

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Έχω την τιμή, να προλογίζω την 14<sup>η</sup> συνεχιζόμενη Ημερίδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας του Στρατού Ξηράς. Από το 1996 μέχρι σήμερα, ο θεσμός πλέον των Ημερίδων αυτών, φιλοξένησε τους εκλεκτούς στο χώρο της Ψυχικής Υγείας ομιλητές. Αναπτύχθηκαν και συζητήθηκαν πολλά θέματα του χώρου αυτού, που αφορούν άμεσα και έμμεσα στις Ένοπλες Δυνάμεις, επίκαιρα και χρόνια. Μεταφέρθηκαν εμπειρίες και διδάγματα για τον θεσμό των Ομάδων Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, την πρόληψη και την θεραπεία διαταραχών Ψυχικής Υγείας, την προσαρμογή στο Στράτευμα, τα ναρκωτικά, τις αυτοκτονίες, τη μαζική βία, την τηλεψυχιατρική, την μεθοδολογία επιλογής προσωπικού, την διασύνδεση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πολλά άλλα.

Κέρδος ήταν το ότι ωρίμασε η παρέμβαση των Ομάδων της Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας στις Ένοπλες Δυνάμεις και ότι όλα τα θέματα και συμπεράσματα τυγχάνουν σεβασμού και κατανόησης απ' όλους, Διοικητές, Στρατιώτες, Γονείς.

Με τη σκέψη στα προαναφερθέντα ζητήματα, αλλά και με την ανησυχία σε οτιδήποτε προβληματίζει τον ψυχικό κόσμο των Ενόπλων Δυνάμεων, σας καλωσορίζω στην 14<sup>η</sup> Ετήσια Ημερίδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Υποστράτηγος Μπουζόπουλος Γεώργιος  
Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΣ

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**8:00 - 8:45 ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΔΡΩΝ**

**8:45 - 9:00 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**

- Χαιρετισμός από εκπροσώπους Επιστημονικών και Κρατικών Φορέων
- Υποστράτηγος Μπουζόπουλος Γεώργιος  
Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΣ
- *«Προσφώνηση - κήρυξη έναρξης εργασιών»*  
από το τιμώμενο πρόσωπο

**9:00 - 11:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ Ι:**

**«Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και οι νέες προοπτικές στο Στρατό»**

### **Προεδρείο:**

Στέλιος Στυλιανίδης, Αν. Καθηγητής Κοιν. Ψυχιατρικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αντιπρόεδρος Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Επιστ. Διευθυντής Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας

Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικός Αρχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 414 ΣΝΕΝ

### **Εισηγητές:**

- **Οι προοπτικές μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών στο Στρατό**  
Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικός Αρχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 414 ΣΝΕΝ
- **Η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ευρώπη**  
Στέλιος Στυλιανίδης, Αν. Καθηγητής Κοιν. Ψυχιατρικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αντιπρόεδρος Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Επιστ. Διευθυντής Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας
- **Η μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών ενηλίκων στην Ελλάδα**  
Νίκος Γκιωνάκης, ψυχολόγος, τ. Υπεύθυνος Κοινοτικών Δομών, Μονάδα Υποστήριξης Εθνικού Σχεδίου για την Ψυχική Υγεία «Ψυχαργός», Επιστημονικά Υπεύθυνος Κέντρου Ημέρας «Βαβέλ»
- **Η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους**

Γεράσιμος Κολαΐτης, επίκ. καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παιδών Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Γενικός Γραμματέας Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος-Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων

- **Η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών και η προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων**

Γιάννης Σακέλλης, Καθηγητής Κοινωνικής Πολιτικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Βοηθός Συνήγορος του Πολίτη για την Κοινωνική Προστασία

#### **11:30 - 12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ – ΠΟΣΤΕΡΣ**

Εργασίες Στρατιωτικών Ψυχιάτρων, Οπλιτών Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, Μ.Υ. Ψυχολόγων κ.α. υπό μορφή αναρτημένων ανακοινώσεων θα εκτίθενται σε όλη τη διάρκεια της ημερίδας στο φουαγιέ του Πολεμικού Μουσείου. Οι Συγγραφείς θα παρευρίσκονται στο διάλειμμα για τυχόν σχόλια επί των εργασιών.

#### **12:00 – 14:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ II:**

**«Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο Στρατό Ξηράς: εμπειρία 14 ετών»**

##### **Προεδρείο:**

Δημήτρης Κουρμπέτης, Αρχίατρος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 424 ΓΣΝ Θεσσαλονίκης  
Robert Mellon, Αν. Καθ. Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

##### **Εισηγητές:**

- **Ψυχοκοινωνική μέριμνα στο Στρατό Ξηράς: Πορεία 14 χρόνων.**

Πάυλος Νταφούλης, Επίατρος, Ψυχίατρος, 424 ΓΣΝ Θεσσαλονίκης

- **Η συμβολή της Γραμμής Ψυχολογικής Στήριξης και Παρέμβασης στην Κρίση**

Έλενα Καμπισσοπούλου, Ψυχολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Γραμμής Ψυχολογικής Στήριξης και Παρέμβασης στην Κρίση 414 ΣΝΕΝ

- **Φυσιολογικό και επιπλεγμένο πένθος: ψυχολογική υποστήριξη των πενθούντων στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής μέριμνας**

Ευαγγελία Ταβλαρίδη, Μ.Υ. Ψυχολόγος, 424 ΓΣΝ Θεσσαλονίκης

- **Ένταξη των αξιωματικών ψυχολόγων στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής μέριμνας του Στρατού**

Αναστασία Μπούγια, Ανθλγος (ΥΓ), Ψυχολόγος

- **Η σημασία του θεσμού του ψυχολόγου στα πλαίσια του Στρατού**

Robert Mellon, Αν. Καθ. Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

#### **14:30 – 16:00 ΔΕΞΙΩΣΗ**

**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

	<b>ΒΑΘΜΟΣ</b>	<b>ΟΝΩΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΜΟΝΑΔΑ</b>
<b><u>Πρόεδρος:</u></b>	Γεν. Αρτρος	Κόκκας Σταύρος	Δντης 414 ΣΝΕΝ
<b><u>Μελη:</u></b>	Γεν. Αρτρος	Γιωτάκος Ορέστης	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Αρχίατρος	Σαλτός Λάμπρος	ΕΑΑ, 401 ΓΣΝΑ
	Ανχης (ΥΝ)	Ζέρβα Τ.	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Αρχίατρος	Μπουνταλούδης Ηλίας	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Επίατρος	Μαμπλέκου Ευτέρπη	ΚΕΠΙΣ, ΣΕΥ
	Επίατρος	Μουγιάκος Θεόδωρος	ΓΕΣ/ΔΥΓ 5° Ε.Γ.
	Επίατρος	Χαλεπλής Ιωάννης	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Επίατρος	Ρούκας Δημήτριος	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Τχης(ΥΝ)	Πλώτα Χριστίνα	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Τχης(ΥΝ)	Οικονομοπούλου Μαρία	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Τχης(ΥΝ)	Σοφού Όλγα	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Τχης(ΥΝ)	Ραχάνη Μαρία	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Λγος (ΥΙ)	Σημαντηράκης Δημήτριος	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Λγος (ΥΙ)	Κελάκης Αντώνιος	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Λγος (ΥΙ)	Σταθόπουλος Ευάγγελος	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Λγος (ΥΝ)	Χάσουλας Παναγιώτης	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Λγος (ΥΝ)	Τζοβάρα Χριστίνα	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Επχίας (ΥΓ)	Χατζάρας Γεώργιος	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
	Μ.Υ.	Τριανταφύλλου Θεώνη	Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ

**Πληροφορίες: Ψυχιατρική Κλινική 414 ΣΝΕΝ**  
**Τηλ.: 8106671, 8106587, 8106667**  
**FAX: 8042135**

## **ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΣΤΡΑΤΟ.**

ΟΡΕΣΤΗΣ ΓΙΩΤΑΚΟΣ, Ψυχίατρος, Γενικός Αρχίατρος,  
Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 414 ΣΝΕΝ.

Ο πρώτος σπόρος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έπεσε το 1983 με το γνωστό Νόμο Γεννηματά για το ΕΣΥ. Η μεταφορική χρήση της λέξης σπόρου έγκειται στο ότι ο νόμος αυτός εμπειρείχε την ανάπτυξη Ψυχιατρικών Κλινικών σε Γενικά Νοσοκομεία. Αυτό συνέβη σε μια εποχή στην οποία δεν υπήρχε καμία φιλολογία και καμία συζήτηση περί ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Παρόλα αυτά, ένα μεγάλο μέρος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που ακολούθησε βασίστηκε στο προαναφερθέν σημείο του εν λόγω Νόμου. Παράλληλα παραθέτω μερικά συναφή και σημαντικά ιστορικά σημεία:

Το 1984 κυκλοφορεί το περιβόητο εκείνο δανέζικο βιντεάκι με τις καταστάσεις της Λέρου, το οποίο παίρνει μεγάλη δημοσιότητα στην Ελλάδα, αλλά κυρίως στην Ευρώπη, και προκαλεί μια πρωτόγνωρη και μοναδική έκτακτη εισφορά από την τότε ΕΟΚ στην Ελλάδα έτσι ώστε να βοηθηθεί μέχρι ένα σημείο η αποασυλοποίηση. Κατόπιν αναπτύσσονται σταδιακά συζητήσεις σχετικές με τα θέματα αυτά.

Το 1985, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας καταπιάνεται με την εκπόρευση ενός μακροπρόθεσμου σχεδίου με την κωδική ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», το οποίο μετά από κάποια χρόνια θεσμοθετείται με το Νόμο 2716 του 1999 περί ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Αυτός είναι ο Νόμος που έδωσε το έναυσμα στις αλλαγές που έγιναν και συνεχίζουν να γίνονται μέχρι και σήμερα. Το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» λοιπόν αποτελεί τον βασικό επιχειρησιακό βραχίονα της χώρας μας, της πολιτικής του Ελληνικού Κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Οι στόχοι της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης οι οποίοι τέθηκαν τότε, συνεχίζουν να υπάρχουν μέχρι σήμερα, και θα συνεχίσουν να υπάρχουν, είναι οι ακόλουθοι:

Πρώτον, η τομεοποίηση, ή τα λεγόμενα catchment areas, τα οποία εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία στο εξωτερικό και για τα οποία ξεκίνησε μια μεγάλη προσπάθεια να εφαρμόζονται και εδώ. Έστω και εάν η επιτυχία τους είναι σχετικά μικρή, η τομεοποίηση παραμένει ένας ουσιαστικός τρόπος στον

οποίο θα μπορούσε να σταθεί η οποιαδήποτε προσπάθεια μετεξέλιξης της μεταρρύθμισης.

Ένας άλλος βασικός στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν και είναι η αποϊδρυματοποίηση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Φυσικά η πρωτοβάθμια φροντίδα με δομές και δράσεις πρόληψης είναι ένας ακόμη πολύ βασικός στόχος γιατί χωρίς αυτόν θα ανατροφοδοτείται συνεχώς η ασυλοποίηση. Στους στόχους εντάσσεται επίσης η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και τέλος η νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.

Τα αποτελέσματα της α' φάσης της πρώτης διετίας του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» συνίστανται συνοπτικά σε περίπου 49 ξενώνες, 6 οικοτροφεία, κάποια εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά ασθενών, τον αποϊδρυματισμό κάποιων ασθενών και εκατοντάδες νοσηλευτών οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν.

Έτσι, από 8.500 ιδρυματοποιημένους ασθενείς το 1984, στην παρούσα κατάσταση («ΨΥΧΑΡΓΩΣ», β' φάση) υπάρχουν περίπου μόλις 2.000 σε 8 Ψυχιατρεία, ενώ έχει επιτευχθεί το οριστικό κλείσιμο των Ασύλων που λειτουργούσαν σε 5 ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Πέτρα, στην Κρήτη στα Χανιά, στην Κέρκυρα, και στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Συγχρόνως, παραθέτω κάποια σχετικά ποσοτικά στοιχεία για να αποσαφηνίσω τα παραπάνω. Τα τελευταία 7 χρόνια έχουν δημιουργηθεί 400 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ή οι λεγόμενοι Ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα κλπ. Με τον τρόπο αυτό έχουν αποασυλοποιηθεί πάνω από τους μισούς ιδρυματοποιημένους ασθενείς. Επίσης έχει πραγματοποιηθεί ένας μεγάλος αριθμός, αν και πολύ μικρότερος από αυτόν που είχε αρχικά σχεδιαστεί, δομών πρωτοβάθμιας αντιμετώπισης και φροντίδας, όπως τα Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες κλπ. Κατά τη γνώμη μου τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι πάμε πολύ καλά στις δομές αποασυλοποίησης αλλά μάλλον όχι εξίσου καλά στις δομές πρωτοβάθμιας αντιμετώπισης. Αυτό εμπεριέχει αρκετό ρίσκο γιατί αν συνεχιστεί η κατάσταση ως έχει η ιδρυματοποίηση θα επανέλθει αναπόφευκτα.

Αυτό που προβλέπεται ή τουλάχιστον προβλεπόταν να γίνει στην τελευταία αυτή φάση, και η οποία τελειώνει αυτές τις ημέρες, είναι Ψυχιατρικά

Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ημέρας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροδιαγνωστικά Κέντρα κλπ, των οποίων η αποπεράτωση, αφού δεν έχουν ακόμη τελειώσει, πρόκειται να ενταχθεί στα νέα προγράμματα του ΕΣΠΑ. Ωστόσο, το ΕΣΠΑ θα είναι πλέον περισσότερο προσανατολισμένο πρώτον στην περιφέρεια και δεύτερον στην ανάπτυξη ειδικών δομών (όπως για παράδειγμα δομές πρόληψης για άτομα που κάνουν χρήση ουσιών, δομές για αυτισμό, δομές για Alzheimer ή άλλες μορφές άνοιας, κινητές Μονάδες), καθώς η χώρα μας έχει πολλές δύσβατες και νησιωτικές περιοχές κι έτσι καθίσταται αναγκαία η ανάπτυξη πολύ περισσότερων κινητών μονάδων από όσες ήδη υπάρχουν.

Μέχρι στιγμής, μέχρι σήμερα δηλαδή που τελειώνει η φάση αυτή, έχουν γίνει 1.000 έργα από περίπου 800 φορείς υλοποίησης, το 65% των οποίων φορέων ήταν δημόσιοι, κυρίως νοσοκομεία, και το 35% ιδιωτικοί, κυρίως μη κερδοσκοπικές οργανώσεις. Φυσικά υπάρχει ακόμα το πολύ-αναμενόμενο ΕΣΠΑ, το οποίο έστω και με μεγάλη καθυστέρηση και βάσει του αρχικού σχεδιασμού, έχει να διοχετεύσει προς την ίδια κατεύθυνση ένα ποσό της τάξης του 1,4 δις ευρώ, δίνοντας ως προανέφερα μεγαλύτερη έμφαση στην περιφέρεια και στην ανάπτυξη ειδικών πλέον δομών, καθώς επίσης στην ανάπτυξη ψυχιατρικών κλινικών σε Γενικά Νοσοκομεία.

Αυτά συμβαίνουν με λίγα λόγια στην Ελλάδα τα τελευταία 10 περίπου χρόνια κατά τη γνώμη μου. Η εικόνα που περιγράφω θα εμπλουτιστεί περαιτέρω με τα στοιχεία που θα παραθέσουν οι επόμενοι ομιλητές. Να δούμε όμως τι γίνεται στο σπίτι μας, στο Στρατό Ξηράς. Να καταθέσω εξ αρχής ότι δεν υπήρξε κανένας δεσμός, καμία αλληλογραφία, ανάμεσα στην προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» γενικότερα, και στην ανάπτυξη δομών στο στρατό. Θα έλεγε κανείς ότι υπάρχουν δύο παράλληλες πορείες και θα δούμε στη συνέχεια πόσα κοινά σημεία και πόσες διαφορές έχουν αυτές, καθώς και για ποιους λόγους υπάρχουν οι διαφορές αυτές και τα κοινά σημεία.

Σε γενικές γραμμές το μοτίβο είναι συγκεκριμένο ακόμα και παγκοσμίως, στο ότι υπάρχει δηλαδή στην περίπτωση του Στρατού Ξηράς πρωτοβάθμια φροντίδα, ο γιατρός της Μονάδος φυσικά, υπάρχει ακόμα ο Δκτής, οι ΟΨΜ (Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας) -προς τιμήν των οποίων γίνεται σήμερα και κάθε χρόνο αυτή η ημερίδα- και υπάρχει επίσης ο στρατιωτικός ψυχίατρος, ο οποίος φυσικά λόγω του μικρότερου αριθμού βρίσκεται σε κεντρικότερο σημείο και έχει ρόλο εποπτείας. Παράλληλα, υπάρχει φυσικά η δευτεροβάθμια

φροντίδα μέσω των μικρών υγειονομικών μονάδων που είναι διεσπαρμένες ανά την Ελλάδα και κοντά στους μεγάλους σχηματισμούς. Και εκεί υπάρχει υπεύθυνος στρατιωτικός ψυχίατρος, όπου και πάλι είναι σε πιο κεντρικό σημείο. Τέλος, υπάρχουν η τριτοβάθμια ή και τεταρτοβάθμια περίθαλψη ως γνωστόν, με τα Γενικά Νοσοκομεία, με τα δύο μεγάλα Νοσοκομεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη και με τις Ψυχιατρικές Κλινικές που υπάρχουν σε αυτά.

Σε γενικές γραμμές οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας του Στρατού Ξηράς είναι αυτές οι οποίες βλέπουμε στο σχετικό πίνακα. Είναι οι Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, οι οποίες ακολουθούν τον κανόνα της τομεοποίησης που αναφέραμε πριν σε σχέση με το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», επειδή τέτοιες είναι οι ανάγκες βάσει της γεωγραφικής κατανομής των στρατιωτικών μονάδων. Αυτές οι ομάδες ψυχοκοινωνικής μέριμνας, στις οποίες θα αναφερθούμε αργότερα πιο λεπτομερώς, σκοπεύουν κυρίως στην πρωτογενή πρόληψη και αντιμετώπιση. Παράλληλα, εδώ και κάποια χρόνια υπάρχει η Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Στήριξης που αναπτύχθηκε λίγο αργότερα παρέχοντας υπηρεσίες και παρέμβαση στην κρίση. Υπάρχουν οι διασυνδεδετικές υπηρεσίες που λειτουργούν στα Γενικά Νοσοκομεία. Υπάρχουν φυσικά οι ψυχιατρικές κλινικές δύο μεγάλων πόλεων (Αθηνών-Θεσσαλονίκης) που κάνουν και τριτοβάθμια αντιμετώπιση αλλά και πρόληψη, κάνουν και έρευνα, όπως επίσης είναι επιφορτισμένες με το έργο της επιλογής προσωπικού και διάφορες άλλες ασχολίες. Τέλος, είναι υπό ανάπτυξη η Τηλε-Ψυχιατρική για την οποία θα σας δώσω περισσότερα στοιχεία στη συνέχεια. Όλα αυτά, το τι δηλαδή έχει αναπτυχθεί μέχρι τώρα στο Στρατό Ξηράς, έχει να κάνει με το ποιες ήταν και είναι οι ανάγκες στο Στρατό.

### **Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας**

(Τομεοποίηση, Πρωτογενής Πρόληψη κ' Αντιμετώπιση)

### **Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Στήριξης & Παρέμβασης στην Κρίση**



<b>Διασυνδεδετική Γενικών Νοσοκομείων</b>
<b>Ψυχιατρικές Κλινικές Αθηνών – Θεσσαλονίκης</b> (Τριτοβάθμια αντιμετώπιση, αλλά και Πρόληψη, έρευνα, επιλογή προσωπικού, κλπ)
<b>Τηλε-ψυχιατρική</b>

Ως γνωστόν, το στρατιωτικό περιβάλλον έχει κάποιες ιδιαιτερότητες, και βάσει αυτών ετέθησαν και τίθενται οι στόχοι για την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής Υγείας. Μια πρώτη ιδιαιτερότητα ως προείπαμε είναι η ιδιόμορφη γεωγραφική κατανομή των μονάδων του στρατού αφού ιδιόμορφος είναι και ο γεωγραφικός χώρος της Ελλάδος με τα βουνά αλλά και τα νησιά τα οποία υπάρχουν. Μια δεύτερη ιδιαιτερότητα του στρατιωτικού περιβάλλοντος είναι η συχνή εναλλαγή προσωπικού όσον αφορά τουλάχιστον τους στρατεύσιμους, οι οποίοι παραμένουν λίγο καιρό, αλλά και τις συχνές μετακινήσεις των στρατεύσιμων και των στελεχών. Μια τρίτη ιδιαιτερότητα είναι ότι η ανάπτυξη μειζόνων παθήσεων, αν όχι όλων των ψυχιατρικών παθήσεων, γίνεται συνήθως, ή έχει ηλικία έναρξης, σε αυτές ακριβώς τις ηλικίες των στρατευσίμων, δηλαδή ανάμεσα στα 18-22. Αυτές είναι οι ηλικίες έναρξης των μειζόνων ψυχικών διαταραχών, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια, αλλά και σχεδόν όλων των άλλων ψυχικών διαταραχών. Αυτοί είναι οι κύριοι παράγοντες που θέτουν τους στόχους ώστε να αναπτυχθούν συγκεκριμένες υπηρεσίες στο Στρατό Ξηράς και με συγκεκριμένο τρόπο. Τα μάτια μας λοιπόν και το μυαλό μας είναι προσηλωμένα στο να γίνεται καλύτερη η προσαρμογή του προσωπικού λόγω ακριβώς των συχνών μετακινήσεων, η προσαρμογή δηλαδή τόσο των στρατιωτών όσο και των στελεχών. Δεύτερον, δίνεται μεγάλη έμφαση στην ανίχνευση μειζόνων φαινομένων που είναι πολύ συχνά και θανατηφόρα, όπως το θέμα της αυτοκτονικότητας και το θέμα της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Δίνεται λοιπόν μεγάλη έμφαση σε αυτά τα δύο φαινόμενα, όχι μόνο επειδή είναι δυνητικά θανατηφόρα αλλά ακόμα επειδή συχνά υποκρύπτουν μείζονες ψυχιατρικές καταστάσεις. Ένας άλλος μόνιμος και σταθερός στόχος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στρατού είναι η ενημέρωση προσωπικού που γίνεται ποικιλότροπα από διάφορες υπηρεσίες και με διάφορους τρόπους κατά καιρούς. Επίσης, άλλο σημαντικό έργο είναι η επιλογή

προσωπικού και βέβαια η έρευνα και η εκπαίδευση τα οποία είναι αλληλένδετα στοιχεία για να υπάρξει συνέχεια στην επιτυχία.

