

Φρέρης Γ.

Παιδοψυχίατρος, M.D., M.Sc., υπ. D.E.S.S. Γεν. Νοσ. Μυτιλήνης,
Κέντρο Ημέρας Κρωπίας Αττικής

Παπάνης Γ.

Επίκουρος Καθηγητής Κοινωνιολογίας Παν/μίου Αιγαίου,
Αντιπρόεδρος ΙΚΠΑ 'Η Θεομήτωρ'.

Γιαβρίμης Π.

Δρ Σχολικός Σύμβουλος Εκπ/κής Περιφέρειας Β. Αιγαίου.

Το κοινωνικό κεφάλαιο και η συστημική προσέγγιση
ως παράμετροι σχεδιασμού πολιτικών Ψυχικής Υγείας
για το παιδί και τον έφηβο:
Η περίπτωση της Ανατολικής Αττικής

«Ο πληθυσμός των αλεπούδων μιας συγκεκριμένης περιοχής του βόρειου Καναδά παρουσιάζει μια αξιοπρόσεκτη περιοδικότητα ως προς την αύξηση και τη μείωση του αριθμού του. Σ' έναν κύκλο τεσσάρων ετών φθάνει σε μια μέγιστη τιμή, στη συνέχεια ελαττώνεται σχεδόν έως την εξαφάνιση και έπειτα αρχίζει να αυξάνεται πάλι. Αν η προσοχή του βιολόγου περιοριζόταν στις αλεπούδες, αυτοί οι κύκλοι θα παρέμειναν ανεξήγητοι, διότι δεν υπάρχει τίποτα στη φύση της αλεπούς ή ολόκληρου του είδους που να ερμηνεύει αυτές τις μεταβολές.

Εντούτοις, από τη στιγμή που γίνεται αντιληπτό ότι οι αλεπούδες θηρεύουν σχεδόν αποκλειστικά αγριοκούνελα και ότι αυτά τα κουνέλια δεν έχουν σχεδόν κανέναν άλλο φυσικό εχθρό, αυτή η συνάφεια των δύο ειδών παρέχει μια ικανοποιητική εξήγηση για ένα, κατά τα άλλα, μυστηριώδες φαινόμενο. Τα κουνέλια παρουσιάζουν έναν πανομοιότυπο κύκλο βιωσιμότητας με τις αλεπούδες, αλλά με την αύξηση και τη μείωση των τιμών τους ανεστραμμένες. Δηλαδή όσο περισσότερες αλεπούδες υπάρχουν, τόσο περισσότερα κουνέλια σκοτώνονται από αυτές, έτσι ώστε η τροφή γίνεται πολύ σπάνια για τις αλεπούδες. Αυτό έχει ως συνέπεια ο αριθμός τους να μειώνεται, δίνοντας στα κουνέλια που επέζησαν την ευκαιρία να αναπαραχθούν και να πληθαίνουν ξανά κατά την ουσιαστική απουσία των εχθρών τους, των αλεπούδων. Η νέα αφθονία κουνελιών ευνοεί την επιβίωση και την αύξηση των αλεπούδων κ.ο.κ.» (Watzlavick, 1967).

Αυτό το φαινόμενο παραμένει ανεξήγητο εφόσον το φάσμα της παρατήρησης δεν είναι αρκετά ευρύ ώστε να περιλαμβάνει το γενικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται αυτό το φαινόμενο. Η αποτυχία του παρατηρητή να αντιληφθεί τις περιπλοκές των σχέσεων ανάμεσα σ' ένα συμβάν και στη μήτρα μέσα στην οποία λαμβάνει χώρα, ανάμεσα σ' έναν οργανισμό και το περιβάλλον του, τον φέρνει αντιμέτωπο με κάτι «μυστηριώδες».

Η ψυχική υγεία, ειδικά εκείνη για το παιδί και τον έφηβο, οι πολιτικές υγείας γενικότερα, παράλληλα με την κρίση που διαπερνά πλέον παγκοσμίως τα συστήματα περίθαλψης, η τοπική κοινωνία της Α. Αττικής και η ολιστική θεώρηση της υγείας και της αρρώστιας, δεν αποτελούν πλέον ανεξάρτητες παραμέτρους διερεύνησης, αλλά αλληλοεπηρεάζονται και απαιτούν μια συνολική προσέγγιση.

