσω μιας υποκειμενικής διαδικασίας τη σημασιολογική διάστασή του, αποδίδει δηλαδή μια υποκειμενική σημασία σε ένα αντικειμενικό γεγονός, καθορίζοντας έτσι τη σημαντικότητα ή μη του γεγονότος αυτού για την επικείμενη γραμμή δράση του. Συνεπώς, μέσω αυτού του μηχανισμού αντίληψης – υποκειμενικής ερμηνείας – καθορισμού υποκειμενικής δράσης, το άτομο εγκολπώνεται την αποδιδόμενη σε αυτό ταμπέλα του αποκλίνοντος, καθιστώντας την έτσι στοιχείο της προσωπικής του ταυτότητας επαναπροσδιορίζοντας και αναδομώντας τη δράση του επί τη βάση αυτής ακριβώς της νέας διάστασης της ταυτότητάς του*³².

Η διαδικασία δημιουργίας της παρέκκλισης υπακούει στη θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης και έχει συγκεκριμένα στάδια. Ωστόσο, τα χαρακτηριστικότερα από αυτά, είναι τα στάδια της πρωτογενούς³³ και δευτερογενούς παρέκκλισης³⁴.

Η θεωρία της ετικέτας (labelling theory) ή απόδοσης χαρακτηρισμού, αποτελεί στην ουσία τη διαδικασία της δευτερογενούς παρέκκλισης. Η αρνητική ετικέτα που επιβάλλεται στο υποκείμενο, προκαλεί τον μόνιμο στιγματισμό του, τη μεταβολή της πραγματικότητας του και το οδηγεί στη δημιουργία της αρνητικής ταυτότητας αφενός και αφετέρου, σε μια προκαθορισμένη τροχιά της κοινωνικής του ζωής από τις αντιδράσεις των άλλων³⁵.

2.3 Η θεωρία της ετικετοποίησης (labeling) και της κοινωνικής αντίδρασης (social reaction)

Η θεωρία αυτή του Scheff προσπάθησε να ερμηνεύσει την άποψη της κοινωνιογένεσης της ψυχικής αρρώστιας.

³² Ό.π Κοντοπούλου, Ε., σελ. 30.

³³ Η έννοια της πρωτογενούς παρέκκλισης (primary deviance), αποδίδεται σε ασυνέπειες στην κοινωνική δομή, σε ηθονιστικές μεταβλητές ή στην άγνοια, ενώ τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά καθώς και οι ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας παραμελούνται. Knutson, J. (1977). Labelling Theory, a critical examination, p. 39.

³⁴ Η δευτερογενής παρέκκλιση, η οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση μιας συστηματικής παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, αναφέρεται σε μια ειδική κατηγορία κοινωνικά προσδιορισμένων απαντήσεων, τις οποίες οι άνθρωποι εκδηλώνουν απέναντι στα προβλήματα που προκύπτουν από την κοινωνική αντίδραση στην παραβατικότητά τους. Ό.π Κοντοπούλου, Ε. σελ. 33.

³⁵ Τάτσης, Ν. (1989). Η θεωρία του χαρακτηρισμού: Ανθρωπιστικές προσεγγίσεις στην κοινωνιολογία της αποκλίνουσας συμπεριφοράς, σελ 49-50.

Κατά τον Scheff, «η κουλτούρα μιας υπό-ομάδας προσφέρει μια ορολογία παρεκτροπών, όπως «έγκλημα», «έκφυλος», «μέθη», «κακή ανατροφή», «τρέλα». Κάθε όρος προκύπτει από τον κανόνα από τον οποίο έχει γίνει η παρεκτροπή. Πολλά ψυχιατρικά συμπτώματα τα κατατάσσουμε σαν στιγμιαίες παρεκκλίσεις από τον κανόνα που κάτω από ορισμένες συνθήκες αποδίδουν στο άτομο την ετικέτα του ψυχικά άρρωστου με την πεποίθηση των τρίτων ότι τρελή συμπεριφορά είναι έξω από τον κανόνα της φυσιολογικότητας³⁶»

Η παρέκκλιση αυτή δεν είναι εμφανής αλλά υπολειπόμενη ή οριακή, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση των εκκεντρικών καλλιτεχνών, Η αντίδραση και οι προσδοκίες του κοινού για κάθε υπολειπόμενη παρέκκλιση συνδέεται με τα στερεότυπα από την παιδική ηλικία σε σχέση με την τρέλα και ο παράλογος φόβος του απέναντι στη ψυχική αρρώστια οδηγεί το άτομο στην αποδοχή του ρόλου του ψυχικά άρρωστου και του θύματος. Επόμενο στάδιο είναι ο εγκλεισμός του «τρελού» στο ψυχιατρείο και η οριστικοποίηση της ετικέτας³⁷.

Συνεπώς, κατά τον Scheff, μακροπρόθεσμα οι προσδοκίες των άλλων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της συμπεριφοράς του ατόμου.

2.4 Η θεωρία της συμβολικής διαντίδρασης

Η θεωρία της συμβολικής διαντίδρασης αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε από τον E. Goffman. Υποστηρίζει ότι η κοινωνία επινοεί κατηγορίες, κανονιστικά πρότυπα, κατατάσσοντας τα άτομα στις κατηγορίες αυτές και αποδίδοντας συγκεκριμένες σημασίες σε ένα συγκεκριμένο φάσμα γνωρισμάτων της ταυτότητας, καθορίζοντας κάποια ως φυσιολογικά και συνηθισμένα και κάποια άλλα ως αφύσικα και απαξιώτικα³⁸.

Το ενδιαφέρον του Goffman εστιάζεται στην ανίχνευση των τρόπων με των οποίων το άτομο – φορέας του στίγματος διαχειρίζεται αυτή την επιβαλλόμενη ταυτότητα. Οι δύο βασικές έννοιες οι οποίες συμμετέχουν στη διαδικασία στιγματισμού, είναι αυτές του «προσώπου» και του «εαυτού».

³⁶ Μαδιάνος, Μ. (1996) Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, σελ. 66.

³⁷ Ο.π Μαδιάνος, Μ. (1996), σελ 67.

³⁸ Goffman, E. (2001). Στίγμα –Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας, σελ.16.

«Οι δυνητικοί ορισμοί ενός ατόμου μπορεί να «αποδίδονται» - να είναι δηλαδή αναγνώσιμοι στη συμπεριφορά φορέων που θεωρούνται εξωτερικοί προς το ίδιο το άτομο. Τούτοι οι ορισμοί συνιστούν το πρόσωπο (person) του ατόμου. Κατ' αντιστοιχία με αυτές τις αποδιδόμενες (accorded) παραδοχές, υπάρχουν άλλες δυνητικά «επιτελούμενες» (acted), που προβάλλονται μέσα απ' ό,τι θεωρείται δική του συμπεριφορά. Τούτες οι παραδοχές συνιστούν τον «εαυτό» (self) του ατόμου. Πρόσωπο και εαυτός είναι πορτρέτα του ίδιου ατόμου, το πρώτο κωδικοποιημένο στις πράξεις των άλλων, το δεύτερο στις δικές του. Ο ορισμός που επιτελεί ένα άτομο για τον εαυτό του μπορεί να διαφέρει με ποικίλους τρόπους από τον ορισμό που του αποδίδεται³⁹».

Συνεπώς, όσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση του «προσώπου» και του εαυτού», τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό στιγματισμού ή με διαφορετικά λόγια, όταν υπάρχει αντίφαση ανάμεσα στην εικονική και την πραγματική κοινωνική του ταυτότητα, τότε δημιουργείται το στίγμα. Η διαφορετικότητα αυτή όμως αξιολογείται ηθικά και υποτιμητικά. Η κοινωνία κάνει το στιγματισμένο άτομο να νιώθει ντροπή, μειονεξία, κατωτερότητα και μετά να εκλογικεύει αυτές τις αντιλήψεις.

Οι προβληματισμοί του Goffman, ωστόσο δεν περιορίζονται μόνο στον τρόπο δημιουργίας νέων ταυτοτήτων (διαδικασία στιγματισμού) αλλά και στον τόπο όπου αυτές συναντιούνται.

Στο έργο του «Άσυλα», αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της κοινωνικής ζωής στα ιδρύματα, στη ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων του έγκλειστου κατά τη διαβίωσή του στο ίδρυμα, τους τρόπους αντίδρασης του πάσχοντος υποκειμένου απέναντι στη βία του ψυχιατρικού συστήματος και τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας μέσα στο σύστημα περίθαλψης και νοσηλείας.

Ο Goffman ασχολήθηκε εκτενώς και με τα λεγόμενα τελετουργικά υποβάθμισης του status (degradation ceremonies), καθώς αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της στιγματιστικής διαδικασίας. Για να αποδώσει με λεπτομερή τρόπο τον τελετουργικό χαρακτήρα της απαξίωσης που υφίσταται ο στιγματισμένος, κατέφυγε στο παράδειγμα των ολοπαγών ιδρυμάτων.

³⁹ Goffman, E. (2012), Η παραφροσύνη Κατ' Οίκον, σελ 41.

Ως τελετουργικό υποβάθμισης του status⁴⁰ ορίζεται « εκείνη η επικοινωνιακή διεργασία μεταξύ ατόμων, η οποία μεταλλάσσει την ήδη υπάρχουσα δημόσια ταυτότητα ενός υποκειμένου σε ταυτότητα υποδεέστερης αξίας σε σχέση με τους τύπους ταυτότητας που επικρατούν εντός του κοινωνικού πλαισίου, στο οποίο λαμβάνει χώρα η συγκεκριμένη επικοινωνιακή διεργασία⁴¹.

Η προηγούμενη ταυτότητα του απαξιωμένου υποκειμένου θεωρείται τώρα από όλους εκείνους που το απαξίωσαν ως μια ταυτότητα τυχαία και συγκυριακή, ενώ η παρούσα ταυτότητα που επιτυχώς του έχουν προσδώσει είναι εκείνη που θα έπρεπε να του αρμόζει από την αρχή καθώς εκείνη αποτελεί την αντικειμενική πραγματικότητα.

Καθίσταται σαφές από τα παραπάνω, ότι η επιτυχής έκβαση ενός τελετουργικού υποβάθμισης του status, εξαρτάται από την ύπαρξη κοινωνικού ακροατηρίου, το οποίο θα καταστεί μάρτυρας της συνολικής διαδικασίας απαξίωσης του αποκλίνοντος υποκειμένου.

2.5 Συνέπειες του στίγματος στους ψυχικά ασθενείς

Η ψυχική νόσος έχει ιστορικά σημαδευτεί με άγνοια, φόβο, δεισδαιμονία ακόμη και βασανιστήρια. Η ψυχική ασθένεια άλλωστε δεν είναι κάτι χειροπιαστό, αλλά γενικό και αόριστο. Το άγνωστο, αυτό που δεν γνωρίζει ή δεν δύναται να εξηγήσει λογικά ο άνθρωπος, πάντα προκαλούσε και προκαλεί φόβο. Ο στιγματισμός και ο επακόλουθος κοινωνικός αποκλεισμός, οφείλονται κυρίως στην έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της νόσου.

Ο ψυχικά ασθενής έχει να αντιμετωπίσει εκτός από την ασθένεια με ό,τι αυτό συνεπάγεται και μια δεύτερη ασθένεια, το κοινωνικό στίγμα.

Οι συνέπειες του κοινωνικού στίγματος που προκύπτουν από διάφορες μελέτες που έγιναν από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός Β' φάση» είναι οι εξής⁴²:

⁴⁰ Με το τελετουργικό υποβάθμισης του status ασχολήθηκε - μεταξύ άλλων - και ο Harold Garfinkel. Το 1956 στο άρθρο του με τίτλο «Conditions of successful degradation ceremonies», το οποίο δημοσιεύτηκε στο American Journal of Sociology, αναφέρεται στον συγκεκριμένο ορισμό.

⁴¹ Ο.π. Κοντοπούλου, Ε. (2015). σελ. 31.

⁴² <https://www.iatronet.gr/yegeia/psychiki-yegeia/article/5712/stigma-kai-psyxiki-astheneia.html>

Ελλιπής χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Τα προγράμματα ψυχικής υγείας λειτουργούν με τεράστιες οικονομικές ελλείψεις στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Ένας λόγος που δυσχεραίνει την ανεύρεση πόρων έχει σχέση και με το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες.

Περιορισμό των ευκαιριών για εργασία

Ένα μεγάλο ποσοστό ψυχικά ασθενών είναι αρκούντως λειτουργικό στην καθημερινότητα του, με μερικούς εξ αυτών να διαθέτουν και ειδικές δημιουργικές δεξιότητες. Παρόλα αυτά, μόνο ένα μικρό ποσοστό καταφέρνει να εργαστεί κυρίως λόγω της αρνητικής στάσης και της προκατάληψης των εργοδοτών.

Προβλήματα στέγασης

Οι ιδιοκτήτες συχνά αρνούνται να μισθώσουν τα σπίτια τους σε άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα, όπως επίσης υπάρχουν και γειτονιές που παρεμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων με ψυχικά ασθενείς. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ατόμων με ψυχικές ασθένειες, οι οποίοι βρίσκονται χωρίς στέγη και κάτω από άθλιες συνθήκες.

Κοινωνικός Αποκλεισμός - Κοινωνική απομόνωση

«Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί μια κατάσταση, αλλά ακόμη περισσότερο, συνιστά μια πολυδιάστατη δυναμική διαδικασία παρεμπόδισης των ατόμων από τη συμμετοχή τους στα κοινωνικά αγαθά και σε επιμέρους εκφάνσεις του κοινωνικού γίνεσθαι, όπως η απασχόληση, η εκπαίδευση, η υγεία, η λήψη αποφάσεων, τα πολιτιστικά δρώμενα κτλ. {...} Στο πλαίσιο αυτό, αναδεικνύεται μια τρίτη οπτική της προσέγγισης της κοινωνικής αιτιότητας. Σύμφωνα με αυτή, η πολυδιάστατη αποστέρηση των κοινωνικά αποκλεισμένων επιβαρύνει περισσότερο την υγεία τους, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.»⁴³.

Τα άτομα με ψυχική ασθένεια βιώνουν κοινωνική απομόνωση εξαιτίας των στερεοτυπικών αντιλήψεων της κοινωνίας. Αποτέλεσμα αυτού είναι ο περιορισμός των κοινωνικών συναναστροφών και η έκπτωση των οικογενειακών δεσμών.

⁴³ Οικονόμου, Χ. (2013). Υγεία, κοινωνία και οικονομία., σελ.32.

Αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου και την οικογένεια

Το στίγμα αποτελεί μια διαδικασία που περιλαμβάνει την προκατάληψη, τη στερεοτυποποίηση, την κοινωνική παρέκκλιση, την περιθωριοποίηση και την δημιουργία διακρίσεων. Το άτομα με ψυχική ασθένεια βιώνει μια πίεση να «πειθαρχήσει» με το στερεότυπο του ανήμπορου και άχρηστου, οδηγώντας το σε μεγαλύτερη κοινωνική απόσυρση και στην υιοθέτηση του ρόλου του ανάπηρου. Διαμορφώνονται συναισθήματα ματαίωσης, απογοήτευσης, ντροπής και ενοχής με επακόλουθο την «εσωστρέφεια» και την κοινωνική απομόνωση.

Σημαντική είναι και η επίδραση μιας τέτοιας κατάστασης και στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του ψυχικά ασθενή. Με μειωμένη ένταση και τα μέλη της οικογένειάς του, βιώνουν αισθήματα ενοχής και ντροπής και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που αποσιωπούν και κρύβουν την νόσο, εξαιτίας της αδυναμίας τους να διαχειριστούν το στίγμα.

3. Το άσυλο: ένας τρόπος αντιμετώπισης της «τρέλας»

Η ψυχική νόσος, όπως και η οποιαδήποτε εκδήλωση νοσηρότητας στον ανθρώπινο οργανισμό, εμφανίζονται στο μακρότατο ιστορικό παρελθόν. Η αντιμετώπιση της καθώς και η στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον νοσούντα, υπήρξε ανάλογη των συνθηκών ζωής και του πολιτιστικού υπόβαθρου της εκάστοτε κοινωνίας, καθώς και των γενικότερων πεποιθήσεων που πήγαιναν από τους ηθικούς κώδικες και τον ανθρωπιστικό προσανατολισμό⁴⁴.

3.1. Ιστορική εξέλιξη των ασύλων

Η ιστορική διαδρομή από την Αρχαιότητα στον Μεσαίωνα και από την Αναγέννηση στη σημερινή εποχή, μαρτυρεί ριζικές αλλαγές στον τρόπο αντίληψης και στις στάσεις των ατόμων και των κοινωνιών απέναντι στη τρέλα, μια διαδρομή που διακατέχεται από μια δαιδαλώδη τροχιά των κοινωνικών αναπαραστάσεων με παλινδρομήσεις και προόδους.

Ο εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή για πρώτη φορά εισάγεται στου Νόμους του Πλάτωνα⁴⁵. Ένα ψυχικά άρρωστο άτομο ήταν δυνατό να καταδικαστεί από τον δικαστή σε φυλάκιση πέντε ετών με ρητή απαγόρευση των επαφών του με μέλη της κοινότητας. Στην πραγματικότητα, στην Αρχαία Αθήνα οι ψυχικά ασθενείς παρέμεναν στο σπίτι τους υπό την επίβλεψη των συγγενών τους, οι οποίοι τιμωρούνται αν τους παραμελούσαν ή τους εγκατέλειπαν.

Η αρρώστια της ψυχής στην αρχαιότητα είχε υπερφυσική προέλευση και η εμφάνισή της βρισκόταν στην απόλυτη δικαιοδοσία των θεών που τιμωρούσαν τους ανθρώπους με δυσβάσταχτα πάθη που μόνο με θεϊκή παρέμβαση ήταν δυνατόν να εξαλειφθούν⁴⁶.

Στην εποχή του Χριστιανισμού, παρατηρούμε μια αναφορά στην ψυχική ασθένεια, όχι όπως νοείται σήμερα αλλά με τη μορφή των δαιμονικών πνευμάτων. Οι ψυχικές ασθένειες εντοπίζονταν στα πάθη που δεσμεύουν και αποπροσανατολίζουν το νου. Τον 3^ο αιώνα μ.Χ., ο Σωρανός ο Εφέσιος και ο Αρεταίος, αναπτύσσουν

⁴⁴ Γάκη, Δ. (2016). Ψυχιατρική και Χώρος – Το αίτημα της αποϊδρυματοποίησης, σελ 8.

⁴⁵ Στυλιανίδης, Σ & συν. Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, σελ. 48

⁴⁶ Ο.π Γάκη, Δ. (2016), σελ.9

ανθρωπιστικές θέσεις γύρω από τη θεραπεία των ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι εκείνη τη περίοδο διέμεναν σε ειδικά δωμάτια με ησυχία χωρίς την επίσκεψη των συγγενών τους. Μάλιστα, γίνεται αναφορά στην απαγόρευση της χρήσης αλυσίδων στους ψυχικά ασθενείς και τον εγκλεισμό⁴⁷.

Στον Μεσαίωνα, η οποιαδήποτε ανεξήγητη συμπεριφορά συνδεόταν με την παρουσία κακών πνευμάτων. Ο τρελός θεωρούνταν ότι είχε κυριευτεί από δαίμονες, γεγονός που τον καθιστούσε ένα σύμβολο ηθικής παρακμής στην κοινωνία⁴⁸. *«Η τρέλα και ο τρελός αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, μέσα στο διφορούμενο χαρακτήρα τους: γίνονται απειλή κι εξευτελισμός, ιλιγγιώδης παραλογισμός του κόσμου και καταφρονετική γελιοποίηση των ανθρώπων»⁴⁹.*

Πολύ διαδεδομένη εκείνη την εποχή, σύμφωνα με τον Φουκώ, είναι και η πρακτική της εκδίωξης των ψυχικά ασθενών από τον τόπο καταγωγής τους. Τα «Πλοία των Τρελών» - ή « Narrenschiff» όπως έμειναν γνωστά στην ιστορία - μετέφεραν από τη μία πόλη στην άλλη το φορτίο τους από τρελούς, αναγκάζοντάς τους να ζήσουν μια ζωή περιπλανώμενου. Διαμορφωνόταν, με αυτό τον τρόπο, ένας σκληρός διαχωρισμός που οδηγούσε στον κοινωνικό αποκλεισμό μιας μερίδας ανθρώπων ενώ παράλληλα εξασφαλιζόταν η πνευματική αποκατάσταση των υπολοίπων.

Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο χτίζεται στη Βαλένθια το 1409, στον ίδιο χώρο που λειτουργούσε και η Ιερά Εξέταση, ενώ πέντε παρόμοια ιδρύματα ιδρύονται στην Ισπανία μεταξύ του 1412 και 1489⁵⁰.

Στην Αναγέννηση, αξιώνεται η χειραφέτηση του ανθρώπου από τις προκαταλήψεις και τις δεισδιαιμονίες του Μεσαίωνα. *«.. η τρέλα , γενικότερα, δεν σχετίζεται με τις υποχθόνιες δυνάμεις αλλά με τον άνθρωπο και τις αδυναμίες του, τα όνειρα και τις αυταπάτες του. {...}Η τρέλα δεν παραμονεύει πια τον άνθρωπο. Διαγράφεται μονάχα στον ορίζοντά του ή, καλύτερα, γίνεται κάποια λεπτή σχέση διαλόγου, που ανοίγει ο άνθρωπος με τον εαυτό του»⁵¹.*

Η ηθική αυτή διάσταση της τρέλας, σηματοδοτεί την έναρξη μιας νέας δυναμικής που εμπλέκει την κοινωνία στην αντιμετώπιση της νόσου και των ψυχικά νοσούντων,

⁴⁷ Ο.π Στυλιανίδης, Σ. & συν., σελ. 49.

⁴⁸ Τζανάκης, Μ (2008), Πέραν του Ασύλου, σελ.33.

⁴⁹ Φουκώ, Μ. (1964), Ιστορία της τρέλας, σελ.18.

⁵⁰ Ο.π Στυλιανίδης, Σ & συν., σελ. 49-50.

⁵¹ Ο.π Φουκώ, Μ. (1964), σελ. 29.

καθιστώντας απαραίτητο τον εγκλεισμό τους. «... να την τώρα αγκυροβολημένη γερά, καταμεσίς στα πράγματα και τους ανθρώπους. Συγκρατημένη κι ακινητοποιημένη. Όχι βάρκα πιά, αλλά νοσοκομείο⁵²».

Στα μέσα του 16^{ου} αιώνα ιδρύονται τα πρώτα άσυλα. Σταθμός αποτελεί η ίδρυση και η λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου στο Παρίσι, το 1656, το γνωστό Hospital General, με απώτερο σκοπό τη πάταξη της επαιτείας και της κοινωνικής αναρχίας, από το οποίο αναφέρεται ότι σε κάποια χρονική στιγμή πέρασε το 1% περίπου του πληθυσμού του Παρισιού. Με βασιλικό διάταγμα το 1676, θεσπίζεται η ίδρυση γενικού νοσοκομείου σε κάθε πόλη του Βασιλείου. «Αυτή η δομή, δημιούργημα της αστικής τάξης και της μοναρχίας και που ήταν οργανωμένη απολυταρχικά, σύντομα θ' απλωθεί σ' ολόκληρη τη Γαλλία⁵³».

Στην Αγγλία, αντιθέτως, η διαδικασία του εγκλεισμού χρονολογείται από το 1575, όπου με πράξη θεσπίστηκε η δημιουργία αναμορφωτηρίων (house of corrections), ενός τουλάχιστον σε κάθε κομητεία, που αφορούσαν ταυτόχρονα στην τιμωρία των αγυρτών και στην ανακούφιση των φτωχών⁵⁴. Εξέλιξη των αναμορφωτηρίων αποτελούν οι «οίκοι εργασίας» (workhouses), Πρόκειται για εργαστήρια και βιοτεχνίες που βοηθούν στη συντήρηση των αναμορφωτηρίων, εξασφαλίζοντας εργασία στους τρόφιμους. Οι οίκοι εργασίας γνωρίζουν σημαντική εξάπλωση και στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, ο αριθμός τους φτάνει συνολικά τα 126.

Μέχρι το τέλος του 18^{ου} αιώνα, αυτά τα ασυλιακά ιδρύματα εξαπλώνονται με ταχύτατους ρυθμούς σε ολόκληρη την Ευρώπη. Κλείνουν μέσα στους τοίχους τους άτομα με κάθε λογής κοινωνική και ψυχική απόκλιση, «προστατεύοντας» την κοινωνική ομαλότητα όπως θεωρούσαν, αδιαφορώντας για τη φροντίδα της θεραπείας τους. «Η εγκάθειρξη, πριν ακόμη αποκτήσει το ιατρικό νόημα της εισαγωγής σε ψυχιατρεία που της δώσαν αργότερα, ή που τουλάχιστον μας αρέσει να της δίνουμε, είχε ελάχιστη σχέση με τη φροντίδα της θεραπείας. Κείνο που την επέβαλε ήταν η προσταγή της εργασίας. Και το αίσθημα της φιλανθρωπίας μας πολύ θα το 'θελε βέβαια να βρει ίχνη καλής θέλησης γύρω απ' την αρρώστια, εκεί που δεν βρίσκει δυστυχώς παρά τα σημάδια της κατακραυγής ενάντια στην αεργία⁵⁵»

⁵² Ο.π Φουκώ, Μ. (1964), σελ. 37.

⁵³ Ο.π Φουκώ, Μ. (1964), σελ. 46.

⁵⁴ Ο.π Φουκώ, Μ. (1964), σελ. 48.

⁵⁵ Ο.π Φουκώ, Μ (1964), σελ. 51.

Τα ιδρύματα αυτά, δεν αποτέλεσαν μια προσπάθεια περιορισμού των «τρελών» στα ψυχιατρικά άσυλα, αλλά μια κοινωνική πρακτική που περιέθαλπε τους «τρελούς» μαζί με τους φτωχούς και τον υπόλοιπο πληθυσμό που έχρηζε βοήθειας. Η γέννηση της αστικής τάξης άρχισε να αλλάζει ριζικά τη δομή της κοινωνίας. Επίκεντρο αυτής της αλλαγής αποτέλεσε η φτώχεια και η μη παραγωγικότητα των ατόμων. Συνεπώς, τα ιδρύματα αυτά, αποτέλεσαν παράλληλα έναν τρόπο αντιμετώπισης της ανεργίας και της ανταγωνιστικότητας, καθώς μετατράπηκαν πολύ γρήγορα σε χώρους παραγωγής που συγκέντρωναν φτηνά εργατικά χέρια. *«Η εγκάθειρξη, τούτο το μαζικό γεγονός που σημάδια του υπάρχουνε σ' ολόκληρη την Ευρώπη του 17^{ου} αιώνα, είναι μια υπόθεση «αστυνομίας». Αστυνομίας, με την πολύ συγκεκριμένη έννοια που δίνουμε την κλασική εποχή στη λέξη αυτή, δηλαδή το σύνολο των μέτρων που καθιστούν την εργασία προσιτή και ταυτόχρονα υποχρεωτική, σε όσους στερούνται άλλους πόρους ζωής⁵⁶.»*

Από τα τέλη του 18^{ου} αιώνα αρχίζει να διαφαίνεται μια διαφορετική σχέση ανάμεσα στον εγκλεισμό και την ιατρική γνώση, μετατρέποντας το άσυλο σε ψυχιατρείο και ανοίγοντας το δρόμο προς μια θεραπευτική διαδικασία.

3.1.1 Η εμφάνιση των ασύλων στην Αγγλία.

Στην Αγγλία, από τα μέσα του 17^{ου} αιώνα, ιδρύονται τα «σπίτια των τρελών» (madhouses), υπό την επίβλεψη κληρικών και σπανιότερα ιατρών. Πρόκειται για δημόσια σπίτια, που σε συνδυασμό με τα διάφορα φιλανθρωπικά ιδρύματα που δημιουργήθηκαν εκείνη την εποχή και τα ιδιωτικά σπίτια που παράλληλα υπήρχαν σαν κερδοσκοπικές επιχειρήσεις, έδιναν τη δυνατότητα της σταθερούς και άγρυπνης παρακολούθησης των προβληματικών και περιθωριακών ατόμων, ενώ παράλληλα παρείχαν ένα αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας στην υπόλοιπη κοινότητα⁵⁷.

Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στην Αγγλία⁵⁸ χρονολογούνται από το 1247 σε μια μοναστηριακή έκταση στην πόλη του Λονδίνου, η οποία παρείχε καταφύγιο σε αρρώστους, ανάπηρους ή αδύναμους ανθρώπους. Από το 1330 και εξής

⁵⁶ Ο.π Φουκώ, Μ (1964), σελ. 50.

⁵⁷ Παξινός, Ι., (2001). Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενοίκων των εξωνοσοκομειακών δομών του κρατικού θεραπευτηρίου Λέρου, σελ. 65.

⁵⁸ Killaspy, H. (2006), From the asylum to community care: learning from experience, p. 246

μετονομάστηκε σε νοσοκομείο (Bethlem Hospital), θεραπεύοντας άνδρες που υπέφεραν από κάποια ψυχική ή σωματική ασθένεια.

Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο, όπως αναφέρει ο Φουκώ στο έργο του «Ιστορία της Τρέλας», ιδρύεται το 1796 στην πόλη York από τον Tuke. Επηρεασμένος από την θρησκευτική αίρεση της Κοινότητας των Κουακέρων (Quakers), ίδρυσε το «Ησυχαστήριο», έναν χώρο όπου η θρησκεία έπαιζε καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία των αρρώστων. Υπό το βλέμμα των φυλάκων, οι άρρωστοι διαβιούσαν, εργάζονταν και «επανεκπαιδευόνταν» με βάση την τιμωρία και την ανταμοιβή. Ο φόβος και η ενοχή είχαν πρωταγωνιστικό ρόλο στο «Ησυχαστήριο». ⁵⁹*Πράγματι, ο Tuke δημιούργησε ένα άσυλο όπου την ελεύθερη τρομοκρατία της τρέλας την υποκατέστησε με την ασφυκτική αγωνία της ενοχής. Ο φόβος δεν βασιλεύει πια πίσω απ' τις πόρτες της φυλακής, αλλά τώρα κάνει θραύση φέρνοντας τη σφραγίδα της συνείδησης. {...} Το άσυλο δεν τιμωρεί πια τον τρελό σαν ένοχο, αυτό είναι γεγονός, κάνει όμως κάτι περισσότερο: οργανώνει την ενοχή του. Για τον τρελό, την οργανώνει σαν ένα σύστημα συνειδητοποίησης του εαυτού του, και σαν μια σχέση, μη –αμοιβαία με τον φύλακα. Για το γνωστικό, σαν συνειδητοποίηση του αλλότριου προς τη λογική, και σαν θεραπευτική επέμβαση πάνω στην ύπαρξη του τρελού.».*

Διαφαίνεται, συνεπώς, ένας προσανατολισμός περισσότερο κοινωνικός και όχι τόσο ιατρικός για την ίδρυση των ασύλων στην Αγγλία, με έντονο το θρησκευτικό στοιχείο.

3.1.2 Οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Αγγλία για τα άσυλα.

Οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Αγγλία χρονολογούνται από το 1808, όπου ψηφίζεται νόμος (Wynne's Act of 1808)⁶⁰ για τη δημιουργία του ασύλου το οποίο θα πρέπει να πληροί κάποιες προϋποθέσεις: να είναι σε ευάερη θέση με παροχή νερού και να υπάρχει η δυνατότητα της ιατρικής μέριμνας⁶¹. Παράλληλα, ασκήθηκαν πιέσεις για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στα φιλανθρωπικά ιδρύματα και στα άσυλα των διαφόρων κομητειών. Για το λόγο αυτό, συστάθηκε το 1815 μια επιτροπή που ερευνούσε τις συνθήκες αυτές των ιδρυμάτων.

⁵⁹ Ο.π Φουκώ, Μ. (1964), σελ. 240.

⁶⁰ Killaspy, H. (2006), From the asylum to community care: learning from experience, p.247.

⁶¹ Melling, J/ Forsythe, B. (1999), Insanity, Institutions and Society, 1800 – 1914, p.33.

Τα άσυλα, ωστόσο, των κομητειών δεν ήταν υποχρεωτικά, πριν το 1845. Μόνο δώδεκα άσυλα είχαν χτιστεί μέχρι το 1834, και ήταν μικρά σε μέγεθος. Η μεγάλη «έκρηξη» έγινε μετά το 1834 και συγκεκριμένα με την ψήφιση του περίφημου νόμου του 1845 (Lunatics Act of 1845)⁶². Συστάθηκε μια μόνιμη Επιτροπή επίβλεψης όλων των τύπων ασύλων (φιλανθρωπικά, δημόσια, ιδιωτικά), κάνοντας υποχρεωτική τη λειτουργία τους σε όλες τις κομητείες της Αγγλίας.

3.1.3. Η εμφάνιση των ασύλων στη Γαλλία.

Με την ίδρυση του πρώτου Γενικού Νοσοκομείου στο Παρίσι το 1656, ξεκινά ο «μεγάλος εγκλεισμός» των ψυχικά άρρωστων στη Γαλλία. Η Bicetre και η Salpetriere ήταν τα δύο γενικά νοσοκομεία στο Παρίσι που δέχονταν άτομα με κοινωνικές και ψυχικές αποκλίσεις που οδηγούσε εκεί η αστυνομία.

Στόχος του Γενικού Νοσοκομείου αλλά και του «μεγάλου εγκλεισμού», ήταν αρχικά η «αστυνόμηση» όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Foucault και η καταστολή της επαιτείας και της αεργίας. Ήταν μια απάντηση στην οικονομική κρίση που προέβαλλε σ' ολόκληρο τον Δυτικό κόσμο τον 17^ο αιώνα.

Οι «τρελοί» συμπεριλαμβάνονταν με τους άεργους και τους φτωχούς. Ωστόσο, γρήγορα διαπιστώθηκε η ανικανότητα τους να εργαστούν και να συμβαδίζουν με το ρυθμό της ομαδικής ζωής, οπότε και κρίθηκε αναγκαία η ειδική μεταχείρισή τους, τον 18^ο αιώνα.

Το νοσοκομείο της Bicetre, έμεινε γνωστό στην ιστορία σαν ο τόπος όπου οι ψυχικά άρρωστοι απελευθερώθηκαν από τον Pinel. «*Το θέαμα των τρελών αποτελούσε μια από τις συνηθισμένες κυριακάτικες διασκεδάσεις των αστών της Rive Gauche*⁶³». Οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες και απάνθρωπες. Αχυρένια στρώματα, υγρασία, κράτηση σε κελιά γεμάτα αρουραίους, αλυσίδες για να τους δένουν σε τοίχους και κρεβάτια. Ο Pinel απελευθέρωσε τους ψυχικά πάσχοντες από τις αλυσίδες τους στις 24 Μαΐου του 1798, έχοντας την έγκριση των αρχών⁶⁴.

⁶² Ibid Melling, J / Forsythe, B. (1999), p. 52.

⁶³ Ο.π Φουκώ, Μ. σελ. 86.

⁶⁴ Ο.π Παξινός, Ι. (2001), σελ. 67.

Με αυτό τον τρόπο ο Pinel «δημιούργησε ένα καθαρά ασυλιακό πεδίο και όπως ακριβώς ήθελε να εγκαθιδρύσει η Εθνοσυνέλευση για πολιτικούς λόγους⁶⁵». Ήταν ουσιαστικά εκείνος που άλλαξε τη μορφή του ασύλου, φέρνοντας τη πιο κοντά στη θεραπεία παρά στη τιμωρία, μεταλλάσσοντας τα άσυλα σε ψυχιατρεία και ανοίγοντας το δρόμο προς μια θεραπευτική διαδικασία.

Η μεταρρύθμιση του Γαλλικού σωφρονιστικού συστήματος, αρχίζει με την ψήφιση του νόμου του 1819, με σκοπό μια πιο ανθρωπιστική προσέγγιση και μεταχείριση των κρατουμένων, ενώ με τον νόμο 1838 προβλέπεται η δημιουργία ενός δικτύου κρατικών ασύλων με την παράλληλη λειτουργία δημοσίων και ιδιωτικών ασύλων. Αποτέλεσμα όλων αυτών, ήταν η αύξηση τόσο των ασύλων όσο και του αριθμού των ασθενών.

3.2 Η ασυλιακή περίθαλψη στην Ελλάδα

Το ασυλιακό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, ακολούθησε μια πορεία ανάλογη με αυτή των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών. Ξεκίνησε από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα και ολοκληρώθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1970.

Στην ελληνική επικράτεια, πριν την εμφάνιση και τη διάδοση των φρενοκομείων η αντιμετώπιση της «τρέλας» βασιζόταν στην εκκλησιαστική – θρησκευτική παράδοση, η οποία ως ένα βαθμό επιβιώνει μέχρι τις μέρες μας σε μικρότερη, ωστόσο, απήχηση και αποδοχή. Αναπτύχθηκαν τελετουργικά και ειδικές πρακτικές εξαγνισμού (νηστεία, ξυλοδαρμός, προσευχή και ακινητοποίηση με ειδικούς κρίκους), καθώς επίσης πολλά μοναστήρια λειτούργησαν σαν άσυλα για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και μετά την εμφάνιση των τυπικών ψυχιατρικών ασύλων⁶⁶.

Οι πρώτες σοβαρές εκδηλώσεις ενδιαφέροντος για τους ψυχικά πάσχοντες στην ελληνική επικράτεια, εμφανίστηκαν τριανταπέντε χρόνια μετά την ίδρυση του Ελληνικού κράτους και κατόπιν πίεσεως της κοινής γνώμης των δυτικοευρωπαϊκών χωρών για τη φροντίδα τους. Πρώτη προσπάθεια αποτέλεσε η δημοσίευση του Νόμου Ψ.Ν.Β το 1862 «Περί συστάσεως Φρενοκομείων», νόμος παρμένος από τον

⁶⁵ Ο.π Παξινός, Ι. (2001), σελ. 67.

⁶⁶ Πλουμπίδης, Δ. (1983), Εισαγωγικά γύρω από την εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, σελ. 21-22.

αντίστοιχο Γαλλικό του 1838⁶⁷. Σύμφωνα με τις διατάξεις του, το ψυχιατρικό ίδρυμα έπρεπε να βρίσκεται υπό κρατική επίβλεψη, ώστε να παρέχεται εγγύηση προς τις οικογένειες σχετικά με την ασφάλεια των νοσηλευόμενων και να συντηρείται με δημόσιες δαπάνες. Επίσης, ορίζονταν με ακρίβεια οι διαδικασίες εισαγωγής και εξόδου των ασθενών.

Παρατηρείται, θα λέγαμε μια «ανορθόδοξη» διαδικασία εκ μέρους του Ελληνικού κράτους. Η πρώτη ελληνική ψυχιατρική νομοθεσία προϋπήρξε του αντικειμένου της, δηλαδή των ιδρυμάτων στα οποία θα νοσηλεύονταν τα άτομα με ψυχικά προβλήματα.

Το πρώτο άσυλο στον ελλαδικό χώρο, ιδρύθηκε το 1838 στην Κέρκυρα, που τότε αποτελούσε μέρος της αγγλικής επικράτειας⁶⁸. Το ίδρυμα στεγάστηκε σε κτίριο το οποίο ανήκε στο συγκρότημα των στρατώνων και των οχυρώσεων του προαστίου Αγίου Ρόκκου και χρησιμοποιούνταν ως στρατώνας Μηχανικού⁶⁹. Θύμιζε, συνεπώς, περισσότερο με χώρο κράτησης παρά με χώρο θεραπείας και φροντίδας των ασθενών, με καταστατικό όμως πλήρως εναρμονισμένο με τα «δυτικά» πρότυπα. Με την ένωση των Επτανήσων με την Ελλάδα, το έτος 1864, περιήλθε στο Ελληνικό Δημόσιο, το οποίο ανέλαβε εξ ολοκλήρου τα έξοδα συντήρησης και λειτουργίας του.

Το 1840 ιδρύθηκε, επίσης, στη Κεφαλλονιά ένα άσυλο από τους Άγγλους σε ένα στρατώνα και το 1885 λειτούργησε ένα μικρό άσυλο για ψυχασθενείς στη Μαγνησία⁷⁰.

Η δημιουργία και η λειτουργία του Δρομοκαΐτειου θεραπευτηρίου έχει αφετηρία την 1.10.1887 στην Αθήνα, μια ημερομηνία που αποτέλεσε ορόσημο για την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα⁷¹. Η δημιουργία του Δρομοκαΐτειου προέκυψε από ένα ιδιωτικό κληροδότημα, μια δωρεά αξίας 800.000 γαλλικών φράγκων από τον Χιώτη έμπορο Ζωρζή Δρομοκαΐτη και ονομάστηκε «Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου» ή «Παφύλα Φρενοκομείον», για τη νοσηλεία και περίθαλψη των

⁶⁷ Ό.π. Τζανάκης, Μ. (2008), σελ. 69.

⁶⁸ Ό.π. Τζανάκης, Μ. (2008), σελ. 66.

⁶⁹ Κουρή, Μ. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Κέρκυρα από την εποχή της Βενετοκρατίας μέχρι την ίδρυση του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας, σελ. 33.

⁷⁰ Ό.π. Στυλιανίδης, Σ. & συν., σελ. 50.

⁷¹ Πουλάκου – Ρεμπελάκου, Ε./ Τσιάμης, Κ./ Παντελεάκος, Γ., Πλουμπίδης, Δ. (2009), Ο ψυχικά άρρωστος ως «θέαμα» στους αθηναϊκούς δρόμους. Ιστορικές και λογοτεχνικές μαρτυρίες από την πρωτεύουσα στα τέλη του 19^{ου} και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα., σελ. 538.

πασχόντων από οποιοδήποτε ψυχικό νόσημα και επικυρώθηκε το καταστατικό λειτουργίας του⁷².

Το Δρομοκαΐτειο, μέχρι και το 1920 περίπου, δέχθηκε ασθενείς οι οποίοι μπορούσαν να καταβάλλουν νοσήλιο από όλα τα μέρη της Ελλάδας, την Αθήνα και τον Πειραιά, ενώ ελάχιστη ήταν η αποδοχή άπορων.

Το 1904, ιδρύθηκε το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, το οποίο υστερούσε σε κλίνες και ο σκοπός της λειτουργίας του ήταν κυρίως η εκπαίδευση των γιατρών στη ψυχιατρική⁷³.

Το 1911 – 1912 ιδρύθηκε το άσυλο του Μοσχάτου, πρόδρομος του Δημόσιου Ψυχιατρείου Αθηνών, για να δεχθεί τη μικρή μερίδα *περιπλανώμενων και πενήτων «ψυχοπαθών» που παρέμεναν στα υπόγεια αστυνομικών τμημάτων*⁷⁴.

Το 1925 ιδρύεται στο Δαφνί το πρώτο Κρατικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, όπου μεταφέρονται οι ασθενείς της Αγίας Ελεούσας⁷⁵. Οι ψυχικά ασθενείς διαβιούν εκεί μαζί με ποινικούς κρατούμενους. Η ιστορία του είναι συνυφασμένη με την ιστορία του Ελληνικού κράτους και τα δεινά και τη ταλαιπωρία του Ελληνικού λαού.

Οι δημογραφικές αλλαγές και οι κοινωνικοπολιτικές συνθήκες εκείνης της περιόδου, δημιουργούν ένα μεγάλο πρόβλημα στο ίδρυμα παρά τις επεκτάσεις του⁷⁶. Η δραματική αύξηση του πληθυσμού που καλείται να διαχειριστεί το «Δαφνί», επιδεινώνει τις συνθήκες διαβίωσης εντός του ιδρύματος καθώς δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι υλικοί πόροι. *«Το πλήθος όμως των αρρώστων δημιουργεί μέσα στο ίδρυμα μεγάλο συνωστισμό. Η κυριότερη από τις ανάγκες του Ψυχιατρείου είναι του χώρου... οι περισσότεροι άποροι δεν έχουνε κρεβάτια... Μολονότι είναι ορισμένος ο*

⁷² Καραμανωλάκης, Β. (1998). Το Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο: 1887 – 1903. Όψεις της εγκατάστασης ενός ιδρυματικού θεσμού, σελ. 46.

⁷³ Μισουρίδου, Ε. (2008). Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η ιστορία της ψυχιατρικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα, σελ.296.

⁷⁴ Μαλαίνος, Π. (2016). Επικινδυνότητα και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: η διαχείριση της ακούσιας νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων , σελ. 144.

⁷⁵ <https://www.psyhat.gr/el/content/%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%B7>

⁷⁶ Σταθμό για την ιστορία του Δαφνίου αποτέλεσε ο Νόμος 6077 του 1934 «Περί οργάνωσης Δημοσίων Ψυχιατρείων». Καθόρισε τη λειτουργία του σε σύγχρονες βάσεις. Μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα το 1934, κτίστηκαν 4 περίπτερα συνολικής χωρητικότητας 380 κλινών, ενώ μέχρι το 1940 είχαν κτιστεί τα 13 πρώτα περίπτερα και το περίφημο «Τασσόγλειο». Οι εργασίες διακόπηκαν από το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Κατά τη διάρκεια του πολέμου αποδεκατίστηκε το 50% των τροφίμων, ενώ μετά το τέλος του πολέμου παρουσιάζεται ξανά μια υπερπληθώρα τροφίμων λόγω της δυσμενούς κατάστασης που επικρατούσε εκείνη τη περίοδο. Στο: Ό.π. Μισουρίδου, Ε. (2008), σελ. 297.

αριθμός των Ψυχοπαθών που μπορεί να δεχθεί το Ίδρυμα (και αυτός είναι κεκορεσμένος 2000) ωστόσο, όπως είναι τα πράγματα, δεν θα μπορέσει να αντέξει την πίεση των απέξω. Οι ψυχοπαθείς όλο και πληθαίνουν. Η Αστυνομία όλο και περιμαζεύει περιπλανώμενους και αδέσποτους τρελούς που δεν ξέρει τι να τους κάνει... Επειδή υπάρχει μεγάλος συνωστισμός στους θαλάμους, τα τραπέζια της τραπεζαρίας μεταβάλλονται τη νύχτα σε κρεβάτια...⁷⁷».

Το μεγάλο πρόβλημα του Δαφνιού, προκάλεσε ο διττός χαρακτήρας που έλαβε: του ασύλου και του νοσοκομείου. Δύο διαφορετικές και ανταγωνιστικές ιδιότητες. Παρ' όλες τις προσπάθειες που έγιναν να αποκτήσει έναν χαρακτήρα θεραπείας των ψυχικά ασθενών, στην ουσία φαίνεται ότι λειτούργησε σαν ένα είδος «αποθήκης» περιθωριοποιημένων ανθρώπων με ψυχικά προβλήματα.

Το έναυσμα της μετέπειτα μεταρρύθμισης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα αποτέλεσε η ίδρυση του ψυχιατρείου στη Λέρο. Ο σκοπός της δημιουργίας του ήταν να βοηθήσει στο μεγάλο πρόβλημα του συνωστισμού των υπολοίπων ψυχιατρείων, αποφορτίζοντάς τα.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου ιδρύθηκε με Βασιλικά Διατάγματα στις 28.5.1957 και δέχτηκε τους πρώτους 300 ασθενείς στις 2.1.1958 από το Λοιμοκαθαρτήριο Αθηνών, όπου είχαν μεταφερθεί από το Δαφνί το 1953⁷⁸. Η επιλογή των αρρώστων έγινε με κριτήριο την έλλειψη επισκεπτηρίου για διάστημα μεγαλύτερο των δώδεκα μηνών και όχι τα ψυχιατρικά ή τα ιατρικά χαρακτηριστικά του. Πλοία του Βασιλικού Ναυτικού μετέφεραν τους «αζήτητους – αρρώστους» στο νησί και με τον καιρό άρχισε να αυξάνεται ο αριθμός των αρρώστων, καθώς μεταφέρθηκαν άρρωστοι από τα ψυχιατρεία της Θεσσαλονίκης, της Κέρκυρας και των Χανίων.

Το 1965, με το Β.Δ. 169 – 10/12/25/2/ ΦΕΚ 30 1965^A, κατελήφθησαν τα τότε εγκαταλελειμμένα κτίρια των Βασιλικών Τεχνικών Σχολών στα Λέ-πιδα και το ίδρυμα μετονομάστηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου», με 2650 κλίνες. Από το 1977, το Ψ.Ν.Λ. ενώθηκε με το πρώην Ιταλικό Γενικό Νοσοκομείο του νησιού, με δύναμη 50 κλινών⁷⁹.

⁷⁷ Ό.π Μισουρίδου, Ε. (2008), σελ. 297.

⁷⁸ Ό.π. Στυλιανίδης, Σ & συν. , σελ. 50.

⁷⁹ Μαδιάνος, Μ.(1994). Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της, σελ. 184 – 185.

Συνοπτικά, μέχρι και το 1983 υπήρχαν στην Ελλάδα εννέα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία και σαράντα ιδιωτικά. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, που αποτέλεσε χώρος εκπαίδευσης των ιατρών, τα υπόλοιπα ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή άθλιες συνθήκες διαβίωσης, ελάχιστους γιατρούς για τις ανάγκες των τροφίμων, υπερβολικό αριθμό ανειδίκευτων φυλάκων, γεγονός που οδηγούσε σε πράξεις βίας. Αποτελούσαν ένα χώρο αποκλεισμού, τον κατακερματισμό του ανθρώπινου είδους.

« Οι ασθενείς φτάνουν να διαβιούν στις πιο ακραίες μορφές ιδρυματικής ζωής μέσα σε στρατώνες, σε τμήματα των 90 – 180 ατόμων. Στο 11^ο περίπτερο ζούσαν 1.100 ασθενείς ο ένας δίπλα στον άλλον, χωρίς προσωπικό χώρο και χρόνο. Επικρατούσε παντού φτώχεια: σε προσωπικές σχέσεις, σε προσωπική ταυτότητα, σε προοπτική, σε συναισθήματα και επιθυμίες. Και βία, είτε από φόβο και άγνοια από την πλευρά του προσωπικού είτε από αντίδραση και αντίσταση από την πλευρά των ασθενών»⁸⁰.



Παναγιωτόπουλος Νίκος, «Άσυλο: Ψυχιατρικό Ίδρυμα Λέρου», 1982.

Από τον στόχο της «αποσυμφόρησης» των υπολοίπων μεγάλων ψυχιατρείων, τελικά το ψυχιατρείο της Λέρου μετατράπηκε σε «αποθήκη» αζήτητων ψυχασθενών, με απαράδεκτες και απαξιώτικές για το ανθρώπινο είδος συνθήκες διαβίωσης,

⁸⁰ <https://www.animahome.gr/news/60-leros>

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, ο συνολικός αριθμός των κρεβατιών στα ελληνικά ψυχιατρεία υπολογίζεται περίπου στα 5700 κρεβάτια, ενώ οι μακράς παραμονής άρρωστοι περί τους 3750⁸¹.

Το πρόβλημα του Ψυχιατρείου της Λέρου πήρε διεθνείς διαστάσεις και αποτέλεσε το κέντρο ενδιαφέροντος διαφόρων φορέων και οργανισμών, οι οποίοι διατύπωσαν προτάσεις για τη διάλυση ή τη συρρίκνωσή του. Οι προτάσεις αυτές συναρτώνται με τις προσπάθειες για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Συνοψίζοντας, η ιστορία της φροντίδας της ψυχικής υγείας, από τον 19^ο αιώνα και μετά θα μπορούσε να χωριστεί σε τρεις περιόδους⁸². Η **πρώτη περίοδος**, όπως παρουσιάστηκε ως τώρα, αφορά την άνοδο του ασύλου και χρονολογείται μεταξύ του 1880 και του 1950. Παρατηρείται συγκέντρωση των ασθενών χωρίς καμία διαφοροποίηση σε απομακρυσμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, δίνεται προσοχή κυρίως στις κτιριακές εγκαταστάσεις, πραγματοποιείται κακή επιλογή προσωπικού όπως επίσης και της νομοθεσίας γύρω από την ψυχική υγεία και τη λειτουργία των ιδρυμάτων.

Η **δεύτερη περίοδος** αφορά την παρακμή του ασύλου και χρονολογείται από το 1950 έως το 1980. *«Οι προσπάθειες για την αποϊδρυματοποίηση και τη μεταφορά των χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία βασίστηκαν κατά πολύ στις κοινωνιολογικές, φαρμακολογικές, διοικητικές και νομικές αλλαγές που σημειώθηκαν τη περίοδο αυτή»*.⁸³

Το 1957, αρχίζει να λειτουργεί στην Αθήνα το «Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής», σηματοδοτώντας την προσπάθεια αλλαγής του τύπου θεραπείας από το ίδρυμα στην κοινότητα στη σύγχρονη ελληνική ιστορία. Από πλευράς υπηρεσιών, ιδρύεται το 1971 το πρώτο κέντρο ημέρας στο ΚΨΥ στη Θεσσαλονίκη και το 1977 το πρώτο νοσοκομείο ημέρας στο Αιγινήτειο, ενώ το 1979 ιδρύεται το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα⁸⁴.

Αναδεικνύεται την περίοδο αυτή, η κοινωνική διάσταση της ψυχικής ασθένειας. Η ψυχική οδύνη γίνεται αντικείμενο διαχείρισης της ψυχιατρικής, αναδεικνύοντας μια

⁸¹ Μαδιάνος, Μ. (1994), Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, σελ. 40.

⁸² Thornicroft, G/ Tansella, M. (2010) Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας, σελ. 59-68.

⁸³ Ibid Thornicroft, G./Tansella, M. (2010), σελ.65.

⁸⁴ Ο.π. Στυλιανίδης, Σ. & συν., σελ. 51.

σαφή πρόθεση κοινωνικού ελέγχου σε ομάδες πολιτών που η κοινωνία και η πολιτική αδυνατούν (ή αρνούνται) να επανεντάξουν.

Σημαντικό γεγονός αποτελεί, παράλληλα, η παρασκευή της χλωροπρομαζίνης ως αντιψυχωσικού φαρμάκου, το 1952, η χρήση του οποίου εξαπλώθηκε με ραγδαίους ρυθμούς. Ωστόσο, η άποψη ότι τα φάρμακα αυτά συνετέλεσαν στη μεγάλη μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα ψυχιατρεία, αποτέλεσε αντικείμενο διαφωνιών. Οι περισσότερες απόψεις, συγκλίνουν στο γεγονός ότι αυτή τη περίοδο συντελείται αύξηση του προσωπικού, αλλαγή του τρόπου να πάρει κανείς εξιτήριο, μεγαλύτερη αποδοχή από την οικογένεια και την κοινότητα καθώς και βελτίωση των πρακτικών και των κοινωνικών εγκαταστάσεων. Όλα αυτά συνδυαστικά με τη χρήση φαρμάκων συμβάλλουν στη μεγάλη μείωση του εγκλεισμού των χρόνιων ασθενών.⁸⁵.

Από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής της παραδοσιακής ψυχιατρικής στον ελλαδικό χώρο, καθώς και ομάδες συμπαράστασης στους ψυχιατρικούς εγκλειστούς των ασύλων, οι οποίοι αγωνίζονται για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, χωρίς όμως σημαντικές ιδεολογικές επιρροές στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε αντίθεση με τη κατάσταση στη Δυτική Ευρώπη, όπως την Αντιψυχιατρική του Pinel και το Δημοκρατικό Ψυχιατρικό Κίνημα των Basaglia, Pirella στην Ιταλία.

Η **τρίτη περίοδος** αφορά την ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας και χρονολογείται από το 1980 μέχρι τις μέρες μας. Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση της τρίτης περιόδου και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στην Ελλάδα για την αποασυλοποίηση των ψυχικά νοσούντων από τη χρόνια παραμονή τους στα ιδρύματα, αξίζει να αναφέρουμε ότι η ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν ακολουθεί μια σταθερή γραμμική πορεία από τα άσυλα προς το κοινοτικό σύστημα φροντίδας. Αντιθέτως υπάρχουν πολλές ταλαντεύσεις, γνωστές και ως «κύκλοι φροντίδας».

⁸⁵ Ibid Thornicroft, G/ Tansella, M (2010), σελ.67.