<p><b>Οι στόχοι των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Στρατού</b></p> <p>Οι ιδιαιτερότητες του στρατιωτικού περιβάλλοντος</p> <p>Απαιτούν συχνά την ανάπτυξη ειδικών μορφών</p> <p>Αντιμετώπισης</p>
Ομαλή <b>προσαρμογή</b> στρατιωτών και στελεχών
Έγκαιρη ανίχνευση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, όπως <b>αυτοκτονικότητα</b> και <b>χρήση ψυχοδραστικών ουσιών</b> , καταστάσεις που συνήθως υποκρύπτουν μείζονες ψυχικές διαταραχές, όπως <b>κατάθλιψη</b> και <b>σχιζοφρένεια</b>
<b>Ενημέρωση</b> σε θέματα Ψυχικής Υγείας, Πρόληψη
<b>Επιλογή Προσωπικού</b>
<b>Έρευνα</b>
<b>Εκπαίδευση</b>

Θα αναφερθώ επιγραμματικά σε κάποιους ψυχοπαθολογικούς δείκτες του τι συμβαίνει στο στρατό και κυρίως στα φαινόμενα της αυτοκτονικότητας και της χρήσης ουσιών, για να δείξω ακριβώς ότι αφού ο στρατός αποτελεί κομμάτι της κοινωνίας είναι αναμενόμενο ό,τι συμβαίνει στην κοινωνία να συμβαίνει και στο στρατό, αλλά και τι επιπλέον λαμβάνει χώρα μέσα στο στρατό.

Αναφέρομαι τώρα στο πρώτο λήμμα από τον κατάλογο αυτοκτονικότητας του Beck, διότι αποτελεί ίσως τον προθάλαμο και των επόμενων συμπεριφορών αυτοκτονικότητας, και το οποίο είναι το εξής: «*Ένωσα ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα*». Στο γενικό πληθυσμό, δηλαδή σε κάποιους νεοσύλλεκτους κατά την κατάταξή τους, αναφέρεται ότι το 10% περίπου έχει νιώσει το παραπάνω κάποια στιγμή στη ζωή του, εννοείται ως πολίτες. Μέσα σε 30 ημέρες το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται όπως είναι πιστεύω αναμενόμενο, και καθώς το έχουμε υπόψη μας οι προσπάθειες ανίχνευσης στρέφονται και σε αυτό το πεδίο.

Ένα άλλο δείγμα αφορά στη χρήση ουσιών. Πριν από κάποια χρόνια υπήρχε η άποψη ότι δεν υπάρχουν ναρκωτικά στο στρατό. Σταδιακά οι έρευνες

έδειξαν, γιατί οι έρευνες είναι αυτές που επικυρώνουν και όχι οι φήμες, ότι όντως υπάρχουν ναρκωτικά. Παρατίθεται ένας πίνακας από παλαιότερη έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής βασισμένη σε ανώνυμα ερωτηματολόγια, στον οποίο συγκεντρώνονται τα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών ουσιών από νεοσύλλεκτους λίγο πριν και μετά την κατάταξή τους στο στρατό. Βλέπουμε, για παράδειγμα, ότι χρήση χασίς ή χαπιών έκανε το 10% ενώ μετά από ένα μήνα στο στρατό χρήση έκανε το 7%, παρόλο που ένα τουλάχιστον 15% έχει ήδη εξαιρεθεί από το στρατό επειδή ακριβώς υπήρξε κάποια μείζονα ή και ελάσσονα ψυχική διαταραχή ή και χρήση ουσιών. Ακόμα, ένα μικρό μεν υπαρκτό δε ποσοστό της τάξης του 1% ξεκινά κατά τον πρώτο μήνα μέσα στο στρατό τη χρήση κάποιων ουσιών, με ποσοστό 1% για χασίς και 1% για ηρωίνη. Δεν υπάρχουν έρευνες για τον ένατο ή τον δωδέκατο μήνα θητείας.

<b>Χρήση ουσιών</b>	
<b>1.098 νεοσύλλεκτοι</b>	
<b><i>Πριν το στρατό</i></b>	
<i>Χασίς ή/και Χάπια</i>	<i>9,4%</i>
<i>Ηρωίνη ή/και Κοκαΐνη</i>	<i>4,9%</i>
<b><i>Στο στρατό</i></b>	
<i>Χασίς ή/και Χάπια</i>	<i>7,2%</i>
<i>Ηρωίνη ή/και Κοκαΐνη</i>	<i>3,9%</i>
<b><i>Νέα περιστατικά</i></b>	
<i>“χρήση χασίς/χαπιών”</i>	<i>1,4%</i>
<i>“χρήση ηρωίνης/κοκαΐνης”</i>	<i>1,2%</i>

Αυτό που θέλω να αναδείξω, τουλάχιστον όσον αφορά τους στρατεύσιμους, είναι ότι αυτοί αποτελούν ένα κομμάτι της κοινωνίας, και έτσι είναι αναμενόμενο ότι σε αυτό εντοπίζονται κατάθλιψη, σχιζοφρένεια ή χρήση ουσιών. Γι' αυτό επίσης παρατηρούμε μεγάλα ποσοστά στη συνέχιση ή την τάση συνέχισης. Για παράδειγμα, είναι εκατό φορές πιθανότερο να κάνει κανείς χρήση ηρωίνης αν έκανε και πριν.

Να επισημάνω επίσης το σημείο της συννοσηρότητας, γιατί είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τη χρήση ουσιών καθώς σέρνει πίσω τις μείζονες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Το θέμα της διπλής διάγνωσης είναι γνωστό στους περισσότερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και εδώ βρήκαμε ότι ένα 30% με 45% έχει πράγματι διπλή διάγνωση, δηλαδή χρήση ουσιών και κάποια άλλη ψυχική διαταραχή στον άξονα 1 τουλάχιστον. Θα χρησιμοποιήσω δύο παραδείγματα με τα οποία οι περισσότεροι είναι οικείοι, την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια. Θα δούμε ποια είναι η αντιμετώπισή τους στο στρατό και σε ποιο σημείο σταματάει η αντιμετώπιση στο στρατό, για διάφορους λόγους, και συνεχίζεται έξω στην κοινότητα. Εδώ τίθεται βέβαια το ζήτημα της διασύνδεσης των υπηρεσιών, την οποία συνεχώς την επιδιώκουμε και την οποία όμως συνεχώς «κυνηγάμε» γιατί πρέπει να αναπτύσσεται και να εντείνεται συνεχώς.

Όπως ανέφερα και πριν, η ηλικία έναρξης της σχιζοφρένειας και της κατάθλιψης συμπίπτουν με τις ηλικίες στράτευσης. Συνήθως γίνεται νοσηλεία και θα έπρεπε να ακολουθείται αυτή η διαδικασία που βλέπουμε στη διαφάνεια. Θα έπρεπε δηλαδή στα περιστατικά τουλάχιστον εκείνα που «δεν πιάνουν πολύ καλά» να υπάρχει όλη αυτή η συνέχεια στα πλαίσια της κοινωνικής και της επαγγελματικής αποκατάστασης. Η ιδιομορφία στο περιβάλλον μας, στο περιβάλλον του στρατού, είναι ότι τουλάχιστον οι στρατεύσιμοι εξαιρούνται της στράτευσης αν η διαταραχή είναι μείζον. Επίσης, ένας μεγάλος αριθμός των στελεχών εξαιρούνται της υπηρεσίας αν η διαταραχή είναι μείζον ή δεν φύεται. Έτσι πολλά από τα προγράμματα αποκατάστασης, από τις υποχρεώσεις μάλλον που έχουμε για αποκατάσταση και επαγγελματική αποκατάσταση, πέφτουν αναγκαστικά στα χέρια των μη στρατιωτικών υπηρεσιών, δηλαδή των Κοινοτικών Υπηρεσιών.

Για να δώσω ένα παράδειγμα ανάμεσα σε δύο πληθυσμούς που είναι παρόμοιοι σε αριθμό, επέλεξα το Δήμο Βύρωνα που έχει πλήρη ανάπτυξη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, έναν παρόμοιο πληθυσμό σε σχέση με το Στρατό Ξηράς και ένα παρόμοιο αριθμό Ψυχιάτρων, Ψυχολόγων και ψυχιατρικών κλινών. Γίνεται λοιπόν ευθύς αμέσως αντιληπτό πως σε σχέση με ένα Δήμο το έργο μας είναι απίστευτα δυσκολότερο λόγω του ότι και οι αποστάσεις είναι μεγαλύτερες και οι μονάδες είναι διεσπαρμένες.

Να περιγράψω λίγο τον θεσμό των Ομάδων Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας<sup>1</sup> λοιπόν, που κατά τη γνώμη μου αλλά και κατά τη γνώμη της Διεύθυνσης Υγειονομικού και όλων, έχει γίνει πλέον αποδεκτός και συνεχίζεται. Οι Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας αποτελούν τον πυρήνα και τον ακρογωνιαίο λίθο λειτουργίας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας του Στρατού. Πρόκειται για ένα δίκτυο επιτήρησης και διατήρησης της ψυχικής υγείας που θεσμοθετήθηκε το 1997 αν και είχε ξεκινήσει 2-3 χρόνια νωρίτερα άτυπα, αναθεωρήθηκε το 2003 και βασίζεται στις αρχές της Στρατιωτικής αλλά και Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Οι αρχές της Στρατιωτικής Ψυχιατρικής σχετίζονται περισσότερο με την αμεσότητα επειδή ακριβώς ενυπάρχει η έννοια και ο παράγοντας του άμεσου και του επείγοντος. Σχετίζονται λοιπόν περισσότερο με την απλότητα, την αμεσότητα και με την κεντρικότητα όσον αφορά τη λήψη των αποφάσεων. Ενώ οι αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής βασίζονται περισσότερο στον τομέα της τομεοποίησης, ο οποίος υπάρχει στο Στρατό Ξηράς αλλά και στην αρχή του θεραπευτικού συνεχούς, οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας του Στρατού Ξηράς δεν τον έχουν για τους λόγους που ανέφερα και πιο πριν, γιατί κάποιοι με μείζονες διαταραχές φεύγουν κάποια στιγμή από την Υπηρεσία. Δεν έχουμε λοιπόν το προνόμιο να διατηρούμε το θεραπευτικό συνεχές.

Οι Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας έχουν σαν σκοπό τη διερεύνηση, την ανίχνευση και την αντιμετώπιση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του προσωπικού και πάντα και σταθερά την εκπαίδευση του προσωπικού, η οποία παρέχεται λόγω της συχνής ανακύκλωσης του προσωπικού. Ένα επιπλέον μέλημα των ομάδων αυτών είναι και η παρέμβαση σε κρίσεις όπως οι πολεμικές επιχειρήσεις, οι φυσικές καταστροφές, τα ατυχήματα κλπ.

Η τυπική δομή των Ομάδων Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας είναι η ακόλουθη: σύμφωνα με τη θεσμοθέτηση των ομάδων αυτών, θα πρέπει να υπάρχει ένας Ψυχολόγος, ένας Κοινωνιολόγος και ένας Κοινωνικός Λειτουργός, όπως θα πρέπει να υπάρχει ένας Αξιωματικός Υγειονομικού, Ψυχολόγος ή Ιατρός άνευ ειδικότητας, και επίσης ένας Επόπτης Στρατιωτικός Ψυχίατρος. Αυτό είναι το

---

<sup>1</sup> «Δίκτυο επιτήρησης και διατήρησης της ψυχικής υγείας του προσωπικού και των οικογενειών τους, στην ειρήνη και στον πόλεμο».

ιδανικό, δυστυχώς όμως το αιώνιο και μόνιμο πρόβλημα έλλειψης προσωπικού και στελέχωσης αφήνει πολλές από τις θέσεις αυτές ακάλυπτες.

Εδώ βλέπουμε πως είναι η δικτύωση τουλάχιστον στη Νότια Ελλάδα με επίκεντρο την Ψυχιατρική Κλινική του 414· υπάρχει κάλυψη των νοτίων νήσων, της Κρήτης, της Κύπρου και της Πελοποννήσου, και στις περιοχές της Βορείου Ελλάδος με επίκεντρο το 424. Η κατανομή τους τώρα είναι η ακόλουθη: υπάρχουν συνολικά 54 Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας διεσπαρμένες σε 17 Κέντρα Νεοσυλλέκτων, σε 15 δευτερεύοντα Κέντρα από αυτά που άνοιξαν πριν από λίγα χρόνια και ανοίγουν ευκαιριακά και όχι σε κάθε κατάσταση, και σε 22 σχηματισμούς, δηλαδή σε όλα τα μεγάλα νησιά και στις λοιπές πόλεις της ηπειρωτικής Ελλάδας. Το δίκτυο αυτό υπάρχει μεν τυπικά έτσι όπως περιγράφεται, υποστηρίζεται όμως από όλους τους περίξ ανθρώπους, όπως από τον Διοικητή Μονάδος, από τον Διοικητικό Υπεύθυνο των ΟΨΜ, από τον Διευθυντή περιφερειακών μικρών υγειονομικών μονάδων, από τους Στρατιωτικούς Ψυχιάτρους φυσικά και από τις Ψυχιατρικές Κλινικές. Συντονιστικό όργανο είναι η Διεύθυνση Υγειονομικού του ΓΕΣ.

Θα περάσω τώρα συνοπτικά σε μια άλλη Υπηρεσία που εγγυάται πρωτοβάθμια αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας, την Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Στήριξης και Παρέμβασης στην Κρίση. Υπάρχει ήδη μια εμπειρία 7 ετών, καθώς πρωτοξεκίνησε την άνοιξη του 2003, και υπάρχουν περίπου 10.000 κλήσεις οι οποίες δεν είναι πολλές, θα έπρεπε να είναι περισσότερες. Αυτό έχει να κάνει με την προβολή και την αποστιγματοποίηση. Η Γραμμή στελεχώνονταν μέχρι πρόσφατα από επτά Ψυχολόγους ιδιώτες ενώ εδώ και λίγο καιρό στελεχώνεται από στρατιώτες που είναι σε ομάδες ΟΨΜ, ανήκει στο Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, στη Γενική Διεύθυνση Οικονομικού Σχεδιασμού και Υποστήριξης. Λίγα στατιστικά στοιχεία από την Υπηρεσία αυτή: οι περισσότεροι που καλούν, καλούν για *σχέσεις εντός της μονάδας* και για *οικογενειακά προβλήματα*. Σχετικά με την ψυχοπαθολογία που διαφαίνεται, καθώς δεν μπορεί να γίνει διάγνωση, ο ένας στους τρεις είναι «χωρίς ψυχοπαθολογία». Άγχος παρουσιάζει επίσης ένας στους τρεις και κατάθλιψη το 14%. Η παρέμβαση η οποία γίνεται είναι η *συμβουλευτική* στο μεγαλύτερο σημείο και η *πληροφόρηση* κατόπιν.

Εδώ και λίγα χρόνια, και μάλιστα αυτό θεσμοθετήθηκε πριν 3 χρόνια, το προσωπικό της γραμμής αυτής είναι επιφορτισμένο και με την παρέμβαση σε

περιστατικά κρίσης. Μέχρι στιγμής τα περισσότερα περιστατικά κρίσης έχουν να κάνουν με ατυχήματα, με θανάτους και με την ψυχολογική στήριξη των συγγενών των θανόντων. Μέχρι τώρα υπήρχαν 70 περίπου επισκέψεις σε 50 περίπου περιστατικά. Ωστόσο όσο περισσότερο γίνεται κάτι γνωστό τόσο μεγαλύτερη η ζήτηση, κι έτσι αυξάνονται συνεχώς οι κλήσεις για παρέμβαση στην κρίση. Φέτος οι κλήσεις είναι υπερτριπλάσιες από το 2008. Το καλοκαίρι, δηλαδή ο Ιούνιος, Ιούλιος και Αύγουστος, είναι οι μήνες με τις περισσότερες κλήσεις για παρέμβαση στην κρίση. Τις περισσότερες φορές η παρέμβαση αφορούσε στρατιώτη, *τροχαίο* και στο 24% *αυτοκτονία*. Σε κάποιο μικρό ποσοστό η παρέμβαση δεν γινόταν δεκτή για προσωπικούς λόγους των συγγενών.

Θα προχωρήσω τώρα σε ένα θέμα κατά τη γνώμη μου ιδιαίτερα φλέγον, αυτό της επιλογής προσωπικού, γιατί συχνά έρχεται στην επικαιρότητα, συνεχώς γίνονται Επιτροπές και Ομάδες, ούτως ώστε να βρούμε την καλύτερη λύση στο θέμα αυτό. Είναι ένα θέμα το οποίο ακόμα δεν έχει λυθεί, πιθανώς και να μη λυθεί ποτέ, και αυτό στο οποίο πρέπει να τείνουμε είναι στο να δημιουργούμε θεσμούς έτσι ώστε να γίνεται η καλύτερη δυνατή επιλογή. Ιστορικά να πω ότι παλαιότερα χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα test: το TAT, το Matrix, το MMPI-1, το DAP και το SCL-90. Οι στόχοι τουλάχιστον από τις Επιτροπές που φτιάχνουμε εμείς, και λέω εμείς γιατί συμμετέχουν Ψυχολόγοι, Ψυχίατροι, ενώ θα έπρεπε ίσως να συμμετέχουν άνθρωποι που είναι πιο ειδικοί στα θέματα της επιλογής, είναι:

ο εντοπισμός ψυχοπαθολογίας
ο εντοπισμός των στοιχείων προσωπικότητας που δεν συμβαδίζουν με τις αρχές και τις δραστηριότητες της στρατιωτική ζωής
ο εντοπισμός των στοιχείων προσωπικότητας που συμβαδίζουν, δηλαδή στο να βρούμε ανθρώπους που είναι κατάλληλοι για την κατάλληλη θέση.

Οι απόψεις όλων των ανθρώπων, οι οποίοι συναντιόμαστε για να επιλύσουμε θέματα επιλογής προσωπικού, κινούνται στο να είναι «ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση» και όχι τόσο στο να εξαιρείται κάποιος που έχει ψυχοπαθολογία. Εννοείται βέβαια ότι κάποιος που έχει

ψυχοπαθολογία θα εξαιρείται, αυτό είναι κάτι σχετικά εύκολο. Αυτό που είναι πιο δύσκολο και θα πρέπει μελλοντικά να γίνεται περισσότερο είναι να βρίσκεται ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση.

Έτσι, οι τελευταίες προτάσεις τουλάχιστον που είχαμε ως Ψυχιατρική Κλινική είναι, σύμφωνα με το πνεύμα αυτό, να υπάρχουν ερωτηματολόγια γενικής υγείας, να υπάρχουν ερωτηματολόγια που να αφορούν το «εδώ και τώρα», δηλαδή εδώ και τώρα τι προβλήματα αντιμετωπίζει κάποιος (οικογενειακά, προσωπικά, οικονομικά) και επίσης θα βρεθεί σύντομα σε εξέλιξη το ερωτηματολόγιο αυτό με σκοπό την ευρύτερη χρήση, το test προσωπικότητας "Ελληνικός Κατάλογος Επιθέτων Μέτρησης της Προσωπικότητας" των Τσαούση-Γεωργιάδη από την Κρήτη.

Θα τελειώσω περιγράφοντας με λίγα πάλι λόγια μια νέα Υπηρεσία που πρόκειται να τεθεί σε λειτουργία στο Στρατό την Τηλεϊατρική, που είναι ήδη στημένη όσον αφορά τα μηχανήματα, αλλά δεν λειτουργεί ακόμα, λόγω προβλημάτων κινητής τηλεφωνίας, 3G ή Internet. Το Δίκτυο Τηλεϊατρικής εντάσσεται στο Πρόγραμμα «Φίλιππος», το οποίο εποπτεύει η Κοινωνία της Πληροφορίας Α.Ε.. και για το οποίο προβλέπεται και υπάρχει 1 Κέντρο Συντονισμού και 30 Φορητές Μονάδες.

Ο Στρατός Ξηράς έχει από αυτές τις 30 Μονάδες τις μισές, 15 δηλαδή συστήματα, με σκοπό να υπάρχει σύνδεση με τις Μονάδες Υγειονομικού του Νομού Έβρου και 7 νησιών του Αιγαίου, καθώς επίσης και 8 μικρών νησιών. Το Πολεμικό Ναυτικό έχει 6 συστήματα, ένα από αυτά σε σταθερό σημείο στον Πόρο και τα υπόλοιπα 5 σε κινητά πλοία. Τέλος, η Πολεμική Αεροπορία έχει 9 συστήματα. Έχουν ήδη αναπτυχθεί αίθουσες τηλεδιάσκεψης στα μεγάλα Νοσοκομεία και είναι όλα έτοιμα για να γίνει, απλώς περιμένουμε τις δυνατότητες των τηλεπικοινωνιών για να υπάρξει η σύζευξη. Από τις λειτουργίες που έχει το σύστημα τηλεϊατρικής -οι περισσότερες αφορούν τους παθολόγους- εμάς μας ενδιαφέρει κυρίως η επικοινωνία μέσω τηλεφωνικών δικτύων και η δυνατότητα διασύνδεσης με σύστημα τηλεδιάσκεψης.

Κλείνω με τις προτάσεις σε σχέση με το που βρίσκεται η Ελλάδα στη μεταρρύθμιση σε σχέση με το που βρισκόμαστε εμείς και με το που θα πρέπει να βρεθούμε. Πρέπει σίγουρα να υπάρξει κάποιου είδους προσαρμογή στους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Όπως προείπα, μέχρι τώρα δεν υπάρχει κανένα έγγραφο που να μας υποχρεώνει να κάνουμε κάτι σε σχέση με



το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», όμως επειδή οι αντιλήψεις μας συμφωνούν στα περισσότερα σημεία κινούμαστε κι εμείς παράλληλα με τις αρχές του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Όπως για παράδειγμα, εμείς σαν Στρατός Ξηράς θα μπορούσαμε να αναπτύξουμε Δομές Πρωτοβάθμιας Αντιμετώπισης, όπως Κέντρα Ημέρας ή Ψυχιατρικές Κλινικές σε Γενικά Νοσοκομεία. Να επισημάνω σε αυτό το σημείο κάτι που το ξέρουμε όλοι, ότι το 414 είναι μια Ψυχιατρική Κλινική που δεν είναι σε Γενικό Νοσοκομείο και απλώς για την ιστορία να θυμίσω ότι κάποτε η Ψυχιατρική Κλινική του Στρατού ήταν η μόνη Ψυχιατρική Κλινική που ήταν σε Γενικό Νοσοκομείο, πριν ακόμη από το Νόμο Γεννηματά και το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Μια άλλη πρόταση, σίγουρα σταθερή, θα πρέπει να είναι η ενίσχυση του θεσμού της Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχολογικής Στήριξης, η ενίσχυση της τηλεϊατρικής. Ελπίζω σύντομα να λυθούν τα θέματα των τηλεπικοινωνιών και η αξιοποίηση των Προγραμμάτων ΕΣΠΑ. Φυσικά θα πρέπει να υπάρχει έρευνα και καταγραφή μειζόνων φαινομένων ψυχικής υγείας. Χωρίς έρευνα και καταγραφή νομίζω ότι δεν μπορεί να γίνει κανένας σχεδιασμός. Αυτός ο σχεδιασμός και οι αποφάσεις θα πρέπει οπωσδήποτε να έχουν έναν κεντρικό συντονισμό. Τέλος το μόνιμο και αιώνιο πρόβλημα με όλες τις Υπηρεσίες όπως και εδώ είναι η στελέχωση σε ειδικότητες που αποτελούν άγνωστη λέξη στο Στρατό Ξηράς όπως οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι Επισκέπτες Υγείας και οι Ψυχιατρικοί Νοσηλευτές.