Μια συστημική προσέγγιση

Η αποσαφήνιση της έννοιας του συστήματος μας οδηγεί στο να διατυπώσουμε ότι ένα σύστημα προσδιορίζεται ως ένα σύνολο: α) *από μέλη*, όπως μπορεί να αποτελούν οι δήμοι π.χ. της Α. Αττικής β) *ιδιοτήτων των μελών*, όπως ποιες πολιτικές προσέγγισης είναι οι δημοτικές αρχές; ποιες προτεραιότητες δίνουν στις πολιτικές τους; (π.χ. στους δρόμους, τα σκουπίδια, τους υπερτοπικούς άξονες, τα πολεοδομικά, κ.ο.κ.) γ) *σχέσεων ανάμεσα στα μέλη*, που μπορεί να είναι συμμαχικές ή εχθρικές, όταν π.χ. συμφωνούν ή διαφωνούν για την δημιουργία ενός Γενικού Νοσοκομείου στην Α. Αττική διεκδικώντας το στον Δήμο τους και δ) *από «αναδιδόμενες» ιδιότητες* που προκύπτουν από την αλληλοεπίδραση τόσο μεταξύ τους, όσο και με το περιβάλλον των α.β.γ. (άλλες υπηρεσίες, άλλα εμπλεκόμενα συναφή υπουργεία κτλ.). Οι αναδιδόμενες ιδιότητες, λοιπόν, είναι ιδιότητες, που προκύπτουν από τα μέλη τους συστήματος, τις ιδιότητές του και τις σχέσεις, ενώ «σύστημα» δεν είναι απλώς το άθροισμα των μερών του.

Συστήματα υγείας

Αν και έχει καθιερωθεί το σύστημα υγείας να ταυτίζεται με το *σύστημα ιατρικής περίθαλψης*, πρέπει να σημειωθεί ότι, όταν αναφερόμαστε στο πρώτο, εννοούμε κάτι πολύ ευρύτερο του συστήματος ιατρικής περίθαλψης.

Το σύστημα υγείας περιλαμβάνει όχι μόνο τη συμβατική ιατρική περίθαλψη, αλλά και υπηρεσίες, που έχουν σχέση με πρόληψη και την υγειονομική διαφύλαξη, με τον οικογενειακό προγραμματισμό και την διατροφή, με τις υπηρεσίες στέγης, ύδρευσης και αποχέτευσης, υγιεινής της κατοικίας και εργασίας, κ.ά., αφού έχει αποδειχθεί ότι η υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και η αρρώστια

αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά μόνο με διατομεακή συνεργασία. Συνεπώς, η ιατρική περίθαλψη αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας.

Βάσει του γενικού ορισμού, το σύστημα υγείας μπορεί να προσδιορισθεί σαν ένα άθροισμα υγειονομικών δομών σε συνεχή συνεργασία και αλληλοεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Η κρίση των συστημάτων περίθαλψης

Ταυτόχρονα, και η ψυχική υγεία υφίσταται τις συνέπειες μιας συγκυρίας παραγόντων, που αφορούν την περίθαλψη και ευρύτερα την υγεία, η οποία την περίοδο αυτή βρίσκεται σε κρίση τόσο στην Ελλάδα, όσο και παγκοσμίως,

Όλα τα είδη συστημάτων περίθαλψης, που είχαν αναπτυχθεί μέχρι πρόσφατα, βασιζόμενα στο ιατροκεντρικό νοσοκομειακό μοντέλο, φάνηκε ότι όχι μόνο δεν κάλυπταν τις ανάγκες υγείας του ατόμου και της κοινωνίας, αλλά οδηγούσαν και σε ολοένα αυξανόμενο κόστος, διότι ενώ απορροφούσαν τους περισσότερους πόρους του τομέα υγείας, θεράπευαν μόνο 10-20% της αρρώστιας (O'Neill, 1983).