4. Ανάγκη για μια «νέα πραγματικότητα»

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, εντείνονται οι διαμαρτυρίες για τις απάνθρωπες συνθήκες που επικρατούν στα ψυχιατρικά άσυλα, τα οποία θυμίζουν στρατόπεδα συγκέντρωσης. Ελλιπής υλικοτεχνική υποδομή, ανεκπαίδευτοι εργαζόμενοι – προσωπικό, εγκατάλειψη και παραμέληση των έγκλειστων χωρίς κανένα προσανατολισμό φροντίδας και θεραπείας, είναι τα κοινά χαρακτηριστικά των δημόσιων ψυχιατρείων.

Ο θεσμός του ασύλου, ο οποίος εξυπηρετούσε συγκεκριμένες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες, αρχίζει να αμφισβητείται μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, ενώ οι συνέπειές του συνοψίζονται στην έννοια «ιδρυματισμός» που εισάγεται για πρώτη φορά και καλείται η επιστήμη της ψυχιατρικής να αναλάβει τις ευθύνες των πράξεων της και να επιδιορθώσει τα «κακώς κείμενα».

Σημαντική ήταν η συμβολή των αντιψυχιατρικών κινημάτων του Μάη του '68 στον «θάνατο» του ψυχιατρικού ασύλου με την απάνθρωπη μορφή του στρατοπέδου συγκέντρωσης που είχε μέχρι τότε.

4.1 Το κίνημα της Αντιψυχιατρικής. Έναυσμα για αλλαγή.

Το κίνημα της Αντιψυχιατρικής αναπτύχθηκε στη Μεγάλη Βρετανία από τους Ronald Laing και David Cooper. *Αποτελεί μέρος εκείνου του πολύμορφου κινήματος που καταλήγει στην αμφιλεγόμενη επικέντρωση στην υποκειμενικότητα*⁸⁶. Το κίνημα έγινε ευρύτερα γνωστό στον κόσμο κατά τη δεκαετία του 1970, αποκτώντας πολλούς υποστηρικτές. Ο όρος «αντιψυχιατρική» ανήκει στον Cooper, αν και αργότερα τον απέσυρε, προτείνοντας τον όρο *κριτικό κίνημα μέσα στην ψυχιατρική*.

Η ανάδυση του αντιψυχιατρικού κινήματος με πρωτεργάτες τους D. Cooper, R.D Laing και T Szasz στη Μεγάλη Βρετανία και την Αμερική αντίστοιχα, ήρθε σε ρήξη με τις παραδοσιακές παραδοχές της ψυχιατρικής.

Ο Laing – ψυχίατρος και ψυχαναλυτής - επηρεασμένος από την φαινομενολογία και τον υπαρξισμό, διατήρησε εξ αρχής μια κριτική στάση απέναντι στις επιστήμες και

⁸⁶ Ο.π. Τζανάκης, Μ. (2008), σελ.85.

την παραδοσιακή ψυχιατρική. Αρνήθηκε να υιοθετήσει την ιατρική «κατηγοριοποίηση» της ψυχικής ασθένειας και θεωρούσε ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ένα άτομο με διαφορετική «κοσμοθεωρία» από την κοινωνικά αποδεκτή⁸⁷.

Υποστήριξε σθεναρά ότι ο κάθε άνθρωπος νοηματοδοτεί με τον δικό του τρόπο τον κόσμο που τον περιβάλλει, γνωρίζοντας ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να υπάρχει «μέσα σε αυτόν τον κόσμο». Εισήγαγε, επίσης, την έννοια της «ασφαλούς» ύπαρξης για να εξηγήσει την αίτια των ψυχικών διαταραχών. Η επιβεβαίωση που εισπράττει ένα άτομο από τους συνανθρώπους του, το κάνει να νιώθει ασφαλής, ενώ η έλλειψη επιβεβαίωσης τον οδηγεί σε «οντολογική ανασφάλεια», του προκαλεί άγχος, με αποτέλεσμα το άτομο να καταφεύγει στη σχιζοφρένεια. *«Κάθε «εμπειρία» (experience) συνιστά μια πραγματικότητα. Κατά συνέπεια, κάθε διαχωρισμός εμπειρίας και πραγματικότητας συνιστά απρόκλητη βία»⁸⁸.*

Ο Cooper που προηγείται χρονολογικά από τον Laing, άσκησε κριτική στην οικογένεια, την οποία θεωρούσε -όπως και την επιστήμη της ψυχιατρικής - μηχανισμό της καπιταλιστικής κοινωνίας. Η «τρέλα» αποκτά μια πολιτική διάσταση, είναι υπαρκτή και αποτελεί μια απελπισμένη προσπάθεια και έκφραση των ατόμων για απελευθέρωση από την αλλοτριωμένη και καταπιεστική καπιταλιστική κοινωνία. *«Ο «τρελός» λόγος είναι ένας αληθινός λόγος, ο οποίος προσπαθεί να υπερβεί τους κανόνες κανονικότητας, που επιβάλλονται από την άρχουσα τάξη. Η υπέρβαση όμως αυτή αποτελεί έναν κίνδυνο για την κοινωνική συνοχή και επομένως πρέπει να ακυρωθεί και να απαξιωθεί, μέσω του χαρακτηρισμού της ως ασθένεια.»⁸⁹*

Ο θεραπευτικός προσανατολισμός τόσο του Cooper όσο και του Laing, συνίσταται στην αποκατάσταση της διαλεκτικής σχέσης της εμπειρίας με την συμπεριφορά και την αναδιαμόρφωση του δικτύου των διαπροσωπικών και των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο (Περίπτερο 21)⁹⁰.

⁸⁷ Ποταμιάνος, Γ. (2000). Κλινική Ψυχολογία. Σύγχρονα θέματα κλινικής πρακτικής και έρευνας, σελ. 41.

⁸⁸ Ο.π. Τζανάκης, Μ. (2008), σελ. 86.

⁸⁹ Ξενάκη, Λ. (2009). Αφετηρίες της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης., σελ. 103-104.

⁹⁰ Το 1962, οργάνωσε το περίφημο «Περίπτερο 21». Πρόκειται για πειραματική μονάδα για νεαρούς σχιζοφρενείς, της οποίας ανέλαβε τη διεύθυνση. Αναδιοργάνωσε την εν λόγω ψυχιατρική δομή με βάση τις αρχές της ευελιξίας και της οριζόντιας οργάνωσης και έθεσε ως στόχο την ανατροπή του αυτοστιγματισμού των ασθενών και την επεξεργασία της αντίδρασης των εφήβων κατά τη μετάβαση τους στην ενηλικίωση. Τέλος, προσπάθησε να δημιουργήσει μια ομάδα που θα μπορούσε να λειτουργήσει σαν μια οικογένεια που δεν καταστέλλει τα βιώματα και τα συναισθήματα μιας

Συνοψίζοντας, το κίνημα αυτό αποτελεί μια καταγγελία της ψυχιατρικής ως «ψευδοεπιστήμη», η οποία σε συνεργασία με το κράτος λειτουργεί σαν ένας καταπιεστικός μοχλός, ενισχύοντας συγκεκριμένες νόρμες και στερεότυπα αναφορικά με τί είναι φυσιολογικό και τί όχι, συμβάλλοντας στην «αποπροσωποποίηση» του ασθενή και στη στήριξη του καπιταλιστικού συστήματος⁹¹.

4.2 Η «Δημοκρατική Ψυχιατρική» του Basaglia

Το κίνημα της δημοκρατικής ψυχιατρικής αναπτύχθηκε στην Ιταλία στις αρχές της δεκαετίας του 1960, με πρωτεργάτη τον Ιταλό ψυχίατρο Franco Basaglia, ο οποίος έχοντας εγκλειστεί στο παρελθόν σε φυλακή, λόγω της αντιφασιστικής του δράσης, εναντιώνεται σε κάθε μορφή εγκλεισμού.

«Η δημοκρατική ψυχιατρική εντάσσεται σε ένα γενικότερο πνευματικό κίνημα της Ιταλίας των αρχών της δεκαετίας του '60, το οποίο σε συνθήκες ραγδαίας οικονομικής ανόδου, άσκησε κριτική σε θεσμούς που λειτουργούσαν ιδεολογικά. Ένα από τα ιδρύματα αυτά ήταν και το ψυχιατρείο.⁹²»

Ο Basaglia, θεωρούσε πως δεν υπήρχε στην πραγματικότητα καμία διαφορά ανάμεσα στα ψυχιατρεία και στα άσυλα, καθώς και τα δύο εδράζονταν πάνω στον κοινωνικό αποκλεισμό, τον ιδρυματισμό και την ψυχική και σωματική εξουθένωση των εγκλειστων.

Παράλληλα, αμφισβήτησε τις αυθαίρετες θεωρητικές παραδοχές της επίσημης ψυχιατρικής ταξινόμησης και της ορθόδοξης ψυχανάλυσης, θεωρώντας τις απλώς *«ένα ιδεολογικό πρόσχημα το οποίο έχει σαν στόχο να υποκρύψει τις πραγματικές σχέσεις εξουσίας οι οποίες αναπτύσσονται ανάμεσα στην ψυχιατρική επιστήμη και στον πληθυσμό⁹³»*.

κρίσιμης και συγκρουσιακής περιόδου. Ωστόσο, το πείραμα τερματίστηκε με διοικητικές παρεμβάσεις, έπειτα από αντιδράσεις των εργαζομένων. Στο Τζανάκης, Μ., (2008), σελ. 87.

⁹¹ Πασσάς, Δ. (2018). Proceedings of the XXIII World Congress of Philosophy, σελ. 287.

⁹² Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ιταλία ξεκινά το 1968 με τον νόμο Marriotti, ο οποίος όριζε πως ο ψυχίατρος ανάγεται και σε διευθυντή του ιδρύματος καθώς θεωρείται πως γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες των «ασθενών» του και το προσωπικό κατανέμεται στα επιμέρους ψυχιατρεία, ανάλογα με τον αριθμό των εγκλειστων, με στόχο την καλύτερη παροχή φροντίδας. Στο Τζανάκης, Μ (2008), σελ. 89.

⁹³ Ο.π. Μαλαίνος, Π. , σελ. 131.

Η δημοκρατική ψυχιατρική (ή «αντι-ιδρυματική» ψυχιατρική) διαφοροποιείται από την αντιψυχιατρική και τις συναφείς προσεγγίσεις. Αναφέρεται σε έναν κοινοτιστικό προσανατολισμό, ερμηνεύοντας την εξατομίκευση των σύγχρονων κοινωνιών ως μια διαδικασία που οδηγεί στην αποξένωση. Η ψυχιατρική οφείλει να αποσκοπεί στην επιστροφή του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον, δηλαδή στην κοινωνία.

Η μετατόπιση του κέντρου της θεραπείας από το ίδρυμα στην κοινότητα και η διεργασία της αποϊδρυματοποίησης, αποτέλεσε σημαντικό αγώνα του Basaglia, τονίζοντας ότι η πάλη ενάντια στην ιδρυματοποίηση, δεν ολοκληρώνεται με τη θέσπιση ενός δικτύου εναλλακτικών μορφών, αλλά αποτελεί μια διαδικασία που αφορά το σύνολο των τοπικών φορέων, πρωτίστως όμως είναι ένα κοινωνικό και πολιτικό ζήτημα.

4.3 Αποϊδρυματοποίηση ή Απονοσοκομειοποίηση;

Ο όρος «ιδρυματισμός», εισήχθη για πρώτη φορά από τον ψυχολόγο Rene Spinz το 1945, για να περιγράψει τις ειδικές διαταραχές των βρεφών τα οποία είχαν υποβληθεί σε μια παρατεταμένη ιδρυματική ζωή και στερήθηκαν τη μητρική φροντίδα⁹⁴.

Το φαινόμενο του ιδρυματισμού παρατηρείται σε περιπτώσεις μακρόχρονης παραμονής σε ένα κλειστό ίδρυμα, όπως ένα ψυχιατρικό άσυλο, λεπροκομείο, φυλακή, αποτελώντας την εκδήλωση μιας σχέσης εξάρτησης με τον θεσμό του εκάστοτε ιδρύματος. Το φαινόμενο αυτό, είναι αποτέλεσμα της χρόνιας προσαρμογής στις κοινωνικές δομές ενός ιδρύματος, το οποίο διαφέρει κατά πολύ με τις συνθήκες έξω από αυτό.

«Ανάμεσα στον έγκλειστο και το κλειστό ίδρυμα αναπτύσσεται μια απόλυτη σχέση εξάρτησης. Η αποδοχή, η εσωτερίκευση της εξάρτησης μέσα σ' ένα ασφυκτικό πλαίσιο εγκλεισμού, συχνά οδηγεί σε μια παλινδρόμηση, σε μια επιστροφή σε πρώιμα στάδια της ψυχοδιανοητικής εξέλιξης. Κι εδώ εντάσσονται φαινόμενα όπως η αποεπένδυση του σώματος, το πρώιμο γήρας, διαταραχές της σεξουαλικότητας, αναστολή της ψυχοκοινωνικής δραστηριότητας, συναισθηματική αδιαφορία, έντονη ερεθιστικότητα. Τα γνωρίσματα αυτά στοιχειοθετούν το καταστροφικό για την ψυχική υγεία του

⁹⁴

<https://docplayer.gr/10991540-Savvas-mpakirtzogloy-psyhologos-psyhanalytis-to-psyhanalytiko-lexilogio-toy-idrymatismoy.html>

εγκλείστων γνωστό σύνδρομο του «ιδρυματισμού». Συγγενικά με τον ιδρυματισμό σύνδρομο είναι η απανθρωποίηση , η ιδρυματική νεύρωση και η κοινωνική κατάρρευση.⁹⁵»

Μέσα στην έννοια του ιδρυματισμού, εγκλείεται τόσο το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο η εκάστοτε κοινωνία αντιμετωπίζει το φαινόμενο της ψυχικής αρρώστιας, όσο και την ισοπεδωτική προσαρμογή των ατόμων που είναι μέλη αυτού του θεσμικού πλαισίου σε τέτοιο βαθμό, που καθίσταται δύσκολη η επανένταξή τους στη κοινωνία.

Το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης (deinstitutionalization), συνίσταται στον αναστοχασμό της ψυχικής ασθένειας , τη διάρθρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και το ρόλο των επαγγελματιών. Ως λύση προτείνεται το κλείσιμο του ψυχιατρικού νοσοκομείου – ασύλου και την αντικατάσταση του από ένα δίκτυο δομών και υπηρεσιών που θα επιτρέπουν στο άτομο να παραμένει στο φυσικό του χώρο.

Το μοντέλο της απονοσοκομειοποίησης (dehospitalization), βασίζεται στο δραστικό περιορισμό των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων ή ακόμα και στο κλείσιμό τους, με παράλληλη ενίσχυση της ελεύθερης αγοράς υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας. *«Η λογική που διαπερνά αυτόν τον προσανατολισμό υπέρβασης του ασυλιακού μοντέλου είναι η φιλελευθεροποίηση του ψυχιατρικού συστήματος και η δημοσιονομική πολιτική περιστολής των δημοσίων δαπανών.⁹⁶»*

Οι περισσότερες χώρες της δυτικής Ευρώπης ακολούθησαν μεταρρυθμιστικές πολιτικές στον τομέα της ψυχιατρικής που περιλάμβαναν τον συνδυασμό και των δύο μοντέλων. Σύμφωνα, με το μεικτό αυτό μοντέλο, βασίστηκαν στην συνύπαρξη της κοινοτικής ψυχιατρικής με το παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο.

⁹⁵ Τσαλίκoglou, Φ. (1996). Μυθολογίες βίας και καταστολής, σελ. 195.

⁹⁶ Ο.π. Τζανάκης, Μ. (2008), σελ. 98.

5. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

5.1 Ιστορικοκοινωνικό πλαίσιο

Η ανάγκη για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στα ψυχιατρεία συνέπεσε χρονικά με τρία σημαντικά γεγονότα⁹⁷:

- Την ανοικοδόμηση των δυτικών χωρών μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου σε οικονομικό, κοινωνικό και ηθικό επίπεδο, εξασφαλίζοντας τις προϋποθέσεις για κριτική των δυτικών χωρών.
- Τον υπερκορεσμό των ψυχιατρικών ιδρυμάτων ως άμεση απόρροια του πολέμου, θέτοντας το μεγάλο οικονομικό κόστος των μεγάλων κρατικών ψυχιατρείων, ιδιαίτερα την μεταπολεμική περίοδο με τις εξαθλιωμένες οικονομίες.
- Την ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης, του πρώτου ψυχωσικού φαρμάκου στις Η.Π.Α το 1952, επιτρέποντας στους ψυχικά ασθενείς να ζήσουν πλέον στον φυσικό τους χώρο καθώς θεωρείτο ότι έλυνε το πρόβλημα της «επικινδυνότητάς» τους.

Σ αυτό το πλαίσιο ξεκίνησαν οι περισσότερες δυτικές χώρες τα πρώτα μεταρρυθμιστικά προγράμματα για την υπέρβαση του ασυλιακού μοντέλου και την εφαρμογή μιας νέας πολιτικής ψυχικής υγείας με το κλείσιμο μεγάλων εξειδικευμένων νοσοκομείων και τη δημιουργία κοινοτικού τύπου ψυχιατρικών δομών.

Ο πρώτος σημαντικότερος σταθμός ήταν ο νόμος του 1959 για την Ψυχική Υγεία (Mental Health Act) στη Μεγάλη Βρετανία, η οποία ενέταξε την ψυχιατρική περίθαλψη στο γενικό σύστημα υγείας πριν από τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο. Ο νόμος αυτός φιλοδοξούσε να αναπτύξει ένα δίκτυο ψυχιατρικής φροντίδας «μέσα στη κοινότητα», να επανεντάξει στην κοινωνία τους πρώην νοσηλευόμενους και να κλείσει οριστικά τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα⁹⁸.

⁹⁷ Ο.π Παξινός, Ι. (2001), σελ. 73.

⁹⁸ Ο.π Τζανάκης, Μ. (2008), σελ. 94.

Στην Ιταλία, η ψήφιση του νόμου 180 (Νόμος Basaglia), προέβλεπε το κλείσιμο των ψυχιατρείων, τη δημιουργία κοινοτικών δομών και τη διακοπή των νέων εισαγωγών.

Στη Γαλλία, η ψυχιατρική του τομέα (psychiatrie de secteur) το 1960, συνέβαλε στην κοινωνικοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών με τη παράλληλη λειτουργία της δομής του ασύλου, ως υποστηρικτική υπηρεσία για σοβαρές περιπτώσεις. Κάθε νομός της χώρας είχε διαιρεθεί σε τομείς ευθύνης μιας συγκεκριμένης ιατροκοινωνικής ομάδας, γεγονός που συνέβαλε στην αρχή της προσβασιμότητας και στη θεραπευτική συνέχεια.

Στις Η.Π.Α, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας το 1963 που αναπτύχθηκαν μεταπολεμικά, μετατρέπονται σε κέντρα κοινωνικής πρόνοιας. Επιχειρήθηκε μια πολιτική απονοσοκομειοποίησης, σε μια λογική μείωσης των δημοσίων δαπανών, με αποτέλεσμα η ψυχιατρική φροντίδα να περιέλθει στις κοινοτικές δομές και στα ιδιωτικά ψυχιατρικά ιδρύματα.

Φυσικά, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, ιδιαίτερα σημαντική ήταν και η επιρροή των αντιψυχιατρικών κινημάτων και της δημοκρατικής ψυχιατρικής.

5.2 Η έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Ο όρος «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» αναφέρεται στην *«αναδόμηση όλων εκείνων των θεσμικών και λειτουργικών πτυχών που ρυθμίζουν την οργάνωση του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών»⁹⁹*.

Στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αποτελεί η υπέρβαση του ψυχιατρικού ασύλου και η αντικατάσταση του από ένα σύνολο κατάλληλων εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών, τα οποία θα συμβάλλουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών, στην δόμηση της λειτουργικότητάς τους και στην επανένταξή τους στην κοινωνία.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμισης αφορά *«το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να*

⁹⁹ Μαδιάνος, Μ. (1994). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της , σελ. 25.

παραμένει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη¹⁰⁰».

Πρόκειται, συνεπώς για μια διαδικασία που αφορά αρχικά την αποδόμηση του «παλαιού». Των θεσμών, δηλαδή που έχουν δημιουργηθεί γύρω από την ψυχική ασθένεια, την υπέρβαση των ασυλιακών δομών και του ιδρυματισμού των ατόμων ως άμεση συνέπειά τους. Παράλληλα, είναι μια διαδικασία δόμησης του «καινούριου». Δόμηση μιας νέας προσέγγισης, όπου η ψυχική υγεία αποτελεί ένα νέο αντικείμενο που καλούμαστε να φροντίσουμε, σε νέο πλαίσιο, με καινούριους στόχους και φυσικά, άλλους πρωταγωνιστές.

5.3 Κράτος Πρόνοιας - Κοινωνική πολιτική και Ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Προτού αναλυθεί διεξοδικά η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση που ακολούθησε στην Ελλάδα και τα προγράμματα που εφαρμόστηκαν, κρίνεται σκόπιμη μια αναφορά στους ορισμούς «κράτος πρόνοιας» και «κοινωνική πολιτική» για την καλύτερη και πληρέστερη κατανόηση του ζητήματος της αντιμετώπισης της ψυχικής υγείας στην χώρα μας.

Η κοινωνική πολιτική νοείται ως η «διορθωτική ή προληπτική παρέμβαση στην κοινωνική πραγματικότητα, με τη λήψη μέτρων που αποσκοπούν στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και την προαγωγή της κοινωνικής δικαιοσύνης¹⁰¹». Αν και μορφές κοινωνικής πολιτικής συναντώνται αρκετά νωρίς στην ανθρώπινη ιστορία, η σύγχρονη κοινωνική πολιτική είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την έννοια του «κράτους πρόνοιας» ή «κράτους ευημερίας».

Ο όρος «κράτος πρόνοιας» έχει επικρατήσει διεθνώς στη μεταπολεμική περίοδο, και αντιστοιχούσε «στη διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους στις αναπτυγμένες καπιταλιστικές κοινωνίες¹⁰²». «Αναλαμβάνει μορφές κοινωνικής πολιτικής και αποτελεί συγχρόνως ένα ιδεατό μοντέλο κράτους, βασισμένο στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της σχεδιασμένης συλλογικής δράσης, με απώτερο

¹⁰⁰ Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια», σελ. 71.

¹⁰¹ Ιωαννίδη, Ε./Μάντη, Π./Λοπατατζίδης, Α. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. (τόμ. Α'). Υγεία: Οριοθετήσεις και προοπτικές, σελ. 21.

¹⁰² Στασινοπούλου, Ο. (2006) Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική εξέλιξη – Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, σελ. 19.

στόχο την επίτευξη – ποσοτικά και ποιοτικά – της ευημερίας των πολιτών του και την εξάλειψη, ή τουλάχιστον τη σημαντική μείωση, της κοινωνικής ανισότητας¹⁰³.

Η πρόνοια, συνεπώς, «εκδηλώνεται» μέσω της κοινωνικής πολιτικής την οποία εφαρμόζει σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή ένα συγκεκριμένο κράτος. Το «Κράτος Πρόνοιας» ή το «Κοινωνικό Κράτος» δεν αποτελεί μια ιδιαίτερη, ξεχωριστή μορφή κράτους, αλλά μια συγκεκριμένη μορφή του εθνικού, αστικού κράτους, το οποίο χαρακτηρίζεται από την ευρεία κοινωνική του λειτουργία και το οποίο φροντίζει για την προστασία και την ευημερία των πολιτών του.

Η κοινωνική πολιτική που υιοθετείται από κάθε χώρα είναι άμεσα εξαρτημένη από τη μορφή και τον ρυθμό ανάπτυξης της¹⁰⁴.

Το κράτος πρόνοιας συγκροτήθηκε στην Ελλάδα τη δεκαετία του 1970, αρκετά καθυστερημένα σε σύγκριση με τις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες. Τα αίτια ήταν κυρίως οικονομικά, κοινωνικά, πολιτικά και πολιτιστικά (η πελατειακή λειτουργία του ελληνικού μετεμφυλιακού αυταρχικού συστήματος, το περιορισμένο ειδικό βάρος του βιομηχανικού κεφαλαίου, το χαμηλό επίπεδο μισθωτής εργασίας και μια γενικότερη υστέρηση του φορντικού μοντέλου¹⁰⁵).

Στην Ελλάδα, ο νόμος ΨΜΒ του 1862 «Περί συστάσεως φρενοκομείων», που ίσχυσε έως το 1973, ήταν το βασικότερο νομοθέτημα από το σύστημα του ελληνικού κράτους για την ψυχική υγεία, εμπνευσμένο από τον γαλλικό νόμο του 1838. Το Υπουργείο Εσωτερικών που ήταν υπεύθυνο για τα θέματα υγείας, προχώρησε στην ίδρυση και λειτουργία νοσοκομείων και φρενοκομείων που στηρίζονταν στον ιδιωτικό φιλανθρωπικό τομέα και στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό, εγκαταλείποντας την ιδέα των δημοτικών νοσοκομείων¹⁰⁶.

Από το 1910 έως το 1944 οι συνεχείς πόλεμοι στρέφουν την προσοχή του κράτους και της κοινωνίας προς το εθνικό ζήτημα. Τα κοινωνικά προβλήματα, όπως η φτώχεια, η ανεργία αλλά και η υγεία επανεξετάζονται και γίνονται οι απαραίτητες κινήσεις για την αντιμετώπισή τους. Στο δημόσιο τομέα, δημιουργήθηκε το 1917 για

¹⁰³ Ο.π Ιωαννίδη Ε. & συν. (1999), σελ. 21.

¹⁰⁴ Ο.π. Στασινοπούλου, Ο. (2006), σελ.62.

¹⁰⁵ Κοντιάδης, Ξ. (2008), Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας, σελ. 39-40.

¹⁰⁶ Θεοδώρου, Μ./ Μητροσύλη, Μ. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, σελ. 110

πρώτη φορά υπουργείο με την επωνυμία Υπουργείο Περίθαλψης, το οποίο το 1922 μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Υγιεινής – Πρόνοιας – Αντιλήψεως». Διαπιστώνεται μια τάση οργάνωσης της Διεύθυνσης Υγιεινής και των υγειονομικών υπηρεσιών εκείνη την περίοδο, παράλληλα με την έκδοση νομοθετικών διαταγμάτων που αφορούσαν αφενός την οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων αφροδίστιων και δερματικών νοσημάτων, των ψυχιατρείων και του λεπροκομείου Σπιναλόγκα¹⁰⁷.

Από τη μεταπολίτευση και μετά, γίνεται συνείδηση του ελληνικού κράτους το κοινωνικό αίτημα για εκσυγχρονισμό του υγειονομικού συστήματος, η εναρμόνισή του με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών των ατόμων και η ευημερία του κοινωνικού συνόλου¹⁰⁸.

Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ (1948) ορίζει στο άρθρο 25 ότι: *«Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένειά του υγεία και ευημερία και ειδικότερα ιατρική περίθαλψη {...} (Καθένας) έχει δικαίωμα σε ασφάλιση για την αρρώστια... για την αναπηρία...»*

Στο Γαλλικό Σύνταγμα του 1946 ορίζεται ότι: *«Το Έθνος εγγυάται σε όλους ... την προστασία της υγείας»* και στο άρθρο 32 του Ιταλικού Συντάγματος του 1948 αναφέρεται ότι: *«Η δημοκρατία προστατεύει την υγεία ως θεμελιώδες δικαίωμα του ατόμου και συμφέρον της κοινότητας και εγγυάται τη δωρεάν περίθαλψη των απόρων».*

Το 1958, ο Π.Ο.Υ ορίζει την υγεία ως *«την κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας»*. Η υγεία αποκτά μια διάσταση με κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Στο Σύνταγμα του 1975 κατοχυρώνεται ουσιαστικά στην Ελλάδα το κοινωνικό κράτος δικαίου, στο άρθρο 21, παρ. 3, στο κεφάλαιο *«Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα»* ορίζεται ότι: *«Το κράτος μεριμνά διά την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα διά την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και διά την περίθαλψη των απόρων»¹⁰⁹.*

¹⁰⁷ Ό.π Θεοδώρου Μ./Μητροσύλη, Μ. (1999), σελ.113.

¹⁰⁸ Μρoutsiou, St. / Sarafis, P. (2013) Southern european model welfare state and economic crisis, p.