Σας ευχαριστώ πολύ όλους.

## **Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.**

ΣΤΕΛΙΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ, Αν. Καθηγητής Κοιν. Ψυχιατρικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αντιπρόεδρος παγκόσμιας εταιρίας Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Συνηθίζουμε να μιλάμε για Ευρώπη και νομίζουμε ότι η Ευρώπη είναι ένας ενιαίος χώρος και ότι βαδίζει συντεταγμένα και οργανωμένα προς μια μεταρρύθμιση. Δεν είναι αλήθεια. Ιδιαίτερα στις Ανατολικές χώρες υπάρχουν άσυλα που λειτουργούν κάτω από άθλιες συνθήκες και πλήρους παραβίασης των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Ποιο είναι το όραμα για τις υπηρεσίες του 21<sup>ου</sup> αιώνα; Το όραμα είναι οι ομάδες της κοινοτικής φροντίδας να είναι στο κέντρο της περίθαλψης, να συνδέονται, κι εδώ η σύνδεση έχει μεγάλη σημασία, με τη στεγαστική φροντίδα, με την κοινωνική ενσωμάτωση και αποκατάσταση σε σύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα και με το κομμάτι της αυτοβοήθειας που συχνά στη ψυχιατρική αγνοούμε. Και βεβαίως όλα αυτά περιλαμβάνουν παιδιά, εφήβους, ενήλικες και το γενικό πληθυσμό. Έχουμε δε και τις δομές ασφάλειας. Μιλάμε και γι' αυτές. Δε συσκοτίζουμε το θέμα διότι αποτελεί ένα πολύ ιδιαίτερο κομμάτι της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης που είναι σημαντικό να τίθεται στο πλαίσιο του συνολικού σχεδιασμού. Υπάρχουν τέτοιες δομές ασφάλειας και στην Αγγλία και στη Γαλλία αλλά συνδέονται με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας που είναι πιο οργανωμένες.

Αυτή τη στιγμή στην Ευρώπη έχουμε χαμηλό προϋπολογισμό, στην Ελλάδα δε ακόμη περισσότερο, και δεν έχουμε μέχρι τώρα ποτέ σταθερό προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία. Η Ευρωπαϊκή Ένωση μας ασκεί έντονη κριτική και ελπίζω να μην επαναληφθούν οι δυσκολίες που προέκυψαν τα τελευταία 5 χρόνια και που οδήγησαν στην υποβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας λόγω έλλειψης χρηματοδότησης. Το παράδοξο δε είναι ότι από τα λίγα χρήματα που δίνονται, το μεγαλύτερο μέρος πηγαίνει σε άσυλα και όχι σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας και νοσοκομεία όπως θα έπρεπε.

Ο προϋπολογισμός για την πρωτοβάθμια φροντίδα είναι μόλις 0,1 - 0,2% άρα μιλάμε για ανυπαρξία ουσιαστικού σχεδιασμού. Επομένως το θέμα είναι η μεταφορά των πόρων προς το υπόλοιπο σύστημα και για να γίνει αυτό απαιτείται ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως επίσης και αλλαγή κουλτούρας, αλλαγή οργανωτικών δομών, επικράτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου εις βάρος του βιοϊατρικού μοντέλου που αμιγώς χρησιμοποιείται στις περισσότερες υπηρεσίες.

Ποιο είναι το χάσμα της ψυχικής υγείας στην Ευρώπη; Το 11,48% του πληθυσμού αντιμετωπίζει κάποια ψυχική ασθένεια. Δεν αναφερόμαστε μόνο

στη κατάθλιψη, μιλάμε και για άλλες διαταραχές που συμβάλουν σε αυτό το υψηλό ποσοστό. Και εδώ έχουμε το χάσμα. Το ποσοστό του προϋπολογισμού για την υγεία που προορίζεται για τη ψυχική υγεία σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες δεν ξεπερνά το 3,75% στις καλύτερες περιπτώσεις. Επιτρέψτε μου μια προσωπική παρέμβαση σε αυτό. Όταν λέμε ότι δεν έχουμε χρήματα σαν κράτος, σημαίνει ότι δεν υπάρχει η πολιτική βούληση για να διατεθούν χρήματα στο συγκεκριμένο τομέα. Δεν μπορεί να μην έχουμε χρήματα για τη ψυχική υγεία και να έχουμε χρήματα για να ανατροφοδοτούμε τη μαύρη τρύπα των νοσοκομείων. Ας δούμε τώρα μερικά παραδείγματα ιστορικά. Η Αγγλία ξεκινά να έχει εθνικό σύστημα υγείας από το 1948 ενώ εμείς (στην Ελλάδα) ξεκινάμε από το 1988-89. Η Αγγλία από την αρχή δίνει έμφαση στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και επίσης έχει από το 1999 ένα πολύ σημαντικό ρόλο το National Institute for Clinical Excellence (NICE), αν δηλαδή δεν υπάρχει τεκμηρίωση τίποτα δεν γίνεται αποδεκτό στην Αγγλία. Βρισκόμαστε στον αντίποδα από αυτό που ακολουθούμε εδώ. Κεντρικός παραμένει ο ρόλος του κεντρικού γιατρού, ως σημείο πρόσβασης και φιλτραρίσματος στο σύστημα, και από το 1930 ρυθμίζουν το θέμα της εκούσιας νοσηλείας θα έλεγα με σχετικά δημοκρατικό για την εποχή τρόπο. Είναι η πρώτη χώρα με σαφή πολιτική για τη μετατόπιση προς τη κοινοτική φροντίδα από το 1954. Υπάρχει επίσης ένα σαφές πλαίσιο για την εμπλοκή των χρηστών στην οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών και στην έρευνα. Σχεδόν το σύνολο των Βρετανικών ψυχιατρικών νοσοκομείων έχει καταργηθεί και εκεί υπήρξε κάτι που είναι πολύ σημαντικό: υπήρξε μεταφορά πόρων από τα άσυλα στη κοινότητα. Αυτό είναι πάρα πολύ θετικό. Όταν κλείνει ένα άσυλο τα χρήματα δε πρέπει να σπαταλούνται στη μαύρη τρύπα του προϋπολογισμού της υγείας, αλλά πρέπει να επανεπενδύονται στο σύστημα, προκειμένου να βελτιώνονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

<b>Αγγλία</b>
---------------

- Mental Health Act 1959: Ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών από τις τοπικές αρχές
- Mental Health Act 1983: Προστασία σχετικά με τις ακούσιες νοσηλείες και την θεραπεία
- National Health Service and Community Care Act, 1990
- Μεταξύ 1954 και 1995 οι νοσοκομειακές κλίνες μειώθηκαν κατά 2/3
- Mental Health National Service Framework Report (NSF), 1990 = 10ετές σχέδιο
- Σαφές πλαίσιο για την εμπλοκή των χρηστών στην οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών και στην έρευνα

➤ **Βασικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση της ασθένειας:**

- Παροχή φροντίδας κοντά στο σπίτι
- Πρώιμη παρέμβαση
- 24/7 κατ' οίκον φροντίδα
- Φροντίδα σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή
- Βελτίωση της πρόσβασης σε σύγχρονα φάρμακα
- Χρήση πολυκλαδικών θεραπευτικών ομάδων
- Αυξανόμενη παροχή θεραπειών λόγου

Πάμε τώρα στην Ιταλία. Για μας αποτέλεσε το παράδειγμα στην αλλαγή της ασυλικής περίθαλψης στην Ευρώπη. Έχουμε τον πρώτο νόμο για την ψυχική υγεία το 1904, ο οποίος ήταν πολύ αντιδημοκρατικός. Το 1978 ψηφίζεται ο περίφημος νόμος Basaglia που πήρε το όνομά του από τον γνωστό ψυχίατρο που ήταν ο εμπνευστής του δημοκρατικού κινήματος ψυχιατρικής στην Ιταλία και ο οποίος νόμος θα λέγαμε, ενέπλεξε -με τη θετική έννοια του όρου- όλους τους θεσμούς της Ιταλικής κοινωνίας` από τη δικαιοσύνη και το εκπαιδευτικό σύστημα, μέχρι το στρατό. Με λίγα λόγια, κανένας θεσμός της Ιταλικής κοινωνίας δεν έμεινε έξω από αυτό το μεγάλο κίνημα της ασυλικής περίθαλψης στην Ιταλία. Ο νόμος αυτός καινοτομεί επίσης στο ότι απαγορεύει την είσοδο ψυχιατρικών περιστατικών νέων στα υπάρχοντα ψυχιατρικά νοσοκομεία, κάτι που κρίνεται ως πολύ σημαντικό.

### Ιταλία

- Εθνικό Σύστημα Υγείας, 1978
- Πρώτος ολοκληρωμένος νόμος για ψ.υ. 1904
- Νόμος 431 (1968)
- Νόμος 180 (1978) (Νόμος Basaglia)
- 2 Εθνικά Σχέδια για την Ψυχική Υγεία: 1994-1996, 1998-2000
- Το 1989 161 αγγλοσαξονικές δημοσιεύσεις για την ιταλική μεταρρύθμιση
- Ύπαρξη πολλών νησίδων καλής πρακτικής σε περιφερειακό επίπεδο και μεγάλες αντιφάσεις σε εθνικό επίπεδο

Γενικά υπάρχουν πολλά προβλήματα στην Ιταλία, αλλά έχουμε και πολλά θετικά στοιχεία, όπως μεγάλη κοινωνική και επικοινωνιακή ακτινοβολία στην Ιταλική κοινωνία, καινοτομίες και πλήρη αποδόμηση του ασύλου και μία πραγματική πρόταση στην αντικατάστασή του. Βεβαίως έχουμε και αρνητικά στοιχεία, όπως:

- 1) Αδυναμίες επεξεργασίας και συγκρότησης κλινικού λόγου και μιας νέας θεωρίας του θεραπευτικού πλαισίου από το Ιταλικό αντιασυλικό κίνημα.
- 2) Σοβαρές αντιστάσεις στην υιοθέτηση επιστημονικής ερευνητικής μεθοδολογίας προκειμένου να διερευνηθεί το Ιταλικό γίνεσθαι σε σύγκριση με άλλα μεταρρυθμιστικά κινήματα άλλων χωρών.
- 3) Περιορισμένες αναφορές κριτικής στη παραδοσιακή ψυχιατρική σχετικά με τα παιδιά και τους εφήβους, καθώς και σημαντικές δυσκολίες στο συνεχές της φροντίδας μεταξύ του ηλικιακού φάσματος του πληθυσμού.

Πάμε τώρα στη Γαλλία. Εκεί αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1960 η τομεοποίηση. Αυτό που χρησιμοποιούμε εμείς σαν τομεοποίηση είναι το κατεξοχήν Γαλλικό μοντέλο σε συνδυασμό με αυτό που χρησιμοποίησαν στη Μεγάλη Βρετανία. Από το 1960 μέχρι σήμερα η Γαλλική ψυχιατρική κοινότητα δεν έχει λύσει αποτελεσματικά την αντίφαση 'με ή χωρίς ψυχιατρικά νοσοκομεία' στο πλαίσιο της πολιτικής του τομέα. Σήμερα, υπάρχουν σημαντικές πιλοτικές εμπειρίες που συνδυάζουν τη ψυχαναλυτική οπτική με την

κοινωνική ψυχιατρική και υψηλού επιπέδου κάλυψη αναγκών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Παρόλα αυτά, με τη σημερινή κυβέρνηση παρατηρούμε σημεία παλινδρόμησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και γενικά της δημόσιας ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα οι προτάσεις Σαρκοζί για δομές αυξημένης ασφάλειας και εμπλοκή νομαρχών και εισαγγελέων σε θεραπευτικά θέματα.

Στην Ισπανία έχουμε δεκαεφτά αυτόνομες κοινότητες με μεγάλες διαφορές μεταξύ των περιοχών σε θέματα πολιτικής για τη ψυχική υγεία. Υπήρχε ένας σχετικά κεντρικός συντονισμός, όμως υπάρχει κάτι πολύ σημαντικό` θα αναφερθώ στο παράδειγμα της Ανδαλουσίας που μοιάζει με την Ελλάδα, έχει δηλαδή 9,5 εκατομ. Κατοίκους. Το 1984 λοιπόν υπήρχαν στην Ανδαλουσία 8 ψυχιατρικά νοσοκομεία και 3 ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία. Το 1995 έχουμε 5 ψυχιατρικά νοσοκομεία και 18 ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία. Από το 1995 το 100% των αναγκών σε νοσηλεία καλύπτεται από ψυχιατρικές κλίνες σε γενικά νοσοκομεία από ένα εξαιρετικά επεξεργασμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εκεί οι γενικοί ιατροί είναι μέρος της φροντίδας σε σχέση με τις ανάγκες ψυχικής υγείας. Άρα αυτή η πρακτική γίνεται και στην Ανδαλουσία, αλλά και στην Πορτογαλία. Το 1963 έχουμε στη χώρα αυτή τη πρώτη μεταρρύθμιση. Το 1999 ψηφίζεται η Εθνική πολιτική για τη ψυχική υγεία που είναι μια νομοθεσία για την υποστήριξη προγραμμάτων Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρ' όλα αυτά, το 2006 αναγνωρίζεται η ύπαρξη μεγάλου χάσματος από τη κυβέρνηση και τίθεται στο Πορτογαλικό κοινοβούλιο ως απόλυτη προτεραιότητα η αναδόμηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η Γερμανία είναι μια δύσκολη χώρα. Έχει ένα αποκεντρωμένο σύστημα, με χαρακτηριστικά την ομοσπονδιακή λειτουργία και την έννοια της αντιπροσωπευτικότητας των μη κυβερνητικών σωματείων, αλλά δαπανά το μεγαλύτερο σε όλη την Ευρώπη ποσοστό από το Α.Ε.Π. της για την υγεία (10.9%, 2002).

Εκεί όμως τα πράγματα είναι λίγο μπερδεμένα διότι ο δημόσιος με το μη κερδοσκοπικό τομέα εμπλέκονται συνολικά στη νοσοκομειακή φροντίδα και υπάρχει ένα πολύ μικρό ποσοστό ιδιωτικού τομέα. Στη Γερμανία δεν έχουν θέσει ως δημόσια στρατηγική να κλείσουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Θα έλεγα

ότι βασικό χαρακτηριστικό είναι το εύρος και η διαφορετικότητα ανάμεσα σε ένδο και έξω-νοσοκομειακές δομές και στη σύνθεση του προσωπικού τους.

<b>Γερμανία</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Σύστημα υγείας από το 1883 (υποχρεωτική εθνική κοινωνική ασφάλιση)</li> <li>▪ Αποκεντρωμένο σύστημα, με χαρακτηριστικά την ομοσπονδιακή λειτουργία και την έννοια της αντιπροσωπευτικότητας των μη κυβερνητικών σωματείων. Η ευθύνη της οργάνωσης στο χαμηλότερο επίπεδο</li> <li>▪ Τα νοσοκομεία είναι ΝΠΙΔ</li> <li>▪ Υψηλότερο ποσοστό ΑΕΠ για την υγεία στην Ευρώπη (10,9 %, 2002)</li> <li>▪ Ενδονοσοκομειακή φροντίδα 53% δημόσιος, 39% μη κερδοσκοπικός τομέας, 8% ιδιωτικός (2001)</li> <li>▪ Αύξηση των ιατρών κατά 20% μεταξύ 1990 και 2002</li> <li>▪ Ψυχική Υγεία: φροντίδα στο οικογενειακό επίπεδο</li> </ul>

Ας δούμε τώρα κάποιους συγκριτικούς δείκτες για τις αυτοκτονίες. Η Ελλάδα βρίσκεται πολύ χαμηλά στο δείκτη με τις αυτοκτονίες. Επιτρέψτε μου να πω κάτι που ίσως ήδη ξέρετε, ότι πρώτον το φαινόμενο των αυτοκτονιών ειδικά σε εφήβους αυξάνεται στη χώρα μας, και δεύτερον ότι πολλές αυτοκτονίες δεν αναφέρονται για πολιτισμικούς λόγους. Ένας λόγος είναι διότι σε αυτή τη περίπτωση ο θρησκευτικός ενταφιασμός δεν επιτρέπεται. Άρα έχουμε ένα πολιτισμικό εμπόδιο εδώ που μας εμποδίζει να δούμε πιο καθαρά την εικόνα του τι γίνεται στη χώρα μας.

Έχουμε πλήρες χάσμα ανάμεσα στην εφαρμογή της νομοθεσίας και στην υπάρχουσα ψυχιατρική περίθαλψη. Ως συμπέρασμα, η μεταφορά ξένων μοντέλων μπορεί να λειτουργήσει σαν καταλύτης σε μια λιμνάζουσα κατάσταση, αρκεί να λαμβάνονται υπόψη οι θεσμικές, οικονομικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας. Μια τέτοια διαδικασία δεν έχει λάβει χώρα παρά μόνο σε μικρή έκταση, αφού η στρατηγική, το όραμα αλλαγής της ασυλικής πραγματικότητας, ήταν ουσιαστικά ανοίκεια στην πλειονότητα των Ελλήνων ψυχιάτρων και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Παρά τις διακηρύξεις, υπάρχει ένα χάσμα της ελληνικής πολιτείας και των οργανωτικών δεσμευτικών αποφάσεων υλοποίησης στην πράξη του όλου μεταρρυθμιστικού προγράμματος, το οποίο παραμένει πολύ σημαντικό, και τέλος η πολιτική και διοικητική υποστήριξη και δέσμευση είναι θεμελιακή για την επιτυχή έκβαση του όλου εγχειρήματος, ενώ είναι εσφαλμένο να υποστηρίζεται ότι οι κοινοτικές δομές κοστίζουν λιγότερο· κοστίζουν το ίδιο, αλλά είναι ασύγκριτα καλύτερη η ποιότητα ζωής και παροχής φροντίδας στους ασθενείς μας και νομίζω πως είναι πολύ σημαντικό να συμπύξουμε αυτό το ερώτημα που έθεσε και ο κ. Γιωτάκος στην ομιλία του. Πως και με ποιές προϋποθέσεις μπορούν οι ένοπλες δυνάμεις στη χώρα μας να εμπνευστούν από παραδείγματα καλών πρακτικών στον Ευρωπαϊκό χώρο, κι έτσι να πάμε μαζί σε μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών στην Ελλάδα.

## **Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

ΝΙΚΟΣ ΓΚΙΩΝΑΚΗΣ, Ψυχολόγος, τ.Υπεύθυνος Κοινοτικών δομών,  
Μονάδα υποστήριξης Εθνικού σχεδίου για τη Ψυχική υγεία «Ψυχαργώς».

Επιτρέψτε μου να ξεκινήσω ευχαριστώντας την οργανωτική επιτροπή για την πρόσκληση αυτή και να πω ότι την ευκαιρία που μου δίνεται για να μιλήσω για το τι έχει συμβεί στην Ελλάδα τα τελευταία 25 χρόνια -γνωρίζουμε για το



διάστημα από τότε που ξεκίνησε η προσπάθεια για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση- θα προσπαθήσω να την εκμεταλλευτώ με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και κυρίως χωρίς να σας κουράσω πάρα πολύ με επιπλέον νούμερα, αν και δυστυχώς θα χρειαστεί να το κάνω. Να πω κάτι κατ' αρχάς. Στην Ελλάδα όταν μιλάμε για ψυχιατρική μεταρρύθμιση εννοούμε μία συνολική προσπάθεια της πολιτείας, των ψυχιάτρων, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και της αστυνομίας προς την οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου σχετικά με την ψυχική υγεία, κάτι το οποίο είναι μεν τυπικό, δηλαδή θα έπρεπε να είναι αυτό, αλλά δεν είναι αυτό το οποίο γίνεται.

Κατά πρώτον, θα μιλήσουμε γι' αυτή την προσπάθεια, κατά δεύτερον, είναι πάρα πολύ φιλόδοξο να μιλάμε για οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου. Πρώτα απ' όλα γιατί οι ανάγκες ενός ανθρώπου μεταβάλλονται συνεχώς όσο υπάρχει ροή. Τέλος πάντως, επισήμως ο στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η ανάπτυξη ενός πλήρους δικτύου υπηρεσιών που θα διασφαλίσει σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας τη λειτουργική επάρκεια ως προς τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού μέσα από τη μετατόπιση της εστίας της φροντίδας από το άσυλο στην κοινότητα. Όταν μιλάμε για ψυχιατρική μεταρρύθμιση, νομίζω έγινε κατανοητό και από τους προηγούμενους ομιλητές, πάντοτε μιλάμε για μετατόπιση καταρχάς του τόπου της φροντίδας. Από το άσυλο -στην Ελλάδα είχαμε 8 άσυλα, 8 ψυχιατρικά νοσοκομεία- πρέπει να περάσουμε και να εκπορεύσουμε τη φροντίδα στην κοινότητα. Το πρόβλημα είναι σύνθετο καθώς χρειάζεται να αλλάξουμε και τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αυτό. Η αίσθηση ενός αρτιότερου στόχου είναι το πλήρες δίκτυο υπηρεσιών σε μια συγκεκριμένη περιφέρεια. Αυτές οι υπηρεσίες πρέπει να είναι στην κοινότητα και να αναπτύσσονται μαζί με την κοινότητα, πρέπει να βρίσκονται σε ένα συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο στον οποίο απευθύνονται, και βέβαια όλες αυτές οι ρυθμίσεις πρέπει να αποσκοπούν στην κάλυψη των αναγκών του τοπικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα για την Ελλάδα, αυτό το οποίο είπαμε ότι θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε προκειμένου να κάνουμε τα παραπάνω είναι: η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών, η αρχή της τομεοποίησης, η αρχή της εξατομικευμένης προσέγγισης με σεβασμό στα δικαιώματα που έχει ο καθένας. Γενικά θα έλεγα πως ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στην κοινότητα είναι ακριβώς να υποστηρίξει κάθε άνθρωπο να ασκεί τα δικαιώματα του. Υπάρχει επίσης η αρχή της ολιστικής προσέγγισης,

χρήσιμη ειδικά από τη στιγμή που δεχόμαστε ότι ο άνθρωπος είναι μία βιοψυχοκοινωνική οντότητα, γιατί ένας άνθρωπος έχει συνήθως ένα πρόβλημα που είναι μακροχρόνιο και πρέπει να μπορούμε να συνεχίζουμε τη φροντίδα ανεξάρτητα από το που βρίσκεται αυτός ο άνθρωπος.