Οι αρνητικές αυτές διαπιστώσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας, αλλά και μια σειρά άλλοι λόγοι οδήγησαν σε μια παρατεταμένη κρίση, που κύρια χαρακτηριστικά της (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001) είναι:

α) *Το συνεχώς αυξανόμενο οικονομικό κόστος*, που σε συνθήκες οικονομικής κρίσης έθετε σε κίνδυνο την ίδια την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των χωρών αυτών.

β) *Η αδυναμία του συστήματος να βελτιώσει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.*

γ) *Η αδυναμία ανακοπής των συνεχώς διευρυνόμενων υγειονομικών ανισοτήτων*

δ) *Η εξέλιξη του συστήματος υγείας σε μια νοσοκομειοκεντρική, πολυδάπανη και απρόσωπη ιατρική*

ε) *Η εξέλιξη του ιατρικού σώματος, λόγω υψηλού καταμερισμού της γνώσης, σε μια πανίσχυρη και ανεξέλεγκτη επαγγελματική ομάδα με δυσμενείς επιπτώσεις στο κύρος του ιατρικού επαγγέλματος και στις σχέσεις του με τους ασθενείς.*

Όλες αυτές οι αδυναμίες υπονόμισαν την αξιοπιστία του συστήματος περίθαλψης προκαλώντας δυσπιστία και αμφισβήτηση. Εκφραστές αυτού του κλίματος δυσπιστίας υπήρξαν επιστήμονες όπως ο Illich, ο Fuchs, ο Navaro, κ.ά.

Ολιστική θεώρηση της υγείας και αρρώστιας

Κυρίαρχο μοντέλο κατανόησης των φαινομένων στην εποχή μας παραμένει το Μηχανιστικό, βασιζόμενο κυρίως στην Καρτεσιανή φιλοσοφία και τη Νευτώνεια φυσική. Χρησιμοποιώντας την αναλυτική μέθοδο, διασπά τα φαινόμενα σε όσο το δυνατόν μικρότερα στοιχεία, για να τα μελετήσει και με τη γραμμική λογική αιτίας-αποτελέσματος προσπαθεί να βρει την εξήγησή τους. Το γραμμικό μοντέλο παρέχει το πλαίσιο για την ανακάλυψη π.χ. από τον Παστέρ της σχέσης μικροβίων-αρρώστιας. Αποτελεί το πλαίσιο, όπου αναπτύχθηκε το ιατρικό μοντέλο περιθάλησης και στον τομέα της ψυχιατρικής, την οργανική άποψη για τις ψυχικές παθήσεις.

Στην αρχή του αιώνα μας, εμφανίζεται η ανάγκη ενός άλλου τρόπου σκέψης, καθώς η γραμμική προσέγγιση δεν επαρκεί πλέον για την κατανόηση πολύπλοκων φαινομένων. Παράλληλα, οι συγκλονιστικές ανακαλύψεις στη σύγχρονη φυσική ανατρέπουν τη μέχρι σήμερα άποψη για τον κόσμο. Η θεωρία της σχετικότητας, η θεωρία των κβάντα, τα θερμοδυναμικά αξιώματα (Hewitt, 2000) και η αναγωγή τους στις ανθρωπιστικές επιστήμες, αλλάζουν την έννοια του σταθερού αντικειμένου. Τα μόρια φαίνονται άλλοτε ως σωματίδια και άλλοτε ως κύματα, ανάλογα με τις συνθήκες πειραματισμού.

Ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «ως πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (W.H.O. 2001), δεν κρίνεται πλέον απόλυτα επαρκής για να καλύψει τις σύγχρονες προσεγγίσεις της υγείας και της αρρώστιας. *Η ολιστική προσέγγιση τονίζει ιδιαίτερα τον πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας, καθώς εκτιμάται ότι η υγεία συσχετίζεται θετικά περισσότερο με το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό), ενώ επηρεάζεται ταυτόχρονα από τη βιολογική βάση του ατόμου (κληρονομικότητα). Δημιουργείται η ανάγκη κατανόησης αυτών των φαινομένων μέσα από την διερεύνηση πλέον όχι των ξεχωριστών παραμέτρων αλλά ενός ευρύτερου όλου, δίνοντας έμφαση κυρίως στις σχέσεις των φαινομένων μεταξύ τους. Ο Bateson (1973) υπογραμμίζει ότι οι σχέσεις πρέπει να χρησιμοποιούνται ως βάση για όλους τους ορισμούς και ότι η θεμελιώδης αυτή αλήθεια θα πρέπει να διδάσκεται στα σχολεία από την πρώτη τάξη της στοιχειώδους εκπαίδευσης. Στο πλαίσιο αυτό η αρρώστια, στον αντίποδα της ευεξίας, εκλαμβάνεται ως *μία αποτυχημένη προσπάθεια του οργανισμού να προσαρμοστεί στις συνεχείς προκλήσεις και απειλές που προέρχονται μέσα από μια λανθασμένη αποκωδικοποίηση των σχέσεων ψυχής, σώματος και περιβάλλοντος.**

Το μεγαλύτερο μέρος της εμπειρικής έρευνας σχετικά με τις διάφορες διαστάσεις της ευεξίας, της βιολογικής και ψυχικής υγείας έχει επικεντρωθεί στη δομή, λειτουργία και υποστήριξη των ανθρώπινων σχέσεων, στο κοινωνικό πλαίσιο,

όπου διαβιούν τα άτομα, καθώς και στην ενσωμάτωση στην κοινωνία. Από την άλλη πλευρά, η υπαρξη κοινωνικού κεφαλαίου έχει συνδεθεί με παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η αίσθηση ευημερίας (Breeze et al., 2001) και το επίπεδο υγείας (Boswell-Purdy, 2001. Kawachi et al., 1997. Wilkinson, 1996).

Ο Bourdieu (1985) όρισε το κοινωνικό κεφάλαιο ως «το σύνολο των πραγματικών ή συμβολικών πόρων οι οποίοι συνδέονται με πολλαπλά δίκτυα, που διατηρούνται στο χρόνο και συσχετίζονται με εν πολλοίς θεσμοθετημένες σχέσεις αμοιβαίας αποδοχής και αναγνώρισης». Με άλλα λόγια, το κοινωνικό κεφάλαιο αντιπροσωπεύει το άθροισμα των πλεονεκτημάτων που αποκομίζουν όσα άτομα ανήκουν σε κοινά δίκτυα ή σε ομάδες. Ο όγκος του κοινωνικού κεφαλαίου των φορέων εξαρτάται από το μέγεθος του δικτύου διασυνδέσεων που μπορεί να κινητοποιήσει επιτυχώς, καθώς και από τον όγκο του κεφαλαίου (ψυχικής υγείας, οικονομικού, πολιτισμικού ή συμβολικού) που διαθέτει ο καθένας από εκείνους με τους οποίους συνδέεται.

Τα μέλη με περιορισμένες κοινωνικές επαφές έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποβιώσουν από ατύχημα ή θανατηφόρο ασθένεια, ενώ κοινωνίες στις οποίες οι πολίτες δραστηριοποιούνται ενεργά και μετέχουν στην μετεξέλιξή τους, παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας και υψηλότερο μέσο όρο ζωής. (Kawachi, Kennedy, Lochner, & Prothrow-Stith, 1997. Kaplan, Pamuk, Lynch, & Balfour, 1996). Μάλιστα οι δείκτες συσχέτισης είναι τόσο υψηλοί, που η υπαρξη κοινωνικού κεφαλαίου σε αλληλεπίδραση με το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο μιας περιοχής θεωρούνται αιτιακοί παράγοντες εμφάνισης πολλών ασθενειών. Σε τέτοιες κοινότητες διαπιστώθηκε χαμηλή θνησιμότητα από καρδιακές παθήσεις και κακοήγη νεοπλασμάτα (Kawachi et al., 1997), ατυχήματα και αυτοκτονίες (Kawachi et al., 1996), μικρότερη εκδήλωση μεταδοτικών ασθενειών (Lindström, Hanson, & Ostergren, 2001) και χαμηλότερος δείκτης εγκληματικότητας (Kawachi, Kennedy, & Wilkinson, 1999).