149

¹⁰⁹ <https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-21/>

Αξίζει σε αυτό το σημείο να τονιστεί η διαφορά του κράτους πρόνοιας με το κοινωνικό κράτος. Το κράτος πρόνοιας είναι «ένα σύνολο θεσμών που διασφαλίζουν την ενεργοποίηση την κρατικής εξουσίας για το μετασχηματισμό της αναπαραγωγής του εργατικού δυναμικού και τη συντήρηση του μη εργαζόμενου πληθυσμού σε μια καπιταλιστική κοινωνία», ενώ το κοινωνικό κράτος «εκφράζει μια συγκεκριμένη συνταγματική, νομοθετική και διοικητική – οργανωτική τυποποίηση των παροχικών και ρυθμιστικών μηχανισμών του κράτους¹¹⁰».

Μέχρι και το 1984, η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα ήταν συγκεντρωτική, με υπερπλήρη ψυχιατρεία και μέσο χρόνο παραμονής να υπερβαίνει τα δύο χρόνια, ενώ κάποιοι έγκλειστοι διέμεναν πάνω από είκοσι χρόνια σε μερικά από αυτά (Λέρος, Δρομοκαΐτειο)¹¹¹.

Ωστόσο, υπήρχαν και κάποιες πρωτοβουλίες - εξαιρέσεις εκείνη τη περίοδο, που σταδιακά βοήθησαν το δρόμο προς την ασυλοποίηση και την κοινοτική περίθαλψη. Το 1972 ιδρύθηκε ένα πρώτο Κέντρο Ημέρας στο ΚΨΥ της Θεσσαλονίκης, ενώ το 1978 οργανώθηκε από τον Γ. Μαντωνάκη στο Αιγινήτειο το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας. Στο Δαφνί, ο Ν. Ρασιδάκης, είχε προσδώσει στον κλινικό χώρο έναν ανθρώπινο χαρακτήρα, είχε αναπτύξει ένα πρόγραμμα «βιομηχανικής απασχολησιοθεραπείας», ενώ παράλληλα προσπάθησε να εφαρμόσει πειραματικά τον θεσμό των θετών οικογενειών για κάποιους λειτουργικούς χρόνιους έγκλειστους¹¹².

¹¹⁰ Ό.π Κοντιάδης, Ξ. (2008), σελ. 18.

¹¹¹ Συνήγορος του πολίτη (2009), Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ανάγκες – Προτάσεις – Λύσεις, σελ. 15.

¹¹² Ό.π Συνήγορος του Πολίτη (2009), σελ. 15.

6. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Απαρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της χώρας μας, αποτέλεσε το σκάνδαλο της Λέρου. Η «Αποικία Ψυχοπαθών», όπως έμεινε γνωστή στην ιστορία, αποτέλεσε σημαίνοντα τόπο της διαδικασίας αλλαγής της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς αποτελούσε έναν απάνθρωπο και εξευτελιστικό – για το ανθρώπινο είδος – τόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών και ένα ξεπερασμένο τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης.

Οι απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των έγκλειστων ψυχικά ασθενών, οι οποίοι κείτονταν γυμνοί και αλυσοδεμένοι, προκάλεσαν τη διαμαρτυρία των αγροτικών ιατρών που υπηρετούσαν στο νησί της Λέρου, κοινοποιώντας τη κατάσταση στον ελληνικό και διεθνή τύπο¹¹³.

Η Ελλάδα, όντας καινούριο μέλος της τότε ΕΟΚ και αντιμετωπίζοντας σοβαρότατες κατηγορίες περί καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αναγκάστηκε να δεχθεί την παρέμβαση της Ευρώπης. Με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και συγκεκριμένα με τον Κανονισμό 815/84 ξεκινά το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ουσιαστικά ξεκίνησε με την ψήφιση του Ν. 1397/1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πραγματοποιώντας τη συνταγματική εντολή για κρατική μέριμνα στον τομέα της υγείας (άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος), διεύρυνε τα όρια του κοινωνικού κράτους και θέσπισε ένα μικτό σύστημα υγείας με έντονα στοιχεία κρατικού παρεμβατισμού¹¹⁴.

Μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση στα τέλη του 1995, καταρτίστηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα με την κωδική ονομασία «Ψυχαργώς», το οποίο στόχευε στη συνέχιση της μεταρρύθμισης.

Πριν την διεξοδική ανάλυση της πορείας της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, κρίνεται σκόπιμο σε αυτό το σημείο, να παραθέσουμε μια βασική παραδοχή για το σύνολο της, η οποία συνοψίζεται στη φράση «υπόθεση της καθυστέρησης». Σύμφωνα με τον Τζανάκη, η έναρξη της μεταρρύθμισης προέκυψε από τη «διεθνή κατακραυγή» για τις συνθήκες διαβίωσης στη Λέρο (αν και τόσο η ψυχιατρική όσο

¹¹³ <https://christostsantis.com/2016/03/19/leros-istoria-mias-psyxoapoikias/>

¹¹⁴ Ό.π Θεοδώρου, Μ/ Μητροσύλη Μ. (1999), σελ. 127.

και η «θεσμική» κοινότητα γνώριζε πολύ καλά τις απάνθρωπες συνθήκες που επικρατούσαν στα ψυχιατρεία), προκαλώντας το έναυσμα για την οικονομική ενίσχυση από την Ε.Ε και την συνολική αλλαγή στο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης. Επίσης, όσον αφορά το σχεδιασμό, πρόκειται κατά κύριο λόγο για μια αντιγραφή των δυτικών μοντέλων, που δεν είναι εφικτό να αφομοιωθούν στην ελληνική πραγματικότητα αν δεν έχει προηγηθεί κάποια προεργασία σε επίπεδο σχεδιασμού ή καταγραφή των δεδομένων αναγκών της ελληνικής ψυχιατρικής περίθαλψης. *«Επί της ουσίας, το μοντέλου κοινωνικού εκσυγχρονισμού του οποίου εργαλειακή έκφραση ήταν και η μεταρρυθμιστική προσπάθεια στον τομέα της ψυχικής υγείας, αποτελεί μια συνεπή και επαναλαμβανόμενη εκδήλωση του ελληνικού πολιτικού συστήματος να εντάσσει ξενόφερτα μοντέλα με μη σχεδιασμένο, αποσπασματικό και πολλές φορές βίαιο τρόπο¹¹⁵».*

6.1 Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Η ίδρυση του «Εθνικού Συστήματος Υγείας» με τον Ν. 1397/1983 σε συνδυασμό με την ένταξη της χώρας μας στην τότε ΕΟΚ, αποτέλεσαν δύο σημαντικά γεγονότα για τη μεταρρύθμιση που ακολούθησε στη ψυχιατρική περίθαλψη.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης της Ελλάδας εμφάνιζε μια πληθώρα ελλείψεων και αρνητικών χαρακτηριστικών στη δομή και στο χαρακτήρα του. Ο συγκεντρωτισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η έλλειψη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγείας και ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία, η απουσία της τομεοποίησης, η άνιση γεωγραφική κατανομή του προσωπικού (ψυχιατρικού και νοσηλευτικού) ανάμεσα στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία και στον τομέα υγείας, η άνιση κατανομή των κρατικών επιχορηγήσεων μεταξύ των κρατικών ψυχιατρικών νοσοκομείων, καθώς και η έλλειψη ειδίκευσης του προσωπικού και η ανορθολογική διαχείριση των πόρων, είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που δεν επέτρεπαν την ικανοποίηση των αναγκών της ψυχιατρικής νοσηρότητας και τον επακόλουθο αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασθενών¹¹⁶.

¹¹⁵ Ο.π. Μαλαΐνος, Μ. (2016), σελ. 156.

¹¹⁶ Μαδιανός, Μ. (2005), Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, σελ. 545.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτέλεσε τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Για πρώτη φορά, η χώρα απέκτησε ένα οργανωμένο σύστημα υγείας, στο οποίο όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση με ίσο τρόπο, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν (άρθρο 1)¹¹⁷.

Το Ε.Σ.Υ θεσπίστηκε σύμφωνα με το πρότυπο της βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service / NHS). Καθιερώθηκε ως ένα ενιαίο αποκεντρωτικό σύστημα με κύριο στόχο την ενιαιοποίηση του υγειονομικού συστήματος. Χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και οργανώνεται σε κρατικές υπηρεσίες ή σε δημόσια νομικά πρόσωπα ή/και σε ιδιωτικά νομικά πρόσωπα που ελέγχονται από το κράτος¹¹⁸.

Ειδικότερα, με το άρθρο 21 του ίδιου νόμου, αναφέρεται ότι η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, από το ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου και από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ).

Ο Ψυχιατρικός τομέας του Γενικού Νοσοκομείου έχει την έδρα του στο Γενικό Νοσοκομείο και αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης και τις αντίστοιχες ιατρικές υπηρεσίες. Αποστολή του είναι η παροχή ολιγοήμερης νοσηλείας και η οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Τα Κ.Ψ.Υ βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Νοσοκομείο όπου υπάγονται, καθώς και με το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας. Σκοπός τους είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η παροχή δωρεάν υπηρεσιών συμβουλευτικής, διάγνωσης, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης/ κοινωνικοποίησης του αρρώστου.

Τέλος, τα περιστατικά που χρίζουν μακρόχρονης νοσηλείας παραπέμπονται στα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, για τα οποία ορίζεται (με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας) ο τρόπος αναδιοργάνωσής τους, με στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών¹¹⁹.

¹¹⁷ Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», άρ. 1, π.2 Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1397-1983.html>

¹¹⁸ Ο.π Οικονόμου, Χ. (2013), σελ. 108.

¹¹⁹ Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», άρ. 21, π.4.

Η συγκεκριμένη νομοθετική προσπάθεια αποσκοπεί σε μια αναδιάρθρωση του συστήματος των υπηρεσιών υγείας, το οποίο οργανώνεται σε αποκεντρωμένη βάση και πυρήνας του είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δεν καθορίζεται ο βαθμός της τομεοποίησης, ούτε γίνεται αναφορά στη διασύνδεση του Κ.Ψ.Υ με την κοινότητα και στο ρόλο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης¹²⁰.

6.2 Ο Κανονισμός 815/1984

Η δημοσιοποίηση των απάνθρωπων συνθηκών διαβίωσης των έγκλειστων στα ελληνικά ψυχιατρεία και η υποχρέωση της Ελλάδας ως μέλους της τότε ΕΟΚ να αναμορφώσει το σύστημα υγείας της αποτέλεσαν σημαντικοί παράγοντες για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης.

Το 1984, συγκροτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μια Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, η οποία εκπόνησε ένα πενταετές σχέδιο για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, υποβάλλοντάς το στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή ζητώντας την οικονομική συνδρομή της¹²¹.

Οι στόχοι του σχεδίου ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ο αποϊδρυματισμός των χρόνιων ασθενών, η ίδρυση ΚΨΥ και ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία, η δημιουργία υπηρεσιών επαγγελματικής αποκατάστασης και μετανοσοκομειακής περίθαλψης καθώς και η οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το προσωπικό ψυχικής υγείας¹²².

Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων με τον Κανονισμό (ΕΟΚ)815/84 χορήγησε στην Ελλάδα για τη χρονική περίοδο 1984-1988 έκτακτη οικονομική υποστήριξη στον κοινωνικό τομέα (120 εκ. μονάδες ECU¹²³) για την ανέγερση, διαρρύθμιση και εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης και κέντρων επαγγελματικής

¹²⁰ Ό.π Μαδιανός, Μ. (1994), Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της, σελ. 226.

¹²¹ Ό.π Μαδιανός, Μ. (2005), σελ. 546.

¹²² Στυλιανίδης & συν. (2014), Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής, σελ. 169-170.

¹²³ Από τα 120.000.000 ECU, τα 60εκ. θα διεισθύνοντο στο Υπουργείο Εργασίας (σκέλος Α' του Κανονισμού 815) και τα υπόλοιπα 60εκ. θα διεισθύνοντο στο Υπουργείο Υγείας, πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (σκέλος Β' του Κανονισμού 815) Στο: Μαδιανός, Μ. (1994), Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, σελ. 229.

αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες¹²⁴.

Όπως αναφέρει ο Μαδιανός, «μεταξύ των ετών 1984-1988 εγκρίθηκαν 182 αιτήσεις για προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ενώ για το διάστημα 1988-1991 εκκρεμούσαν 67 αιτήσεις. Από το σύνολο των προγραμμάτων, τα περισσότερα ήταν κατασκευαστικά ή γενικότερης υποδομής, ενώ μόνο 64 προγράμματα είχαν πειραματικό-λειτουργικό χαρακτήρα και 20 αφορούσαν εκπαίδευση προσωπικού ή υποτροφίες¹²⁵».

Η υλοποίηση, ωστόσο, των προγραμματικών στόχων που είχαν τεθεί αποδείχθηκε αρκετά δύσκολη. Οι μεγάλες καθυστερήσεις ως προς το χρονοδιάγραμμα που είχε τεθεί είχαν σαν αποτέλεσμα την αδυναμία απορρόφησης μεγάλου μέρους των ευρωπαϊκών κονδυλίων και τη δημιουργία μικρότερου αριθμού μονάδων από τις αρχικά προβλεφθείσες.

Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, με ένα νέο Κανονισμό (4130/1988), έδωσε παράταση στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/1994, για τη μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών της υπηρεσιών, χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή υπό τον όρο «να εφαρμοστούν μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου με την παροχή εκ μέρους των Κοινοτήτων τεχνικής βοήθειας για σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης¹²⁶».

Το σκάνδαλο της Λέρου στις 7/7/1990, αποτέλεσε σταθμό στις μετέπειτα εξελίξεις της μεταρρύθμισης. Η Κοινότητα, παρακολουθώντας τις περιορισμένες δράσεις της Ελλάδας για τη Λέρο και τη γενικότερη καθυστέρηση στην υλοποίηση του Προγράμματος Β' του Κανονισμού, αποφάσισε να αναστείλει την έγκριση νέων προγραμμάτων για τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Η ελληνική κυβέρνηση υπέβαλλε ένα νέο σχέδιο δράσης για το Ψυχιατρείο Λέρου («Λέρος Ι»), στοχεύοντας στον αποϊδρυματισμό, στην αποκατάσταση και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης μεγάλου ποσοστού ασθενών. Το σχέδιο αυτό

¹²⁴ Κανονισμός (ΕΟΚ) 815/84 «Για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα», άρ. 1., Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:31984R0815&from=EN>

¹²⁵ Ό.π Μαδιανός, Μ., (1994), σελ. 229.

¹²⁶ Ό.π Μαδιανός, Μ., (1994), σελ.235.

εγκρίθηκε από την Κοινότητα το Δεκέμβριο του 1990, σαν ένα διετές ειδικό πρόγραμμα (1991-1992)¹²⁷.

Το Δεκέμβριο του 1991, η Κοινότητα συνέχισε τη χρηματοδότηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας με νέο αναθεωρημένο πρόγραμμα αλλά και ένα ειδικότερο πρόγραμμα για την αποασυλοποίηση και τη βελτίωση των δομών και συνθηκών διαβίωσης των έκλειστων στη Λέρο («Λέρος II»).

Παράλληλα, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ίδρυσε το 1990 την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, η οποία υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση Υγείας, για να διευκολύνει διοικητικά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση¹²⁸, καθώς επίσης δημιούργησε την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του ΚΕΣΥ και ένα σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης για τον καλύτερο προγραμματισμό των υπηρεσιών¹²⁹.

Η οικονομική ενίσχυση της Κοινότητας, κάτω από όλες αυτές τις ενθαρρυντικές κινήσεις-δράσεις της ελληνικής κυβέρνησης, συνέχισε την οικονομική ενίσχυση μέχρι και το τέλος του 1994 (εξάμηνη παράταση σε μερικές δράσεις μέχρι τον Ιούνιο του 1995).

Συνοπτικά, οι στρατηγικοί στόχοι του Προγράμματος Β' του Κανονισμού 815/84 ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο αποϊδρυματισμός των χρόνιων ασθενών και η μετακίνησή τους σε εναλλακτικές κοινοτικές δομές καθώς και η εκπαίδευση και η κατάρτιση του προσωπικού ψυχικής υγείας.

Ο Κανονισμός 815/84, σε συνδυασμό με την αναθεώρηση βάσει του Κανονισμού 4130/88, συνέβαλε σημαντικά στην ανάπτυξη ενός δικτύου θεραπευτικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών και δομών στην κοινότητα ή σε γενικά νοσοκομεία, καθώς και στη μείωση των ασθενών χρόνιας παραμονής στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1¹³⁰.

¹²⁷ Commission of the European Communities (1995) "Final Report in the implementation of Council Regulation (EEC) 815/84 on exceptional financial support in favour of Greece in the social field", p. 23.

Διαθέσιμο στο: <http://aei.pitt.edu/12645/1/12645.pdf>

¹²⁸ Δεπάστας, Χ. (2018), Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, σελ. 121.

¹²⁹ Ό.π Μαδιανός, Μ. (2005), σελ. 547.

¹³⁰ Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας, σελ. 13. Διαθέσιμο στο: http://www.edespa-ygeia.gr/Uploads/operation-planning/action-plans/mental_health_plan.pdf

ΠΕΣΥ	Ψυχιατρικά Νοσοκομεία		Ξενώνες / Διαμερίσματα	
	1983	2001	1983	2001
Αν. Μακεδονίας και Θράκης	0	1	0	7
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	0	0	0	1
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	0	2	0	35
Δυτικής Μακεδονίας	0	0	0	0
Ηπείρου	0	0	0	8
Θεσσαλίας	0	0	0	6
Ιονίων Νήσων	0	1	0	3
Δυτικής Ελλάδας	0	0	0	6
Στερεάς Ελλάδας	0	0	0	8
Α-Β-Γ Αττικής	0	3	15	57
Πελοποννήσου	0	1	0	9
Βορείου Αιγαίου	0	0	0	1
Νοτίου Αιγαίου	0	1	0	42
Κρήτης	0	1	0	9

Πίνακας 1. Συνοπτική παρουσίαση Αλλαγών κατά την 20ετία 1980-2000. .

(Αναδημοσίευση από το Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας)

Με την διαδικασία της αποασυλοποίησης και των εναλλακτικών κοινοτικών δομών μειώθηκε ο αριθμός των χρόνιων ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και η μέση διάρκεια νοσηλείας σε αυτά. Αυξήθηκε, επίσης το προσωπικό των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων με την παράλληλη προσπάθεια ευαισθητοποίησή τους με εκπαιδευτικά σεμινάρια και προγράμματα.

Η κατάσταση άλλαξε σημαντικά κατά την περίοδο 1981-2001 όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 2. Από την ύπαρξη μίας μόνο Ψυχιατρική Μονάδας σε Γενικό Νοσοκομείο και τα 6 Κ.Ψ.Υ που υπήρχαν το 1981, το 2000 αυξήθηκαν σε 30 Γενικά Νοσοκομεία και 28 Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Παράλληλα υπήρξε σημαντική μείωση των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία.

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

Πίνακας 2: Ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας κατά τα έτη 1980 και 2000. *(Αναδημοσίευση από το Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας)*

Παρατηρείται, λοιπόν, μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού που όμως ακροβατεί ανάμεσα στο παλαιό και το καινούριο. Η μεταρρύθμιση που ξεκίνησε με την οικονομική ενίσχυση της Κοινότητας (Κανονισμό 815/84), έγινε στα πλαίσια της υποχρέωσης της Ελλάδας να εναρμονιστεί με τα ευρωπαϊκά πρότυπα (μέλος της ΕΟΚ) και την διεθνή κατακραυγή της χώρας μας για τις απάνθρωπες συνθήκες που επικρατούσαν στη Λέρο.

Συνεπώς, το αίτημα για μεταρρύθμιση δεν προήλθε ως *κοινωνική εντολή ενός μαζικού κινήματος*, αλλά ως *επιβαλλόμενη αλλαγή*, από τα όργανα και τους μηχανισμούς ελέγχου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής¹³¹.

¹³¹ Ο.π Στυλιανίδης & συν. (2005), σελ. 174.

Επίσης, σε θεσμικό επίπεδο εκτός από τον Ν. 1397/83 για το ΕΣΥ, απουσίαζε μια ειδική νομοθετική ρύθμιση για τις επιμέρους πτυχές της ψυχιατρικής περίθαλψης όπως π.χ. την εισαγωγή στο ψυχιατρείο, την τομεοποίηση της ψυχιατρικής περίθαλψης, την ακούσια νοσηλεία, τον εσωτερικό κανονισμό των Κ.Ψ.Υ. Οι πτυχές αυτές θα απαντηθούν με τον Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 123^Α /15/07/1992) και του Ν. 2716/1999 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 96^Α /17/05/1999)¹³².

Τέλος, η έλλειψη κεντρικού συντονισμού και τεχνογνωσίας και οι χρόνιες διοικητικές ανεπάρκειες αποτέλεσαν παράγοντες επιβράδυνσης σε πολλές περιπτώσεις, της μεταρρύθμισης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Εντούτοις, είναι γενικά αποδεκτό ότι ο Κανονισμός 815/84 – Πρόγραμμα Β΄ - παρά τις διάφορες δυσκολίες - αποτέλεσε ένα αποφασιστικό σχέδιο δράσης για την αναμόρφωση του χώρου της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και μια πρώτη προσπάθεια σε εθνικό επίπεδο, για το πέρασμα από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης.

Ο όρος «μεταρρύθμιση» όπως έχει αναλυθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, είναι συνώνυμος με την αλλαγή, την τροποποίηση, τον μετασχηματισμό. *«Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός (reform) όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα¹³³»*.

Το νομικό πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αφορά την οργάνωση των νέων δομών, την προστασία και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών και τον τομέα της ακούσιας νοσηλείας.

¹³² Ό.π Στυλιανίδης & συν. (2005), σελ. 175.

¹³³ Ό.π. Μαδιάνος, Μ. (1994). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, σελ. 317.

6.2.1 Ο Ν. 2071/1992

Το 1992 ψηφίστηκε ο νόμος 2071¹³⁴, με τον οποίο γίνεται εκτεταμένη αναφορά στην ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Συγκεκριμένα, κύριο μέλημα του κράτους είναι η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η αποασυλοποίηση και η ευαισθητοποίηση και συμμετοχή του κοινωνικού συνόλου στα θέματα ψυχικής υγείας.

Αποφασίζεται η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ) σε κάθε Νομό και η συγκρότηση των Τοπικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας. Κάθε Το.Ψ.Υ, περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ), οι οποίες μπορεί να είναι Ν.Ν.Δ.Δ ή Ν.Π.Ι.Δ κοινής ωφελείας (άρθρο 92).

Στο συγκεκριμένο νόμο ορίζονται οι Μ.Ψ.Υ οι οποίες είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχες οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. (άρθρο 93)

Στόχος των Μ.Ψ.Υ αποτελεί η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή.

Τα Κ.Ψ.Υ με τον παρόντα νόμο έπαψαν να αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και υπάχθηκαν στις Διευθύνσεις Υγιεινής των Νομαρχιών.

Τέλος, ένα από τα σημαντικά στοιχεία του συγκεκριμένου νόμου αποτελεί ο καθορισμός των προϋποθέσεων και των συνθηκών για το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας για τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.(άρθρο 95).

¹³⁴ Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», άρθρ. 91. Διαθέσιμο στο: https://www.kodiko.gr/nomologia/download_fek?f=fek/1992/a/fek_a_123_1992.pdf&t=05503d28a901c47c1e109120b4312912

6.2.2 Ο Ν. 2716/1999

Αποτελεί τον πρώτο αποκλειστικό νόμο για την Ψυχική Υγεία, με τίτλο «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», καθορίζοντας το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται η φροντίδα της ψυχικής υγείας στη χώρα μας.

Σύμφωνα με το άρθρο 1, παρ. 1 *«Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών, εφήβων με ψυχικές διαταραχές, διαταραχές αυτιστικού τύπου και παιδιών με μαθησιακά προβλήματα¹³⁵»*.

Βασικό εγχείρημα του νομοθετήματος, αποτέλεσε η εφαρμογή της τομεοποίησης, που θα επέτρεπε την αναγνώριση και την κάλυψη με οργανωμένο τρόπο των αναγκών κατά περιοχή της χώρας. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες¹³⁶ διαιρούνται σε Το.Ψ.Υ με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται οι Μ.Ψ.Υ.

Επιπρόσθετα, καθορίζονται οι Μ.Ψ.Υ και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που συγκροτούν τον Το.Ψ.Υ, συγκροτείται ειδική υπηρεσία για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, ενώ ένα μεγάλο μέρος του αναφέρεται στη νομοθετική ρύθμιση των Κοι.Σ.Π.Ε, που αποτελούν το κύριο εργαλείο για την εργασιακή ένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές.

Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα (αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας, Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανένταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης) με χορήγηση άδειας από το Υπουργείο Υγείας. Επίσης επιτρέπεται και η λειτουργία Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να συνάψουν, μετά την απόκτηση της άδειας ίδρυσης,

¹³⁵ Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Διαθέσιμο στο: https://www.kodiko.gr/nomologia/download_fek?f=fek/1999/a/fek_a_96_1999.pdf&t=8f3893cc2ed263334a6b3082b4fb8361

¹³⁶ Σύμφωνα με το Π.Δ 31/1986 (ΦΕΚ 12^Α 13/12/1986) όλη η χώρα έχει διαιρεθεί σε 9 υγειονομικές περιφέρειες, αλλά για τη ψυχιατρική περίθαλψη εμφανίζονται 12 περιφέρειες με πληθυσμό που κυμαίνεται μεταξύ των 3.370.000 κατοίκων που έχει η Ευρεία Περιφέρεια Αθηνών και 282.000 που έχει η 6^η περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας. Στο: Ο.π Μαδιάνος, Μ. (1994), σελ 326.

συμβάσεις με ασφαλιστικούς οργανισμούς για τη ρύθμιση των απαραίτητων δικαιολογητικών και τη διαδικασία καταβολής νοσηλίων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς στις Μ.Ψ.Υ (άρθρο 11).

Οι νομοθετικές αυτές ρυθμίσεις συνέβαλαν σημαντικά στην εφαρμογή και την υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός».

6.3 Το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Όπως αναφέρει ο Τζανάκης, *«Η πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδος χαρακτηρίζεται από έντονα συγκρουσιακή ιδεολογική ατμόσφαιρα. Σιγά-σιγά το επαναστατικό πνεύμα καταλαγιάζει και κυριαρχεί η πραγματιστική λογική. Οι διεκδικήσεις για ριζική αλλαγή θα μεταστραφούν σε φιλοσοφικές και κοινωνικοθεωρητικές διερωτήσεις, οι οποίες αναπτύσσονται πλάι σε τεχνοκρατικές λογικές αποτελεσματικής διαχείρισης. Η δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδος εστιάζεται στην ολοκλήρωση του περάσματος από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο. Ο ιδιαίτερος τόνος δίνεται από την διάσταση της συνέχειας και της ολοκλήρωσης.¹³⁷»*

Μετά το πέρας του Κανονισμού 815/84 και την ειδική χρηματοδότηση στήριξης από την Ε.Ε, στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας προχώρησε στην εκπόνηση ενός μακροπρόθεσμου Σχεδίου με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός».

Το Εθνικό Πρόγραμμα Δράσης «Ψυχαργός» καταρτίστηκε το 1999. Πρόκειται για ένα διαρκές – δεκαετούς ανάπτυξης - σχέδιο δράσης, που στοχεύει στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τον αποϊδρυματισμό και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η χρηματοδότηση του Προγράμματος προέβλεπε τις δαπάνες λειτουργίας (κτιριακές παρεμβάσεις, αγορά εξοπλισμού) να καλύπτονται από τα Ευρωπαϊκά κονδύλια κατά 75% και τα Κρατικά κονδύλια κατά 25%, ενώ μετά το πέρας του ανάλογου διαστήματος (12 μήνες για τη λειτουργία Κέντρων Ημέρας και 18 μήνες για την

¹³⁷ Ό.π Τζανάκης, Μ.(2008), σελ. 110.

οργάνωση και λειτουργία Οικοτροφείων), οι δαπάνες θα επιβάρυναν μόνο τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό¹³⁸.