#### **Βασικές αρχές αναπτυσσόμενου κοινοτικού δικτύου**

- Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών
- Τομεοποίηση
- Εξατομικευμένη προσέγγιση
- Σεβασμός στα δικαιώματα
- Ολιστική προσέγγιση
- Συνεχές της φροντίδας

Στην Ελλάδα τί εργαλεία είπαμε ότι θα χρησιμοποιήσουμε για να πετύχουμε το στόχο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης; Εδώ είμαστε συνηθισμένοι να περνάμε μικρές τομές. Έτσι λοιπόν, είπαμε ότι θα φτιάξουμε υπηρεσίες στο Γενικό νοσοκομείο -συνήθως εννοούμε ψυχιατρικά τμήματα- και θα αναπτύξουμε συμπληρωματικές μονάδες ψυχικής υγείας, όπως π.χ. κινητές μονάδες, κέντρα ημέρας, εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης και κοινωνικούς συνεταιρισμούς, έστω και σε μικρούς αριθμούς. Βέβαια έχουμε και μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Εδώ στην Ελλάδα ταυτίζουμε την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση με την μετακίνηση των ατόμων από τα άσυλα στην κοινότητα. Υπάρχει διαφορά και είναι λάθος, και βέβαια το άλλο εργαλείο που έχουμε στα χέρια μας και μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε είναι η συρρίκνωση, μέχρι και η κατάργηση των Ψυχιατρείων. Βέβαια οι εφαρμογές από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας από τις αρχές της δεκαετίας του '80, για να μην πω από τις αρχές της δεκαετίας του '70, έδωσαν αφορμή προκειμένου να ξεκινήσουν οι διεργασίες τουλάχιστον στο εσωτερικό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για να δούμε ότι τα πράγματα δεν μπορούν να συνεχίσουν έτσι όπως είναι. Το 1981, για παράδειγμα, είχε γίνει το πρώτο πρόγραμμα κοινωνικής ψυχιατρικής με την επιστημονική ευθύνη του κ. Σακελλαρόπουλου όπου μια ομάδα γιατρών στη Λέρο είχαν έρθει και είχαν καταγγείλει τις

συνθήκες κάτω από τις οποίες ζούσαν οι ασθενείς σε εκείνο το άσυλο (5:46). Ήταν μια απάνθρωπη κατάσταση και ήταν πραγματικά ασύλληπτο τι συνέβαινε εκεί μέσα. Για πρώτη φορά έκαναν την καταγγελία οι γιατροί που υπηρετούσαν εκεί και έγινε η πρώτη κίνηση από τον Υπουργό Υγείας τότε, τον Αυγερινό, που τουλάχιστον απαγόρευσε τις διακομιδές στη Λέρο.

Το 1983, όπως σημειώθηκε από τον κ. Γιωτάκο, ψηφίστηκε ο Νόμος για το εθνικό Σύστημα Υγείας και στο άρθρο 21 γίνεται για πρώτη φορά λόγος στο Ελληνικό Δίκαιο για την φροντίδα της ψυχικής υγείας. Μέχρι τότε όλα τα ζητήματα που αφορούσαν τους ψυχικά πάσχοντες ρυθμιζόνταν από τους νόμους που προέρχονται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης` είναι πάρα πολύ σημαντικό αυτό. Το ίδιο βέβαια συνέβαινε και σε άλλες χώρες αλλά δεν υπήρχε κανένας νόμος που μίλαγε για την φροντίδα της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Μετά ασκήθηκαν πιέσεις από την ΕΕ με τον κανονισμό 815/1984, ο οποίος έδωσε το έναυσμα και την ευκαιρία να γίνουν κάποια πράγματα, πολύ λίγα δυστυχώς. Αυτός είχε πενταετή διάρκεια και μέχρι το 1989 που έπρεπε να έχει αλλάξει το τοπίο της Ψυχιατρικής Μέριμνα στην Ελλάδα δυστυχώς δεν έγινε τίποτα, γιατί υπήρξαν πάρα πολλές ενστάσεις, αλλά δεν υπήρχε η κουλούρα στους επαγγελματίες και βέβαια η αντίληψη προς τον κόσμο του ευρώ δεν ήταν τέτοια που να επιτρέπει να αλλάξει οτιδήποτε. Το 1989 ξέσπασε το σκάνδαλο της Λέρου και η τότε Ε.Ο.Κ., μαζί με τις επιτροπές της, μας είπε ότι αν θέλετε να συνεχίσουμε να σας βοηθάμε με την εσωτερική μεταρρύθμιση θα πρέπει να κάνετε κάτι στη Λέρο.

Το 1990 ξεκινήσαμε παρεμβάσεις στη Λέρο και η βελτίωση των συνθηκών εκεί επέτρεψε να συνεχιστεί η υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας προς την Ελλάδα και σιγά-σιγά προχωρήσαμε. Πάλι με εντολές της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, φτιάξαμε το νομικό πλαίσιο, το 1992, ψηφίστηκε ο Νόμος 2071 που αφορά στην υγεία συνολικά αλλά υπήρχε το 6° κεφάλαιο το οποίο αφορούσε στην ψυχική υγεία, ρυθμίζοντας θέματα της ακούσιας νοσηλείας που ισχύουν ακόμα και σήμερα, αλλά και για πρώτη φορά γίνεται λόγος για κοινοτική ψυχιατρική κλπ. Φτάνουμε στο 1999 όπου παρουσιάζεται πάλι κατ' εντολή της ΕΕ ένα εθνικό πρόγραμμα, και προκειμένου να μπορέσουμε να αξιοποιήσουμε το 3° κοινοτικό πλαίσιο στήριξης συνολικά απαιτείτο να φτιάξουμε ένα εθνικό πρόγραμμα που το αποκαλέσαμε «Ψυχαργώς», και το οποίο έχει δεκαετή διάρκεια. Κατά κάποιο τρόπο οτιδήποτε

αφορά στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα από το 1984 και μετά έχει επιπτώσεις στις συνολικές σχέσεις μας με την ΕΕ. Ακόμα και χρηματοδοτικά πρωτόκολλα όπως είναι το 2°, το 3° αλλά και το 4° κοινοτικό πλαίσιο στήριξης προκειμένου να εγκριθούν από την ΕΕ απαιτείται από τις αρμόδιες επιτροπές των Βρυξελλών να κάνουν πράγματα για την ψυχική υγεία. Το 1990 προκειμένου να μπούμε στο δεύτερο κοινοτικό πλαίσιο στήριξης έπρεπε να δείξουμε κάποια χαρακτηριστικά, δηλαδή πάντοτε η ψυχική υγεία αποτελεί ένα διαπραγματευτικό χαρτί που έχει η Ευρωπαϊκή Ένωση έναντι της Ελλάδας και αυτό προσπαθούμε να αξιοποιήσουμε στη χώρας μας αφού ενδιαφερόμαστε να προχωρήσουμε όσον αφορά στις υπηρεσίες Ψυχικής υγείας. Το πρόγραμμα Ψυχαργώς είναι ένα διαρκές δεκαετές πρόγραμμα που στοχεύει στη σταδιακή κάλυψη των αναγκών και αναπτύσσεται σε 2 άξονες: ο ένας άξονας είναι η αποασυλοποίηση και ο άλλος είναι αυτός ο οποίος υποστηρίζει τους ανθρώπους οι οποίοι ασθενούν για πρώτη φορά και δεν χρήζουν εισαγωγής στο ψυχιατρείο αλλά πρέπει να φροντιστούν, και θα φροντιστούν, στην κοινότητα.

Έτσι λοιπόν μιλάμε για δομές που κάνουν ακριβώς αυτή τη δουλειά. Σε όλα αυτά βοηθάει ένα νέο νομοθετικό πλαίσιο το οποίο είναι ακόμα εν ισχύ, ο νόμος 2716/1999 κατά το δεύτερο άρθρο του οποίου ορίζεται ότι οι αρχές βάσει των οποίων παρέχεται η φροντίδα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα είναι οι αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Το «Ψυχαργώς» έχει δύο φάσεις. Για την πρώτη φάση έχει μιλήσει ήδη ο κύριος Γιωτάκος, ενώ στη δεύτερη φάση, που είναι από το 2002 έως το 2008, υπήρξε στο σχεδιασμό πρόνοια για τη δημιουργία νέων δομών αποασυλοποίησης και από την άλλη μεριά η λειτουργία κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας όπως ψυχιατρικά τμήματα ενηλίκων και παιδιών, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, κινητές μονάδες κλπ. Συνολικά έπρεπε μέχρι το τέλος του 2009 να φτιάξουμε 620 νέες μονάδες ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Φτιάξαμε αρκετές δομές στέγασης για τους ασθενείς δηλαδή που είναι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά είχαμε πολύ λίγες δομές για τους ασθενείς που συνεχίζουν τη διαβίωση στην κοινότητα και ιδιαίτερα των νέων ασθενών.

<b>Ψυχαργώς –Α΄ φάση (2000- 2001)</b>
Δημιουργήθηκαν:

49 Ξενώνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
6 Οικοτροφεία
74 Εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης
700 χρόνιοι ασθενείς αποασυλοποιήθηκαν
750 νέοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας
22 περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία συμμετείχαν (!)
✓ ενεργοποιήθηκε επί της ουσίας ο Ν. 2216/ 99
✓ πιστώθηκε εμπειρία ο τομέας ψυχικής υγείας
✓ κινητοποιήθηκαν τοπικές κοινωνίες

<b>Ψυχαργώς – Β΄ φάση (2002- 2008)</b>	
Σχεδιασμός:	
A) Δομές αποασυλοποίησης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προαστ. Διαμερίσματα)	270
B) Κοινωνικές δομές ψυχικής υγείας (Ψυχιατρικά Τμήματα ενηλίκων και παιδιών, ΚΨΥ, Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, Κινητές Μονάδες, Κέντρα /Νοσοκομεία Ημέρας, Εξειδικευμένες Μονάδες Ψυχικής Υγείας κ.α.)	249
Σύνολο	519
...στην πορεία (με πρόσθετες πράξεις)	620
Γ) Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί (Κοι.Σ.Π.Ε.)	55

Τι πετύχαμε μέχρι τώρα; Πετύχαμε να κλείσουμε ορισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το 2004 έκλεισε το ψυχιατρικό νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, το 2006 έκλεισε το ψυχιατρικό νοσοκομείο της Σούδας καθώς και το Τμήμα Χρόνιων Ασθενών της Κέρκυρας, ενώ το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής έχει ακόμα μερικούς ασθενείς νομίζω, και άλλα. Αυτό που γνωρίζω πάντως είναι ότι έχει μειωθεί δραστικά η δυναμικότητα των άλλων ψυχιατρικών νοσοκομείων -τα μεγαλύτερα εκ των οποίων είναι του Δαφνιού και Θεσσαλονίκης- σε μόνιμους ασθενείς. Βέβαια υπάρχουν πολλά προβλήματα με τους νέους ασθενείς. Σήμερα λοιπόν έχουμε στην Ελλάδα 430 δομές αποασυλοποίησης, ενώ πάνω από 3.000 άνθρωποι που πριν ήταν κλεισμένοι στα ψυχιατρεία τώρα ζουν στην Κοινότητα. Έχουμε επίσης περισσότερες από 230 κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας, 15 κοινωνικούς συνεταιρισμούς, και με όλα αυτά έχουν δημιουργηθεί από το 2.000 μέχρι σήμερα περισσότερες από 5.500 θέσεις εργασίας που κυρίως καλύπτονται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές. Έχουμε επίσης κάτι που δεν υπήρχε παλιότερα στην Ελλάδα. Έχουμε συλλόγους/σωματεία χρηστών υπηρεσιών και μερικούς συλλόγους οικογενειών, κάτι το οποίο αλλάζει τα πράγματα ποιοτικά διότι δημιουργούνται οι συνθήκες για «lobbying», δηλαδή για πιέσεις, προκειμένου να ασκηθούν διάφορες πολιτικές. Βέβαια τα πράγματα δεν είναι καθόλου ρόδινα παρά το γεγονός ότι έχουν δημιουργηθεί οι δομές. Δεν είναι οι δομές το πρόβλημα, καθώς τέτοιες δημιουργούνται εύκολα, αλλά το πρόβλημα είναι το τι κάνουμε, το πως λειτουργούμε. Γιατί έστω ότι τα φτιάξαμε. Δουλεύουν όμως; Υπάρχουν κάποιοι όπως ο κύριος Μανδιανός που πριν 10 χρόνια είχαν κάνει έρευνα για τη διαχείριση υπηρεσιών στα κέντρα Ψυχικής Υγείας. Είχε δείξει ότι υπήρχαν κέντρα ψυχικής υγείας τα οποία δέχονταν μία επίσκεψη το μήνα. Ακόμα και σήμερα υπάρχουν μονάδες οι οποίες επιλέγουν ασθενείς, υπάρχουν μονάδες που προσπαθούν να αποφύγουν να εξυπηρετήσουν ανθρώπους. Το ερώτημα λοιπόν δεν είναι το πώς θα φτιάξουμε αυτές τις μονάδες αλλά το πώς θα τις στελεχώσουμε και το αν θα αλλάξει γενικότερα η κουλτούρα του κόσμου γύρω από τα θέματα της ψυχικής υγείας.

Πάντως προβλήματα από την έως τώρα υλοποίηση έχουμε συγκεκριμένα την έλλειψη επιδημιολογικών ερευνών και μελετών, αν και έχει γίνει προσπάθεια να καλυφθεί αυτό το κενό! Έχουμε επίσης σοβαρή έλλειψη οικονομικών πόρων. Πολλές από τις δομές που δημιουργήθηκαν είναι στα όρια

της κατάρρευσης επειδή δεν πληρώνει το Υπουργείο. Το Δαφνί για παράδειγμα έχει γύρω στα 37 εκατομμύρια ευρώ χρέος, για να μη μιλήσουμε για τις δομές των οποίων η διαχείριση γίνεται από φορείς μη κερδοσκοπικού τομέα όπου υπάρχουν πάρα πολύ σοβαρά προβλήματα. Υπάρχει επιπλέον σοβαρή έλλειψη εξειδικευμένων ανθρώπινων πόρων. Παρά το ότι από το 1992 η κατεύθυνση του συστήματος είναι η κοινότητα, τα πανεπιστήμια εξακολουθούν και βγάζουν ανθρώπους που είναι εκπαιδευμένοι σε παλιές αντιλήψεις. Γενικά θα πρέπει να προσέξουμε το πώς λειτουργούν οι δομές, δηλαδή το τι ποιότητα έχει το σύστημα. Ένα άλλο ζήτημα είναι αυτό της δικαίωσης του συστήματος στο εσωτερικό του αλλά και προς άλλα συστήματα, όπως είπε π.χ. ο κύριος Γιωτάκος για το στρατό, και ειδικότερα, αυτό το οποίο χρειάζεται είναι να δούμε που θέλουμε να στρέψουμε τα πράγματα. Δυστυχώς μέχρι σήμερα αυτό που ξέρουμε και βλέπουμε είναι ότι η πολιτική βούληση προκειμένου να στηριχτεί το κίνημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα είναι πάντα ισχνή. Ελπίζω ότι στο μέλλον τα πράγματα θα αλλάξουν. Πάρα πολλά εξαρτώνται από το πώς εμείς ως επαγγελματίες πιέζουμε προκειμένου να αλλάξουν. Ευχαριστώ πολύ.

#### **Ψυχαργός: Προβλήματα από την έως τώρα υλοποίηση**

- Έλλειψη επιδημιολογικών ερευνών και μελετών
- Σοβαρή έλλειψη οικονομικών πόρων
- Σοβαρή έλλειψη εξειδικευμένων ανθρώπινων πόρων
- Ανορθολογική διάθεση πόρων χωρίς “στόχευση”
- Δύσκαμπτος (άκαμπτος) δημόσιος τομέας
- Έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών –guidelines
- Χαμηλή προσαρμοστικότητα υπηρεσιών στις ανάγκες
- Μη έλεγχος δομών και φορέων
- Σχεδόν καθολική αντίσταση στην... αλλαγή
- Έλλειψη κουλτούρας, κινήματος και συνεργασίας

**Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ.**

ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΚΟΛΑΪΤΗΣ, επικ.καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Διευθυντής Πανεπιστημιακής, παιδοψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου παιδων Αθηνών «Αγία Σοφία», Γενικός γραμματέας Παιδοψυχιατρικής εταιρείας Ελλάδος- Ένωσης Ψυχιάτρων παιδιών και εφήβων.

Αρχικά θα αναφέρω μερικά στατιστικά στοιχεία για την ψυχική νόσο στους νέους και τις οικογένειες τους τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε πανελλήνιο. Παρόλο που στην Ελλάδα τα στατιστικά στοιχεία δεν είναι τόσο διαφωτιστικά, γνωρίζουμε πως το 10-22% των παιδιών και των εφήβων παρουσιάζουν διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς, συναισθήματος και ανάπτυξης με σημαντικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες. Είναι γνωστό ότι τα προβλήματα αυτά συνοδεύονται από ψυχικό, κοινωνικό και οικονομικό βάρος. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 50% των διαβίου ψυχικών διαταραχών ξεκινούν πριν από την ηλικία των 14 ετών και συχνά είτε υποτροπιάζουν είτε γίνονται χρόνιες σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Οι πιο



συνηθισμένες διαταραχές ψυχικής υγείας στις μικρές ηλικίες είναι η κατάθλιψη και τα συναφή προβλήματα που όπως αναφέρθηκε προηγουμένως συνδέονται με αυτοκτονίες. Μάλιστα, οι αυτοκτονίες στους νέους έχουν αυξηθεί τελευταία: αποτελούν την 3η αιτία θανάτου στους νέους. Να σημειώσω επίσης πως οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι 10 με 40% συχνότερες από τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες. Επίσης, οι διαταραχές αγωγής είναι ένας ακόμη τύπος διαταραχής στις μικρές ηλικίες. Εμφανίζεται συχνότερα σε μονογονεϊκές οικογένειες, φτωχότερες περιοχές, σε σπιτικά με ανεργία, συνθήκες που προδιαθέτουν τους νέους για μαθησιακή αποτυχία, χρήση ουσιών, αυτοκτονία και εγκληματικότητα. Το άγχος συνδέεται επίσης με παράνομη χρήση ουσιών και αποτυχία ακαδημαϊκής φοίτησης. Το μετατραυματικό στρές επίσης είναι ένα πολύ μεγάλο θέμα που έχει να κάνει με πολέμους, βίαιες μετακινήσεις πληθυσμών, φυσικές καταστροφές και τροχαία ατυχήματα. Και τέλος, οι διαταραχές διατροφής όπως είναι η παχυσαρκία και η ανορεξία αποτελούν επίσης ένα μεγάλο θέμα. Μια από τις ειδικές ευάλωτες κατηγορίες παιδιών είναι αυτά που παραμελούνται και κακοποιούνται, τα παιδιά με χρόνια ψυχικά νοσήματα, τα παιδιά με γονείς πάσχοντες ψυχικά και σωματικά, παιδιά με νοητική στέρση και ψυχικές διαταραχές και τέλος, παιδιά που προέρχονται από φτωχές οικογένειες και παιδιά μεταναστών.

Τα δικαιώματα των παιδιών είναι μια από τις κύριες προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στους στρατηγικούς στόχους της περιόδου 2005-2009. Τα δικαιώματα των παιδιών δεν μπορούν να καταπατούνται ακόμα και πριν από τη γέννηση τους. Είναι γνωστό πως πάνω από τις μισές μητέρες στερούνται επαρκούς φροντίδας κατά την διάρκεια της κύησης και του τοκετού. Ενώ υπάρχει σχεδόν καθολική αναγνώριση των δικαιωμάτων των παιδιών από το συμβούλιο των Ηνωμένων Εθνών, δεν υπάρχει καμία συσχέτιση με την ανάπτυξη υπηρεσιών.

Η ανάγκη για δράση υποστηρίζεται τόσο από τα δικαιώματα του παιδιού όσο και από το βάρος που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές στις μικρές ηλικίες. Η θεραπεία της ψυχικής διαταραχής μπορεί να είναι ακριβή αλλά η μη θεραπεία της είναι ακόμα πιο ακριβή. Είναι μια πολυτέλεια που οι περισσότερες χώρες δεν μπορούν να αντέξουν. Η κακή ψυχική υγεία συνοδεύεται από κακές σχολικές επιδόσεις, χρήση ουσιών, βία και προβλήματα υγείας. Επίσης, η επένδυση στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων είναι μικρότερη αυτής στην

ψυχική υγεία ενηλίκων και στην γενική υγεία. Όσο χαμηλότερο είναι το εισόδημα της χώρας τόσο χειρότερη είναι η κατάσταση στον τομέα αυτό. Μέσα από μια μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας βρέθηκε ότι ο προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία είναι πολύ μικρός. Στην Ευρώπη οι περισσότερες χώρες έχουν εθνική πολιτική για την ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων. Δυστυχώς, η Ελλάδα ανήκει στις χώρες εκείνες που δεν έχουν εθνική πολιτική και εθνικό σχεδιασμό. Στη Ελλάδα την τελευταία 25ετία αναπτύχθηκαν 65 υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Είναι ενδεικτικό ότι από τις 400 δομές που έγιναν για ενήλικες μόνο οι 10 αφορούσαν παιδιά και εφήβους. Επίσης, υπάρχει έλλειψη υπηρεσιών σε πολλούς νομούς της Ελλάδας. Η τομεοποίηση αφορά μόνο την Αττική και τη Θεσσαλονίκη, ενώ υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στην ανάπτυξη παιδοψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία. Υπάρχει καθυστέρηση στη μεταρρύθμιση του παιδοψυχιατρικού νοσοκομείου Αττικής, ανεπαρκής αριθμός μονάδων ημερήσιας φροντίδας, ξενώνων και παροχής υπηρεσιών για ειδικούς πληθυσμούς όπως είναι τα παιδιά με αυτισμό. Επίσης, υπάρχουν μόνο 4 μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, υπάρχει ανεπάρκεια ειδικών δομών για νοσηλεία ειδικά στο ηλικιακό φάσμα 15-18 ετών, νέων με διπλή διάγνωση, αυτισμό και παραβατικότητα. Τέλος, υπάρχει έλλειψη οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης νόσησης και προαγωγής της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων και παντελής έλλειψη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων.