Παράλληλα, ίδια σχέση υπάρχει ανάμεσα στις ψυχικές ασθένειες και το κοινωνικό κεφάλαιο. Ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξάνεται σε κοινότητες που υπάρχει έλλειμμα εμπιστοσύνης, απαξιωτικές προσωπικές σχέσεις, ανταγωνισμός και αποπροσωποποίηση. Μοναχικοί, ηλικιωμένοι πολίτες με περιορισμένο κύκλο κοινωνικών επαφών εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν άνοια και νόσο Alzheimer από ό,τι οι ηλικιωμένοι με έντονη κοινωνική ζωή.

Βασίζόμενοι στη θεωρία του Putnam (1993, 2000) ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στις κοινωνικές σχέσεις, τα κοινωνικά δίκτυα και τις κανονιστικές ρυθμίσεις ανάμεσα στα άτομα, πολλοί ερευνητές μελέτησαν τη σύνδεση της υγείας με τις κοινωνικές σχέσεις (Berkman & Syme, 1979. Wolf & Bruhn, 1992. Shye, Mullooly, Freboorn, & Pope, 1995. Litwin, 1998; Berkman & Glass, 2000). Σε κρίσιμες περιόδους (π.χ. χρονικά διαστήματα κακής υγείας), τα άτομα κάνουν χρήση

των κοινωνικών δικτύων προκειμένου να αντλήσουν συναισθηματική στήριξη ή χρήσιμες πληροφορίες. Επιπλέον, τα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να δράσουν ελεγκτικά και ρυθμιστικά για τον περιορισμό επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Πρέπει να σημειωθεί ότι αν και τα οικογενειακά και φιλικά δίκτυα είναι σημαντικά για τη βιολογική και ψυχολογική ευεξία και η σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου δεσμού είναι βαρύνουσα, σε μακροεπίπεδο το κοινωνικό κεφάλαιο γεφύρωσης είναι αυτό που συμβάλλει στη γενική υγεία της κοινότητας και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ως παράδειγμα αναφέρεται στη βιβλιογραφία η περίπτωση των ομάδων καρκινοπαθών, οι ανώνυμοι αλκοολικοί και οι κοινότητες απεξάρτησης. Η συμμετοχή του ατόμου στις ομάδες αυτές, είτε ως υποστηρικτής είτε ως υποστηριζόμενος προσφέρει σημαντικά οφέλη. Οι παραγόμενες υπηρεσίες είναι υψηλής αποδοτικότητας αφού οι καρκινοπαθείς-υποστηρικτές, οι αλκοολικοί και οι απεξαρτημένοι είναι κάτοχοι μίας βιωματικής γνώσης για την ασθένεια που δεν διαθέτει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η υποστηρικτική αυτή γνώση προσφέρεται δωρεάν στον ασθενή-υποστηριζόμενο και συχνά, εκτός των πρακτικών συμβουλών, λειτουργεί ως «βαλβίδα ασφαλείας» κατά της ψυχικής και κοινωνικής πίεσης που βιώνει ο ασθενής. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που συμμετέχουν ενεργά στις ομάδες έχουν καλύτερα ποσοστά επιβίωσης. Αν και οι ακριβείς λόγοι παραμένουν άγνωστοι, πιθανολογείται ότι η συμμετοχή αυξάνει την θέληση για επιβίωση, η οποία με τη σειρά της επιδρά στον έλεγχο των ανεπιθύμητων ενεργειών και στη διατήρηση ενός καλού επιπέδου διατροφής (Ρεντούμης, Μητσοτάκης και Ζάβρας, 2004).