Το πρόγραμμα χωρίζεται σε δύο περιόδους: Φάση Α' (1997-2001) και Φάση Β' (2002-2006). Το 2001 έγινε και η πρώτη αναθεώρησή του, ώστε να ισχύει για τη δεκαετία 2001-2010¹³⁹.

6.3.1 Α' Φάση.

Η Α' φάση του Προγράμματος, τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο συγχρηματοδότησης του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου και του Ελληνικού Δημοσίου (Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικών Ασφαλίσεων), Αποτέλεσε ένα πρόγραμμα καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και την παράλληλη επανένταξή τους.

Εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» και χρηματοδοτήθηκε από το ΕΚΤ σε ποσοστό 80% και από το Ελληνικό Δημόσιο σε ποσοστό 20%¹⁴⁰.

Η Α' φάση του Προγράμματος εστίασε κυρίως στις ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και την ένταξη αυτών στην κοινότητα και εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις¹⁴¹.

Αποτέλεσμα της υλοποίησης της Α' φάσης του προγράμματος αποτέλεσε η δημιουργία 49 Ξενώνων και Οικοτροφείων, 71 Εργαστηρίων κατάρτισης, η προκατάρτιση, κατάρτιση και απασχόληση 973 ασθενών, ο αποϊδρυματισμός και η διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές 769 ασθενών, η πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων και η κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Παράλληλα, στα πλαίσια του «Ψυχαργός» και μετά από την ψήφιση ειδικού νόμου (Ν. 2716/99, άρθρο 12), επιτρέπεται η δημιουργία Κοινωνικών Συνεταιρισμών

¹³⁸ Ο.π Δεπάστας, Χ. (2018), σελ. 121.

¹³⁹ Ο.π. Μαδιανός, Μ. (2005), σελ. 562.

¹⁴⁰ Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας, σελ. 17.

¹⁴¹ Ο.π Μαδιανός, Μ. (2005), σελ. 562.

Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε)¹⁴², μιας ανεξάρτητης νομικής και αφορολόγητης επιχείρησης, με φορείς τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, Πρόκειται για Μονάδα Ψυχικής Υγείας, υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας, που στηρίζει την ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

6.3.2 Β' Φάση.

Η Β' φάση του «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000-2006. Την ίδια χρονική στιγμή υλοποιείται το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, στο οποίο εντάσσεται στον άξονα προτεραιότητας 2 ο τομέας της ψυχικής υγείας και των αντίστοιχων μέτρων παρέμβασης, εμβάθυνσης και εμπλουτισμού των εφαρμοζόμενων πολιτικών¹⁴³.

Οι ενέργειες που έπρεπε να γίνουν στον Άξονα της Ψυχικής Υγείας στα πλαίσια του προγράμματος χωρίστηκαν σε τέσσερα μέτρα¹⁴⁴. Το πρώτο μέτρο αφορά την αποασυλοποίηση (με τη λειτουργία πλήθους εξωνοσοκομειακών δομών όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα) και την κοινωνικο-οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

Το δεύτερο μέτρο αναφέρεται στην ανάπτυξη, συμπλήρωση και επέκταση δομών στην κοινότητα για την ολοκληρωμένη εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αφορά κυρίως κτιριακές παρεμβάσεις για τη δημιουργία κατάλληλων υποδομών και την αγορά εξοπλισμού για την καλύτερη οργάνωση και των εκσυγχρονισμό των μονάδων ψυχικής υγείας.

Το τρίτο μέτρο περιλαμβάνει ένα σύνολο ενεργειών πρόληψης - ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής επανένταξης. Περιλαμβάνει τη λειτουργία νέων δομών πρόληψης θεραπείας ψυχικών νοσημάτων και την ανάπτυξη

¹⁴² Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις», άρθρο 12. Διαθέσιμο στο: https://www.kodiko.gr/nomologia/download_fek?f=fek/1999/a/fek_a_96_1999.pdf&t=8f3893cc2ed263334a6b3082b4fb8361

¹⁴³ Με βάση το διάταγμα Υ5β/οικ.975/29.3.2001 «Εγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ένταξης μέρους του δεκαετούς Προγράμματος «Ψυχαργός» στο Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης με τον τίτλο «Β' Φάση Ψυχαργός»». Στο: Ό.π Δεπάστας, Χ (2018), σελ. 122.

¹⁴⁴ Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία- Πρόνοια» 2000-2006, σελ. 58-79.

νέων πηγών απασχόλησης (Κοι.Σ.Π.Ε) και υλοποιείται κυρίως από φορείς δημοσίου δικαίου.

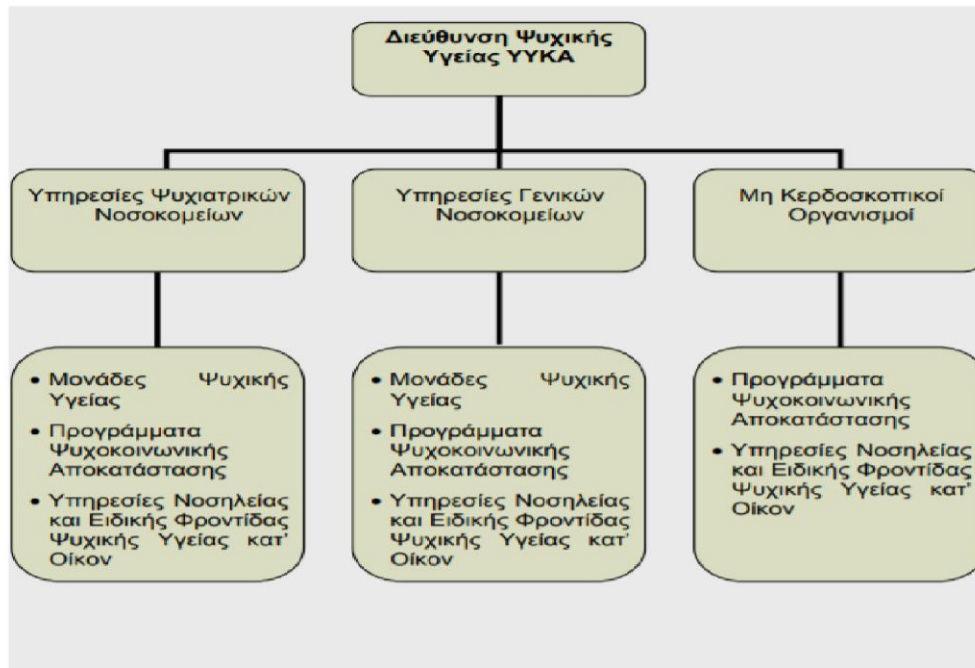
Το τέταρτο μέτρο αφορά την κατάρτιση του προσωπικού για τη στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικο-οικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών

Μια σημαντική διαπίστωση αναφορικά με το πρόγραμμα «Ψυχαργός» είναι ότι διαμόρφωσε το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας. Οι βασικοί πάροχοι των υπηρεσιών είναι τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών νοσοκομείων και οι Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί (Μ.Κ.Ο). Τη γενική εποπτεία όλων των υπηρεσιών και των παρόχων τους έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο καθορίζει τον τρόπο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τον τρόπο λειτουργίας τους και τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου. Η εποπτεία επεκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική διαχείριση τόσο των νοσοκομείων (που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας) όσο και των φορέων που ανήκουν σε Ν.Π.Δ.Δ και Ν.Π.Ι.Δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εξ ολοκλήρου ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το δημόσιο¹⁴⁵.

Επίσης, υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα, τα ασφαλιστικά ταμεία, την τοπική αυτοδιοίκηση και την Εκκλησία.

¹⁴⁵ Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000 – 2009, σελ. 91. Διαθέσιμο στο: <https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/Ypostirixi%20EPISTHMO NIKH/Ex%20Post%20CE%AO%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%94%CE%9F%CE%A4%CE%95%CE%9F%202%20Teliko.pdf>

Σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας



Η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών σημείωσε σημαντική πρόοδο στη Β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργώς». Σύμφωνα με την έκθεση αξιολόγησης της πορείας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για τα έτη 2000 – 2009, έκλεισαν τα πέντε από τα εννέα μεγάλα Ψυχιατρεία που λειτουργούσαν έως εκείνη τη περίοδο (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων, Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης), ενώ τα υπόλοιπα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Δρομοκαϊτειο, Δαφνί, Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) εξακολούθησαν να υφίστανται ως οργανισμοί και να λειτουργούν τα τμήματα οξέων ή εξωτερικών ιατρείων, ωστόσο τα ασυλικά τους τμήματα καταργήθηκαν.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της συνολικής υλοποίησης του προγράμματος, η έμφαση δόθηκε στην αποασυλοποίηση των χρόνιων ασθενών μέσα από τη λειτουργία 430 Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Μ.Ψ.Α) (ξενώνες οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα). Ολοκληρώθηκαν 30 Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων και 11 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, τα περισσότερα στον Νομό Αττικής. Αναφορικά με την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά ασθενών, παράλληλα με την δημιουργία κέντρων ημέρας (40) προστέθηκε και η λειτουργία 17 Κοι.Σ.Π.Ε¹⁴⁶.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που διαμορφώθηκαν ανά περιφέρεια από τη β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός», παρουσιάζονται αναλυτικά στον ακόλουθο πίνακα.

	ΑΤΤΙΚΗ	ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΚΡΗΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ														
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία*	2		1											3
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	8	3	7	1	2	2		1			1	2	3	30
Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	5	1	3					1					1	11
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	9	5	5		1	2	1	2	2	2	1		4	34
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα**	7		2										1	10
Κινητές Μονάδες		5	1	1	1	4	2	2	1	2	2	4	2	27
Κέντρα Ημέρας	21	1	5		1	2	2		1	1	1	1	4	40
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	152	15	83	2	23	26	12	17	21	27	2	26	24	430
Ξενώνες	31	1	10	1	8	5	2	6	3	9	1	2	9	88
Οικοτροφεία	51	6	14	1	4	9	7	2	9	7			6	116
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	70	8	59		11	12	3	9	9	11	1	24	9	226
Κέντρα/ Μονάδες Κοινωνικής-Επαγγελματικής Επανένταξης	26	2	13	2	5	6	3	7	10	7	1	13	7	102
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ	3		3			1						1	1	9
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών														0
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών														0
Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί-Κοι.Σ.Π.Ε.	7		2		1	1	2	1	1		1	1	1	18
Μονάδα Αυτισμού για παιδιά	2													2
Κατ' οίκον Νοσηλεία													1	1

*Γενικά, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που λειτουργούν σε όλες τις περιφέρειες. **Κέντρα λειτουργούν σε Αττική, Κρήτη, Κεντρική Μακεδονία, Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησο, Βόρειο Αιγαίο.

Πίνακας 3. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια 2009. (Αναδημοσίευση από την Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000 – 2009).

¹⁴⁶ Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000 – 2009, σελ. 112.

Αναλυτικότερα, το δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών περιλαμβάνει¹⁴⁷:

Από το Δημόσιο Τομέα:

- 33 Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων (ΓΝ)
- 13 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα
- 39 Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- 13 Κέντρα Ημέρας
- 12 Κινητές Μονάδες
- 2 Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας
- 36 Οικοτροφεία
- 78 Ξενώνες
- 198 Προστατευμένα Διαμερίσματα
- 15 Κοι.Σ.Π.Ε⁴
- Παροχή υπηρεσιών Ψ.Υ από Κ.Υ των 1^{ης}, 3^{ης}, 5^{ης} & 6^{ης} Υ.Πε.

Από τα ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

- 1 Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- 1 Νοσοκομείο Ημέρας
- 52 Κέντρα Ημέρας
- 13 Κινητές Μονάδες
- 89 Οικοτροφεία
- 19 Ξενώνες
- 32 Προστατευμένα Διαμερίσματα
- 4 Κέντρα Αλτσχάιμερ και αυτισμού
- 4 Εργαστήρια

¹⁴⁷ Σχέδιο Αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργώς, Ψυχαργώς Γ' (2011 – 2020), σελ. 18. Διαθέσιμο στο: [https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%91%CE%A1%CE%93%CE%A9%CE%A3%20%CE%93'%20\(2011-2020\).pdf](https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%91%CE%A1%CE%93%CE%A9%CE%A3%20%CE%93'%20(2011-2020).pdf)

6.3.3 Γ' Φάση (2011 – 2020).

Η περίοδος υλοποίησης της β' φάσης του «Ψυχαργός» κάλυπτε το χρονικό διάστημα 2001 – 2010. Ωστόσο, λόγω ορισμένων δυσλειτουργιών που προέκυψαν το 2009, εμφανίστηκε ο κίνδυνος διακοπής της κοινοτικής χρηματοδότησης από την Επιτροπή. Η διευθέτηση του ζητήματος έγινε με την παρέμβαση της Ε.Ε, η οποία οδήγησε στην υπογραφή Μνημονίου Συνεργασίας μεταξύ του τότε Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δ. Αβραμόπουλου και του αρμόδιου Επίτροπου για θέματα Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών V. Spidla στις 07/04/1999.

Το Σύμφωνο επιβεβαίωνε τη προσήλωση της ελληνικής πλευράς στη συνέχιση των στόχων του «Ψυχαργός» και της γενικότερης Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μέσω του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) 2007 – 2013 και ολοκλήρωσή της έως τις 31/05/2015. Επιπλέον, περιελάμβανε μια σειρά δεσμεύσεων σε σημεία όπως η στελέχωση των δομών, η πιστοποίηση και η αδειοδότηση παλαιότερων και νέων δομών, η στήριξη της λειτουργίας των Κοι.Σ.Π.Ε καθώς και η εφαρμογή αξιολογήσεων τόσο ενδιάμεσων όσο και ετήσιων¹⁴⁸.

Η γ' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» αφορά την περίοδο 2010 – 2020. Για τη νέα φάση συστάθηκε ομάδα εργασίας¹⁴⁹ προκειμένου να εκπονήσει Σχέδιο Αναθεωρημένου Προγράμματος με την ονομασία «Ψυχαργός 2011 -2020», προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του Συμφώνου Spidla. Επικυρώθηκε με Υπουργική Απόφαση το Μάιο του 2012.

Αποτελεί τη δεύτερη αναθεώρηση του Προγράμματος και καλύπτει την περίοδο υλοποίησης του ΕΣΠΑ 2007 – 2013 μέσω του Άξονα Προτεραιότητας 5 (5.1) του Επιχειρησιακού Προγράμματος (ΕΠ) «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007 – 2013¹⁵⁰». Υποδιαιρείται σε δύο χρονικές περιόδους (πενταετίες). Η πρώτη περίοδος

¹⁴⁸ Συμφωνία μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών Κου V. Spidla και του Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Κου Δ. Αβραμόπουλου. Διαθέσιμο στο: http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/08.04.2009_SYMFWNIA%20SPIDLA.pdf

¹⁴⁹ Συγκρότηση Ομάδας Εργασίας για την αναθεώρηση του Προγράμματος «Ψυχαργός 2011-2020». Διαθέσιμο στο: <https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/psixargos%20omada%20Oergasias%20gia%20anatheorisi.pdf>

¹⁵⁰ Επίσημη ιστοσελίδα ΕΠ «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» Διαθέσιμο στο: <http://www.epanad.gov.gr/default.asp?pid=37&la=1>.

αφορά τη πενταετία 2011 – 2015, όπου πραγματοποιήθηκε και η αναθεώρηση του προγράμματος για τη συνέχισή του την επόμενη πενταετία 2016 – 2020.

Το «Ψυχαργός Γ'» διαρθρώνεται σε πέντε βασικούς άξονες: την κατάλληλη χρησιμοποίηση και πλήρη και διαρκή λειτουργία των κοινοτικών δομών που δημιουργήθηκαν, την προαγωγή – πρόληψη της ψυχικής υγείας, την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας, την προάσπιση και κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και συνηγορία καθώς επίσης την συνεχή εκπαίδευση, έρευνα και νομοθεσία¹⁵¹.

Το 2013 (24/04/2013), ανανεώθηκε η δέσμευση της ελληνικής κυβέρνησης προς την Ε.Ε με την υπογραφή ενός Μνημονίου Συνεργασίας μεταξύ του τότε Υπουργού Υγείας Κου Α. Λυκουρέντζου και του αρμόδιου Επιτρόπου για θέματα Απασχόλησης, Ένταξης και Ίσων Ευκαιριών Κου Laszlo Andor, για την ολοκλήρωση των δράσεων της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έως τις 31/05/2015. Παράλληλα, στο Μνημόνιο αποφασίστηκε και η δημιουργία ενός επαρκούς πληροφοριακού συστήματος¹⁵² που να παρέχει τη δυνατότητα συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης της εφαρμογής του προγράμματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης¹⁵³.

Σύμφωνα με την αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργός» 2011 – 2015, παρατηρείται μια καθολική αύξηση του δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών όπως διαφαίνεται στον πίνακα 4. Ωστόσο, πολλές περιοχές της χώρας εξακολουθούν να μην διαθέτουν καμία Μ.Ψ.Υ, είτε η συσσώρευση των δομών να είναι αρκετά χαμηλή σε σχέση με την πυκνότητα του πληθυσμού ή τη γεωγραφική κατανομή (η μεγαλύτερη συσσώρευση δομών ψυχικής υγείας παρουσιάζεται στις περιφέρειες Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας, ενώ σημαντική υστέρηση παρατηρείται στις περιφέρειες Δυτικής Μακεδονίας και Βορείου Αιγαίου).

¹⁵¹ Επίσημη ιστοσελίδα ΕΠ «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» Διαθέσιμο στο: <http://www.epanad.gov.gr/default.asp?pid=37&la=1>.

¹⁵² Ν. 4213/2013 «Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9^{ης} Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης», άρθρο 27. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/perithalpsse/n-4213-2013.html>.

¹⁵³ Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης Κου Laszlo Andor και του Υπουργού Υγείας Κου Ανδρέα Λυκουρέντζου. Διαθέσιμο στο: <https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/GR%20MoU-mental%20health-%20final%20EL.pdf>.

Παρόμοια είναι και η εικόνα ως προς την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας (Κ.Ψ.Υ και Κέντρα Ημέρας) με τα περισσότερα να είναι συγκεντρωμένα στην Αττική, ενώ οι περιφέρειες Δυτικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου να μην διαθέτουν κανένα Κ.Ψ.Υ.

Όσον αφορά τις Μ.Ψ.Α, παρατηρείται μια πολύ μικρή συσσώρευση δομών στη Δυτική Μακεδονία και το Βόρειο Αιγαίο, ενώ η Αττική έχει συγκεντρώσει περίπου το 50% των δομών αυτών¹⁵⁴.

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

Πίνακας 4. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια 2014. (Αναδημοσίευση από Έκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014)

¹⁵⁴ Παραδοτέο Π.β.1.4 «Έκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014», σελ. 4. Διαθέσιμο στο: https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON-%20GOING/Eval_Report_2014.pdf

7. Το Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Ο Ν. 2716/99¹⁵⁵ ορίζει ότι «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής Αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Παράλληλα, ο Π.Ο.Υ¹⁵⁶ το 2001, καταλήγει σε ένα σύνολο δέκα συστάσεων, αγωνιζόμενος να μετατοπίσει την ψυχική υγεία από την παραμελημένη θέση που κατέχει στις πολιτικές και τα προγράμματα για την υγεία, σε μια πιο κεντρική θέση της παγκόσμιας δημόσιας υγείας. Οι συστάσεις αυτές αφορούν:

- Τη δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ)
- Τη διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων
- Τη παροχή φροντίδας στη κοινότητα
- Την εκπαίδευση του κοινού
- Την συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και χρηστών
- Την ύπαρξη εθνικών πολιτικών, προγραμμάτων και νομοθεσίας
- Την ανάπτυξη ανθρωπίνων πόρων
- Τους δεσμούς με άλλους τομείς
- Την καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο
- Την υποστήριξη περισσότερης έρευνας.

Το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, με έναυσμα το σκάνδαλο που προκλήθηκε από τις απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των ψυχικά ασθενών στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου και με τη χρηματοδότηση και παρακίνηση της Ε.Ε, βασίστηκε σε μία νέα αντίληψη αντιμετώπισης και διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, μια στροφή προς την κοινότητα και τις κοινοτικές δομές και

¹⁵⁵ Ν. 2716/99, άρθρο 1.

¹⁵⁶ Το Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας (Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας), 2003, σελ. 13. Διαθέσιμο στο: https://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf

μια προσπάθεια αποασυλοποίησης των χρόνιων ασθενών από τις ασυλιακού τύπου δομές που υπήρχαν.

Οι νέες δομές που δημιουργούνται έχουν ως στόχο να φροντίσουν με ανθρώπινο τρόπο και σεβασμό, στην κοινότητα, τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς που παρέμεναν έγκλειστοι στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και παράλληλα, να αποτελέσουν ένα επαρκές και λειτουργικό δίκτυο για όσους νοσήσουν στο μέλλον και την κάλυψη των αναγκών τους άμεσα και με σεβασμό.

Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την οργάνωση και τη λειτουργία των νέων αυτών μονάδων είναι η **αρχή της ολοκληρωμένης παροχής** (μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατό κόστος), η **αρχή της τομεοποίησης** (παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο¹⁵⁷), η **αρχή του θεραπευτικού συνεχούς** (παροχή φροντίδας από τον ίδιο θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας για την αποφυγή υποτροπών) και η **αρχή της ανταποκριτικότητας** (χρηστή ανάπτυξη δικτύου και λειτουργική συνεργασία με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. *«όσο το δίκτυο αναπτύσσεται διεισδυτικά στην κοινότητα, τόσο περισσότερο μειώνεται η απόσταση του ψυχικά πάσχοντος μέλους για την αναζήτηση βοήθειας από τις Υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας¹⁵⁸»*.

Βάσει των ανωτέρω, το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας διαρθρώνεται ως εξής:

A. Κοινοτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες εξωτερικής φροντίδας και υποστήριξης.

Η ψυχιατρική φροντίδα στις συγκεκριμένες υπηρεσίες παρέχεται σε εξωτερική βάση, στο πλαίσιο της κοινότητας. Οι κυριότερες υπηρεσίες αυτού του τύπου είναι:

- **Υπηρεσίες των ψυχιατρικών κλινικών των Γενικών Νοσοκομείων ή των Ψυχιατρείων:** αναλαμβάνουν τη παρακολούθηση ασθενών που νοσηλεύθηκαν με εσωτερική νοσηλεία, αλλά αναλαμβάνουν και νέα περιστατικά μόνο σε εξωτερική βάση. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι η παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Θετικό σημείο είναι το συνεχές στη φροντίδα, καθώς οι ίδιοι

¹⁵⁷ Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το Κ.Κ.Ψ.Υ πρέπει να κυμαίνεται από 1 έως 15 έως λεπτά. Ο τομέας περιλαμβάνει συνήθως από 70 έως 150.000 κατοίκους.

¹⁵⁸ Ό.π. Μαδιανός, Μ. (1994) Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη, σελ. 60-61.

θεράποντες εμπλέκονται στην εσωτερική τους νοσηλεία και στην εξωτερική τους παρακολούθηση.

- **Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ):** Η κύρια λειτουργία τους είναι η προσφορά θεραπείας σε ασθενείς που χρειάζονται περίθαλψη, σε κατοικημένες περιοχές μεταξύ 80.0000 έως 150.000 κατοίκων. Περιλαμβάνει όλους τους κλάδους της ομάδας της ψυχικής υγείας, επισκέπτες υγείας κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές, ψυχολόγους και ειδικούς θεραπευτές. Οι Κ.Κ.Ψ.Υ παρέχουν υπηρεσίες με στόχο την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη (ψυχοκοινωνική αποκατάσταση όλων των τύπων ψυχικών παθήσεων, ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής υγείας, κοινωνικές παρεμβάσεις σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης, ιατρική περίθαλψη, συμβουλευτική). Το Κ.Κ.Ψ.Υ αποτελεί αυτοτελή διοικητικό/οικονομικό οργανισμό διασυνδεδεμένο με Γενικό Νοσοκομείο που έχει ψυχιατρικό τμήμα ή με Ψυχιατρικό Νοσοκομείο¹⁵⁹.
- **Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας (Κ.Μ.Ψ.Υ) και κατ' οίκον ψυχιατρική περίθαλψη:** Η Κ.Μ.Ψ.Υ απευθύνεται σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές ή ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικής νόσου. Δραστηριοποιούνται σε αγροτικές περιοχές, οι οποίες είναι απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα και δεν έχουν την απαιτούμενη φροντίδα στον τομέα της ψυχικής υγείας. Παράλληλα συμβάλλουν στην προαγωγή της πρόληψης μέσα από προγράμματα που εφαρμόζουν σε εκπαιδευτικούς, στις τοπικές αρχές και σε όσους συμμετέχουν σε δράσεις για την καταπολέμηση του στίγματος και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Η σημασία των επισκέψεων των Κ.Μ.Ψ.Υ είναι ο σεβασμός στην αυτονομία και την ανεξαρτησία των ασθενών, η εξασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα σε ασθενείς που τη διακόπτουν, η εκτίμηση-παρέμβαση στο περιβάλλον του ασθενούς, η αποφυγή νοσηλείας σε

¹⁵⁹ Ό.π Μαδιανός, Μ (1994) Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη, σελ. 70.

περιπτώσεις υποτροπής και η συνάντηση με το κοινωνικό δίκτυο του ασθενή¹⁶⁰.

- **Υπηρεσίες αντιμετώπισης νέων περιστατικών ψύχωσης (Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης):** Συχνά είναι ενταγμένες σε μεγαλύτερες μονάδες και αποτελούνται από πολυεπαγγελματικές ομάδες διαφόρων ειδικοτήσεων. Ο στόχος τους είναι η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση σε νέα περιστατικά ψύχωσης, με προσπάθεια αποφυγής της νοσηλείας (όπου αυτό είναι εφικτό). Η μόνη υπηρεσία τέτοιου τύπου που λειτουργεί στην Ελλάδα, εντάσσεται στη λειτουργία της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων¹⁶¹.
- **Ειδικά ιατρεία και Ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες:** Αποτελούν υπηρεσίες μεγάλων Μο.Ψ.Υ, με στόχο την παροχή φροντίδα σε ασθενείς που απαιτείται ειδική εμπειρία.
- **Υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης:** Παρέχουν συμβουλές σε άτομα τα οποία βρίσκονται σε κρίση, κατευθύνοντάς τα σε ανάλογες μονάδες βάσει της φύσης του προβλήματός τους. Συχνά αποτελούν υπηρεσίες του μη κερδοσκοπικού ιδιωτικού φορέα.

B. Υπηρεσίες εσωτερικής νοσηλείας/υπηρεσίες οξέων περιστατικών.

- **Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων (μονάδες οξέων περιστατικών, ακούσιας νοσηλείας και μονάδες νοσηλείας για ειδικές διαταραχές):** Στις Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων νοσηλεύονται περιστατικά που βρίσκονται σε κρίση και υπάρχει η ανάγκη 24ωρης παρακολούθησης της πορείας-θεραπείας τους. Η νοσηλεία συνήθως είναι βραχείας διάρκειας και μετά την πάροδο της κρίσης οφείλουν να παραπέμπονται σε υπηρεσία κοινοτικής φροντίδας. Στη χώρα μας, ωστόσο, λόγω της έλλειψης των απαραίτητων υποδομών (μονάδες οξέων περιστατικών, έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού) και την έλλειψη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής, η νοσηλεία των ατόμων σε κρίση καλύπτεται τις

¹⁶⁰ Περιτογιάννης, Β./ Μαυρέας, Β. (2014), Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Το παράδειγμα των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας., σελ. 72.

¹⁶¹ Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός, Ψυχαργός Γ' (2011-2020), σελ. 33.

περισσότερες φορές από τα εναπομείναντα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή από ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές.

- **Ψυχιατρικά Νοσοκομεία:** Αν και σύμφωνα με το πρόγραμμα «Ψυχαργός» και τον ν. 2716/99, προβλέπεται η κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων, ωστόσο παρατείνεται η λειτουργία 3 εξ αυτών, τα οποία αντιμετωπίζουν ειδικά περιστατικά για τα οποία είναι αδύνατη η φροντίδα άλλου είδους λόγω υψηλής επικινδυνότητας.