#### **Παροχή υπηρεσιών ΨΥΠΕ στην Ελλάδα**

- Την τελευταία 25ετία αναπτύχθηκαν 65 υπηρεσίες ΨΥΠΕ
- Όμως, υπάρχει έλλειψη εθνικού σχεδιασμού και πολιτικής
- «Ψυχαργός»: ~400 δομές για ενήλικες έναντι ~10 για παιδιά /εφήβους
- Έλλειψη υπηρεσιών σε ~20 νομούς
- Τομεοποίηση μόνο σε Αττική και Θεσσαλονίκη
- Καθυστερήσεις στην ανάπτυξη Π/Ψ τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία

- Καθυστερήσεις στη μεταρρύθμιση ΠΝΑ
- Ανεπαρκής αριθμός μονάδων ημερήσιας φροντίδας, ξενώνων, παροχής respite care για ειδικούς πληθυσμούς (π. χ. με αυτισμό)
- Μόνο 4 μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας με 40 κλίνες σε Αττική και Θεσσαλονίκη
- Ανεπάρκεια ειδικών δομών (και για νοσηλεία) εφήβων 15- 18 ετών, νέων με διπλή διάγνωση, αυτισμό, παραπρωματικότητα κλπ.
- Έλλειψη οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης νόσησης και προαγωγής ΨΥΠΕ
- Παντελής έλλειψη αξιολόγησης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών ΨΥΠΕ

Τα κυριότερα προβλήματα στη φροντίδα είναι η ανεπαρκής χρηματοδότηση, το στίγμα, η άγνοια και οι αντιστάσεις, η έλλειψη υπηρεσιών σε μεγάλες περιοχές και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ υπουργείων και υπηρεσιών. Μια από τις επιπτώσεις της ανεπαρκούς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα είναι η ψυχική κόπωση του προσωπικού συγκεκριμένων υπηρεσιών που κατακλύζονται από σοβαρά περιστατικά, εισαγγελικές εντολές, αιτήματα για πραγματογνωμοσύνες και πιστοποιήσεις για ασφαλιστικά ταμεία. Εξαιτίας των υπηρεσιών που υπολειπουργούν, οι υπηρεσίες που λειτουργούν κανονικά κατακλύζονται και επιβαρύνονται. Τίθενται επομένως ερωτήματα για την εκπαίδευση των ειδικευομένων της παιδοψυχιατρικής. Υπάρχουν υπηρεσίες που παρέχουν πολύ καλή εκπαίδευση αλλά και άλλες που δεν τους δίνουν αρκετά καλή κατάρτιση. Τέλος, υπάρχει πολύ μικρός αριθμός κονδυλίων με αποτέλεσμα να υπάρχει πολύ περιορισμένη έρευνα στο χώρο της παιδοψυχιατρικής.

Σαν προτάσεις λοιπόν, προφανώς υπάρχει ανάγκη να γίνει κατάστρωση ενός εθνικού σχεδίου για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου μαζί με τις προτεραιότητες και ιεράρχηση αναγκών. Αυτό θα πρέπει να γίνει με συμμετέχοντες: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Παιδείας, Μ.Κ.Ο, Ενώσεις Γονέων και Χρηστών Υπηρεσιών και Υπουργείο Εθνικής Άμυνας. Αλλιώς, οι όποιες προσπάθειες είναι ανεπαρκείς, αποσπασματικές και αναποτελεσματικές. Στους στόχους των υπηρεσιών θα

πρέπει να είναι, εκτός από τη θεραπεία, και η πρόληψη της νόσησης καθώς και η προαγωγή της ψυχικής υγείας. Για την αποφυγή των υποτροπών θα πρέπει να υπάρχει παροχή υπηρεσιών υψηλού ποιοτικού επιπέδου με εκπαίδευση και εξειδίκευση του προσωπικού και αξιολόγηση ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες. Να υπάρχουν θεραπευτικές και όχι μόνο διαγνωστικές υπηρεσίες σε όλη τη χώρα, και προφανώς να ενισχυθεί ο θεσμός των ανάδοχων οικογενειών σαν μια εναλλακτική λύση για μορφές φροντίδας, κλινικής νοσηλείας και αποκλεισμού. Να προωθηθεί η τομεοποίηση των υπηρεσιών των ΨΥΠΕ έτσι ώστε να καλύπτονται όλες οι γεωγραφικές περιοχές της χώρας και να δημιουργηθεί τουλάχιστον μια υπηρεσία ΨΥΠΕ σε κάθε έναν από τους νομούς της χώρας στους οποίους παρατηρείται παντελής έλλειψη ανάλογων υπηρεσιών. Υπηρεσίες για παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, για παραβατικούς εφήβους, υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και την πρόληψη των αυτοκτονιών, και υπηρεσίες για παιδιά με διαταραχές φάσματος αυτισμού.

#### Προτάσεις

- Κατάστρωση ενός Εθνικού Σχεδίου για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου μαζί με τις προτεραιότητες και ιεράρχηση αναγκών
- Συμμετέχοντες: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Παιδείας, Επαΐοντες, Π/Ψ Εταιρεία Ελλάδος, ΜΚΟ, Ενώσεις Γονέων και Χρηστών Υπηρεσιών
- Αλλιώς, οι όποιες προσπάθειες είναι ανεπαρκείς, αποσπασματικές και αναποτελεσματικές
- Στόχος υπηρεσιών: πρόληψη νόσησης και προαγωγή ψυχικής υγείας, αποφυγή υποτροπών, παροχή υπηρεσιών υψηλού ποιοτικού επιπέδου με εκπαίδευση και εξειδίκευση του προσωπικού και αξιολόγηση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών
- Κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες
- Σταδιακή ανάπτυξη, όχι μόνο διαγνωστικών, αλλά και θεραπευτικών υπηρεσιών σ' όλη τη χώρα

- Ενίσχυση θεσμού ανάδοχων οικογενειών σαν μια εναλλακτική λύση για μορφές φροντίδας κλινικής νοσηλείας και αποκλεισμού
- Να προωθηθεί η τομεοποίηση των υπηρεσιών ΨΥΠΕ έτσι ώστε να καλύπτονται όλες οι γεωγραφικές περιοχές της χώρας
- Να δημιουργηθεί τουλάχιστον μια υπηρεσία ΨΥΠΕ σε κάθε έναν από τους νομούς της χώρας στους οποίους παρατηρείται παντελής έλλειψη ανάλογων υπηρεσιών
- Να αναπτυχθούν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για παιδιά ή εφήβους
- Να ενισχυθεί η εκπαίδευση των ειδικοτήτων ψυχικής υγείας
- Να θεσμοθετηθεί η συνεργασία των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης παιδιών και εφήβων με θεσμούς του εκπαιδευτικού συστήματος, της απασχόλησης και της εργασίας

## **Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ Η ΠΡΟΑΣΠΙΣΗ**

### **ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ.**

ΓΙΑΝΝΗΣ ΣΑΚΕΛΛΗΣ, Καθηγητής Κοινωνικής πολιτικής, Πάντειο πανεπιστήμιο, Βοηθός Συνήγορος του πολίτη για τη Κοινωνική προστασία.

Αγαπητές φίλες/φίλοι,

έχουμε πάρει πια απόφαση ότι είμαστε στο δρόμο μιας πολύ μεγάλης οικονομικής κρίσης που έχει μεγάλη επίπτωση στα δημοσιονομικά της χώρας μας και ειδικά στο δημόσιο χρέος και παράλληλα συνυπάρχει με μια άλλη κρίση που έχει ξεκινήσει παραπάνω από μια δεκαετία στο ασφαλιστικό που κατηγοριοποιείται στο συνταξιοδοτικό και την υγεία και προσβλέπουμε σε μια διαχείριση των δημοσιονομικών στο βάθος μιας τετραετίας, πενταετίας, σε μια αποκλιμάκωση του χρέους κάτω από συνθήκες ανάπτυξης πάλι μετά από μία τετραετία, πενταετία. Προσβλέπουμε ίσως σε μια διαχείριση του συνταξιοδοτικού κομματιού της κρίσης αυτής με διάφορους τρόπους και διάφορες διαδικασίες προσφεύγοντας ίσως και σε κοινωνικούς πόρους, αλλά εκεί που βρίσκεται το μεγάλο πρόβλημα είναι στο σύστημα υγείας όπου

χρειάζεται βαθιά μεταρρύθμιση που έχει να κάνει κυρίως με την πρωτοβάθμια φροντίδα ώστε να υπάρξει αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Η κρίση αυτή είναι όμως βαρύτερη διότι συνδέεται και με τα ανθρώπινα δικαιώματα, τα δικαιώματα των ασθενών που καταπατούνται σε κάθε στιγμή και που αποκλείονται από το όραμα μίας μεγάλης μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας. Η ψυχική υγεία εντάσσεται μέσα σε αυτό το πλαίσιο. Η τομεοποίηση είναι μια διαδικασία που συνδέεται άρρηκτα με μία ευρύτερη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Είναι τόσο μεγάλη η μεταρρυθμιστική προσπάθεια ώστε χωρίς φόβο αλλά με πάθος μιλάμε για όραμα. Πριν από μερικούς μήνες ο συνήγορος του πολίτη διοργάνωσε μια ημερίδα με θέμα την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Αφορμή υπήρξε η κατάθεση στην αρχή διαμαρτυριών για την ύφεση στην οποία έχουν περιέλθει οι δομές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης λόγω ελλιπούς χρηματοδότησης από την πλευρά της πολιτείας με αποτέλεσμα την προσβολή και καταπάτηση των δικαιωμάτων των ασθενών. Ο συνήγορος έθεσε το ζήτημα με επιστολή προς την ηγεσία του υπουργείου και ταυτόχρονα διοργάνωσε την ημερίδα με διπλό στόχο. Ο πρώτος στόχος είναι να αποκτήσει ο συνήγορος μία σφαιρική εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί στις δομές και γενικότερα στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα ώστε να συμμετάσχει ενεργά στο δημόσιο διάλογο για τις παρεμβάσεις που απαιτούνται. Ο δεύτερος στόχος είναι να αποκτήσει την απαραίτητη τεχνογνωσία έτσι ώστε, εφόσον ζητηθεί, να υποστηρίζει τις απαραίτητες τεχνικές παρεμβάσεις για την προώθηση του οράματος της μεταρρύθμισης. Κατά την προετοιμασία αυτής της ημερίδας είχα την τύχη, την χαρά και την τιμή να μιλήσω προσωπικά με πολλές εξέχουσες προσωπικότητες του χώρου. Συγκρατώ τη συνάντηση που είχα με έναν δάσκαλο της μεταρρύθμισης, τον Τζάνου Χένρικσον, ο οποίος μας έκανε την τιμή να βρεθεί στην ημερίδα και να μιλήσει, και ο οποίος μου είπε ότι υπάρχει ακόμα χρόνος και επιτακτικά πρέπει να γίνουμε πρότυπο για την μεταρρύθμιση σε ολόκληρη των περιοχή των Βαλκανίων. Ακούγοντας αυτά που είπε ο κύριος Στυλιανίδης προηγουμένως για τις χώρες της Ευρώπης, αναφερόμενος σε κοντινές μας χώρες και σε νοοτροπία αλλά και σε επίπεδο ανάπτυξης, δαγκώνουμε κάπως τα χείλια! Όλοι λοιπόν ανεξαιρέτως μίλησαν για την μεταρρύθμιση που δεν ολοκληρώθηκε, για στρεβλή μεταρρύθμιση, για ανεκπλήρωτα όνειρα και ανάγκες, για καταπάτηση δικαιωμάτων. Στο πνεύμα αυτών των συζητήσεων η ημερίδα του συνηγόρου

περιστράφηκε γύρω από τις ανεκπλήρωτες ανάγκες αλλά και γύρω από μια συζήτηση για την εξεύρεση λύσεων. Δεν θα αναφέρω τα στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας γιατί αναφέρθηκαν οι άλλοι συνάδελφοι, αλλά να πούμε ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ενώ έχουν γίνει βήματα, οπωσδήποτε δεν έχει ολοκληρωθεί στην Ελλάδα.

Διαπιστώνεται έλλειψη μιας ιδεολογίας, ενός κινήματος το οποίο να επικεντρώνεται στην συνεργασία εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας με τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους. Διαχρονικά εμφανίζονται στην ελληνική ψυχιατρική περίθαλψη ατομικές πιλοτικές πρωτοβουλίες, οι οποίες κάνουν μια προσπάθεια να καλύψουν την έλλειψη μιας σφαιρικής κρατικής αντιμετώπισης των θεσμικών ελλείψεων και προβλημάτων. Η μεταρρύθμιση είναι λοιπόν στρεβλή διότι δεν επιτεύχθηκε ακόμη η επιδιωκόμενη θεσμική ιδεολογική αλλαγή ώστε να αποδομηθεί η έννοια και η πρακτική του εγκλεισμού της παροχής φροντίδας με στέρηση ελευθερίας. Παρ' όλα αυτά θεωρήθηκε ότι λύση μπορεί να επέλθει με την θεσμική κατοχύρωση του ρόλου των μη κερδοσκοπικών επιστημονικών και κοινωνικών δομών, αλλά με παράλληλη καθιέρωση της διαδικασίας αξιολόγησης της προσφοράς τους, αυστηρότερους ελέγχους στην λειτουργία τους, καθώς και πιστοποίηση των υπηρεσιών και παρεμβάσεων τους. Αυστηρά κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις θα μπορούσε να λάβει χώρα μια σταδιακή μεταφορά κονδυλίων, όπως πολύ σωστά τόνισε ο κ. Στυλιανίδης, από παραδοσιακές ασυλικές ιδρυματικές δομές σε δράσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Και πράγματι το διακύβευμα της υγείας δεν είναι τόσο οικονομικό όσο οργανωτικό καθώς μπορεί με σωστή οργάνωση να εξοικονομούνται και χρήματα. Θα ήταν λάθος εν μέσω δημοσιονομικής κρίσης να λέμε ότι το ζήτημα είναι καταρχάς οικονομικό· είναι καταρχάς δομικό, συστημικό, οργανωτικό. Στην επικρατούσα όμως κατάσταση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δυστυχώς εντοπίζεται η απουσία μακροχρόνιου και σαφούς σχεδιασμού. Η έλλειψη κατευθυντηρίων γραμμών και επίσης πολιτικής για βασικά ζητήματα είναι όντως προβληματική: η παράλληλη ύπαρξη ασυλικού συστήματος και υπηρεσιών παροχής φροντίδας στην κοινότητα, η σχεδόν παντελής έλλειψη πρόληψης, ο στιγματισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός χρηστών, η ανεπαρκής προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στην ποιότητα παρεχόμενης περίθαλψης. Υπάρχει μεγάλη παραμέληση της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων που αξιολογείται έτσι λόγω της

απουσίας ενός εθνικού σχεδιασμού. Τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές προασπίζονται μόνο με τον καθορισμό μιας ενιαίας πολιτικής που θα συγκεντρώνει όλες τις εθνικές πολιτικές για τη μεταρρύθμιση, παρεχόμενες υπηρεσίες με επίκεντρο την κοινότητα, ψυχιατρικές υπηρεσίες σε γενικά νοσοκομεία, περιορισμό σε νοσηλευτικό ίδρυμα μόνο για ιατρικούς σκοπούς. Επιπλέον χρειαζόμαστε άμεση και ουσιαστική αναθεώρηση της «Ψυχαργώς» στην αξιολόγηση των μέχρι τώρα παρεμβάσεων σε δημόσιο διάλογο για τη διερεύνηση και επιστημονικό σχεδιασμό των αναγκών. Επίσης, μια διασφάλιση κάποιας εταιρικότητας μεταξύ κρατικών και μη κρατικών μη κερδοσκοπικών οργανικών φορέων. Βεβαίως στο επίκεντρο της μεταρρύθμισης βρίσκεται η τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που όμως λειτουργεί σήμερα με υποτυπώδη τρόπο διότι απαιτείται η τομεοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η οργάνωση των υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα είναι ευρύτερη υπόθεση της ψυχιατρικής θεραπείας. Η βασική ψυχιατρική φροντίδα χρειάζεται να είναι μικτής μορφής και να περιλαμβάνει πρωτοβάθμιδα φροντίδα και ψυχοθεραπεία. Η τομεοποίηση πρέπει να ενισχυθεί με οικονομική βιωσιμότητα των μονάδων. Οι αποφάσεις των τομεακών επιτροπών πρέπει να γίνονται υποχρεωτικές στις διοικήσεις. Ωστόσο κάτι που συνδέεται άρρηκτα με τα δικαιώματα είναι το γεγονός ότι καμιά πολιτική στον τομέα της ψυχικής υγείας δεν μπορεί να έχει επιτυχή έκβαση αν δε συνοδεύεται από δέσμη μέτρων για την καταπολέμηση του στίγματος για τον κοινωνικό αποκλεισμό, του στίγματος του ατόμου με ψυχική νόσο και των κοινωνικών προκαταλήψεων επίσης.

Απαραίτητη συγχρόνως είναι και η οργάνωση του συστήματος υποστήριξης των οικογενειών. Χρειαζόμαστε γνωματεύσεις χωρίς προσβολή των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Χρειαζόμαστε αλλαγή του τρόπου της ακούσιας νοσηλείας. Δημιουργία ενός συστήματος που θα λαμβάνει υπ' όψη τις ιδιαιτερότητες και θα προωθεί την ανεξαρτησία του ασθενούς. Εφαρμογή του ποινικού κώδικα και πλήρη εφαρμογή της νομοθεσίας όπως χρήζει σε πρακτικά ικανά άτομα, και όχι διαφοροποιήσεις. Έρευνα για τις διαδικασίες και τη δίκη των αποχωρούντων από τις ιδρυματικές δομές προς τις υγιείς και εναλλακτικές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Θα ήθελα τώρα να θέσω ένα πολύ ευαίσθητο θέμα που αφορά τις προνοιακές δομές και τα κέντρα χρονίων παθήσεων, και το θέτω γιατί, προς το παρόν τουλάχιστον, βρίσκονται εκτός του πλαισίου της μεταρρύθμισης. Στα πλαίσια του συνηγόρου της υγείας



και του συνηγόρου για θέματα δικαιωμάτων του παιδιού επισκεφτήκαμε κάποια από αυτά τα ιδρύματα. Μια διαπίστωσή μου είναι ότι στην Ελλάδα, όπου δε λειτουργεί η οικογένεια για να στηρίξει κάποια προβλήματα, μένει ένα μεγάλο κενό που δε μπορεί να καλυφθεί από την πρόνοια. Έχουμε δηλαδή απουσία της πρόνοιας. Κάτι τέτοιο το είδαμε έντονα, στις επισκέψεις που κάναμε στα ιδρύματα για παιδιά με νοητική στέρση. Θα μιλήσω κυρίως για το κέντρο στο Σκαρμαγκακά και για το κέντρο περίθαλψης νέων. Προσπαθήσαμε λοιπόν από εκεί να διαπιστώσουμε τις συνθήκες λειτουργίας τους και το βαθμό κάλυψης αναγκών ανηλίκων και ενηλικιωμένων περιθαλπομένων σε αυτά. Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων ήρθαμε σε επαφή με τη διοίκηση, με εκπροσώπους εργαζομένων, με το επιστημονικό προσωπικό των μονάδων και με φιλοξενούμενους. Κατά την επίσκεψη σε θαλάμους και σε εγκαταστάσεις διαπιστώθηκε ότι οι συνθήκες διαβίωσης στις μονάδες αυτές είναι άκρως προβληματικές. Οπωσδήποτε, δεν αντιστοιχούν σε μία χώρα με το επίπεδο ανάπτυξης της δικής μας.

Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη είμαστε σε επίπεδο ανάπτυξης ανθρωπίνων πόρων όπως εκφράζονται μέσα από τον επιδημιολογικό δείκτη του προσδόκιμου ζωής στις εκατόν εβδομήντα επτά του πλανήτη. Βασικό πρόβλημα είναι η σοβαρή υποστελέχωση των προαναφερθεισών μονάδων κυρίως σε νοσηλεύτες, αλλά διαπιστώνεται και απουσία αναγκαίου ιατρικού προσωπικού, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται ακόμα σε εκτεταμένο βαθμό η καταστολή, η πρόσδεση στις κλίνες με σκοπό τον περιορισμό του αυτοτραυματισμού, λόγω αδυναμίας. (Σημειώστε εδώ το πρόβλημα των αποσπάσεων: προσλαμβάνονται αλλά αποσπώνται αλλού και κρατούν τη θέση). Αυτοί λοιπόν οι άνθρωποι καλούνται να διαχειριστούν σοβαρότερα περιστατικά χωρίς την επαρκή στήριξη της πολιτείας. Θέλω να πω σε αυτό το σημείο ότι επεξεργαζόμαστε ένα πλαίσιο προτάσεων και νομίζω ότι αυτά τα κέντρα πρέπει να ενταχθούν σε αυτό το πνεύμα της αλλαγής, πρέπει να συνδεθούν θεσμικά με τα τοπικά νοσοκομεία για να υπάρχει πλήρης ιατρική περίθαλψη, και βέβαια είναι αναγκαία η σύνδεση τους με κέντρα ημέρας που θα παρέχουν υπηρεσίες θεραπείας, φροντίδας και εκπαίδευσης στα πρόσωπα αυτά με τις χρόνιες παθήσεις και τη νοητική υστέρηση.

Σας ευχαριστώ πολύ.

## **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΣΤΡΑΤΟΥ ΞΗΡΑΣ: ΠΟΡΕΙΑ 14 ΧΡΟΝΩΝ.**

ΠΑΥΛΟΣ ΝΤΑΦΟΥΛΗΣ, Επίατρος, Ψυχίατρος, 424 ΓΝΣ Θεσσαλονίκης.

*Μοιράστηκε στο πλαίσιο της 14<sup>ης</sup> Ετήσιας Ημερίδας Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας Στρατού Ξηράς, 18 Δεκεμβρίου 2009, Πολεμικό Μουσείο Αθηνών.*

### **Οι συνθήκες σύλληψης και κυοφορίας του θεσμού.**

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 οι κοινωνικές συνθήκες στην Ελλάδα αλλάζουν σε ένα πλαίσιο παγκόσμιων ανακατατάξεων. Η οικογένεια διέρχεται κρίση, ενώ η νεολαία διαμορφώνει νέες συμπεριφορές, καταρρίπτονται παλαιά στερεότυπα και υιοθετούνται νέες αντιλήψεις. Σαφώς ο μέσος νεοσύλλεκτος επιδεικνύει μικρότερη σωματική και ψυχική αντοχή στην υποχρεωτικά, εκ των συνθηκών και του σκοπού, σκληρή ζωή του στρατού. Η «ψαλίδα» μεταξύ στρατιωτικής και πολιτικής ζωής ανοίγει. Σημειώνεται επίσης στατιστική αύξηση των ψυχικών διαταραχών σε επίπεδο πληθυσμού, το πρόβλημα των ναρκωτικών έχει φτάσει στην κορύφωσή του, ενώ οι αυτοκτονίες των στρατευμένων προβληματίζουν ιδιαίτερα το στράτευμα. Μία ατμόσφαιρα τύψεων, υπερβολών, αιτιάσεων, αντίδρασης και ενοχών, τείνει να δηλητηριάσει τις σχέσεις κοινωνίας και στρατού. Ο στρατός θέλει να διασφαλίσει την ομαλή προσαρμογή των νεοσυλλέκτων και την ύπαρξη υγιούς ψυχικά προσωπικού για να επιτελεί την αποστολή του. Αντίστοιχα η κοινωνία και η οικογένεια, θέλουν, απαιτούν, να επιστρέφουν οι κατατασσόμενοι βλαστοί τους «σώοι και αβλαβείς». Στην

ίδια χρονική καμπή η πρόληψη αλλάζει το χάρτη στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Η πρόληψη είναι ακριβώς η δράση που διαπιστώνεται ότι λείπει στον τομέα της ψυχικής υγείας των στρατιωτών μας.