Το κοινωνικό κεφάλαιο δεν προσλαμβάνει τις ίδιες μορφές σε κάθε κοινωνία και, συνεπώς, δεν μπορεί να θεωρηθεί άκριτα ως το μόνο μέσο για τη βελτίωση της υγείας. Οι ίδιες συνθήκες που κάνουν τις σύγχρονες κοινωνίες φιλελεύθερες πολλές φορές θέτουν σε κίνδυνο κάποιες μορφές κοινωνικού κεφαλαίου. Ο Harriss (2001) υποστηρίζει ότι μορφές κοινωνικής αλληλεγγύης που είναι ιδιαίτερης σημασίας σε μία δεδομένη κοινωνία μπορούν να γίνουν δύσκολα κατανοητές και αποδεκτές σε μία άλλη. Επομένως, η προσπάθεια εφαρμογής όρων ισότητας στην εν λόγω κοινωνία ενδέχεται να δημιουργήσει πολλά πρακτικά προβλήματα.

Ο Cusack (1999) αναφέρει πως οι τοπικές κοινωνίες στη Γερμανία εμφανίζουν υψηλότερη ποιότητα ζωής και υγείας, καθώς και αποτελεσματικότητα διακυβέρνησης, όταν στη διοίκησή τους εμπλέκονται άνθρωποι με ήδη αναπτυγμένη κοινωνική συμμετοχή και με υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης προς τους συνανθρώπους τους, τους πάσχοντες και προς τους κοινωνικούς θεσμούς. Κατά τους Boix και Poisner (1998) η ποιότητα της διακυβέρνησης βελτιώνεται όταν αυξάνεται το κοινωνικό κεφάλαιο. Οι πολίτες εμφανίζουν μεγαλύτερη διάθεση για συνεργασία, ενδιαφέρονται περισσότερο για τα κοινά και δεν λειτουργούν απλώς ως κατανα-

λωτές «πολιτικής». Ταυτόχρονα, και οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στον πολίτη, βασισμένες πάνω στη συνεργασία και την εμπιστοσύνη.

Οι επικαλύψεις βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων αποτελούν το υπόβαθρο της ανάπτυξης των ψυχικών διαταραχών, χαρακτηριστικός είναι ο φαύλος κύκλος φτώχειας (οικονομική στέρηση, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ανεργία), ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (υψηλή συχνότητα έλλειψης θεραπείας, δυσμενέστερη εξέλιξη) και τέλος οικονομικών επιπτώσεων (αυξημένες δαπάνες υγείας, απώλεια εργασίας, μειωμένη παραγωγικότητα). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι πλέον ευρέως αποδεκτό έχοντας αποτύχει η παραδοσιακή ιατρική να βελτιώσει μόνο με φάρμακα και μηχανήματα την ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Η περίθαλψη επομένως του αρρώστου και η παροχή υπηρεσιών υγείας προς αυτόν απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση και υποστήριξη. Για την αντιμετώπιση του δεν αρκεί πλέον μόνο ο γιατρός, αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, νοσηλεύτες, καθώς και άλλες ειδικότητες.

Καθιερώνεται έτσι η έννοια της διεπιστημονικής ομάδας υγείας για την αντιμετώπιση του άρρωστου ατόμου, στην οποία συμμετέχουν ενεργά και ισότιμα επιστήμονες από όλο το φάσμα των σύγχρονων επαγγελματιών υγείας. Όμως με την καθιέρωση της διεπιστημονικής ομάδας υγείας είναι δυνατή όχι μόνο η αντιμετώπιση της αρρώστιας στην ολική της διάσταση, αλλά, επίσης, και η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, όπως και η φυσική και κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων που αρρώστησαν, σε όλο το εύρος της Ιατρικής. Η Εθνική Ακαδημία Επιστημών των Η.Π.Α. πρότεινε την οργάνωση της εργασίας σε ομάδες. Για παράδειγμα, το Προασιακό Νοσοκομείο στη Bethesda (Maryland) υιοθέτησε την ομαδική προσέγγιση στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ). Κάθε ομάδα περιλαμβάνει ειδικό για τη Μ.Ε.Θ., φαρμακοποιό, διατροφολόγο, κοινωνική λειτουργό, νοσηλεύτη, ειδικό στο αναπνευστικό σύστημα και εφημέριο που επισκέπτονται τους θαλάμους κάθε πρωί, βλέποντας όλους τους ασθενείς – συνοδευόμενοι μερικές φορές από συγγενή των ασθενών (Noe, Hollenbeck, Gerhart, Wright, 2003).