Γ. Υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας.

Υπάρχει ένα πλήθος υπηρεσιών αυτής της κατηγορία που έχει αναπτυχθεί την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας. Στόχος είναι η επανένταξη των χρόνιων ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, η αποκατάσταση της λειτουργικότητας τους και η εμπλοκή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες και ρόλους.

- **Νοσοκομεία Ημέρας:** Αποτελεί μια μονάδα ημερήσιας νοσηλείας που καλύπτει τη μεταβατική περίοδο από την έξοδο ενός ατόμου από το ψυχιατρείο ή την κλινική μέχρι και την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής του¹⁶². Απευθύνεται σε ασθενείς που είναι σε θέση να επιστρέψουν στο οικείο τους υποστηρικτικό σύστημα (συγγενείς, ανάδοχες οικογένειες, προστατευμένες στεγαστικές δομές) ή σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε μια μονάδα πλήρους νοσηλείας και έχουν ανάγκη των υπηρεσιών που παρέχει το Νοσοκομείο Ημέρας. Η δομή και η λειτουργία της ημερήσιας περίθαλψης διακρίνεται από τον τύπο του ίδιου του συστήματος της περίθαλψης (σε Κρατικά Ψυχιατρεία, σε Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων, σε Κ.Κ.Ψ.Υ ή σε εξωτερικά ιατρεία)¹⁶³. Στη χώρα μας λειτουργούν ελάχιστα τέτοια προγράμματα, με πρώτο εκείνο της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- **Κέντρα Ημέρας:** Μοιάζουν με τα Νοσοκομεία Ημέρας, καθώς απευθύνονται σε άτομα με ανθεκτικότερα και μεγαλύτερης διάρκειας προβλήματα πάσχοντα συνήθως από ψυχωτικές διαταραχές. Ωστόσο, σε αντίθεση με τα Νοσοκομεία

¹⁶² Πρόταση για τη λειτουργία αυτοδύναμου Νοσοκομείου Ημέρας, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005). Διαθέσιμο στο:

https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Nosokomeio_Hmeras.pdf

¹⁶³ Ό.π Μαδιανός, Μ. (2005), σελ. 103.

Ημέρας που προσφέρουν «βραχεία» και εντατική θεραπεία, τα Κέντρα Ημέρας προσφέρουν μια πιο μακροχρόνια ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, για την επάνοδο του ατόμου σε μια πιο λειτουργική και φυσιολογική συνθήκη ζωής. Ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται διακρίνονται σε¹⁶⁴:

- Κέντρα Ημέρας για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή σοβαρές ψυχοκοινωνικές ανάγκες και διακρίνονται σε Κέντρα Ημέρας Παιδιών και Εφήβων και Κέντρα Ημέρας Ενηλίκων.
- Κέντρα Ημέρας για άτομα με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος
- Κέντρα Ημέρας για πάσχοντες από νόσο Alzheimer και συναφείς διαταραχές.

- **Προστατευμένα Εργαστήρια προ-εργασιακής και εργασιακής αποκατάστασης:** Υπάρχουν ελάχιστες παρόμοιες υπηρεσίες στη χώρας μας. Συμβάλλουν στην εργασιακή αποκατάσταση επιλεγμένων ασθενών. Είναι δυνατό να δημιουργούνται από κρατικές υπηρεσίες ή Μ.Κ.Ο.
- **Κοινωνικές Λέσχες:** Αποτελούν ένα διαφορετικό πρότυπο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Λειτουργούν ανεξάρτητα από το σύστημα ψυχικής υγείας. Οργανώνονται από τα μέλη τους και προσφέρουν αναψυχή, εκπαίδευση, ευκαιρίες εργασίας και άλλες υπηρεσίες που τα μέλη τους αποφασίζουν¹⁶⁵.
- **Προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης:** Συνήθως εντάσσονται σε μεγάλες Μο.Ψ.Υ, προσφέροντας εκπαίδευση και κατάρτιση σε εργασιακούς και κοινωνικούς ρόλους. Υφίστανται από τη δεκαετία του 1980 στη χώρα μας, ωστόσο λόγω έλλειψης κονδυλίων, είτε υπολειτουργούν είτε έχουν σταματήσει τη λειτουργία τους¹⁶⁶.
- **Κοι.Σ.Π.Ε :** Αποτελούν Ν.Π.Ι.Δ, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μ.Ψ.Υ, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Στοχεύουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας στη θεραπεία τους και

¹⁶⁴ Ό.π Στυλιανίδης, Σ. & συν. (2014), σελ. 343.

¹⁶⁵ Ό.π Στυλιανίδης, Σ. & συν. (2014), σελ. 343-344.

¹⁶⁶ Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός, Ψυχαργός Γ' (2011-2020), σελ. 37.

στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Στη χώρα μας λειτουργούν 25 Κοι.Σ.Π.Ε¹⁶⁷.

- **Ομάδες Αυτοβοήθειας:** Δεν αποτελούν ψυχιατρικές υπηρεσίες, αλλά ομάδες πρωτοβουλίας ασθενών ή μελών της οικογένειάς τους, με στόχο την αλληλοβοήθεια και την υποστήριξη των μελών τους.

Δ. Υπηρεσίες στέγασης βραχείας, μέσης και μακράς παραμονής.

Η στέγαση των χρόνιων ασθενών αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του όλου εγχειρήματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Είτε λόγω έλλειψης υποστηρικτικού δικτύου, είτε λόγω απώλειάς του, είτε λόγω μακρόχρονης καθήλωσης σε κλειστού τύπου ψυχιατρική δομή, αδυνατούν να επιβιώσουν μόνοι τους. Για τους τελευταίους, ειδικά, υπάρχει πρόβλεψη στο πρόγραμμα «Ψυχαργός». Ωστόσο, θα πρέπει να υπάρξει ανάπτυξη των κοινοτικών δομών, καθώς παρατηρείται αύξηση των ψυχικών ασθενειών, αδυνατώντας να εξυπηρετηθούν όλοι άμεσα και με σεβασμό.

Στις υπηρεσίες στέγασης ανήκουν:

- **Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες:** Αποτελούν υπηρεσίες ψυχιατρικών κλινικών και απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται στενή ψυχιατρική επίβλεψη αλλά όχι κλειστή νοσηλεία. Στόχος είναι η προώθηση αυτών σε κοινοτικές στεγαστικές δομές ή σε ανεξάρτητη διαβίωση.
- **Ξενώνες μέσης και μακράς παραμονής με ποικίλα σχήματα επίβλεψης:** Ο Ξενώνας Ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη. Αποτελεί υπηρεσία που δημιουργείται στο πλαίσιο της κοινότητας από κρατικούς φορείς ή - κατά κύριο λόγο – από Μ.Κ.Ο. Απευθύνεται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή

¹⁶⁷ Επιχορήγηση Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε) – Ν.Π.Ι.Δ που αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας με το ποσό των 3.189.991,00 ευρώ», Υπουργείο Υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://www.avgi.gr/documents/10179/0/%CE%9ACE%9F%CE%99%CE%A3%CE%A0%CE%95+%CE%95%CE%A0%CE%99%CE%A7%CE%9F%CE%A1%CE%97%CE%93%CE%97%CE%A3%CE%97/0741207f-bb9d-4836-9e0b-51ba7efc7780>.

απομάκρυνσή τους από το οικογενειακό περιβάλλον ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στη κοινότητα. Η δυναμικότητα του Ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα. Διακρίνονται σε Βραχείας διάρκειας (8 μήνες), Μέσης διάρκειας (20 μήνες) και Μακράς Διάρκειας (36 μήνες). Η υποστήριξη των Ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς, σε υψηλού βαθμού (24ωρη παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού (όχι όλο το 24ωρο) και χαμηλού βαθμού (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων)¹⁶⁸.

- **Οικοτροφεία:** Τα Οικοτροφεία ξεκίνησαν να δημιουργούνται στη β' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώς» με σκοπό να παρέχουν στέγη, θεραπεία και υποστήριξη σε ασθενείς με πολύ μικρή λειτουργικότητα και μικρή πιθανότητα αποκατάστασης λόγω ηλικίας ή ψυχιατρικής κατάστασης. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 25 άτομα και δεν υπάρχει περιορισμός στον χρόνο παραμονής τους¹⁶⁹. Τα περισσότερα Οικοτροφεία έχουν ανατεθεί σε Μ.Κ.Ο.
- **Προστατευμένα Διαμερίσματα:** Αποτελούν προγράμματα στέγασης των ψυχικά πασχόντων με ημι-αυτόνομη διαβίωση. Στεγάζονται σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες και απευθύνονται σε άτομα που έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτό-φροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων δεν υπερβαίνει τα 6¹⁷⁰.
- **Ανάδοχες οικογένειες:** Αποτελούν νεότερα προγράμματα με όχι τόσο μεγάλη απήχηση και επιδιώκεται και επιδοτείται η διαβίωση των λειτουργικών ασθενών σε οικογένειες¹⁷¹.

¹⁶⁸ Αριθ.Α3α/οικ.876 «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99», άρθρο 3. Διαθέσιμο στο: https://drive.google.com/file/d/1mQYGYWw5f9xP7JQZczAf31_PvDpOJCZD/view.

¹⁶⁹ Ό.π Αριθ. Α3α/οικ.876, άρθρο 4.

¹⁷⁰ Ό.π Αριθ. Α3α/οικ.876, άρθρο 5.

¹⁷¹ Τομαράς, Β. & συν. (2005) Προς την επανένταξη του χρόνιου ψυχικά αρρώστου: Ένα πιλοτικό πρόγραμμα αναδοχής, σελ. 223.

7.1 Αρχές οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας, γενικά, αποτελούν πολύπλοκα συστήματα και αρκετά σύνθετα και για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά πρέπει να διέπονται από καλή οργάνωση. Αν και διαφέρουν ως προς τη μορφή και τη χρηματοδότησή τους (ιδιωτικά, δημόσια ή μικτά), εντούτοις, εμφανίζουν κάποια κοινά οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά. Σε όλα τα συστήματα υγείας, διακρίνονται δύο μορφές περίθαλψης (εξωνοσοκομειακή ή ανοιχτή περίθαλψη και ενδονοσοκομειακή ή κλειστή) και τρία επίπεδα περίθαλψης¹⁷²:

- Πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, το οποίο αναφέρεται στη πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας.
- Δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, το οποίο αναφέρεται στη περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων σε Γενικά Νοσοκομεία της περιοχής (τοπικό/νομαρχιακό).
- Τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, το οποίο αναφέρεται στη περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς του περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου.

Στόχος του Προγράμματος «Ψυχαργώς», ήταν και είναι, μια πλήρης μεταρρύθμιση σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης και παροχής φροντίδας. Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, με τη δημιουργία Κ.Ψ.Υ και Κ.Μ.Ψ.Υ, για την άμεσα και έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών και τη παράλληλη δημιουργία ενός υποστηρικτικού κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμιο, όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο. Σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, την αντιμετώπιση κρίσεων και οξέων περιστατικών με τη δημιουργία Ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία με κατάλληλο και εξειδικευμένο προσωπικό, ενώ παράλληλα επιχειρεί την αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και την ένταξη τους σε κοινοτικές δομές στεγαστικού τύπου και το σταδιακό κλείσιμο των νοσοκομείων αυτών.

Για το λόγο αυτό, η έμφαση πρέπει να δοθεί σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών, που θα επιχειρεί να αντιμετωπίσει συνολικά τις ποικίλες ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Κάθε επίπεδο παροχής υπηρεσιών έχει ένα σημαντικό και ταυτόχρονα συμπληρωματικό ως προς τα άλλα επίπεδα ρόλο, να διαδραματίσει.

¹⁷² Ό.π Θεοδώρου & συν. (2001), σελ.95.

Οι κύριες αρχές¹⁷³ που πρέπει να διέπουν την οργάνωση των υπηρεσιών είναι:

- **Η προσβασιμότητα:** Η βασική φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμη τοπικά, ώστε οι άνθρωποι να μην χρειάζεται να μετακινούνται σε μεγάλες αποστάσεις.
- **Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση:** Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να περιλαμβάνουν όλες τις εγκαταστάσεις και τα προγράμματα που απαιτούνται για να αντιμετωπιστούν οι βασικές ανάγκες φροντίδας κάθε πληθυσμού. Αυτό εξαρτάται από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, όπως και από το είδος των διαταραχών και τρόπο χρηματοδότησής τους.
- **Συντονισμένη και συνεχής φροντίδα:** Ειδικά σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, είναι πολύ σημαντικό οι υπηρεσίες να συντονίζονται και να επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν όλο το φάσμα των κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών αναγκών των ατόμων αυτών, προλαμβάνοντας τον κατακερματισμό της φροντίδας.
- **Αποτελεσματικότητα:** Η ανάπτυξη των υπηρεσιών πρέπει να στηρίζεται σε στοιχεία που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων παρεμβάσεων.
- **Ισότιμη αντιμετώπιση:** Για να διασφαλιστεί η ισότητα, είναι ανάγκη να αντιμετωπιστούν θέματα που αφορούν την πρόσβαση και τις ανισότητες που οφείλονται σε γεωγραφικούς αποκλεισμούς.
- **Σεβασμός των ανθρώπινων δικαιωμάτων:** Οι υπηρεσίες πρέπει να σέβονται την αυτονομία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να τους ενθαρρύνουν ώστε να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την πορεία της ζωής τους.

¹⁷³ Π.Ο.Υ (2005) Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, σελ. 35-36.

7.2. Διοικητική οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Κύριο χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος υγείας και πρόνοιας, αποτελεί η αποκέντρωση των υπηρεσιών και η διάρθρωσή του σε πολλαπλά επίπεδα (κεντρικό, περιφερειακό, νομαρχιακό, τοπικό), ωστόσο οι αρμοδιότητες των περιφερειακών/τοπικών φορέων είναι κυρίως διοικητικής/διαχειριστικής φύσεως.

Κύριος μοχλός του Ε.Σ.Υ αποτελεί το Υπουργείο Υγείας (πρώην Υ.Υ.Κ.Α), το οποίο αποφασίζει για θέματα πολιτικών και εθνικής στρατηγικής για την υγεία και παρέχει τους πόρους καθορίζοντας το μέγεθος της χρηματοδότησης.

Στη Γενική Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας υπάγεται η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας η οποία επικεντρώνεται στο σχεδιασμό και τον προγραμματισμό της ανάπτυξης δομών και υποδομών σε όλη τη χώρα που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και σκοπό έχουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (Ψυχαργός). Εποπτεύει τη λειτουργία των μονάδων που παρέχουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εποπτεία που εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική διαχείριση (εκτός από τις μονάδες ψυχικής υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων και των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων). Συνεργάζεται, επίσης, με Εθνικά και Διεθνή Όργανα και Υπηρεσίες για τη συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων, των οικογενειών και των χρηστών των υπηρεσιών στην ανάπτυξη πολιτικών ούτως ώστε οι υπηρεσίες να είναι καλύτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες και περισσότερο προσβάσιμες, με παράλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού¹⁷⁴.

Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚεΣΥ), αποτελεί συμβουλευτικό όργανο σε θέματα δομής και λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. Συστάθηκε με το Ν. 1278/1982 και έχει ως αρμοδιότητες την ουσιαστική ευθύνη για το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό και τη διαμόρφωση γενικά της εθνικής στρατηγικής στον τομέα υγείας, τη γνωμοδότηση σε κάθε θέμα τρέχουσας πολιτικής όσον αφορά την υγεία, την εισήγηση μέτρων για την υλοποίηση των προγραμματικών στόχων και τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο.

Η οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας βάσει των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ) μεταβάλλεται με τον ν. 3329/2005, σύμφωνα με τον

¹⁷⁴ Π.Δ. 95/2000, άρθρο 14.

οποίο τα ΠεΣΥ καταργούνται και αντικαθίστανται από τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ)¹⁷⁵. Με τη σύσταση αυτή, τα νοσοκομεία και οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας έγιναν οικονομικά και διοικητικά αυτόνομα, παραμένοντας ωστόσο κάτω από την εποπτεία του Διοικητή της εκάστοτε Υγειονομικής Περιφέρειας. Στη συνέχεια, οι δεκαεπτά Υ.Πε συγχωνεύθηκαν σε επτά (Αττικής, Πειραιώς και Αιγαίου, Μακεδονίας, Μακεδονίας και Θράκης, Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας)¹⁷⁶.

Οι Υγειονομικές περιφέρειες διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) στους οποίους εντάσσονται οι Μ.Ψ.Υ.¹⁷⁷ Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και με τη σύμφωνη γνώμη του ΚεΣΥ καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα του κάθε Το.Ψ.Υ. Εννοείται ως δίκτυο υπηρεσιών που εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο πληθυσμό μιας οριοθετημένης γεωγραφικής περιοχής παρέχοντας ένα πλήθος υπηρεσιών (πρόληψη και πρόωπη παρέμβαση, διαγνωστική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών, συμβουλευτική και θεραπευτικές παρεμβάσεις, ημερήσια φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη, υποστήριξη των οικογενειών, στεγαστικές λύσεις στην κοινότητα, επαγγελματική κατάρτισή και αποκατάσταση, ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας.

Για τον συντονισμό του έργου των Το.Ψ.Υ, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον προγραμματισμό/σχεδιασμό νέων μονάδων, υπεύθυνη είναι η Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ). Ο ρόλος των Τ.Ε.Ψ.Υ είναι η εποπτεία και ο συντονισμός των Μ.Ψ.Υ με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η παρακολούθηση και αξιολόγηση της αποδοτικότητας των Μ.Ψ.Υ , εισηγήσεις, προτάσεις και γνωμοδοτήσεις στον Υπουργό Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη σύσταση Μ.Ψ.Υ στο δημόσιο τομέα και υποβολή ετήσιων εκθέσεων για το έργο τους¹⁷⁸.

Στη Τοπική Αυτοδιοίκηση, οι αρμοδιότητες των Δήμων και Κοινοτήτων σχετικά με την υγεία αφορούν σε προνοιακό επίπεδο την προστασία της ζωής και της υγείας των κατοίκων και κατάρτιση ειδικών προγραμμάτων πρόληψης, άμεσης βοήθειας και

¹⁷⁵ Ν.3329/2005,άρθρο 1.

¹⁷⁶ Ν. 3527/2007, κεφ. Β', άρθρο 3.

¹⁷⁷ Ν. 2716/99, άρθρο 3.

¹⁷⁸ Ν. 2716/99, άρθρο 3.

θεραπείας, όπως επίσης και η «εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα που στοχεύουν στην μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας, συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών¹⁷⁹».

Σύμφωνα με το Αναθεωρημένο Σχέδιο Ψυχιαργός 2010-2020, ένα από τα αδύναμα σημεία μέχρι και το 2014 από την εξωτερική αξιολόγηση που υλοποιήθηκε στα πλαίσια του Συμφώνου Spidla από ομάδα διεθνών εμπειρογνομόνων, κατέδειξε - ανάμεσα στα πολλά αδύναμα σημεία της μέχρι τότε πορείας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης – τα προβλήματα και τον ρόλο των Τ.Ε.Ψ.Υ, οι οποίες έχουν μόνο συμβουλευτικό χαρακτήρα και ανεπαρκή υποστήριξη, γεγονός που οδηγεί και στην αδυναμία τους να φέρουν εις πέρας τα καθήκοντά τους. Επίσης, υποστηρίζεται ότι παραμένει η αδυναμία πλήρους διαλειτουργικότητας και συνεργασίας των επιπέδων διοίκησης (Πολιτική Ηγεσία, ΔΨΥ, Υ.Πε), με βάση σαφή διαχωρισμό εξουσιών – ευθυνών, σύμφωνα με το δυναμικό και τη δυναμική των επιπέδων καθώς και ο συγκεντρωτικός χαρακτήρας του συστήματος σε κεντρικό επίπεδο.

Με τον Ν. 4461/17, συγκροτείται Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Ε) σε κάθε Το.Ψ.Υ και Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Τ.Επ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε) σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, ενώ οι Τομείς αυτοί εντάσσονται στις Περιφερειακές Διοικήσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ) που με τη σειρά τους υπάγονται στις Υ.Πε¹⁸⁰.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σημαντικό να τονιστεί η συγκρότηση και η διάρθρωση των Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας. Στο άρθρο 1 του ιδίου νόμου, αναφέρεται ότι η Επιτροπή συγκροτείται από 1 εκπρόσωπο των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Λ.Υ.Ψ.Υ) με τον αναπληρωτή του, 1 εκπρόσωπο δευτεροβάθμιου οργάνου των συλλόγων οικογενειών ατόμων με ψυχικές διαταραχές, 1 ιδιώτη γιατρό, ο οποίος είναι εγγεγραμμένος στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο και ασκεί

¹⁷⁹ ¹⁷⁹ Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000 – 2009, σελ.64.

¹⁸⁰ Ν. 4461/2017 «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις», άρθρο 3.

την ιατρική στο συγκεκριμένο Το.Ψ.Υ με τον αναπληρωτή του, 1 Γενικό Ιατρό ή Παθολόγο που υπηρετεί σε Κ.Υ Υπαίθρου ή Κ.Υ Αστικού Τύπου ή σε ΠΕΔΥ από την περιοχή ευθύνης του αντίστοιχου Το.Ψ.Υ με τον αναπληρωτή του, 1 εκπρόσωπο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με τον νόμιμο αναπληρωτή του και 6 αιρετά μέλη (2 μέλη με τους αναπληρωτές τους από Κ.Ψ.Υ, Κ.Μ.Ψ.Υ και ΠΕΔΥ, 2 μέλη με τους αναπληρωτές τους από τα Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων ή Ειδικών Νοσοκομείων ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων και 2 μέλη με τους αναπληρωτές τους από τις Μ.Ψ.Υ που παρέχουν υπηρεσίες επανένταξης-αποκατάστασης). Παρατηρείται συνεπώς μια αύξηση στον αριθμό των μελών των Επιτροπών σε σχέση με πριν, ενώ παράλληλα διαφαίνεται μια ανάγκη διατομεακής συνεργασίας τόσο σε επίπεδο ειδικοτήτων και υπηρεσιών, όσο και σε επίπεδο συλλογικό και κοινωνικό.

Οι Επιτροπές προωθούν τις συνεργασίες με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, εκτιμούν τις ανάγκες ψυχικής υγείας και προτείνουν μέτρα για την ανάπτυξη παρεμβάσεων με τελικό στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι Πε.Δι.Το.Ψ.Υ διοικούνται από Περιφερειακά Διατομεακά Συμβούλια, τα οποία λειτουργούν ως αποκεντρωμένος ενδιάμεσος φορέας, παίρνουν αποφάσεις αφού έχουν λάβει εισηγήσεις από τις Επιτροπές, καθορίζουν τα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των φορέων παροχής ψυχικής υγείας, ελέγχουν και εκτιμούν ετησίως την αποδοτικότητά τους και εκλέγουν τα μέλη του Συντονιστικού τους Οργάνου. Το Συντονιστικό Όργανο των Πε.Δι.Το.Ψ.Υ συμμετέχει στις διαβουλεύσεις για τη χάραξη κοινής πολιτικής με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς σε θέματα ψυχικής υγείας.

Μια ακόμα σημαντική μεταρρύθμιση, είναι η σύσταση της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε κάθε Πε.Δι.Το.Ψ.Υ¹⁸¹, που παρακολουθεί την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την εύρυθμη λειτουργία των Μ.Ψ.Υ. Σκοπός της Επιτροπής είναι η αποσυμφόρηση και η αποκέντρωση της Κεντρικής Ειδικής Επιτροπής του Υπουργείου¹⁸².

¹⁸¹ Ν. 4461/17, άρθρο 7.

¹⁸² Ν. 2716/99, άρθρο 2.

«Η ελληνική περίπτωση αποτελεί μια προσπάθεια για κάθετη αποκέντρωση και μεταφορά αρμοδιοτήτων και εξουσίας από έναν μικρότερο σε έναν μεγαλύτερο αριθμό διοικητικών φορέων, εντός μιας τυπικής διοικητικής δομής¹⁸³».

Θεμελιώδη δομικό λίθο του Ε.Σ.Υ αποτελεί το δημόσιο νοσοκομείο, με κύριο στόχο την κάλυψη δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων και εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων αναγκών υγείας. Το νοσοκομειακό υποσύστημα χαρακτηρίζεται ως οικονομική μονάδα, ως μονάδα εντάσεως εργασίας¹⁸⁴, καθώς οι υπηρεσίες που προσφέρει βασίζονται στην ύπαρξη ενός εξειδικευμένου και καταρτισμένου ανθρώπινου δυναμικού.

Αποτελεί ένα πολύπλοκο σύστημα, διαρκώς εξελισσόμενο, με σύνθετες διοικητικές αρμοδιότητες και εργασιακές σχέσεις. Αποτελείται από οριζόντια (λειτουργικά) υποσύνολα (κλινικές, τμήματα και μονάδες νοσοκομείου) και πυραμιδικά (διοικητικά) υποσύνολα (υπηρεσίες νοσοκομείου, όπως η ιατρική, η νοσηλευτική, η διοικητική και η τεχνική)¹⁸⁵. Οι δύο δυνάμεις εξουσίας ενός νοσοκομείου είναι το ιατρικό και το διοικητικό τμήμα, δυνάμεις ισχυρές και συχνά αντικρουόμενες.

Η συνηθέστερη επιλογή διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι ο κάθετος και ιεραρχικός τρόπος διοίκησης (λήψη αποφάσεων από ανώτερα κλιμάκια και κοινοποίηση ιεραρχικά προς τους υφιστάμενους φορείς στη βάση της διοικητικής πυραμίδας). Κεντρικό ρόλο διαδραματίζει το Υπουργείο Υγείας, ενώ η ιεραρχία στο νοσοκομείο ξεκινά από την ανώτατη διοίκηση (Διοικητικό Συμβούλιο, Διοικητής ή Πρόεδρος), διέρχεται τις τέσσερις υπηρεσίες του νοσοκομείου (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και ξενοδοχειακή – τεχνική), καταλήγοντας στη βάση της πυραμίδας.

Η εισαγωγή του θεσμού των Διοικητών στη διοίκηση των νοσοκομείων αποτέλεσε μια προσπάθεια εφαρμογής του επαγγελματικού management στον χώρο της υγείας, με τον ν. 2889/2001¹⁸⁶. Με τον ν. 3329/2005, ορίζονται τα όργανα διοίκησης του νοσοκομείων (διοικητικό συμβούλιο και διοικητής και καθορίζονται οι αρμοδιότητες

¹⁸³ Πολύζος, Ν. (2014). Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, σελ. 158.

¹⁸⁴ Γούλα, Α. (2014). Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας, σελ. 194.

¹⁸⁵ Ο.π Γούλα, Α (2014), σελ. 195.

¹⁸⁶ Ν. 2889/2001 Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας Ε.Σ.Υ και άλλες διατάξεις, άρθρ. 5.

των οργάνων διοίκησης. Τα νοσοκομεία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του διοικητή της αντίστοιχης Υ.Πε και είναι Ν.Π.Δ.Δ¹⁸⁷.

Με τον Ν. 4052/2012, επετεύχθη η περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ και η διαίρεση της χώρας σε 7 Υ.Πε. Οι γιατροί των Ε.Σ.Υ όφειλαν να διενεργούν ετήσιες αξιολογήσεις με ποσοτικά στοιχεία του κλινικού τους έργου ενώ παράλληλα, θεσπίστηκε η μετατροπή των λειτουργούντων υπό ενιαία διοίκηση διασυνδεδεμένων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ σε αυτοτελή και ενιαία Ν.Π.Δ.Δ, η συγκρότηση επιτροπής για την αξιολόγηση των υποψήφιων διοικητών και αναπληρωτών διοικητών με ετήσια αξιολόγηση¹⁸⁸.

Σε όρους μάνατζμεντ (Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ), η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια ολοκληρωμένη φιλοσοφία που προωθεί τον ολικό μετασχηματισμό του παραδοσιακού τρόπου διοίκησης και την υιοθέτηση εξελεγμένων τρόπων χρησιμοποίησης των πόρων και των δυνατοτήτων, με απώτερο σκοπό την αύξηση της οργανωτικής ικανότητας και αποδοτικότητας του οργανισμού.