Το 1989 περιγράφεται στις πρώτες διαταγές ο πιλοτικός θεσμός της Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας στο Στρατό Ξηράς. Το 1995, με τοποθέτηση ειδικών επιστημόνων (ψυχολόγων, κοινωνιολόγων και κοινωνικών λειτουργών) σε Μείζονες Σχηματισμούς, αρχίζουν οι πρώτες περιοδείες των Ομάδων Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας (ΟΨΜ). Με ατομική, ομαδική συνέντευξη και παρατήρηση προσπαθούν να επιτελέσουν τον εντοπισμό των ψυχολογικών και λοιπών προβλημάτων των στρατευμένων, να προσφέρουν συμβουλευτική και να βοηθήσουν στην πρόληψη. Σε μία ελληνική κοινωνία που αποκτά τότε μόλις τα πρώτα δικά της Πανεπιστημιακά Τμήματα Ψυχολογίας μία τέτοια κίνηση είναι πρωτοποριακή, αφού οι πρώτοι ψυχολόγοι εκπαιδευμένοι σε ελληνικό πανεπιστήμιο αποφοιτούν από το τμήμα ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης μόλις το 1991. Με την πιλοτική εφαρμογή του θεσμού αξιοποιούνται περισσότερο οι στρατεύσιμοι ειδικοί επιστήμονες πέρα από την εκτέλεση υπηρεσιών, τυφεκιοφόρου, γραφέα ή νοσοκόμου σε κάποιο στρατόπεδο ή στην καλύτερη περίπτωση ως μεμονωμένοι ψυχολόγοι σε κάποιο Κέντρο Εκπαιδύσεως Νεοσυλλέκτων. Με τη συνδρομή των κατά τόπους ψυχιάτρων οι ΟΨΜ εκτελούν την αποστολή τους και αναφέρουν τα αποτελέσματά τους. Τα συμπεράσματα από την πιλοτική εφαρμογή του θεσμού ήταν πως οι ΟΨΜ: έδωσαν στίγμα ενδιαφέροντος και ανθρώπινης φροντίδας στους στρατεύσιμους, απομυθοποίησαν τον όρο δυσπροσαρμοστία, και βοήθησαν στην άμβλυνση της διάκρισης παλαιών και νέων στρατιωτών. Το φαινόμενο αυτό δημιουργούσε έντονη ψυχική πίεση στους νέους στρατιώτες, κυρίως από την απολυόμενη ΕΣΣΟ (ο στρατιώτης των δύο μηνών είχε να αντιμετωπίσει τον παλιό απολυόμενο των είκοσι ένα ή δεκαεννιά μηνών, ο οποίος όχι μόνο δεν ήθελε να εκτελέσει υπηρεσίες, αλλά εθιμικά θεωρούσε πως μπορούσε να «κάνει καψόνι» στους νέους). Η εξάλειψη της διάκρισης ήταν από τους πρώτους κύριους στόχους λειτουργίας του θεσμού. Η επιτυχία της πιλοτικής εφαρμογής των ΟΨΜ οδήγησε στην απόφαση υιοθέτησης αποφάσεων λειτουργίας συνολικά του θεσμού.

### **Τα πρώτα βήματα.**

Ιανουάριος 1997. Το Γραφείο Μέριμνας Προσωπικού του 1<sup>ου</sup> Επιτελικού Γραφείου του ΓΕΣ, εκδίδει τη διαταγή ορόσημο για την ψυχοκοινωνική μέριμνα, την Πάγια Διαταγή 4-46. Για πρώτη φορά επίσημα, μετά από πιλοτικές δοκιμές, συστηματοποιείται η Ψυχοκοινωνική Μέριμνα. Οι οπλίτες ειδικοί επιστήμονες εκπαιδεύονται στην Ψυχιατρική Κλινική του 414 Στρατιωτικού Νοσοκομείου και ανάλογα με το πτυχίο τους λαμβάνουν ειδικότητες:

- Ψυχολόγου
- Κοινωνιολόγου
- Κοινωνικού Λειτουργού

Με βάση τη διαταγή αρχίζουν στο Στρατό Ξηράς πρώτον, σε επίπεδο πρόληψης, οι περιοδείες των ΟΨΜ οι οποίες ανήκουν στο 1<sup>ο</sup> Επιτελικό Γραφείο κάθε Σώματος Στρατού στις Μονάδες με έργο τον εντοπισμό των στρατεύσιμων που δυσλειτουργούν. Δεύτερον, οι συστηματικές συνεντεύξεις στα Κέντρα Νεοσυλλέκτων (προκαταρκτική την 1<sup>η</sup> ημέρα και εκτενής την 2<sup>η</sup> εβδομάδα της κατάταξης).

Οι λειτουργοί του θεσμού έχουν στόχο τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας των στρατευμένων, την πρόληψη της χρήσης ουσιών και των αυτοκτονιών, την καταγραφή και τη μελέτη των συνθηκών γέννησης ψυχικών προβλημάτων των στρατευμένων (συνθήκες διαβίωσης, συσσίτιο) και τέλος την παρακολούθηση και αρωγή όσων με την ορολογία της αρχικής διαταγής χαρακτηρίζονται ΑΧΙΦ (Άτομα Χρήζοντα Ιδιαίτερης Φροντίδας).

Η ευαισθητοποίηση των μονίμων στελεχών του στρατού στο χειρισμό οπλιτών με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αλλά και γενικά στον ίδιο το θεσμό, είναι ένα κρίσιμο στοίχημα. Τα μέλη των ΟΨΜ είναι υπεύθυνα για σειρά ομιλιών, με θεματολογία από τη μάστιγα των ναρκωτικών μέχρι τη λειτουργία του θεσμού. Δημιουργείται ένα δίκτυο ψυχοκοινωνικής μέριμνας. Μονάδες, Ειδικά Κέντρα Εκπαιδεύσεως, Κέντρα Εκπαιδεύσεως Νεοσυλλέκτων, Σχηματισμοί, Στρατιωτικές Φυλακές, οι Στρατιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές, η Διεύθυνση Υγειονομικού του ΓΕΣ, συνδέονται μέσω των ΟΨΜ.

Η μάχη της γνωστοποίησης του θεσμού δίνεται εντός και εκτός στρατεύματος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ανευρίσκεται τον Ιούλιο του 1997, όπου δίπλα στην αναγγελία στις εφημερίδες «θανάσιμου αυτοτραυματισμού στρατιώτη», δημοσιεύεται η παραίνεση της στρατιωτικής ηγεσίας να ενεργοποιηθούν οι ομάδες ψυχολόγων ώστε να μειωθούν τέτοια κρούσματα. Οι τίτλοι «ψυχολόγοι στα στρατόπεδα» είναι συχνοί στις στήλες των εφημερίδων της εποχής. Όμως παρά τον αρχικό ενθουσιασμό, τη

βελτίωση στις σχέσεις παλαιών-νέων στρατιωτών και στις συνθήκες διαβίωσης, υπάρχουν δυσλειτουργίες.

### **Οι παιδικές ασθένειες του θεσμού.**

Τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του θεσμού οι σχέσεις διοικητών και στρατιωτών που επανδρώνουν τις ΟΨΜ δεν είναι πάντα αρμονικές. Παρατηρούνται:

- έλλειψη κώδικα συνεννόησης
- ο «συνδικαλιστής» ή «φανταροπατέρας» ψυχολόγος, ακραίο φαινόμενο, κυρίως για τη διασφάλιση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και εξόδων - αδειών των στρατιωτών.
- διαρκείς υποψίες κάποιων διοικητών για κακόβουλη ενημέρωση των ανωτέρων τους, μέσω των υποβαλλόμενων από τις ΟΨΜ προς τους ανωτέρους, διμηνιαίων αναφορών.

Στους στρατεύσιμους παρουσιάζονται:

- Τάση εκδήλωσης μίας φαντασιστικής «κανονικής» εικόνας κατά τις συνεντεύξεις.
- Ελλιπής γνώση του θεσμού.
- Καχυποψία για μη τήρηση του απορρήτου
- Επιπόλαια-υποτιμητική θεώρηση μελών των ΟΨΜ, «βύσματα, που δεν κάνουν υπηρεσίες»

Στη λειτουργία των ΟΨΜ γενικότερα σημειώνονται:

- έλλειψη συντονισμού, λειτουργία με βάση προσωπικές απόψεις ή υποκειμενικές αντιλήψεις
- δυσχερής τήρηση του απορρήτου.
- τυποποιημένες, στερεότυπες διμηνιαίες αναφορές, και σε μικρό ποσοστό καθυστερημένη αποστολή τους ή ακόμη και μη υποβολή τους.

## Η πορεία προς την εφηβεία.

Η υπέρβαση των παιδικών ασθενειών του θεσμού διαγράφεται το 1999 όταν ορίζεται επιστημονικός υπεύθυνος για κάθε ΟΨΜ αξιωματικός-ψυχίατρος και ακολούθως η παρακολούθηση του θεσμού ανατίθεται στη Διεύθυνση Υγειονομικού του ΓΕΣ. Αν και τα προβλήματα δεν λύνονται, αυτή η τροποποίηση δίνει την ευκαιρία, μέσω του αξιωματικού-ψυχιάτρου, για μία κοινή γλώσσα ανάμεσα στις ΟΨΜ και στις Διοικήσεις και απελευθερώνει τους οπλίτες λειτουργούς του θεσμού από επιστημονικά κενά και πρακτικές δυσκολίες. Υπάρχει ένα σταθερό πρόσωπο αναφοράς και στις ΟΨΜ των νήσων του Αιγαίου, γεγονός ιδιαίτερα βοηθητικό στη λειτουργία τους.

Το 2003 εκδίδεται αναθεωρημένη η Πάγια Διαταγή 4-46 στα εξής σημεία:

- Περιλαμβάνονται πλέον στο θεσμό τα μόνιμα στελέχη, τα μέλη των οικογενειών, οι εν αποστρατεία συνάδελφοι.
- Θεσμοθετείται η ύπαρξη συντονιστή ψυχιάτρου
- Οι ΟΨΜ του Στρατού Ξηράς καλούνται να εναρμονιστούν με την εθνική πολιτική σε θέματα ψυχικής υγείας σε ό,τι αφορά την πρόληψη, την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και την αποκατάσταση (γίνεται πράξη η συνεργασία των ΟΨΜ με τον ΟΚΑΝΑ και τα Κέντρα Πρόληψης, με βάση μνημόνιο που υπέγραψε το 2002 το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας με τον ΟΚΑΝΑ).
- Εισάγεται η λειτουργία 24ωρης τηλεφωνικής γραμμής ψυχολογικής υποστήριξης, η οποία είχε ήδη εφαρμοστεί στο Πολεμικό Ναυτικό. Από το Φεβρουάριο του 2003 η γραμμή λειτουργεί σε πανελλαδική κλίμακα για το προσωπικό του Στρατού Ξηράς και της Πολεμικής Αεροπορίας στο 414 ΣΝΕΝ, ενώ λειτουργούν και σε κατά τόπους ΟΨΜ.
- Σκοπός, μεταξύ άλλων, της αναθεωρημένης πάγιας διαταγής είναι η εκπαίδευση στελεχών και στρατευσίμων στην αντιμετώπιση ψυχοπιεστικών καταστάσεων, ώστε να υπάρχει πλούσια εμπειρία για την περίοδο των επιχειρήσεων. Ουσιαστικά γίνεται πρόβλεψη για τον ρόλο που καλούνται να παίξουν οι ΟΨΜ σε φυσικές καταστροφές και ειρηνευτικές αποστολές.
- Αλλάζει η εκπαίδευση των οπλιτών στο 414 ΣΝΕΝ, στην Πεντέλη.
- Καταργείται για λόγους αποστιγματοποίησης ο όρος ΑΧΙΦ (αν και ακόμη χρησιμοποιείται).

## Προβλήματα ταυτότητας και αμφισβητήσεις του θεσμού.

- Υπάρχει ταχεία εναλλαγή προσώπων στις ΟΨΜ. Μόλις ο κληρωτός προσαρμοστεί στις συνθήκες εργασίας και αποκομίσει τις πρώτες εμπειρίες, μετατίθεται, αποσπάται ή απολύεται.
- Η μείωση του χρόνου της στρατιωτικής θητείας οδηγεί σε «Ομάδες» του ενός ή των δύο ατόμων.
  - Δεν υπάρχει πάντοτε η απαραίτητη παρακολούθηση ενός στρατιωτικού σε βάθος χρόνου.
  - Δεν υπάρχει ένα σταθμισμένο ψυχομετρικό εργαλείο στις συνεντεύξεις των ΟΨΜ.
  - Η υπόκριση δεν ανιχνεύεται συχνά, κυρίως λόγω σκεπτικού «εξασφάλισης», το οποίο καλλιεργείται και από τις μονάδες.
  - Η αποστολή μη ειδικά εκπαιδευμένων μελών ΟΨΜ στις οικογένειες θανόντων εκδηλώνει συμμετοχή στο πένθος, μειώνει την αμηχανία των διοικήσεων, αλλά δεν προσφέρει ουσιαστικά.
  - Ορισμένοι εκ των οπλιτών δεν έχουν ακριβώς την θεωρητική έστω προπτυχιακή εκπαίδευση που απαιτείται, ενώ συχνά κοινωνιολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται να εκτελέσουν καθήκοντα ψυχολόγου.
  - Παρά τα 14 χρόνια λειτουργίας του θεσμού, υπάρχουν στρατεύσιμοι που δεν έχουν ακριβή εικόνα της λειτουργίας των ΟΨΜ και των δυνατοτήτων βοήθειας που τους παρέχονται.

## Προς την ενηλικίωση.

Το 2006 αρχίζει τη δράση του ένα διακλαδικό κλιμάκιο παρέμβασης το οποίο οργανώνεται από το ΓΕΕΘΑ. Ψυχίατροι και ψυχολόγοι από το Στρατό Ξηράς, το Πολεμικό Ναυτικό και την Πολεμική Αεροπορία επισκέπτονται Μονάδες και Σχηματισμούς εστιάζοντας κυρίως στην ενημέρωση περί του δικτύου της Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας και στη συμμετοχή του προσωπικού σε μεγάλες Ομάδες. Με βάση τις ανάγκες που διαπιστώνονται από τη διακλαδική παρέμβαση, τον Οκτώβριο του 2008 τυπώνεται και διανέμεται το «Εγχειρίδιο επί θεμάτων ψυχοκοινωνικής

μέριμνας προσωπικού». Σε αυτό αναλύονται τα κεφάλαια του επιχειρησιακού στρες, του στρες μάχης, της βίας, της αυτοκτονίας, της ουσιοεξάρτησης και των 24ωρων γραμμών τηλεφωνικής υποστήριξης των Ενόπλων Δυνάμεων.

Το 2009 βρίσκει το θεσμό σε φάση ενηλικίωσης και καταξίωσης. Οι λειτουργοί του θεσμού επιτελούν σπουδαίο έργο, χωρίς φυσικά να έχουν μαγικές ιδιότητες για να αποτρέψουν όλες τις αυτοκτονίες, τις σοβαρές ψυχικές παθήσεις ή να μειώσουν κατακόρυφα τη χρήση ουσιών όπως αφελώς κάποιοι αναμένουν. Η ενημέρωση των στρατιωτών και των μονίμων στελεχών για τη λειτουργία του θεσμού κρίνεται ικανοποιητική. Η ψυχιατρική, η ψυχολογική κοινότητα και ουσιαστικά η μεγαλύτερη μερίδα της κοινωνίας, κατά κανόνα γνωρίζει και συμπαραστέκεται στην Ψυχοκοινωνική Μέριμνα. Σημαντικό σημείο σε αυτό το άνοιγμα του θεσμού είναι η συμμετοχή στις Ημερίδες της Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας του στρατού, καταξιωμένων πανεπιστημιακών καθηγητών και διακεκριμένων ομιλητών, κάνοντας πράξη τη συνεργασία των Ενόπλων Δυνάμεων με την Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, από την Ημερίδα του 2006. Αξιοσημείωτο είναι πως από το 2007 οι Ημερίδες γίνονται στο κέντρο των Αθηνών, στο Πολεμικό Μουσείο.

Στην Ετήσια Ημερίδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας γίνεται ανασκόπηση των γεγονότων και των προβλημάτων, ανταλλαγή εμπειριών, κατάθεση προτάσεων διόρθωσης των όποιων ελλείψεων και τελική εξαγωγή συμπερασμάτων που μετουσιώνονται σε πράξεις. Ταυτόχρονα ο διάλογος στην Ημερίδα έχει προκαλέσει πολλές έντυπες και ηλεκτρονικές συζητήσεις για την Ψυχοκοινωνική Μέριμνα στο στρατό. Από τα πρακτικά που εκδίδονται κάθε έτος δύναται να έχουν οι νεώτεροι λειτουργοί του θεσμού μία εικόνα του παρελθόντος και της δράσης των παλαιότερων ειδικών επιστημόνων, αλλά και των προβλημάτων και των λύσεων που δόθηκαν.

Στη διαταγή του Μαΐου του 2009 περί Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας έχουμε την πολυτέλεια να συζητούμε για τη βέλτιστη εξασφάλιση του απορρήτου, για το ρόλο του «οικογενειακού» ιατρού Μονάδος, ή για τη διακλαδική λειτουργία των ΟΨΜ. Οι ίδιοι οι Διοικητές καλούνται να καταθέτουν τα δικά τους προβλήματα, ενώ ενημερώνονται οι διοικήσεις και τα στελέχη πως η μέχρι τώρα επιδεινούμενη αχίλλειος πτέρνα του θεσμού, η έλλειψη ικανού αριθμού εξειδικευμένων επιστημόνων, αρχίζει να καλύπτεται από τους πρώτους νεορκισθέντες αξιωματικούς ψυχολόγους, αποφοίτους της ΣΣΑΣ. Οι προσδοκίες για το μέλλον είναι πολλές...

Κείμενο:



Νταφούλης Παύλος  
 Επίατρος-Ψυχίατρος  
 Επιμελητής Ψυχιατρικής Κλινικής του 424 ΓΣΝΕ  
 Δρ. Ιστορίας της Ιατρικής

## Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ.

ΣΤΡ(ΥΓ) ΜΑΥΡΕΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Η Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης έχει διπλό ρόλο. Το προσωπικό της παρέχει τόσο άμεση ψυχολογική υποστήριξη στον καλούντα όσο και παρέμβαση σε κρίσεις.

Λειτουργεί από το 2003 στο 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων και η λειτουργία της είναι καθημερινή καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Στελεχώνεται από οπλίτες ψυχολόγους και δέχεται κλήσεις τόσο από προσωπικό του Στρατού Ξηράς όσο και της Πολεμικής Αεροπορίας. Απευθύνεται σε οπλίτες, κληρωτούς και επαγγελματίες, σε στελέχη των ενόπλων δυνάμεων και στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον. Η γραμμή επίσης, απαντά και σε κλήσεις ιδιωτών οι οποίοι βρίσκουν τον αριθμό μέσω διαδικτύου, χωρίς να κάνει διάκριση. Οι κλήσεις είναι ανώνυμες, εμπιστευτικές και δεν επιβαρύνονται με χρέωση.

<b>...η τηλεφωνική γραμμή</b>
Η τηλεφωνική γραμμή στελεχώνεται από στρατιώτες ψυχολόγους.
Απευθύνεται τόσο στους στρατιώτες, στους εφέδρους αξιωματικούς, στους μονίμους του στρατού ξηράς και της πολεμικής αεροπορίας, όσο και στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους.
Συχνές είναι οι τηλεφωνικές κλήσεις ιδιωτών, οπότε ανταποκρινόμαστε και σε αυτές.
Όλες οι κλήσεις είναι ανώνυμες, εμπιστευτικές και χωρίς χρέωση.

Μέσω της γραμμής παρέχεται πληθώρα υπηρεσιών. Πρώτον, δίνονται συμβουλές για τυχόν πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο καλών, πρόβλημα για το οποίο δυσκολεύεται να μιλήσει στο οικείο περιβάλλον του και προτιμά την ανωνυμία της γραμμής. Συχνά συμβαίνει να υπάρχει ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του ατόμου που τηλεφωνεί. Το γεγονός ότι του δίνεται η δυνατότητα να μοιραστεί τα συναισθήματά του με κάποιον του παρέχει ανακούφιση και το βοηθά να απεμπλακεί από τη δύσκολη θέση στην οποία έχει περιέλθει. Δεύτερον, η γραμμή πληροφορεί τόσο για στρατολογικά θέματα όσο και για θέματα που αφορούν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, κυρίως υπηρεσίες υγείας. Αυτό εξαρτάται από το θέμα που απασχολεί τον καλούντα. Είθισται, αν το θέμα είναι εξειδικευμένο, π.χ. εξαρτήσεις, ζητήματα σχετικά με παιδιά, να παραπέμπεται ο καλών από το προσωπικό της γραμμής σε πιο εξειδικευμένους φορείς.

Τα συνηθέστερα προβλήματα που αναφέρουν στη γραμμή οπλίτες και στελέχη αφορούν την προσαρμογή του ατόμου στη στρατιωτική ζωή, σε τυχόν δυσκολίες διαβίωσης εντός μονάδας καθώς και σε δυσκολίες από μη αρμονική σχέση με ανωτέρους ή συναδέλφους. Ένας μικρός αριθμός κλήσεων αφορά την πίεση που ασκείται από την περιορισμένη δυνατότητα αδειών σε συνδυασμό με τον αυξημένο αριθμό υπηρεσιών. Τέλος, δεν λείπουν και οι αναφορές σε προβλήματα συμπεριφοράς του καλούντα όπως επιθετικότητα προς συναδέλφους, ασυνέπεια ως προς τις υποχρεώσεις του ή διάθεση απειθαρχίας. Συμπεριφορές δηλαδή που οδηγούν στην επιβολή ποινών. Κατά καιρούς έχουν υπάρξει τηλεφωνήματα στα οποία αντανακλάται η ψυχοσυναισθηματική διαταραχή του ατόμου που καλεί, όπως το άγχος, οι γενικευμένες αγχώδεις εκδηλώσεις, η κατάθλιψη ή και άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Τίθενται επίσης κατά καιρούς γενικότερα θέματα διαπροσωπικών σχέσεων όπως οι ερωτικές σχέσεις, οι φιλικές και οι οικογενειακές. Τέλος, το προσωπικό της γραμμής συχνά καλείται να παρέμβει σε καταστάσεις κρίσεων όπως είναι ο θάνατος, μια φυσική καταστροφή ή η εκδήλωση αυτοκαταστροφικών ή ετεροκαταστροφικών τάσεων εκ μέρους κάποιου ατόμου.