Ειδικότερα η Παιδοψυχιατρική, κατ' εξοχήν διεπιστημονική ειδικότητα, ξεφεύγει από το καθαρά ιατροκεντρικό μοντέλο αμφισβητώντας το γραμμικό μοντέλο. Αντίθετα λαμβάνει υπόψη της: α) τις πολυδιάστατες επιδράσεις στο παιδί (οικογένεια, περιβάλλον, ιδιοσυγκρασία κ.ά.) και β) την δυναμική εξέλιξη (σωματική, ψυχική), κατά την εμβρυϊκή, βρεφική προσχολική, σχολική, εφηβική και ηλικιακή ανάπτυξη. Αυτό το πλαίσιο προσέγγισης απαιτεί μια διεπαγγελματική ομάδα παρέμβασης, που να περιλαμβάνει εκτός από τον Παιδοψυχίατρο και άλλες ειδικότητες όπως του Ψυχολόγου, του Κοινωνικού Λειτουργού, του Ειδικού

Παιδαγωγού, του Λογοπαιδικού, του Εργοθεραπευτή, του Κοινωνιολόγου, του Επισκέπτη υγείας κ.ά.

Αποκύημα των παραπάνω θεωριών είναι η ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και Ψυχολογίας.

Η Κοινοτική Ψυχιατρική και Ψυχολογία αναπτύχθηκε για να μελετήσει τα αποτελέσματα που προκαλούν οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες στη συμπεριφορά των ατόμων, των ομάδων και των οργανισμών σε όλα τα κοινωνικά επίπεδα.

Η Κοινοτική Ψυχιατρική και Ψυχολογία αποτελεί μια προσπάθεια να βρεθεί κάποιος εναλλακτικός τρόπος για να συμβιβάσουμε την παρεκκλίνουσα συμπεριφορά με τις κοινωνικές νόρμες. Υπό αυτή την οπτική μπορεί να ειπωθεί ότι αποτελεί ένα εγχείρημα, το οποίο ενισχύει το δικαίωμα του κάθε ατόμου στη διαφορετικότητα, χωρίς αυτό να υφίσταται υλικές ή ψυχικές κυρώσεις.

Η Κοινοτική Ψυχιατρική και Ψυχολογία προσεγγίζει τα προβλήματα της ανθρώπινης συμπεριφοράς δίνοντας έμφαση στη συμβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων καθώς επίσης και στη δυναμική συμβολή αυτών, καθώς όταν αξιολογούνται κατάλληλα οδηγούν στην καταπράυνση των προβλημάτων

Ψυχική υγεία παιδιού και εφήβου

Οικογένειες που δεν έχουν στους κόλπους τους, κάποια στιγμή, μέλος με ψυχική διαταραχή είναι σπάνιες. *Ο ένας στους τέσσερις θα νοσήσει από ψυχική διαταραχή σε κάποιο στάδιο της ζωής του.* Βάσει επιστημονικών προβολών των στατιστικών στοιχείων, έως το 2020 π.χ. η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη σε σειρά κατάταξης ασθένεια, από τέταρτη που είναι σήμερα, με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στην Δημόσια υγεία. Επιπλέον, 70 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως, υποφέρουν από εξάρτηση στο αλκοόλ, 50 εκατομμύρια άνθρωποι από επιληψία, 24 εκατομμύρια από σχιζοφρένεια, 1 εκατομμύριο αυτοκτονούν κάθε χρόνο, 10-20 εκατομμύρια αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν.

Παρόλα αυτά, 40% των χωρών δεν έχουν πολιτική για την ψυχική υγεία, 30% των χωρών δεν έχουν προγράμματα για την Ψυχική Υγεία, 90% των χωρών δεν έχουν πολιτική που να συμπεριλαμβάνει τα παιδιά και τους εφήβους!