«Οι βασικές αρχές της ΔΟΠ επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των πελατών (ή ασθενών όταν εφαρμόζονται σε μονάδα υγείας), στην ενεργή συμμετοχή όλων των εργαζομένων στις διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας και στη διαρκή εκπαίδευσή τους, στην επίτευξη στόχων μέσω ομαδικής εργασίας, στη συνεχή βελτίωση όλων των διαδικασιών, στην αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων και των εργαζομένων, στη συνεργασία – επικοινωνία της διοίκησης με προμηθευτές και πελάτες (πολίτες ή ασθενείς), στην πρόληψη και όχι στη θεραπεία¹⁸⁹».

Διαφαίνεται μια προσπάθεια ένταξης των εργαλείων του μάνατζμεντ για την αποδοτικότερη λειτουργία των νοσοκομείων από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 και η εμφάνιση εννοιών όπως οργανωσιακή κουλτούρα, ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, στρατηγικός σχεδιασμός, έλεγχος. Έννοιες που παρατηρούνταν κυρίως σε ιδιωτικές επιχειρήσεις που στόχο έχουν την μέγιστη αύξηση του κέρδους.

¹⁸⁷ Ν. 3329/2005, Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, κεφ.Β',άρθρ.7.

¹⁸⁸ Ό.π Πολύζος, Ν. (2014), σελ.179.

¹⁸⁹ Τζωρτζόπουλος, Α. (2018), Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα – εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας, σελ. 650.

Το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε τα έτη 2010 – 2011, μια σειρά εγκυκλίων προς τις νοσηλευτικές μονάδες με κύριο στόχο την διαμόρφωση ενός προγράμματος ιεραρχημένων δράσεων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ενώ παράλληλα, στο πλαίσιο υλοποίησης προγραμμάτων μέσω του Εταιρικού Συμφώνου για το Πλαίσιο Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ) της περιόδου 2007-2013, το Υπουργείο προώθησε την πιστοποίηση 34 νοσοκομείων της χώρας¹⁹⁰.

Από το 2013 έως το 2016, ορίστηκε η επιθυμία - στόχος του Υπουργείου Υγείας για την διαμόρφωση και εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και τον εξορθολογισμό των δαπανών, ενώ για την τριετία 2017 – 2020, στο οριζόμενο πλαίσιο οράματος του Υπουργείου κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζει η φιλοσοφία, οι αρχές και οι καλές πρακτικές της ΔΟΠ, στα πλαίσια της οποίας περιλαμβάνονται η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα, η βελτίωση της αποδοτικής λειτουργίας του ΕΣΥ, η εφαρμογή του συστήματος διοίκησης μέσω στόχων, η συμμετοχή και η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Για την αποδοτικότερη λειτουργία των νοσοκομείων, σε ετήσια βάση υλοποιείται ένας στρατηγικός σχεδιασμός με τους επιδιωκόμενους στόχους προς υλοποίηση (διοίκηση μέσω στόχων). Το σύστημα διοίκησης μέσω στόχων στο δημόσιο τομέα, θεσπίστηκε με τον ν. 3230/2004 «Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις», ο οποίος πρόσφατα συμπληρώθηκε από τον ν. 4369/2016. Στο πλαίσιο εφαρμογής του συστήματος Διοίκησης μέσω Στόχων, η πολιτική ηγεσία καθορίζει και κατανέμει τους στρατηγικούς στόχους για κάθε επόμενο έτος, η υπηρεσιακή ηγεσία καθορίζει σε κάθε ιεραρχικό επίπεδο τους επί μέρους στόχους για να ισχύσουν κατά το επόμενο έτος, ενώ για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας χρησιμοποιούνται δείκτες μέτρησης.

Συνεπώς, βάσει του συγκεκριμένου συστήματος ενισχύεται η συμμετοχή των στελεχών στη διαμόρφωση αλλά και στην παρακολούθηση της στοχοθεσίας, με έμφαση στη διαφάνεια, τη νομιμότητα, την καλή διακυβέρνηση και την αξιοκρατία.

Ιδιαίτερη μνεία, γίνεται στην κουλτούρα των δημόσιων νοσοκομείων που χαρακτηρίζεται από έντονο γραφειοκρατικό χαρακτήρα «κουλτούρα εξουσίας».

¹⁹⁰ Ό.π Τζωρτζόπουλος, Α. (2018), σελ. 651-652.

Κρίνεται επιτακτική η ανάγκη αλλαγής κουλτούρας των οργανισμών αυτών, σε μια «επιτελική κουλτούρα», μια κουλτούρα ανοιχτή σε ερεθίσματα, κουλτούρα εμπιστοσύνης, ποιότητας και ασφάλειας, η οποία είναι δυνατόν να επιτευχθεί μέσω της συμμετοχικής εργασίας, της ενθάρρυνσης των εργαζομένων στην ομαδική επίλυση των προβλημάτων.

Το εθνικό στρατηγικό σχέδιο στον άξονα της ποιότητας (Υγεία 2014-2020), αναφέρει σε λίγες γραμμές την «ανάπτυξη και εισαγωγή συστημάτων ποιότητας στα νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας». Ο προσανατολισμός του Υπουργείου Υγείας περιορίζεται στην ανάπτυξη της Π.Φ.Υ και στην επιβίωση του Ε.Σ.Υ., θέτοντας σε δεύτερη μοίρα τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών¹⁹¹.

«Η ικανοποίηση των ασθενών με την παράλληλη αύξηση της παραγωγικότητας και της ανταγωνιστικότητας των ελληνικών νοσοκομείων συνιστά το επόμενο στοίχημα για τη διοίκηση»¹⁹². Η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ελληνικό δημόσιο είναι εξαιρετικά δύσκολη, λόγω του έντονου κρατικού παρεμβατισμού και τον απόλυτο κεντρικό έλεγχο των νοσοκομείων σε συνδυασμό με τον ήδη ανεπαρκή προϋπολογισμό.

Ωστόσο, ένας τρόπος βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, που μπορεί να συμβάλλει στη συνολική βελτίωση ενός νοσοκομείου στον τομέα της ποιότητας, αποτελεί η προσέγγιση του Donabedian¹⁹³. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη προσέγγιση, η αξιολόγηση της ποιότητας μοιάζει με ένα μονοπάτι με τρία συστατικά μέρη: **α) τις εισροές**, δηλαδή τους διαθέσιμους πόρους, τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας και τις υποδομές σε κτίρια και εξοπλισμό, **β) τις διαδικασίες**, δηλαδή τις εξετάσεις, τη λήψη ιστορικού, τη διάγνωση-θεραπεία, **γ) τις εκροές**, δηλαδή τα παραγόμενα αποτελέσματα και τις καταναλώσεις των πόρων για την παραγωγή τους.

Δεδομένου ότι οι εισροές είναι δυσμετάβλητες λόγω κρατικού παρεμβατισμού, μετρώντας τις εκροές και τα παραγόμενα αποτελέσματα τους, θα αποτελέσουν ένα είδος ανατροφοδότησης του συστήματος για την αναθεώρηση δεδομένων στις εισροές και στις διαδικασίες, προκειμένου να επιτευχθεί η ζητούμενη βελτίωση.

¹⁹¹ Κουκουφίλλπου, Ι.(2017). Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο, σελ. 330.

¹⁹² Ό.π. Κουκουφίλλπου, Ι. (2017), σελ.332.

¹⁹³ Ό.π Κουκουφίλλπου, Ι. (2017), σελ. 329.

7.3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) και Ψυχικής Υγείας

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) νοείται «το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Ε.Σ.Υ, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του¹⁹⁴».

Η Διακήρυξη της Alma-Ata (1978), αποτελεί σταθμό στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Η παγκόσμια στρατηγική που προτάθηκε ήταν η προσπάθεια καταπολέμησης των ανισοτήτων στην υγεία, η ικανοποίηση των αναγκών υγείας μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, η οριζόντια και ολοκληρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και η συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία. Ως μέσο επίτευξης των στόχων αυτών ορίστηκε η Π.Φ.Υ,

Ο ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ (ν.1397/83) αποτελεί τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας και μέσω αυτού, θεσπίζεται η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, στο πλαίσιο ενός αποκεντρωμένου και ενιαίου Συστήματος Υγείας. Στον νόμο αυτό, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της Π.Φ.Υ, οι ανάγκες της οποίας εξυπηρετούνται από τα Κ.Υ και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Με τον ν. 2071/1992, εισάγονται οι Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας, ως Ν.Π.Δ.Δ ή Ν.Π.Ι.Δ, δίνοντας έμφαση στην κατ' οίκον νοσηλεία.

Με τον ν. 3235/2004, η Π.Φ.Υ εξυπηρετείται μέσα από τις δομές των Κ.Υ., των Περιφερειακών ιατρείων, των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων του Ε.ΣΥ και των αντίστοιχων μονάδων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης¹⁹⁵.

¹⁹⁴ Ν. 4486/2017, άρθρο 1.

¹⁹⁵ Ν.3235/2004, άρθρο 2.

Το 2011 η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ)¹⁹⁶ αποτελεί μια σημαντική μεταρρύθμιση στην Π.Φ.Υ, ευθύνη του οποίου είναι ο συντονισμός και η συνεργασία των φορέων που μετέχουν στην Π.Φ.Υ.

Το 2014, δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), στο οποίο ενσωματώνονται τα ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, αναδιοργανώνονται τα Κ.Υ, θεσμοθετούνται τα Πολυδύναμα Κέντρα Υγείας και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ). Στον νέο φορέα εντάσσεται η παρακολούθηση μακροχρόνιων νοσημάτων, αναφέρεται η κατ' οίκον φροντίδα ξανά, γίνεται αναφορά στις υπηρεσίες αποκατάστασης και ανακουφιστικής φροντίδας, στην οδοντιατρική και οδοντοτεχνική φροντίδα καθώς και στην ψυχική υγεία¹⁹⁷.

Τέλος, μια πολύ σημαντική αλλαγή αποτέλεσε και η θέσπιση νόμου¹⁹⁸, με τον οποίο δίνεται το δικαίωμα ελεύθερης και δωρεάν πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας, ανεξαρτήτως ασφαλιστικής τους κατάστασης.

Με το άρθρο 21 του ιδρυτικού νόμου του Ε.Σ.Υ, γίνεται και η πρώτη αναφορά στην ένταξη της παροχής ψυχιατρικής φροντίδας στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης (με τη δημιουργία Κ.Ψ.Υ).

Μελέτες σε διεθνές επίπεδο, κατέδειξαν την ανάγκη μετατόπισης της ψυχικής υγείας σε μια πιο κεντρική θέση στις πολιτικές και στα προγράμματα των χωρών.

Σε ολόκληρο τον κόσμο σχεδιάζεται η μεταφορά της υγειονομικής φροντίδας από το δεύτερο στον πρώτο βαθμό. Η τάση αυτή είναι σύμφωνη με την πολιτική του Π.Ο.Υ. Η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα είναι εξωνοσοκομειακή «πρώτης επαφής» φροντίδα, πέραν φυσικά εκείνης που προσφέρεται στα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών Παρέχεται από οικογενειακούς ιατρούς και σε ορισμένες χώρες, όπως η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, από νοσοκόμες και άλλους λειτουργούς σε κοινοτικό επίπεδο, που εργάζονται ως μέλη πρωτοβάθμιας φροντίδας {...} Ο οικογενειακός ιατρός βλέπει τους ασθενείς του για οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιάζουν. Είναι σε θέση να δώσει λύση στο 90% περίπου των προβλημάτων,

¹⁹⁶ Ν. 3918/2011, άρθρο 17.

¹⁹⁷ Ν. 4238/2014, άρθρο 1.

¹⁹⁸ Ν. 4368/2016, άρθρο 33.

χωρίς να χρειαστεί να παραπέμψει τον ασθενή εκτός του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας¹⁹⁹»

Η Π.Φ.Υ παίζει καθοριστικό ρόλο στην καθημερινή αντιμετώπιση και διαχείριση των προβλημάτων υγείας του πολίτη και στην ανάπτυξη ενός ορθολογικού συστήματος υγείας. Η προσβασιμότητα, η τομεοποίηση που επιχειρήθηκε, η δωρεάν παροχή υγείας, και προαγωγή υγείας μπορούν να προσφέρουν πολλά πλεονεκτήματα όπως τη μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία και τη παροχή φροντίδας στην κοινότητα, στο οικείο περιβάλλον του ατόμου και την αποφυγή του στίγματος που συνοδεύει μια ασθένεια –πολλώ δε μάλλον όταν πρόκειται για ψυχική διαταραχή.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, εκτός από την προσπάθεια αποασυλοποίησης των χρόνιων ασθενών και την επανένταξή τους σε ένα κοινοτικό θεραπευτικό δίκτυο, έστρεψε το ενδιαφέρον της και στην ενίσχυση της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας τόσο στους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες, όσο και στα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια στιγμή στη ζωή τους κάποια κρίση.

Δημιουργήθηκαν Κ.Ψ.Υ με εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχολόγο, ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, εργοθεραπευτή) και με υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής της υγείας, έγκαιρης διάγνωσης και ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης στην κοινότητα των ψυχικών διαταραχών.

Επιχειρήθηκε η στελέχωση των εξωτερικών ιατρείων των Γενικών Νοσοκομείων με εξειδικευμένο προσωπικό αλλά και η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ψυχικής υγείας για την χρηστή αντιμετώπιση των πασχόντων.

Δημιουργήθηκαν Κινητές Μονάδες Υγείας και Ψυχικής Υγείας, για την αποτελεσματική φροντίδα των πασχόντων σε απομακρυσμένες περιοχές, στις οποίες παρουσιάζονταν ελλείψεις σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο.

Τέλος, δόθηκε έμφαση στην υλοποίησης δράσεων πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας για την ενημέρωση των ατόμων και της κοινωνίας, η οποία ωστόσο υστερεί σε κάποιο βαθμό.

Η κλινική εμπειρία διδάσκει ότι τόσο η αποδοχή των ψυχικών διαταραχών, όσο και η αναζήτηση φροντίδας και θεραπείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο μειώνουν το στίγμα της ψυχικής νόσου, σε αντίθεση με το ψυχιατρείο.

¹⁹⁹ Ποταμιάνος, Γ. (2005). Κλινική Ψυχολογία και Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα, σελ. 24.

«Η πρόωγη εκτίμηση και αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών, καθώς και η αγωγή κοινότητας, αποτελούν πρωταρχικούς στόχους για να είναι ομαλή η μετάβαση του πάσχοντος, έτσι ώστε από την πρωτοβάθμια φροντίδα να μπορεί στη συνέχεια να γίνει χρήστης των λοιπών υπηρεσιών ψυχικής υγείας²⁰⁰».

²⁰⁰ Κυλούδης, Π. & συν.(2012) Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σελ. 4.

8. Αποτίμηση της σημερινής κατάστασης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η πολιτική του Ψυχαργός Γ' αφορά τη συνέχιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη και βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε κοινοτικό επίπεδο. Για την υλοποίηση αυτής της θεραπευτικής μεθόδου, είναι απαραίτητες οι δράσεις σε όλα τα στάδια φροντίδας των ασθενών, εστιάζοντας τόσο στο μετασχηματισμό των ψυχιατρείων, όσο και στην ανάπτυξη και βελτίωση δράσεων πρόληψης, νοσηλείας, αποασυλοποίησης και αποκατάστασης στο πλαίσιο της κοινοτικής φροντίδας.

Η τελευταία έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης πραγματοποιήθηκε το 2014, τονίζοντας τα δυνατά και αδύνατα σημεία της μέχρι τότε πορείας του προγράμματος «Ψυχαργός».

Όσον αφορά, το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων και την αποασυλοποίηση των χρόνια ψυχικά ασθενών, αυτό επετεύχθη σε μεγάλο ποσοστό με την αντίστοιχη μεταστέγασή τους σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου.

Σε συνέντευξή του ο Παύλος Θεοδωράκης (διοικητής του ΨΝΑ) αναφέρει *«Η χώρα μας πριν από 15 χρόνια είχε 4.500 χρόνιους ασθενείς στα εννιά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Σήμερα έχει 280, οι υπόλοιποι 4.220 βρίσκονται σε δομές εκτός. Είναι σε ξενώνες, οικοτροφεία και διαμερίσματα. Όσον αφορά τον αριθμό των ασθενών στο Δαφνί, έχω δύναμη για 1.069, από αυτούς όμως οι 730 είναι σε εξωτερικές δομές. Μέσα στο ΨΝΑ σήμερα υπάρχουν 92 χρόνιοι, περίπου 200 οξεία περιστατικά και 87 με το άρθρο 69. Αν τα αθροίσεις είναι περίπου 380 ασθενείς.»*²⁰¹

Συνέχισαν τη λειτουργία τους τρία από τα εννέα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (ΨΝΑ, Δρομοκαΐτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) με την υπόσχεση της κατάργησής τους έως το 2015. Ωστόσο, μέχρι και σήμερα τα νοσοκομεία αυτά συνεχίζουν να λειτουργούν, αρκετά υποστελεχωμένα από προσωπικό, μειωμένο αριθμό κλινών και με σημαντική / μη βιώσιμη μείωση της χρηματοδότησής τους.

Ως υποστηρικτικό πλαίσιο για την αποασυλοποίηση των χρόνιων ασθενών και τη νοσηλεία οξέων περιστατικών, αποτέλεσε και η δημιουργία Ψυχιατρικών Τμημάτων

²⁰¹ Αναδημοσίευση συνέντευξης από PsychologyNow Team, “Ξεχασμένοι στα Ψυχιατρεία της Ελλάδας».

στα Γενικά Νοσοκομεία, ωστόσο, λόγω της γενικότερης οικονομικής κρίσης και της υποχρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ, ο αριθμός των κλινών και ο μειωμένος αριθμός προσωπικού δεν μπορούν να ανταποκριθούν στον όγκο των οξέων περιστατικών που εισάγονται. Όπως αναφέρουν οι εκπρόσωποι των εργαζομένων στο Δρομοκαΐτειο *«κατ' έτος εισάγονται περίπου 3000 περιστατικά, όταν πριν από την κρίση ήταν περίπου 1000 κατ' έτος. Το 70% των εισαγωγών είναι με εισαγγελική παραγγελία για εγκλεισμό και νοσηλεύονται ασθενείς που έχουν διαπράξει κακουργήματα, αλλά τους έχει αποδοθεί το ακαταλόγιστο²⁰²»*.

Τα κοινοτικά δίκτυα, παρά την αύξηση που παρουσιάζουν, αδυνατούν - σε επίπεδο δυναμικότητας, ανθρώπινου δυναμικού, υποδομών και γεωγραφικής κατανομής - να αναλάβουν τον ρόλο που τους αντιστοιχεί, θέτοντας σε κίνδυνο το όραμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 4, η μεγαλύτερη συσσώρευση δομών ψυχικής υγείας παρατηρείται στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αττική, Θεσσαλονίκη), ενώ σημαντικές ελλείψεις παρουσιάζονται σε Δυτική Μακεδονία και Βόρειο Αιγαίο). Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας²⁰³ είναι ελάχιστες οι κενές θέσεις σε στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στις 7 Υ.Πε. (ποσοστό που αγγίζει κατά προσέγγιση το 90%).

Παράλληλα, έμφαση δόθηκε και στην ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, ατόμων με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, πασχόντων από τη νόσο Alzheimer και σε πρόσφυγες-μετανάστες, καθώς είχαν παρατηρηθεί σημαντικότερες ελλείψεις.

Συνολικά, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που υπήρχαν μέχρι και το 2019, παρουσιάζονται στον πίνακα.

²⁰² Αναδημοσίευση από Καθημερινή (16/11/2019) «SOS εκπέμπουν τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία».

²⁰³ Πληρότητα στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης Απρίλιος 2020. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/c312-psyxikh-ygeia/7142-plhrohta-stegastikwn-domwn-psyxokoinwnikhs-apokatastashs-aprilios-2020>.

	1984	1990	1999	2010	2019
Κλίνες σε Γενικά Νοσοκομεία	36	281	407	480	568
Κ.Κ.Ψ.Υ	7	19	32	34	49
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για Παιδιά και Εφήβους	8	22	28	28	34
Ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	20	43	50	53	53
Κ.Μ.Ψ.Υ	2	6	17	20	20
Κέντρα Ημέρας	55	381	390	615	725
Κοι.Σ.Π.Ε	-	-	-	18	24
Κλίνες σε Μ.Ψ.Α	15	522	1962	3057	3847
Κοινοτικές δομές για τη νόσο Alzheimer	-	-	4	6	13
Κοινοτικές δομές για άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος	2	3	5	10	17
Προγράμματα Αποτοξίνωσης και Αποκατάστασης	5	18	53	92	105

Πίνακας 5. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα (1984-2019). (Αναδημοσίευση από Madianos, M. *The adventures of psychiatric reform in Greece (1999-2019)*).

Η τομεοποίηση που έχει θεσπιστεί στο σύστημα ψυχικής υγείας θεωρείται πολύ σημαντική για την άμεση πρόσβαση και παροχή φροντίδας στους πάσχοντες. Σύμφωνα με τον Τομεοποιημένο Σχεδιασμό Ανάπτυξης μονάδων ψυχικής υγείας²⁰⁴ για το έτος 2019, υπάρχουν 37 Τ.Ο.Ψ.Υ στις 7 Υ.Πε, που εξυπηρετούν ο κάθε ένας από αυτούς πληθυσμό πάνω από 150.000 (αρχή της ανταποκριτικότητας), με αποτέλεσμα να υπάρχουν Τ.Ο.Ψ.Υ και περιφέρειες που να μην διαθέτουν όλες τις προβλεπόμενες δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενηλίκων, ή η ήδη υπάρχουσες να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν λόγω μεγάλου εξυπηρετούμενου πληθυσμού (Πίνακας 6).

²⁰⁴ Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης μονάδων ψυχικής υγείας (2019), Υπουργείο Υγείας.

1 Υ.ΠΕ	
4^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ:	192.000
5^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	350.000
6^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	267.000
7^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	314.000
8^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	291.000
10^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	260.000
2 Υ.ΠΕ	
1^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	252.000
2^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	283.000
3^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	248.000
9^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	266.000
11^{ΟΣ} Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ	266.000
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΩΝ	152.000
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΚΥΚΛΑΔΩΝ	89.517
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΛΕΣΒΟΥ - ΧΙΟΥ- ΣΑΜΟΥ - ΛΗΜΝΟΥ	137.670
3 Υ.ΠΕ	
ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	184.000
ΔΥΤΙΚΟΣ Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	318.000
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΓΡΕΒΕΝΩΝ – ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ – ΦΛΩΡΙΝΑΣ – ΚΟΖΑΝΗΣ	266.900
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΠΙΕΡΙΑΣ – ΗΜΑΘΙΑΣ - ΠΕΛΛΑΣ	325.591
4 Υ.ΠΕ	
ΑΝΑΤ. Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ & ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	332.900
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΚΑΒΑΛΑΣ - ΞΑΝΘΗΣ	188.900
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΣΕΡΡΩΝ – ΔΡΑΜΑΣ - ΚΙΛΚΙΣ	284.109

Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΡΟΔΟΠΗΣ - ΕΒΡΟΥ	207.000
5 Υ.ΠΕ	
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΦΘΙΩΤΙΑΣ - ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	142.000
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΦΩΚΙΑΣ - ΒΟΙΩΤΙΑΣ	126.600
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΕΥΒΟΙΑΣ	168.000
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	152.000
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΛΑΡΙΣΑΣ	227.400
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΤΡΙΚΑΛΩΝ - ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	195.700
6 Υ.ΠΕ	
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΡΓΟΛΙΑΣ - ΑΡΚΑΔΙΑΣ – ΛΑΚΩΝΙΑΣ	218.294
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	127.900
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΗΛΕΙΑΣ - ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ - ΖΑΚΥΝΘΟΥ	188.600
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΚΟΡΙΝΘΟΥ - ΑΧΑΪΑΣ	363.800
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	168.800
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΑΡΤΑΣ – ΠΡΕΒΕΖΑΣ - ΛΕΥΚΑΔΑΣ	119.200
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ - ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ - ΚΕΡΚΥΡΑΣ	252.600
7 Υ.ΠΕ	
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ - ΛΑΣΙΘΙΟΥ	304.600
Τ.Ο.Ψ.Υ.Ε ΧΑΝΙΩΝ - ΡΕΘΥΜΝΟΥ	185.858

Πίνακας 6. Πληθυσμός κάλυψης και παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανά Υ.Πε και Το.Ψ.Υ.

Οι δομές ψυχικής υγείας λόγω υποχρηματοδότησης και υποστελέχωσης, αδυνατούν να ανταπεξέλθουν με τον μέγιστο δυνατό τρόπο στις ανάγκες των πασχόντων. Όπως αναφέρουν σε έκθεσή του οι Γιατροί του Κόσμου «Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τόσο

πρωτοβάθμιας περίθαλψης όσο και οι πιο εξειδικευμένες όπως π.χ. για τα παιδιά και τους εφήβους, τα άτομα με αυτισμό διανοητικές αναπηρίες και εν γένει γηριατρικές και ιατροδικαστικές υπηρεσίες, εμφανίζονται σήμερα ανεπαρκείς, ασύνδετες και κατακερματισμένες²⁰⁵».

Ο Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας περιγράφει με αριθμούς την υπάρχουσα κατάσταση και τις ανάγκες αναφορικά με τις υποδομές και το προσωπικό ψυχικής υγείας, χωρίς ωστόσο να γίνεται λόγος για την εγκατάσταση ενός ολοκληρωμένου, καθολικού συστήματος με βιώσιμη χρηματοδότηση σε βάθος χρόνου και καμία πρόβλεψη παρακολούθησης και αξιολόγησης των μεθόδων και των σχετικών αποτελεσμάτων.

Στον αντίποδα, μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και το βαθμό ικανοποίησης των ληπτών ψυχικής υγείας, ένα μεγάλο ποσοστό είναι υπέρ της φροντίδας/ περίθαλψης στην κοινότητα σε σχέση με το ψυχιατρείο. *«Η καλή ή η άριστη ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν οι λήπτες των υπηρεσιών συγκέντρωσε ποσοστό συμφωνίας 78,5%²⁰⁶».*

Αυτό που διαφαίνεται από την μέχρι τώρα εκτίμηση της κατάστασης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ότι αυτό που λείπει δεν είναι τα κατάλληλα εργαλεία, αλλά η βούληση να βρεθούν λύσεις στα προβλήματα. Δεν αρκεί ένας νόμος ή μια καλή ιδέα για να εφαρμοστεί και να βελτιωθεί η κατάσταση, αλλά θέληση ώστε να υπάρχει υπευθυνότητα απέναντι στις υποχρεώσεις που αναλαμβάνει κάποιος.

Οι πρακτικές που έχουν προταθεί/θεσπιστεί για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στο σύνολό τους, αποτελούν ένα ολοκληρωμένο δίκτυο για τη στήριξη και φροντίδα των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα με απώτερο στόχο την κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση, την αυτονόμησή τους, την εξάλειψη του στιγματισμού και του φαινομένου του ιδρυματισμού.

²⁰⁵ Προωθώντας την Ψυχική Υγεία και την Ευεξία στην Κοινότητα, Γιατροί του Κόσμου, σελ.29. Διαθέσιμο στο: <https://mdmgreece.gr/category/ekdosis/anafores-ekthesis/>

²⁰⁶ Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός» (2014), σελ. 471.

Προτάσεις

Αναμφίβολα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που διαμορφώθηκαν και λειτουργούν στη χώρα μας με το Πρόγραμμα «Ψυχαργός», αποτελούν πρακτικές που συμβάλλουν σε μια «ανθρωπιστική» αντιμετώπιση και φροντίδα του ασθενή, κοντά στην κοινότητα, με στόχο την κοινωνική του επανένταξη και την επαγγελματική του αποκατάσταση.

Παράλληλα, αποτελούν ένα δίκτυο αρωγής και αλληλεγγύης για τους ψυχικά πάσχοντες, ειδικά σε περιόδους κρίσης που τα ψυχικά προβλήματα αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς εξαιτίας της ανεργίας και της οικονομικής ύφεσης.