Όσον αφορά τώρα τους ιδιώτες, τα περισσότερα τηλεφωνήματά τους έχουν να κάνουν με προβλήματα συναισθηματικών ή αγχωδών διαταραχών, θέματα διαπροσωπικών σχέσεων (ερωτικών, φιλικών, οικογενειακών) καθώς και θέματα σχετιζόμενα με την εργασία τους. Μια ιδιαίτερη κατηγορία

τηλεφωνημάτων είναι αυτά που αφορούν δυσκολίες στις σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών. Δεν αποκλείονται δε και οι κλήσεις το περιεχόμενο των οποίων αναφέρεται σε ψυχο-πιεστικά θέματα ζωής, όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου, απώλεια εργασίας κ.α.

<b>...αιτήματα</b>
<b>Ιδιώτες</b>
Προβλήματα συναισθηματικών ή αγχωδών διαταραχών.
Θέματα διαπροσωπικών σχέσεων, όπως ερωτικών, οικογενειακών, φιλικών.
Δυσκολίες στις σχέσεις γονιών και παιδιών.
Ψυχοπιεστικά θέματα ζωής, απώλεια αγαπημένου προσώπου, απώλεια εργασίας κ.α.
Εργασιακά θέματα.

Από την έναρξη της λειτουργίας της γραμμής έχουν σημειωθεί 8.156 κλήσεις (στοιχεία έως το 2008). Οι περισσότερες κλήσεις αφορούν το στρατό ξηράς και λιγότερες την αεροπορία. Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των κλήσεων από συγγενείς, ζητώντας κυρίως πληροφορίες και συμβουλές. Επίσης, σημαντική είναι η αύξηση των κλήσεων που παρατηρείται πριν και κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων κατάταξης. Αυτό συμβαίνει επειδή οι κληρωτοί εμφανίζουν περισσότερο άγχος και πίεση όσον αφορά την προσαρμογή τους στη ζωή του στρατού. Στα στατιστικά στοιχεία, το άγχος, η κατάθλιψη και τα οικογενειακά ζητήματα, καθώς και τα στρατολογικά, αφορούν το μεγαλύτερο ποσοστό των αιτημάτων που προέρχονται από τους καλούντες. Όσον αφορά την εκπαίδευση των καλούντων, δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της ανάγκης για βοήθεια και της εκπαίδευσης. Όσον αφορά την ψυχοπαθολογία, το 1/3 των καλούντων δεν παρουσιάζει κάποια διαφαινόμενη ψυχοπαθολογία, με το άγχος να ακολουθεί ως το κυριότερο αίτημα. Οι περισσότερες κλήσεις, πάνω από τις μισές, προέρχονται από στρατιώτες και ένα μεγάλο ποσοστό αφορά ιδιώτες. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, δεν υπάρχει κάποια διαφορά μεταξύ έγγαμων και άγαμων. Όσον αφορά την παρέμβαση και την αντιμετώπιση των αιτημάτων από τους οπλίτες ψυχολόγους, αποτελείται κυρίως από συμβουλευτική. Δηλαδή,

προσπαθούμε να καθυσυχάσουμε τον καλούντα, να τον κάνουμε να νιώσει πιο άνετα, έτσι ώστε να μιλήσει για το πρόβλημά του και πιθανώς να τον συμβουλέψουμε ή να τον παραπέμψουμε σε έναν ειδικότερο φορέα ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Σημαντικό κομμάτι της παρέμβασης είναι η πληροφόρηση. Αφορά κυρίως στρατολογικά θέματα, θέματα αδειών και θέματα που αφορούν τη στρατιωτική ζωή. Καταλήγουμε λοιπόν σε δύο συμπεράσματα που αφορούν τη χρήση γραμμής:

<b>Συμπεράσματα</b>
Σε πολλές περιπτώσεις τα προβλήματα που εντοπίζονται στους στρατιώτες κατά τη διάρκεια της θητείας τους είναι προβλήματα που προϋπήρχαν αλλά παρουσιάζονται με μεγαλύτερη ένταση.
Συνήθως, στις επαναλαμβανόμενες κλήσεις, εγκαθιδρύεται και μια μεγαλύτερη σχέση, παρατηρείται η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού, χρόνια παρακολούθηση από ψυχίατρο ή ψυχολόγο.

Από το 2006 το προσωπικό της γραμμής συμμετέχει ως ομάδα παρέμβασης στη κρίση. Συνολικά: Έχουμε διαχειριστεί 24 περιστατικά (έως το 2008). Υπήρξε μια αύξηση των περιστατικών κυρίως γιατί έγινε γνωστή η υποστήριξη την οποία εμείς παρέχουμε μέσω της γραμμής. Τα θύματα ήταν σε μεγάλο ποσοστό στρατιώτες και ακολουθούν τα στελέχη. Στο μεγαλύτερο ποσοστό η ατία θανάτου προήλθε από τροχαίο ατύχημα, ενώ ακολουθεί η αυτοκτονία. Στις περισσότερες περιπτώσεις η παρέμβαση έγινε δεκτή από τις οικογένειες των θυμάτων. Τα κύρια άτομα που έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη ήταν οι γονείς του θανόντα και έπειτα φίλοι και συγγενείς.

**ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΟ ΠΕΝΘΟΣ:  
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΠΕΝΘΟΥΝΤΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ  
ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ.**

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΤΑΒΛΑΡΙΔΗ, Μ.Υ. Ψυχολόγος, 424 ΓΣΝ Θεσσαλονίκης.

Ο θάνατος αποτελεί αναπόδραστο γεγονός. Είναι η μοιραία κατάληξη του ανθρώπου είτε συμβεί πρόωρα, είτε στο πλήρωμα του χρόνου. Η επίγνωση του πεπερασμένου βιολογικού μας κύκλου προσδιορίζει σε μεγάλο βαθμό την ανθρώπινη φύση μας. Ο φόβος και η ευαλωτότητα στο θάνατο βρίσκεται στον πυρήνα πολλών ανθρώπινων στοχασμών και συμπεριφορών. Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η επίγνωση του θανάτου αποτέλεσε τη κινητήρια δύναμη του ανθρώπινου πολιτισμού. Δηλαδή, όταν οι πρόγονοί μας ξεκίνησαν να αποτυπώνουν ζωγραφίες στους τοίχους των σπηλαίων έκαναν τη δική τους απόπειρα να αφήσουν πίσω τους το δικό τους αποτύπωμα όταν πλέον δεν θα υπήρχαν. Ο άνθρωπος ανέκαθεν πλαισίωνε το θάνατο με τελετές, αρχικά «μαγικού» χαρακτήρα και κατόπιν θρησκευτικού χαρακτήρα. Οι πρώτοι ενταφιασμοί που τοποθετούνται στη μέση παλαιολιθική εποχή (35.000 χρόνια – 100.000 χρόνια πριν), ήδη συνδέουν τις νεκρικές τελετές με μουσική, γραφικές και ζωγραφικές αναπαραστάσεις, υπογραμμίζοντας έτσι τη συμβολική τους έννοια. Και η ταφή φέρει έναν συμβολισμό. Όταν για διάφορους λόγους το τελετουργικό που τη περιβάλλει ατονεί ή απουσιάζει τότε το ψυχολογικό κόστος επιβαρύνεται. Η παράκαμψή του μπορεί να επιβραδύνει τη διεργασία του θρήνου.

Ο θρήνος και το πένθος αποτελούν κοινές και παγκόσμιες εμπειρίες, ισχυρές και δυσάρεστες.
Το πένθος περιγράφεται ως μια επώδυνη εσωτερική διεργασία αποδοχής της μη αναστρέψιμης απώλειας.
Πρόκειται για διεργασία που απαιτεί οπωσδήποτε χρόνο και ενέργεια.
Ο θάνατος προσφιλούς προσώπου επιφέρει βίαιο κλονισμό, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για απώλεια παιδιού ή συντρόφου.
Η απουσία εξωτερικευμένης αντίδρασης στον ψυχικό πόνο, που σχετίζεται με το μπλοκάρισμα των ψυχικών λειτουργιών, απειλεί σοβαρά τόσο τη ψυχική όσο και τη σωματική υγεία των πενθούντων.
Επιθυμητός στόχος είναι η απελευθέρωση της πρωταρχικής συγκινησιακής αντίδρασης η οποία συνδέεται με κάθε μεγάλη συναισθηματική αλλαγή.

### **Τα Στάδια του Φυσιολογικού-Τυπικού Πένθους.**

Το πένθος ακολουθεί μία εξελικτική πορεία η οποία περνά από στάδια και δεν είναι ούτε απλή ούτε δεδομένη.

### **Συνειδητοποίηση.**

Το πένθος είναι κάτι φυσιολογικό. Ακολουθεί μια εξελικτική πορεία η οποία περνάει από στάδια, η οποία δεν είναι απλή αλλά ούτε δεδομένη. Αρχικά έχουμε το στάδιο της συνειδητοποίησης καθώς υπάρχει μια αρχική αδυναμία σύλληψης της νέας δυσάρεστης κατάστασης. Αμφισβητείται το γεγονός καθώς οι ψυχικές λειτουργίες μπλοκάρουν. Πιθανώς να εκδηλωθούν αυθόρμητα απρόσφορες αντιδράσεις. Τελικά θα επέλθει όμως αναπόφευκτα η συνειδητοποίηση.

### **Άρνηση.**

Παρά τη συνειδητοποίηση, η νέα κατάσταση δεν έχει πλήρως αφομοιωθεί. Το άτομο βιώνει απότομα απώλεια ενέργειας, καθολική κόπωση, βασανιστικά-επιτακτικά ερωτήματα, θυμό και σύγχυση, τα οποία ταλαιπωρούν τον πένθοντα. Ο αμυντικός μηχανισμός της ακύρωσης, απορρίπτοντας την πραγματικότητα, παραμένει το μόνο ίσως μέσο αντιμετώπισης της οδύνης. Κάποια στιγμή όμως ξεσπούν τα δάκρυα και τότε ξεκινάει η διεργασία του πένθους.

### **Κατάθλιψη.**

Το πένθος συνδέεται με καταθλιπτικές εκδηλώσεις ως φυσιολογική αντίδραση στην απώλεια. Σε σωματικό επίπεδο, αυτός που πενθεί βιώνει διαταραχές στους βιολογικούς ρυθμούς (αϋπνία, υπερυπνία και ανορεξία), εξασθένηση του οργανισμού και απώλεια λειτουργικότητας – παραγωγικότητας. Σε νοητικό επίπεδο έχουμε ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, διαταραχές βραχύχρονης μνήμης και διαταραχές προσοχής. Όλα αυτά συντελούν στο να βάλλεται η αυτοεκτίμηση. Σε συναισθηματικό επίπεδο, παρατηρείται συναισθηματική αστάθεια, αισθήματα ενοχής, υπερβολική ευαισθησία, τάση για διαρκή παράπονα και έλλειψη ευχαρίστησης. Συνεπώς, περιορίζονται οι κοινωνικές επαφές και ενισχύεται η απομόνωση σε ένα διάστημα που είναι απαραίτητη η κοινωνική επαφή. Πρόκειται για μια αυτο-τιμωρία ή απλώς αδυναμία αναγνώρισης της θετικής πλευράς της ζωής.

Το κλάμα είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος εκφόρτισης των εντάσεων. Δυστυχώς όμως πολιτισμικοί και κοινωνικοί λόγοι υπαγορεύουν σε πολλούς ανθρώπους, κυρίως άντρες, να ελέγχουν τις συγκινήσεις τους, μπλοκάροντας έτσι τη διέξοδο στον πόνο τους. Ωστόσο, περισσότερο και από τα δάκρυα βοηθάει η λεκτική έκφραση των συναισθημάτων που επιτρέπει τη προσέγγιση των συγκρούσεων που έχουν προσωρινά απωθηθεί λόγω της εξιδανίκευσης του νεκρού.

## Αποδοχή.

Το στάδιο της αποδοχής επέρχεται μόλις ο πενθών αντιληφθεί ότι τα όνειρα, τα σχέδια και το κοινό μέλλον με τον εκλιπόντα έχουν παρέλθει ανεπιστρεπτή. Είναι καθοριστικό να αποδεσμεύσει κάθε γλυκιά ανάμνηση από τη προσδοκία να τη ξαναζήσει. Πλήρης αποδοχή δεν μπορεί να υπάρξει. Δυσάρεστα ή ευχάριστα γεγονότα όπως μια επέτειος ή μια γνώριμη μυρωδιά μπορεί να ανοίξουν ξανά τον δρόμο της θλίψης και της απόγνωσης. Αυτές οι ενδεχόμενες υποτροπές ίσως να πανικοβάλουν τον πενθούντα που εσφαλμένα θεωρεί ότι δεν θα κλείσει ο κύκλος του πένθους του.

Το πένθος βαριάς μορφής το οποίο μπορεί να αποτελέσει διάσταση του τυπικού αλλά είναι κάτι παροδικό. Παράγοντες που διαμορφώνουν τη βαρύτητα του πένθους είναι το αιφνίδιο του θανάτου, ένας άδικος ή βίαιος χαμός, η ηλικία του εκλιπόντος και ο ρόλος του στη ζωή των πενθούντων.

<b>Πένθος Βαριάς Μορφής</b>
Μπορεί να αποτελέσει διάσταση του τυπικού πένθους και είναι <b>παροδικό</b> .
Παράγοντες που διαμορφώνουν τη βαρύτητα του πένθους: -το αιφνίδιο του θανάτου -ένας άδικος ή βίαιος χαμός -η ηλικία του εκλιπόντος -ο ρόλος του στη ζωή των πενθούντων

Το πένθος δεν ακολουθεί πάντα μια τυπική διαδικασία. Μπορεί να έχει επιπλοκές και τότε μιλάμε για παθολογικό–επεπλεγμένο πένθος. Το παθολογικό πένθος χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που ξεπερνούν κατά πολύ το ζήτημα της καλής προσαρμογής σε μια νέα κατάσταση. Πρόκειται για την αδυναμία του πενθούντα να επανακτήσει τη ψυχική του ισορροπία και να αντεπεξέλθει όπως και πρώτα στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Δεν ακολουθεί όπως το τυπικό πένθος μια καθορισμένη πορεία. Σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο (4<sup>η</sup> αναθεώρηση), παθολογικό θεωρείται ένα παρατεταμένο πένθος με τα παρακάτω γνωρίσματα: υποχονδρία, απάθεια,



επίμονη αϋπνία, παθολογικό άγχος, ενοχή, τάσεις αυτοκτονίας, δυσθυμία, μοναξιά, ψυχοκινητική αναστολή, εχθρότητα, απομόνωση και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αν όλα αυτά βιώνονται για περισσότερο από δύο μήνες χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση. Τα παραπάνω βιώνονται από τον πενθούντα στη ανώτερη δυνατή ένταση. Το άτομο είναι «μαγκωμένο» και «σφιγμένο» γιατί φοβάται το συγκινησιακό ξέσπασμα προκειμένου να μην καταρρεύσει. Αυτό μπλοκάρει την επικοινωνία και επομένως δυσχεραίνει την παροχή ουσιαστικής βοήθειας προς αυτό.

Σε μια άλλη έρευνα βρέθηκαν κάποια άλλα χαρακτηριστικά του πένθους που αν παραταθούν πάνω από έξι μήνες αποτελούν την προϋπόθεση για να εμφανιστούν μετά διαταραχές, στο άτομο που πενθεί, στο σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό πεδίο. Όπως η άρνηση αποδοχής του θανάτου, η έντονη αναζήτηση του εκλιπόντα, η διακαής λαχτάρα για το χαμένο πρόσωπο, η έμμονη προσήλωση σε ότι αναφορά τον νεκρό, η ανικανότητα συνειδητοποίησης της απώλειας και ένα αίσθημα διαρκούς έκπληξης μπροστά στο μοιραίο. Επίσης, το ακατάσχετο κλάμα.

**Χρονικές Διακυμάνσεις**

Ανάλογα με τις χρονικές διακυμάνσεις των διαδικασιών του, το παθολογικό πένθος χαρακτηρίζεται:

**Αναβλητικό**

Η αρχική απάρνηση του θανάτου δεν υποχωρεί με το πέρασμα του χρόνου. Το άτομο συνεχίζει να ζει όπως και πριν την απώλεια, σχεδόν ψευδαισθητικά.

**Ανεσταλμένο**

Τα αναμενόμενα φυσιολογικά συμπτώματα του πένθους απουσιάζουν. Εξωτερικά φαίνεται απουσία συναισθημάτων και 'ανοσία' στον ψυχικό πόνο. Σωματικά συμπτώματα αναδύονται από καταπιεσμένα συναισθήματα και εξαιτίας ταύτισης με τον νεκρό. Είναι η συνηθέστερη μορφή παθολογικού πένθους στα παιδιά και σε ενήλικες με περιορισμένη δυνατότητα λεκτικής έκφρασης.

**Χρόνιο**

Η θλίψη συνεχίζεται ακατάπαυστα, τα δάκρυα είναι αστείρευτα, το πένθος παρατεταμένο. Συμβαίνει όταν η αμφιθυμία και η σχέση εξάρτησης με τον νεκρό δεν έχουν ξεπεραστεί. Μπορεί να πάρει τη μορφή της αναζήτησης των αιτιών θανάτου, αποκάλυψης των υπευθύνων, απόσυρσης στις αναμνήσεις, αυστηρής προσήλωσης στην λατρεία του νεκρού. Μπορεί να θεωρηθεί ασυνείδητη αυτοτιμωρία του πενθούντα για τα ανομολόγητα αρνητικά συναισθήματα προς τον εξιδανικευμένο νεκρό.

Το πένθος είναι κάτι το οποίο οφείλουμε να θεραπεύσουμε; Ήδη από το 1892 ο Φρόυντ είπε ότι το πένθος δεν είναι ασθένεια αλλά φυσιολογική διεργασία. Μπορεί να μοιάζει με την παθολογική κατάθλιψη αλλά διαχωρίζεται από αυτή διότι πρόκειται για κατάσταση αντιδραστική. Ο δρόμος του πένθους μπορεί να είναι δύσβατος όμως και απαραίτητος για την ψυχοκοινωνική ωρίμανση του ανθρώπου. Η αρμοδιότητα του ειδικού ψυχικής υγείας δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αντικαταστήσει τη λειτουργία των οικογενειακών – κοινωνικών δεσμών και την κατευναστική τους δύναμη στο πένθος.

## **Η ψυχοκοινωνική μέριμνα του στρατού ξηράς και η παρέμβασή της στο πένθος.**

Οι λειτουργοί ψυχικής υγείας της ψυχιατρικής κλινικής του 424 ΓΣΝΕ καλούνται τα τελευταία χρόνια να βρεθούν κοντά σε οικογένειες μόνιμων στρατιωτικών και κληρωτών οπλιτών που απεβίωσαν είτε κατά την εκτέλεση εντεταλμένης υπηρεσίας ή σε ατύχημα εκτός υπηρεσίας, είτε εξαιτίας αιφνίδιου θανάτου από παθολογικά αίτια ή εξαιτίας χρόνιου νοσήματος. Οι παραπάνω ειδικοί καλούνται να προσεγγίσουν άμεσα μετά το συμβάν τους συγγενείς του εκλιπόντος προκειμένου να προσφέρουν υποστήριξη. Συνεπώς, αυτό έχει ως αποτέλεσμα η προσέγγιση να συμβεί στο νεκροτομείο καθώς οι συγγενείς αναμένουν την άφιξη της σωρού για αναγνώριση, στην οικία του νεκρού πριν ακόμα υποδεχθούν τη σωρό του, ή ταυτόχρονα με την άφιξη του φέρετρου. Υπήρξαν περιπτώσεις που οι συγγενείς για τους οποίους ζητήθηκε υποστήριξη δεν είχαν καν πληροφορηθεί επίσημα την απώλειά τους. Σε κάθε περίπτωση συναισθήματα αμηχανίας και ματαίωσης αποτέλεσαν κοινό βίωμα για τους εμπλεκόμενους. Η χρονική στιγμή που ζητείται ψυχολογική παρέμβαση είναι επιστημονικά ακατάλληλη γιατί το χρονικό διάστημα πριν και μετά τη ταφή δεν προσφέρεται για ψυχολογικές παρεμβάσεις. Οι οικείοι βιώνουν ψυχική σύγχυση και δεν έχουν ακόμα συνειδητοποιήσει την απώλεια όπως είδαμε αναλυτικά στα στάδια που βιώνει ο πενθώντας. Κάθε προσέγγιση με στόχο την τροποποίηση των συναισθημάτων τους στο στάδιο είναι μάταιη, άγονη ίσως και επιζήμια. Οι ίδιοι οι συγγενείς έχουν εκφράσει άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο ευγενικά ότι δεν χρειάζονται ούτε και επιθυμούν την προσέγγιση ενός ειδικού. Η παρουσία του ειδικού τις βαριές εκείνες ώρες αντιμετωπίζεται από αδιάφορη έως και ενοχλητική. Όσες φορές στράφηκαν οι ειδικοί στον παριστάμενο να απευθύνουν κάποια ερωτήματα ήταν ιατρικής φύσεως, και στο ερώτημα «πώς μπορούμε να σας φανούμε χρήσιμοι» η απάντηση είναι πάντοτε «να μου τον φέρεται πίσω, τίποτα άλλο»!

Τα παραπάνω είναι ιδιαίτερα ματαιωτικά για τους λειτουργούς που καλούνται να παρέμβουν σε μια στιγμή κατά την οποία δεν μπορούν να είναι χρήσιμοι. Οι επιστημονική τους παρουσία είναι ανώφελη και άκαιρη εκείνη τη στιγμή. Αντίθετα επιφέρει τη δική τους ψυχική και επαγγελματική εξουθένωση (burnout).

## Συμπεράσματα.

Το πένθος κατά κοινή επιστημονική ομολογία αποτελεί φυσιολογική διεργασία που μπορεί και πρέπει να εξελίσσεται ανεμπόδιστα και όχι κάτω από την επίβλεψη ειδικών. Η παρέμβαση του ειδικού ψυχικής υγείας έχει νόημα σε περίπτωση επιλεγμένου πένθους. Η τροπή ωστόσο που μπορεί να λάβει το πένθος γίνεται φανερή τουλάχιστον δυο μήνες μετά το μοιραίο. Όσο βαθύς και να είναι ο αρχικός θρήνος, είναι σκόπιμο να εξελιχθεί ανεμπόδιστα πέρα από παρεμβάσεις των ειδικών. Θάνατοι συμβαίνουν καθημερινά και αναπόφευκτα θα συνεχίσουν να συμβαίνουν. Η εμπλοκή ειδικών σε φυσιολογικές διεργασίες πένθους και θρήνου συντελεί στην ταχύτερη επαγγελματική τους εξουθένωση και στην κατασπατάληση των ψυχικών αποθεμάτων τους που μπορούν να αξιοποιηθούν δημιουργικά στους λοιπούς τομείς του επιστημονικού τους έργου.

Η καλύτερη δυνατή συμβουλή στην απώλεια μπορεί να είναι η ενημέρωση των οικείων για τη δυνατότητα να συμβουλευθούν ειδικό ψυχικής υγείας του στρατού μόλις εκείνοι νιώσουν την ανάγκη. Η ενημέρωση μπορεί να γίνεται από τον εκάστοτε διοικητικά υπεύθυνο του εκλιπόντος, στη διάθεση του οποίου θα βρίσκονται τα στοιχεία επαφής με τους διαθέσιμους ειδικούς. Θα ήταν σκόπιμο να διασφαλιστεί η δυνατότητα στις οικογένειες των θανόντων οπλιτών να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας του στρατού. Αξίζει να αναφερθεί ότι η ψυχιατρική κλινική του 424 ΓΣΝΕ έχει προσφέρει ως τώρα ανάλογες υπηρεσίες όταν αυτές ζητήθηκαν. Αρκετοί συγγενείς που κατά τη διάρκεια του πένθους τους επεδίωξαν οι ίδιοι επικοινωνία με την ψυχιατρική κλινική ζήτησαν συμβουλές προς όφελος παιδιών και εφήβων. Η στελέχωση με προσωπικό εξειδικευμένο στη ψυχική υγεία παιδιών – εφήβων μπορεί να αναβαθμίσει την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής μέριμνας του στρατού ξηράς.

**ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ  
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ ΞΗΡΑΣ.**

Ανθλγος (ΥΓ) ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΜΠΟΥΓΙΑ, Ψυχολόγος.

Το Νοέμβριο του 2004 ανακοινώθηκε η δημιουργία τμήματος ψυχολόγων στη Σ.Σ.Α.Σ.. Μέσα από τη διαδικασία των πανελλαδικών εξετάσεων εισήχθησαν το Σεπτέμβριο του 2005 δώδεκα μαθητές με προοπτική να φοιτήσουν στο τμήμα Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.). Τον Οκτώβριο του 2009 αποφοίτησαν οι πρώτοι οκτώ αξιωματικοί ψυχολόγοι, οι οποίοι κατανεμήθηκαν στους τρεις κλάδους των Ενόπλων Δυνάμεων (Ε.Δ.) ως εξής: τρεις στο Στρατό Ξηράς (Σ.Ξ.), τέσσερις στην Πολεμική Αεροπορία (Π.Α.) και ένας στο Πολεμικό Ναυτικό (Π.Ν.).

Ήδη από την είσοδό μας στη Σχολή εισπράξαμε το ενδιαφέρον και την αποδοχή της Διοίκησης και των λοιπών τμημάτων. Κατά τη διάρκεια της φοίτησής μας διατυπώθηκαν διάφορες σκέψεις και προτάσεις ως προς το ρόλο και το μέλλον των αξιωματικών ψυχολόγων στις Ε.Δ.. Ωστόσο, παρά το γενικότερο θετικό κλίμα, παρέμεναν αναπάντητα κάποια ερωτήματα σχετιζόμενα τόσο με την πανεπιστημιακή και στρατιωτική μας κατάρτιση, όσο και με τη μετέπειτα επαγγελματική μας πορεία. Το τοπίο άρχισε να ξεκαθαρίζει –τουλάχιστον για εμάς, τους ανθυπολοχαγούς ψυχολόγους του Σ.Ξ.– με την υπαγωγή μας στη Σχολή Εφαρμογής Υγειονομικού (Σ.Ε.Υ.) για διάστημα εννέα μηνών από την ορκωμοσία μας. Πιο αναλυτικά, το πρόγραμμά μας περιλαμβάνει εκπαίδευση στη Διασυνδεδετική Ψυχιατρική του 401 Γενικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου Αθηνών (Γ.Σ.Ν.Α.) και στο 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων (Σ.Ν.Ε.Ν.) στην Πεντέλη, καθώς επίσης και παρακολούθηση στρατιωτικών Σχολείων. Στην περίοδο που διανύουμε, υπό την εποπτεία των Διευθυντών και των μόνιμων υπαλλήλων ψυχολόγων των κλινικών, ερχόμαστε σε επαφή με τους νοσηλευόμενους ασθενείς που παραπέμπονται, και τις οικογένειές τους. Ο ρόλος μας έγκειται στην υποδοχή-συντονισμό των παραπομπών, στην αρχική εκτίμηση του περιστατικού και τη λήψη ιστορικού, στην τήρηση αρχείων του τμήματος, στην καθημερινή παρακολούθηση του ασθενή και στην παροχή συμβουλευτικής στους οικείους του. Παράλληλα, έχουμε τη δυνατότητα να παρευρισκόμαστε σε επισκέψεις

νοσηλευομένων που χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης, ενώ περιοδικά παρακολουθούμε τον τρόπο λειτουργίας της Επιτροπής Απαλλαγών, όπου συναντούμε μια ποικιλία κλινικών περιστατικών.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν τη μέχρι σήμερα εμπειρία μας ως εκκολαπτόμενων αξιωματικών ψυχολόγων. Σύντομα θα κληθούμε να ανταποκριθούμε σε νέα, πολύπλευρα καθήκοντα, με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων ψυχολογικών υπηρεσιών στο σύγχρονο στρατιωτικό νοσοκομείο. Το γενικό πλαίσιο στο οποίο θα εργαστούμε είναι η Ψυχοκοινωνική Μέριμνα. Πρόκειται για ένα θεσμό στον οποίο υπάγονται ψυχίατροι, νοσηλευτές, μόνιμοι υπάλληλοι ψυχολόγοι, οπλίτες ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί. Στον τομέα αυτό δραστηριοποιούνται οι Διασυνδετικές κλινικές στα μεγάλα στρατιωτικά νοσοκομεία και οι Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας (Ο.Ψ.Μ.). Οι τελευταίες διενεργούν περιοδείες στις κατά τόπους μονάδες και λαμβάνουν συνεντεύξεις, αποσκοπώντας στην εύρυθμη λειτουργία τους και στην ψυχική υγεία του ανθρώπινου δυναμικού τους. Ένα επίσης σημαντικό έργο λαμβάνει χώρα στα Κέντρα Εκπαίδευσης Νεοσυλλέκτων (Κ.Ε.Ν.). Εκεί οι ειδικοί, τόσο με τη μέθοδο της παρατήρησης όσο και των ατομικών συνεδριών, επιβλέπουν την ομαλή προσαρμογή των νέων οπλιτών στο στράτευμα.

Δική μας συνεισφορά στο χώρο της ΨΚΜ μπορεί καταρχήν να αποτελέσει η παροχή υπηρεσιών εκτός από τους οπλίτες και στο μόνιμο στρατιωτικό προσωπικό. Με αυτόν τον τρόπο θα δοθεί η ευκαιρία σε όλα τα στελέχη να προσεγγίζουν εθελοντικά τους ειδικούς και να συζητούν μαζί τους πιθανά προσωπικά ή οικογενειακά θέματα. Η συμβουλευτική διαδικασία μπορεί να συντελέσει στον περιορισμό του στρες και την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) του προσωπικού, με αποτέλεσμα τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του. Επιπρόσθετα, θα μπορούσε να τεθεί σε εφαρμογή μια υπό συζήτηση ακόμα πρόταση, η ψυχολογική υποστήριξη σε οικογένειες στελεχών των Ε.Δ.. Το ζήτημα αφορά κάθε στρατιωτικό και αναμφισβήτητα συμβάλλει θετικά στην ομαλή λειτουργία και ανάπτυξη της οικογένειάς του. Ειδικότερα, αναγνωρίζεται ότι τα στελέχη των Ε.Δ. υφίστανται συχνά σωματική και ψυχική καταπόνηση στα πλαίσια της εργασίας τους, η οποία απολύτως φυσιολογικά μεταφέρεται στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Μια διαρκής συνεργασία όλων των μελών της οικογένειας με τους ειδικούς ψυχικής υγείας αδιαμφισβήτητα μπορεί να αποφορτίσει την ένταση που δημιουργείται. Και βέβαια, θα ήταν

παράλειψη να μην αναφέρουμε το ιδιάζον πλην αναπόσπαστο τμήμα της ζωής μιας οικογένειας στρατιωτικού, αυτό των μεταθέσεων. Κάθε μετάθεση συνεπάγεται μια περίοδο ανακατατάξεων και αναπροσαρμογών για κάθε μέλος της οικογένειας. Γονείς και παιδιά βιώνουν την αλλαγή ομαλότερα και πιο λειτουργικά όταν υποστηρίζονται από τους ειδικούς.

Εξίσου σημαντικός τομέας στον οποίο θα κληθούμε να συνεισφέρουμε είναι η επιλογή προσωπικού. Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε σε μια διαδικασία όπου από ένα σύνολο υποψηφίων, μετά από αξιολόγηση, επιλέγονται οι καταλληλότεροι για τις προσφερόμενες θέσεις. Η εν λόγω διαδικασία πραγματοποιείται μέσα από μια σειρά ψυχολογικών δοκιμασιών και δοκιμασιών που αφορούν στρατιωτικά προσόντα. Οι λόγοι για τους οποίους η επιλογή προσωπικού θεωρείται ζωτικής σημασίας είναι ποικίλοι. Συγκεκριμένα, με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται το αξιόμαχο του προσωπικού, καθώς επιλέγονται άτομα ικανά να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του επαγγέλματος του στρατιωτικού. Σε ό,τι αφορά στην αποτελεσματικότητα του στρατού ως οργανισμού, αυτή βελτιώνεται καθώς αυξάνεται η παραγωγικότητα των στελεχών, εξαλείφονται οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και μειώνονται τα λειτουργικά έξοδα.

Ένα συνδεδεμένο στοιχείο των δύο παραπάνω τομέων είναι η έννοια της πρόληψης. Είναι ευρέως γνωστό ότι η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη μορφή θεραπείας, που αποσκοπεί στην ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή επιδείνωσης μιας παθολογικής κατάστασης, συμπτώματος ή κοινωνικής δυσλειτουργίας. Σε ό,τι αφορά στο στρατό, η πρόληψη άπτεται κυρίως δύο περιοχών: των ψυχοδραστικών ουσιών και των αυτοκτονιών. Έχουν ήδη γίνει σημαντικά βήματα για την αποτροπή ή τον περιορισμό τέτοιων αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Παρόλα αυτά υπάρχουν δυνατότητες περαιτέρω εξέλιξης και μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας μέσω του συντονισμού και της οργάνωσης που μπορούμε να αναλάβουμε τόσο σε πρωτογενές όσο και σε δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο.

<b>Προοπτικές αξιοποίησης αξιωματικών ψυχολόγων</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συντονισμός Ομάδων Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας (ΟΨΜ)</li> </ul>

- Ψυχολογική υποστήριξη σε στελέχη και τις οικογένειές τους
- Επιλογή προσωπικού
- Πρόληψη ναρκωτικών- αυτοκτονιών

Σε αυτό το σημείο, έχοντας αναπτύξει ενδεικτικά τομείς στους οποίους αναμένεται να προσφέρουμε σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ΨΚΜ, θα θέλαμε να καταστήσουμε σαφή κάποια στοιχεία που καθιστούν επιτακτική την ένταξή μας στο στράτευμα. Κατά πρώτον, το γεγονός ότι προερχόμαστε από μια παραγωγική σχολή με προοπτική μόνιμης παραμονής στην υπηρεσία, μας παρέχει τη δυνατότητα να υλοποιήσουμε ένα συγκροτημένο, συνεχές και μακροπρόθεσμο έργο. Επιπλέον, η ιδιότητα του αξιωματικού δημιουργεί ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, απαραίτητη προϋπόθεση για μια πιο άμεση και στενή συνεργασία με τα στελέχη των σχηματισμών. Άλλωστε, ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός των αξιωματικών ψυχολόγων θα επιτρέψει την ευρεία κάλυψη των εκάστοτε αναγκών σε ένα πολυδιάστατο επίπεδο. Προκειμένου ωστόσο να διασφαλιστεί η συνέχιση του ψυχοκοινωνικού έργου που ήδη επιτελείται, και κυρίως για να μεγιστοποιηθούν τα οφέλη που προσφέρει, θεωρούμε αναγκαία τη συνεχή εκπαίδευση και εξειδίκευσή μας σε τομείς της ψυχολογίας όπως η κλινική, η συμβουλευτική, η οργανωτική, η συστημική και η ψυχολογία της υγείας. Σαν αποτέλεσμα, εκτός από τις απαραίτητες γνώσεις θα αποκτήσουμε και αναμφισβήτητης αξίας εμπειρία, ώστε να καταστήσουμε άρτιοι επιστήμονες.

<b>Επισημάνσεις</b>	
Μόνιμη παραμονή στο στράτευμα:	▶ <i>συνεχές και μακροπρόθεσμο έργο</i>
Ιδιότητα αξιωματικού:	▶ <i>κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης</i>
Συνεχής ανάπτυξη του κλάδου:	▶ <i>ευρεία κάλυψη αναγκών</i>

Συνοψίζοντας επισημαίνεται πως οι ποικίλες και πολύπλευρες ανάγκες που προκύπτουν στο ελληνικό στράτευμα καθιστούν το ρόλο των νέων αξιωματικών ψυχολόγων μείζονος σημασίας. Οι τομείς της πρόληψης, της επιλογής προσωπικού, καθώς και της παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών σε



στρατιώτες, μόνιμο προσωπικό και τις οικογένειές τους, αποτελούν πεδία ουσιαστικής προσφοράς για την εύρυθμη λειτουργία του στρατού. Προς την επίτευξη του παραπάνω σκοπού ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη δημιουργία και διατήρηση διαύλων επικοινωνίας με τη Διοίκηση. Μέσα από το διάλογο και τη διαρκή ανταλλαγή απόψεων θα αναβαθμιστούν ουσιαστικά οι παρεχόμενες στο στράτευμα ψυχολογικές υπηρεσίες, κάτι που γίνεται κατανοητό ειδικά αν λάβουμε υπόψη ότι οι αξιωματικοί ψυχολόγοι αποτελούμε έναν καινούριο, υπό διαμόρφωση, και ταυτόχρονα πολλά υποσχόμενο κλάδο των Ε.Δ..

Ευχαριστώ.

**Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ  
ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ.**

ROBERT MELLON, Αν. Καθηγητής Ψυχολογίας, Πάντειο πανεπιστήμιο.

Καλησπέρα σας και πάλι ευχαριστώ πάρα πολύ την οργανωτική επιτροπή για την τιμή να είμαι ανάμεσα σας.

Το θέμα μας είναι του θεσμού του ψυχολόγου στο πλαίσιο του στρατού και πιστεύω πως η σημασία του ήδη φαίνεται από τις ομιλίες αυτών που έχουν μιλήσει ως τώρα. Όντας κλινικός ψυχολόγος θα ήθελα απλώς να αναπτύξω εν συντομία μια προσέγγιση για την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας και μια περιγραφή των ειδικών συνθηκών που υπάρχουν στο στρατό για να τονίσω τον ρόλο του ψυχολόγου στο στρατό.

Ποια σχέση μπορεί να 'χω εγώ με το στρατό; Μπορεί να μην φαίνεται πως έχω και όντως, η επαφή μου είναι περιορισμένη. Για τέσσερα χρόνια δούλεα για ένα αμερικάνικο πανεπιστήμιο, είχα μια δουλειά στην οποία έκανα μαθήματα ψυχολογίας και ακόμη γύριζα σε πολλές χώρες της Ασίας, της Μέσης Ανατολής και της Ευρώπης διδάσκοντας ψυχολογία. Επίσης, έτυχε να διδάξω εδώ στην Ελλάδα. Άρχισα να διδάσκω στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης. Απέκτησα την ειδικότητα και στη συνέχεια άρχισα την υπηρεσία μου στο στρατό. Αυτή ήταν μια πραγματικά ωφέλιμη εμπειρία και με βάση αυτή την εμπειρία θα σας πω μερικά πράγματα για το περιβάλλον του στρατού και το έργο του ψυχολόγου στο στρατό.

Η δική μας επιστήμη είναι η επιστήμη της ανάλυσης της μακροπρόθεσμης σχέσης συμπεριφοράς-περιβάλλοντος. Αρκετοί συνάδελφοι έχουν δει πως πολλά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νεοσύλλεκτοι έχουν σχέση με προβλήματα που αντιμετώπιζαν στη ζωή τους και αυτό μας δίνει τη δυνατότητα να προβλέψουμε τα προβλήματα συμπεριφοράς, να προλάβουμε την ανάπτυξη τους και να τα αντιμετωπίσουμε καλύτερα.

Τώρα βλέπουμε πως σε όλα τα φαινόμενα ψυχοπαθολογίας το θέμα είναι η συχνότητα εμφάνισης αυτών των συμπεριφορών. Οι φοιτητές μου για παράδειγμα, όταν διαβάζουν για το άγχος λένε λόγου-χάρη ότι έχουν και αυτοί άγχος, ή όταν διαβάζουν για την κατάθλιψη λένε ότι και αυτοί έχουν κάποια συμπτώματα κατάθλιψης. Και καλά κάνουν που το πιστεύουν γιατί όλα αυτά τα στοιχεία εκδηλώνονται λίγο-πολύ στη ζωή όλων μας. Το θέμα είναι αν η συχνότητα αυτών των φαινομένων τους εμποδίζει να προσφέρουν στην κοινωνία και να απολαμβάνουν τις χαρές του φυσικού κόσμου, διότι όταν υπάρχει αυτή η αλληλεπίδραση θα πρέπει να επεμβαίνουμε και να την

προλαβαίνουμε. Το ζήτημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο στρατό όπου μπορεί να υπάρχει μεγαλύτερη δυσκολία σε σχέση με την κοινωνία.

Θα σας πω για την εμπειρία του στρατού σχετικά με την τιμωρία. Ακούγοντας τη λέξη τιμωρία δημιουργείται μια αρνητική εντύπωση. Η δική μας επιστήμη επικεντρώνεται στη συμπεριφορά των ανθρώπων μεταξύ τους, πως σκεφτόμαστε μακροπρόθεσμα και στις σχέσεις μεταξύ όλων. Όσον αφορά τη ψυχοπαθολογία, αυτή μας φοβίζει ακόμη και ως λέξη. Το θέμα είναι ότι όταν είμαστε μακριά από τους δικούς μας δεν νιώθουμε καλά, συμβάλλουν και οι συχνές μεταθέσεις που δημιουργούν άγχος-φόβο και όλα αυτά εντείνουν κάποιες συμπεριφορές.

Θα μιλήσω για το άγχος. Υπάρχουν μερικοί άνθρωποι που δεν νιώθουν άγχος, δεν ντρέπονται να μιλάνε μπροστά σε άλλους, και κάνουν οτιδήποτε. Αυτοί είναι ουδέτεροι μηχανισμοί. Η σχέση άγχους-φόβου-ντροπής έχουν να κάνουν και με το περιβάλλον. Ένα παράδειγμα από την προσωπική μου εμπειρία ως στρατευμένος: αυτό το όπλο που βλέπετε στην οθόνη δεν μου προκάλεσε αρχικά άγχος. Όταν υπηρετούσα στην Κρήτη, είχα και τη δουλειά μου συγχρόνως, και γυρίζοντας από τη βολή δεν πρόλαβα να λύσω και να καθαρίσω το όπλο μου. Όταν έγινε επιθεώρηση και μου έβαλαν τις φωνές, γιατί δεν ήταν το όπλο μου καθαρό, ένιωσα ντροπή, φόβο για τιμωρία και πολύ άγχος. Έτσι κάθε φορά που ήταν να παρουσιαστώ με το όπλο πάντα φοβόμουν μήπως δεν είναι γυαλισμένο και ένιωθα ακόμα άγχος και ντροπή. Φοβόμουν την τιμωρία αν δεν έκανα σωστά τη δουλειά μου. Πως λειτουργεί λοιπόν αυτό το πράγμα; Αυτά είναι κάποια ερεθίσματα. Αφού επέλθει η τιμωρία λύνοντας και καθαρίζοντας το όπλο εκτονώνεις το φόβο σου χωρίς να απειλείσαι και χρησιμοποιώντας την αδρεναλίνη σου σε αυτό η συμπεριφορά ομαλοποιείται.

Μπορώ λοιπόν να κάνω επίθεση σε αυτή την συμπεριφορά που με έφερε σε αυτή τη δύσκολη θέση (συσχέτιση άγχος - φόβος - τιμωρία), μπορώ δηλαδή να κάνω αντεπίθεση αφού κάνω σωστά τη δουλειά μου. Έτσι, λύνοντας και καθαρίζοντας το όπλο μου τερματίζω τα ερεθίσματα συμπεριφοράς από την τιμωρημένη συμπεριφορά. Αξιοποιώ την αδρεναλίνη μου στο να κάνω τη συμπεριφορά καλύτερη και σταματάει το άγχος, ο φόβος. Την αδρεναλίνη που είναι μέσα στο δικό μου το σώμα από την δική μου συμπεριφορά. Τερματίζω

την επαφή μου με το φόβο και κάνω αντεπίθεση σε αυτή την τιμωρία, σε αυτή την ανεπιθύμητη συμπεριφορά που επέσυρε την τιμωρία.

Ακόμη και στον άνθρωπο που η συμπεριφορά του συμμορφώνεται με την τιμωρία υπάρχει άγχος-φόβος. Ο ψυχολόγος προλαβαίνει-επεμβαίνει σε αυτά τα προβλήματα και βοηθά να ξεπεραστούν όσο γίνεται. Στην επιστημονική ψυχολογία τα συχνά εμφανιζόμενα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως π.χ. το έντονο άγχος και η χρονικά εκτεταμένη κατάθλιψη, θεωρούνται ότι αποτελούν μη επιθυμητές προσαρμογές της συμπεριφοράς σε απώλειες καθώς και σε άλλα επώδυνα και αποτρεπτικά γεγονότα. Δεν είναι παράλογες, είναι φυσιολογικές.

Στις λεγόμενες ψυχολογικές διαταραχές οι προβληματικές συμπεριφορές του ατόμου του εξασφαλίζουν κάποια απόσταση από αυτά τα αποτρεπτικά γεγονότα, με τρόπο όμως που το στερούν ταυτόχρονα από σημαντικές πηγές ευχαρίστησης και αποτελεσματικότητας. Ο σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι η ρύθμιση των συνθηκών για τη δημιουργία μιας πιο ωφέλιμης προσαρμογής στα δυσάρεστα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του κάθε ανθρώπου και στη ζωή όλων μας. Αναπόφευκτα όμως, στη στρατιωτική ζωή εμπεριέχονται περισσότερες απώλειες, απειλές και επώδυνα γεγονότα από ότι σε άλλα επαγγέλματα. Το άτομο δηλαδή εκτίθεται περισσότερο από το κανονικό στις συνθήκες που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την ανάπτυξη καθώς και για την διατήρηση του άγχους και της κατάθλιψης. Γι' αυτό το λόγο, η ύπαρξη ανθρώπων ειδικευμένων στη ρύθμιση των συνθηκών που μειώνουν τις προβληματικές επιδράσεις των δυσάρεστων γεγονότων για την πρόληψη των ψυχολογικών διαταραχών αλλά και για την αποτελεσματική αντιμετώπιση τους όταν οι συμπεριφορές αυτές προκύπτουν, είναι απαραίτητη για την ομαλή λειτουργία του Στρατού.