Κρίνεται αναγκαία, η σταθερή βιώσιμη χρηματοδότηση αυτού του εγχειρήματος, με μακροπρόθεσμο στόχο και με συστηματική αξιολόγηση των μεθόδων και των σχετικών αποτελεσμάτων

Η πληρότητα των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης επιβάλλει τη δημιουργία νέων, τεκμηριωμένων μέσα από επιδημιολογικές μελέτες τόσο σε τοπικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, για την μελέτη των υπαρχουσών αναγκών και την αποφυγή της συσσώρευσης δομών σε περιοχές που δεν κρίνεται αναγκαία η δημιουργία τους άμεσα.

Η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών από τις δομές και η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, αποτελούν παράγοντες μείζονος σημασίας. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η αυστηρή καθιέρωση ενός συστήματος συντονισμού, για την αποτελεσματική παρακολούθηση τους. Σε αυτή την προσπάθεια ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, που έχει θεσπιστεί για τον εκσυγχρονισμό της ΠΦΥ, δύναται να συμβάλλει τα μέγιστα.

Ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας, με την δημιουργία περισσότερων Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Κινητών Μονάδων, για την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας και τη παράλληλη ενίσχυση της περιφέρειας που αντιμετωπίζει δυσκολίες πρόσβασης στη ΠΦΥ.

Ενίσχυση της περιφέρειας με ένα ολοκληρωμένο δίκτυο κοινοτικών δομών για την ελαχιστοποίηση της μεταφοράς των ασθενών σε άλλους τομείς ή περιφέρειες.

Ενίσχυση του ρόλου των Τομεακών Επιτροπών και της ενεργής συμμετοχής των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αυτές.

Δημιουργία περισσότερων Κοι.Σ.Π.Ε για την διευκόλυνση της εργασιακής και κοινωνικής αποκατάστασης των ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Επαρκή στελέχωση όλων των δομών παροχής ψυχικής υγείας, με εξειδικευμένο προσωπικό, πλήρως καταρτισμένο για την εφαρμογή κοινοτικών πρακτικών ψυχιατρικής.

Εξορθολογισμό της αποκέντρωσης, με μικρότερους γεωγραφικούς τομείς για την αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας και πρόληψης και την αποφυγή των εισαγωγών στις ψυχιατρικές κλινικές των νοσοκομείων.

Ενεργή συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης με την ανάδειξη των ιδιαίτερων υγειονομικών αναγκών κάθε περιοχής και ανάληψη πρωτοβουλιών για την ενίσχυση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους.

Ενίσχυση του θεσμού των Φιλοξενουσών Οικογενειών για την κοινωνική επανένταξη των ληπτών και την παράλληλη κοινωνική τους ενίσχυση.

«Η ελληνική ψυχιατρική και το εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργός» {...} αποτέλεσαν ακόμα τον κύριο μηχανισμό για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα. {...} Ωστόσο, όλα όσα έγιναν φανερώνουν έναν υπηρεσιοκεντρικό χαρακτήρα όπου το μεγάλο βάρος δόθηκε στην αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρεία της χώρας και δευτερευόντως στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών²⁰⁷»

²⁰⁷ Ό.π. Δεπάστας, Χ. (2018), σελ. 124.

Επίλογος

«Όταν ο άνθρωπος διατηρεί ελπίδα για το μέλλον, όταν βρίσκει ένα νόημα στα πράγματα, όταν μπορεί και επικοινωνεί πραγματικά με τους γύρω του, η έννοια του ανίατου καταργείται».

«Η απομυθοποίηση του φόβου για τον διαφορετικό Άλλο, συντείνει στην πραγμάτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης{...} Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνιστάται εν μέρει σε ένα εγχείρημα επαναπροσδιορισμού του υποκειμένου αναφοράς της ψυχιατρικής πρακτικής. Οι νέοι θεραπευτικοί τόποι επιβάλλουν νέους θεραπευτικούς προσανατολισμούς. Η υποκειμενικότητα τίθεται ως ανοικτό πεδίο αντιπαράθεσης και διαμεσολάβησης. Πρόκειται για την ανάδυση μιας «νέας υποκειμενικότητας», η οποία προϋποτίθεται, παράγεται και την ίδια στιγμή τίθεται ως διακύβευμα στο πεδίο της ψυχιατρικής καθημερινότητας²⁰⁸».

Η θέαση του ψυχικά ασθενή, ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα προβάλλει όχι απλά ως αίτημα, αλλά ως αναγκαιότητα άμεσα και άρρηκτα συνδεδεμένη με την αλλαγή της ιδεολογίας, της πολιτικής λειτουργίας και την υιοθέτηση μιας «ενσυναισθητικής» στάσης της κοινωνίας απέναντι στην οδύνη της ύπαρξης.

Η ψυχική υγεία ενός πληθυσμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση που επικρατεί στη χώρα του. Στην Ελλάδα, η δημοσιονομική κρίση που προέκυψε εδώ και χρόνια, οδήγησε στην αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας και στην αύξηση των ψυχικών ασθενειών και των αυτοκτονιών. Η ψυχική υγεία, αποτέλεσε αντικείμενο διαλόγου και συζητήσεων καθώς ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι, αναζητούσαν θεραπεία και μιλούσαν ανοιχτά για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Λειτουργήσε σαν ένα είδος μείωσης του ταμπού και της προκατάληψης απέναντι στην ψυχική ασθένεια και τον στιγματισμό της. Έγινε αντιληπτό, ότι η ψυχική υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη σωματική υγεία και επιδέχεται θεραπείας μέσα από νέα θεραπευτικά σχήματα. Μέσα από προσωπικές εμπειρίες, οι Έλληνες άρχισαν να κατανοούν περισσότερο όσους επηρεάζονται από ψυχικές ασθένειες και αδυνατώντας λόγω οικονομικών δυσχερειών να απευθύνονται σε ιδιώτες ψυχιάτρους και

²⁰⁸ Ό.π Τζανάκης, Μ. (2008), σελ. 14.

ψυχολόγους, κατέφευγαν σε δημόσιες δομές ψυχικής υγείας γεγονός που συνεισέφερε στο να έρθουν αντιμέτωποι με την ελληνική πραγματικότητα και τα προβλήματα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι άνθρωποι μίλησαν ανοιχτά για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, δημιουργήθηκαν γραμμές τηλεφωνικής υποστήριξης για όσους είχαν ανάγκη να μιλήσουν και αντιμετώπιζαν ψυχολογικά προβλήματα, διαφημιστικές καμπάνιες, κινηματογραφικές ταινίες, εθελοντικές ομάδες αρωγής, σύλλογοι που προσέφεραν βοήθεια με όποιο τρόπο μπορούσαν. Υπήρξε μια μαζική δικτύωση και αλληλεγγύη, αλλά κυρίως μια διαφορετική θέση του «διαφορετικού Άλλου» με περισσότερη κατανόηση και σεβασμό.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, σε γενικές γραμμές, χαρακτηρίζεται από μια αργή διαδικασία με οπισθοδρομικά βήματα ανά περιόδους και συνθήκες²⁰⁹.

Η αποασυλοποίηση των χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, πέτυχε σε μεγάλο βαθμό και παράλληλα δημιουργήθηκε (παρά τα προβλήματα που έχουμε αναφέρει) ένα ευρύ κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο αρχικός στόχος λοιπόν, έγινε πραγματικότητα. Ωστόσο, πολλά είναι εκείνα που πρέπει να υλοποιηθούν για την εξάλειψη του ιδρυματισμού και του «νέο-ιδρυματισμού» που πολλοί ισχυρίζονται ότι επικρατεί στις νέες στεγαστικές δομές κοινοτικού τύπου. Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα πρέπει να αντιμετωπιστεί σαν μια δυναμική προσέγγιση και προσπάθεια, έτοιμη να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των εκάστοτε συνθηκών.

Παρά τα όποια κακώς κείμενα και τις αδυναμίες στην υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργώς» για την καταπολέμηση του ιδρυματισμού των ψυχικά ασθενών, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα ολοκληρωμένο Εθνικό Σχέδιο με όραμα την κοινοτική περίθαλψη, γεγονός που αναδεικνύει τη σπουδαιότητα του, σε μια χώρα όπου διαχρονικά η δημόσια διοίκηση υστερεί.

Μεταρρύθμιση ή Αντι-Μεταρρύθμιση; Αποασυλοποίηση ή Απονοσοκομειοποίηση; Σύγχρονες πρακτικές που συμβάλλουν στην καταπολέμηση του φαινομένου του ιδρυματισμού των χρόνιων ασθενών ή στην εμφάνιση του φαινομένου του «νέο-ιδρυματισμού» στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου;

Αποτελούν ερωτήματα που εγείρουν αντιφατικές απαντήσεις και βαθύ αναστοχασμό.

²⁰⁹ Madianos, M. (2019). The adventures of psychiatric reform in Greece: 1999-2019, p. 28.

«Η λέξη ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ένα νόμισμα «υποτιμημένο» και τελικά υποτιμήθηκε το κεφάλαιο «ψυχιατρική», υπάρχουν σήμερα πολλές εκδοχές της μεταρρύθμισης και τελικά αυτή η λέξη κατέληξε να μην σημαίνει τίποτε. Διότι τι τελικά εννοεί ο καθένας λέγοντας ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ένα πολύ ασαφές πράγμα. Άλλοι εννοούν το φτιασίδωμα των πιο ακραίων και σκανδαλωδών πλευρών του Ασύλου, άλλοι το κλείσιμό τους λόγω δημοσιονομικών επιλογών, μειώσεις του κόστους, άλλος εννοεί την παράλληλη λειτουργία κοινωνικών δομών και Ασύλων σε βάση συγκοινωνούντων δοχείων και άλλος εννοεί την αντικατάσταση του Ασύλου με ένα πλέγμα κοινοτικών δομών²¹⁰».

Την περίοδο που εκπονείται η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία, ο κόσμος σε παγκόσμια κλίμακα βιώνει μια πρωτοφανή πανδημία με έναν ιό που εξαπλώνεται με ραγδαίους ρυθμούς σκορπώντας τον θάνατο σε χιλιάδες συνανθρώπους μας. Τα μέτρα περιορισμού, συμπεριλαμβανομένης της αυτό-απομόνωσης και της κοινωνικής αποστασιοποίησης, έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή του πληθυσμού και ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογική του ευημερία. Σε όλα αυτά, προστίθεται και η μελλοντική οικονομική ύφεση (απροσδιορίστου προς το παρόν τιμής), με κλείσιμο καταστημάτων και αύξηση της ανεργίας.

Ποιο είναι το μέλλον της ψυχικής υγείας; Ποια θα είναι η θέση της στην πολιτική ατζέντα των κυβερνήσεων; Ποιο θα είναι το μέλλον των ψυχικά ασθενών και της γενικότερης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης;



²¹⁰ Αναδημοσίευση συνέντευξης του Κ. Κοκκινάκου , «Αρχές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης».

Βιβλιογραφία

- Αλεξιάς, Γ., 2000. Λόγος περί ζωής και θανάτου. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Γάκη, Δ., 2016. Ψυχιατρική και Χώρος – Το αίτημα της αποϊδρυματοποίησης. *Πτυχιακή εργασία*. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
- Γούλα, Α. 2014. Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.
- Δεπάστας, Χ., 2018. Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 17(2): 118-127.
- Ζομπανάκης, Γ. 1992. Σχολείο και Ζωή. *Μηνιαία Παιδαγωγική Επιθεώρηση*. Τεύχος 3. Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ./ Μητροσύλη, Μ. 1999. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. (τόμ. Γ') Δομή και λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και νομικές διαστάσεις). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Θεοδώρου, Μ./ Σαρρής, Μ./ Σούλης. Σ., 2001. Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Ιωαννίδη, Ε./ Μάντη, Π./ Λοπατατζίδης, Α. 1999. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. (τόμ. Α') Υγεία: Οριοθετήσεις και προοπτικές. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Καραμανωλάκης, Β. (1998). Το Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο: 1887 – 1903. Όψεις της εγκατάστασης ενός ιδρυματικού θεσμού. *Μνήμων*. (20): 45-46.
- Κολίσης, Ν. / Παπαδημητρίου, Γ. / Λύκουρας, Ε. & συν. , 2011. Ψυχική υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις - Προβληματισμοί. *Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών*, Αθήνα.
- Κοντιάδης, Ξ., 2008. Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

- Κοντοπούλου, Ε. 2015. Ο ποινικός στιγματισμός του ανηλίκου και η επίδρασή του στη δευτερογενή παρέκκλιση. *Εγκληματολογικές μελέτες*. (2): 29. Αθήνα.
- Κορδούτης, Π. / Παυλόπουλος Β., 2006. Πεδία έρευνας στην Κοινωνική Ψυχολογία. Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα.
- Κουκουφιλίππου, Ι., 2017. Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3):327-333.
- Κουρή, Μ. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Κέρκυρα από την εποχή της Βενετοκρατίας μέχρι την ίδρυση του γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας*. (14):1, σελ. 29-36.
- Κυλούδης, Π. & συν., 2012. Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 1(4):1-8.
- Κυριαζή, Ν. 2000. Η Κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική Επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. 1994, Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην Πράξη. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. 1994. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Από το άσυλο στην κοινότητα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. 1996. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ., 2000. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ., 2005. Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Μαλαίνος, Π. 2016. Επικινδυνότητα και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: η διαχείριση της ακούσιας νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων. *Διδακτορική διατριβή*. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.

- Μισουρίδου, Ε., 2008. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η ιστορία της Ψυχιατρικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*. 47(3):294 – 303.
- Ξενάκη, Α., 2009. Αφετηρίες της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. *Διδακτορική Διατριβή*. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ),
- Οικονόμου, Μ./ Κοκκώση, Μ./ Τριανταφύλλου, Ε./ Χριστοδούλου Γ., 2001. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3).
- Οικονόμου, Χ. 2013. Υγεία, κοινωνία και οικονομία. Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, Αθήνα.
- Παξινός, Ι. 2001. Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενοίκων των εξωνοσοκομειακών δομών του κρατικού θεραπευτηρίου Λέρου. *Διδακτορική διατριβή*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο. Αθήνα.
- Παρασκευαΐδου, Σ., 2015. Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 32(4):467-474.
- Πασσάς, Δ., 2018. Proceedings of the XXIII World Congress of Philosophy. *Contemporary Philosophy*. (10): 287 – 295.
- Πάσχος, Κ., 2018. Η πρόκληση των χρόνιων νόσων: προσδοκίες ασθενών και η ανταπόκριση ιατρών και σύγχρονων συστημάτων υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*. 23(2): 204-217.
- Περιτογιάννης, Β. / Μαυρέας, Β., 2014. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Το παράδειγμα των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 31(1):71-76.
- Πλουμπίδης, Δ. 1983. Εισαγωγικά γύρω από την εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, *Σύγχρονα Θέματα*. (19): 21-29.
- Πολύζος, Μ. 2014. Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις: Κριτική, Αθήνα.
- Ποταμιάνος, Γ., 1995. Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

- Ποταμιάνος, Γ., 2000. Κλινική Ψυχολογία. Σύγχρονα θέματα κλινικής πρακτικής και έρευνας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Ποταμιάνος, Γ., 2005. Κλινική Ψυχολογία και Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.
- Π.Ο.Υ, 2005. Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας: Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. (επιμ.) Ζαχαριάς, Β. (μτφρ.) Παπαντωνόπουλος, Γ. *Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα.
- Πουλάκου – Ρεμπελάκου, Ε./ Τσιάμης, Κ./ Παντελεάκος, Γ./ Πλουμπίδης, Δ., 2009. Ο ψυχικά άρρωστος ως «θέαμα» στους αθηναϊκούς δρόμους. Ιστορικές και λογοτεχνικές μαρτυρίες από την πρωτεύουσα στα τέλη του 19^{ου} και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 26(4): 536 – 543.
- Στασινοπούλου, Ο., 2006. Κράτος Πρόνοιας, Ιστορική εξέλιξη – Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Στυλιανίδης, Σ/ Θεοχαράκης, Ν., Χονδρός, Π.Χ, Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. *Αρχαιολογία και Τέχνες*, (105):45-54.
- Στυλιανίδης & συν., 2014. Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής. Για μια κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα.
- Συνήγορος του Πολίτη, 2009. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ανάγκες – Προτάσεις – Λύσεις. (επιμ.) Σακκέλης, Γ. Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Τάτσης, Ν. , 1989. Η θεωρία του χαρακτηρισμού: Ανθρωπιστικές προσεγγίσεις στην κοινωνιολογία της αποκκλίνουσας συμπεριφοράς. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*. (72): 44-74.
- Τζανάκης, Μ., 2008. Πέραν του Ασύλου. Εκδόσεις: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου, Θεσ/νίκη.
- Τζωρτζόπουλος, Α., 2018. Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα – εγγύηση στην ποιοτική

- αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 35(5): 649-664.
- Τομαράς, Β. & συν., 2005. Προς την επανένταξη του χρόνιου ψυχικά αρρώστου: Ένα πιλοτικό πρόγραμμα αναδοχής. *Ψυχιατρική* 16:217-225.
- Τσαλίκोगλου, Φ., 1987. Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Τσαλίκोगλου, Φ. 1996. Μυθολογίες βίας και καταστολής. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Τσαλίκोगλου, Φ., 2003. Η Ψυχή στη χώρα των πραγμάτων. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Φουκώ, Μ., 1964. Ιστορία της τρέλας. Εκδόσεις Ηριδανός, Αθήνα.
- Bradby, H. 2010. Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. (επιμ.) Βάγιας, Γ/ Αλεξιάς Γ. , Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα.
- Giddens, A., 2002. Κοινωνιολογία. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Goffman, E. 2001. Στίγμα – Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας. Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, Αθήνα.
- Goffman, E., 2012. Η παραφροσύνη Κατ' Οίκον, μτφ. Δ. Μακρυγιάννη, Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, Αθήνα.
- Zartaloudi, A. / Madianos, M., 2010. Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Science Journal*. Vol. 4, Issue 2, p.p. 77-83.
- Killaspy, H. 2006. From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin*. (79-80): pp. 245 – 258.
- Knutson, J. 1977. Labelling Theory, a critical examination. *Scientific Reference Group. The National Swedish Council for Crime Prevention*. Report No.3, Stockholm,
- Kordosi, A. / Saridi, M. / Souliotis, K., 2015. The stigma of mental illness. *Interscientific Health Care*, Vol. 7, Issue 1, p.p. 8-18.

- Madianos, M. 2019. The adventures of psychiatric reform in Greece: 1999-2019. *BJPSYCH INTERNATIONAL*, 17(2)26-28.
- Melling, J / Forsythe, B., 1999. *Insanity, Institutions and Society, 1800 – 1914. A social history of madness in comparative perspective*. Routledge, London.
- Minaire, P., 1992. Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *Bulletin of the World Health Organization*. 70 (3): 373 – 379.
- Mpoutsiou, St. / Sarafis, P., 2013. Southern european model welfare state and economic crisis. *Interscientific Health Care*. 5(4): 147 – 161.
- Stein, D.J/ Phillips, K.A. / Bolton, D. et al., 2010. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychology Medicine*. 40, p.p. 1759-1765.
- Thornicroft, G/ Tansella, M., 2010. Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας. (επιμ.) Στυλιανίδης, Σ. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα.
- WHO, 2005, Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice, WHO: Geneva.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2393270&blobtype=pdf> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- «Ψυχολογική διαχείριση χρόνιου νοσήματος». Διαθέσιμο στο: <https://www.filiadimitriadi.com/el/blog/psychologiki-diaheirisi-hroniyo-nosimatos> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- <https://pdfs.semanticscholar.org/b1ce/a4d91d9593ba5b9790c8159bf35004cd8ac5.pdf> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- «Στίγμα και ψυχική ασθένεια». Διαθέσιμο στο: <https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/5712/stigma-kai-psyxiki-astheneia.html> [Πρόσβαση: 14/06/2020].

- <https://www.psyhat.gr/el/content/%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%B7> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- «Από το κολαστήριο στον νεοϊδρυματισμό». Διαθέσιμο στο: <https://www.animahome.gr/news/60-leros> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- «Το ψυχαναλυτικό λεξιλόγιο του ιδρυματισμού». Διαθέσιμο στο: <https://docplayer.gr/10991540-Savvas-mpakirtzogloy-psychologos-psyhanalytis-to-psyhanalytiko-lexilogio-toy-idrymatismoy.html> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- «Ξεχασμένοι στα Ψυχιατρεία της Ελλάδας». Διαθέσιμο στο: <https://www.psychologynow.gr/nea-psychologias/epikairotita/3717-ksexasmenoi-sta-psyxiatreia-tis-elladas.html> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- «SOS εκπέμπουν τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία». Διαθέσιμο στο: <https://www.kathimerini.gr/1052015/article/epikairothta/ellada/sos-ekpempoyn-ta-yyxiatrika-nosokomeia> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- «Αρχές Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης». Διαθέσιμο στο: <http://www.koispechania.gr/index.php/2010-11-25-08-24-08/23-2004----> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Προωθώντας την Ψυχική Υγεία και την Ευεξία στην Κοινότητα, Γιατροί του Κόσμου, σελ.29. Διαθέσιμο στο: <https://mdmgreece.gr/category/ekdosis/anafores-ekthesis/> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» 2000 – 2006, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διαθέσιμο στο: http://www.makedonia-thrace.gr/elibrary/Episimo_Keimeno_EP_Ygeia-Pro_2006.pdf [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- <https://christostsantis.com/2016/03/19/leros-istoria-mias-psyxoapoikias/> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Commission of the European Communities (1995), “Final Report on the implementation of Council Regulation (EEC) 815/84 on exceptional financial support in favour of Greece in the social field” Διαθέσιμο στο: <http://aei.pitt.edu/12645/1/12645.pdf> [Πρόσβαση: 14/06/2020].

- Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Διαθέσιμο στο: http://www.edespa-ygeia.gr/Uploads/operation-planning/action-plans/mental_health_plan.pdf [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000 – 2009. Στο πλαίσιο του έργου: Εκ των υστέρων (ex post) αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργός» από το 2000 μέχρι και το 2009. *Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.* Διαθέσιμο στο: <https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/Ypostirixi%20EPISTHMONIKH/Ex%20Post%20%CE%A0%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%94%CE%9F%CE%A4%CE%95%CE%9F%20%20Teliko.pdf> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Συμφωνία μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών Κου V. Spidla και του Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Κου Δ. Αβραμόπουλου. Διαθέσιμο στο: http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/08.04.2009_SYMFWNIA%20SPIDLA.pdf [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Συγκρότηση Ομάδας Εργασίας για την αναθεώρηση του Προγράμματος «Ψυχαργός 2011-2020». Διαθέσιμο στο: <https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/psixargos%20omada%20ergasias%20gia%20anatheorisi.pdf> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Επίσημη ιστοσελίδα ΕΠ «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» Διαθέσιμο στο: <http://www.epanad.gov.gr/default.asp?pid=37&la=1>. [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης Κου Laszlo Andor και του Υπουργού Υγείας Κου Ανδρέα Λυκουρέντζου. Διαθέσιμο στο: <https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91%GR%20MoU-mental%20health-%20final%20EL.pdf>. [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Σχέδιο Αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός, Ψυχαργός Γ' (2011 – 2020), *Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.* Διαθέσιμο στο: <https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/%CE%A8%C>

[E%A5%CE%A7%CE%91%CE%A1%CE%93%CE%A9%CE%A3%20%CE%93'%20\(2011-2020\).pdf](#) [Πρόσβαση: 14/06/2020}.

- Παραδοτέο Π.β.1.4 «Έκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014» στο πλαίσιο του έργου: «Αξιολόγηση κατά τη διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργός» από το 2011 μέχρι και το 2015». Διαθέσιμο στο: https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON-%20GOING/Eval_Report_2014.pdf [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Το Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας (Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας), 2003. *Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.* Διαθέσιμο στο: https://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Πρόταση για τη λειτουργία αυτοδύναμου Νοσοκομείου Ημέρας, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005). Διαθέσιμο στο: https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Nosokomeio_Hmeras.pdf [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Επιχορήγηση Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε) – Ν.Π.Ι.Δ που αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας με το ποσό των 3.189.991,00 ευρώ», *Υπουργείο Υγείας.* Διαθέσιμο στο: <http://www.avgi.gr/documents/10179/0/%CE%9A%CE%9F%CE%99%CE%A3%CE%A0%CE%95+%CE%95%CE%A0%CE%99%CE%A7%CE%9F%CE%A1%CE%97%CE%93%CE%97%CE%A3%CE%97/0741207f-bb9d-4836-9e0b-51ba7efc7780>. [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Επίσημη σελίδα Υπουργείου Υγείας «Πληρότητα στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης Απρίλιος 2020». Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/c312-psyxikh-ygeia/7142-plhrothta-stegastikwn-domwn-psyxokoinwnikh-apokatastashs-aprilios-2020> [Πρόσβαση: 14/06/2020].
- Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης μονάδων ψυχικής υγείας (2019), *Υπουργείο Υγείας.* Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/c312->

[Πρόσβαση: 14/06/2020].

NOMΟΘΕΣΙΑ

- Ν.1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», *ΦΕΚ 143/7/10/1983* Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1397-1983.html>
- Κανονισμός (ΕΟΚ) 815/84 «Για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα», *Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*. Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:31984R0815&from=EN>
- Κανονισμός (ΕΟΚ) 4130/88 «Για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα», *Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*. Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:31988R4130&from=EL>
- Ν. 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», *ΦΕΚ Α' 123/18/7/1992*. Διαθέσιμο στο: https://www.kodiko.gr/nomologia/download_fek?f=fek/1992/a/fek_a_123_1992.pdf&t=05503d28a901c47c1e109120b4312912
- Ν.2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις», *ΦΕΚ Α' 96/17/5/1999* Διαθέσιμο στο: https://www.kodiko.gr/nomologia/download_fek?f=fek/1999/a/fek_a_96_1999.pdf&t=8f3893cc2ed263334a6b3082b4fb8361
- Π.Δ 95/2000, *ΦΕΚ 76/10/03/2000*. Διαθέσιμο στο: [file:///C:/Users/roula/Downloads/document%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/roula/Downloads/document%20(2).pdf)
- Ν. 2889/2001, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας Ε.Σ.Υ και άλλες διατάξεις», *ΦΕΚ 37/Α/2/3/2001*. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2889-2001.html>
- Ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». *ΦΕΚ Α53/18/2/2004*. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3235-2004.html>

- Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», *ΦΕΚ* Α81/4/4/2005. Διαθέσιμο στο: <https://www.forin.gr/laws/law/2990/ethniko-susthma-ugeias-kai-koinwnikhs-allhleghuhs-kai-loipes-diatakseis#!/?article=6950,6957,6958>
- Ν. 3329/2005 «Περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», *ΦΕΚ* Α81/4/4/2005. Διαθέσιμο στο: <https://www.forin.gr/laws/law/2990/ethniko-susthma-ugeias-kai-koinwnikhs-allhleghuhs-kai-loipes-diatakseis#!/?article=6944,6945,6957>
- Αριθ.Α3α/οικ.876 «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99», *ΦΕΚ* 661/23/05/2005. Διαθέσιμο στο: https://drive.google.com/file/d/1mQYGYWw5f9xP7JQZczAf31_PvDpOJCZD/view.
- Ν. 3527/2007, «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», *ΦΕΚ* Α25/9/2/2007. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3527-2007.html>
- Ν. 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», *ΦΕΚ* Α'31/2/3/2011. Διαθέσιμο στο: <https://www.taxheaven.gr/law/3918/2011>
- Ν. 4213/2013 «Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9^{ης} Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης» *ΦΕΚ* 261/Α/3-12-2013. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/perithalpse/n-4213-2013.html>
- Ν. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπές διατάξεις», *ΦΕΚ* Α'38/17/2/2014. Διαθέσιμο στο: https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/79167/nomos-4238-2014

- Ν. 4368/2016 «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις». *ΦΕΚ* *A21/21/2/2016*. Διαθέσιμο στο: <https://www.taxheaven.gr/law/4368/2016>
- Ν. 4461/2017 «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις», *ΦΕΚ* *A'38/28/30/2017*. Διαθέσιμο στο: <https://www.taxheaven.gr/law/4461/2017>
- Ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις». *ΦΕΚ* *A115/7/8/2017*. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4486-2017-fek-115a-7-8-2017.html>