Αν και ο επιπολασμός της ψυχικής νόσου στο παιδί και τον έφηβο ποικίλλει σημαντικά, μεταξύ των ερευνών, φαίνεται ότι το 10-20% του συνόλου των παιδιών έχουν ένα ή περισσότερα ψυχικά και συμπεριφορικά προβλήματα (Πίν. 1). Από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα σε τυχαίο δείγμα παιδιών και εφήβων ηλικίας από 6 έως και 14 ετών με την χρήση ερωματολογίων Rutter, Ackenbach, Eysenk, τα οποία συμπληρώνουν οι γονείς ή οι δάσκαλοι και οι ίδιοι οι έφηβοι, βρέθηκε ότι τα ποσοστά κυμαίνονταν από 10,6% μέχρι

38%. Τα ποσοστά πάνω από 20% φαίνεται να είναι αρκετά υψηλά σε σχέση με αυτά άλλων ανεπτυγμένων χωρών (Τσιάντης 2001).

Πίνακας 1: Επιπολασμός Ψυχικών Διαταραχών της Παιδικής και Εφηβικής Περιόδου – Επιλεγμένες Μελέτες (Π.Ο.Υ. 2001)

Χώρα	Ηλικία (έτη)	Συχνότητα (%)
Αιθιοπία	1-15	17,7
Γερμανία	12-15	20,7
Ινδία	1-16	12,8
Ιαπωνία	12-15	15,0
Ισπανία	8,11,15	21,7
Ελβετία	1-15	22,5
ΗΠΑ	1-15	21,0

Η παιδοψυχιατρική μεταρρύθμιση και το «Ψυχαργός» της Α. Αττικής

Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Η Παιδοψυχιατρική μεταρρύθμιση, μέρος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, είναι μια συλλογική προσπάθεια της πολιτείας, των ψυχιάτρων, των άλλων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και της κοινωνίας για την οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου, που δημιουργούνται από την ψυχική ασθένεια.

Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτόνομη οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Μεταρρύθμιση σημαίνει αλλαγή. Άρα μεταρρύθμιση είναι η μετατροπή του συστήματος, (Μαυρατζιώτου 2003).

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε στην χώρα μας με την ψήφιση του Ν. 1397/83 για το ΕΣΥ και ειδικότερα με το άρθρο 21, διευρύνθηκε με το Ν. 2071/92 και παγιώθηκε με το Ν. 2716/99 («Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις»). Ο Κανονισμός (Ε.Ο.Κ.) 815/84 έδωσε την ευκαιρία και την οικονομική υποστήριξη, συγχρηματοδοτώντας με 55%, να αναπτυχθούν Μονάδες Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Το αρχικό σχέδιο (1997) και οι εν συνεχεία αναθεωρήσεις του σχεδίου «Ψυχαργός» για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση περιλάμβανε πλήθος δράσεων σε δύο επίπεδα (Πίν. 2): 1ον) Κλείσιμο όλων των Ψυχιατρείων στην Ελλάδα, 2ον) ανάπτυξη ενός ευρέως φάσματος κοινοτικών δομών ψυχιατρικής (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: «Ψυχαργός» 2001-2010).

Κεντρικός άξονας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η ανάπτυξη υπηρε-

σιών στην κοινότητα, ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας την κοινωνική του δραστηριότητα.

Η παρέμβαση στα πλαίσια της κοινότητας πρέπει:

- Να αποτιμά και να προάγει τα συνεργατικά αποτελέσματα και να ερευνά εμπειρικά τις αντισταθμιστικές της δράσεις, όσον αφορά τις περιβαλλοντικές δυναμικές.
- Να είναι δομημένη και να μπορεί να επιδράσει πάνω σε σύνθετες κοινωνικές δομές
- Να εξετάζει θεσμικά και κοινωνικά ζητήματα κι όχι μόνο τους ατομικούς παράγοντες
- Να αναγνωρίζει ότι το πρόγραμμα δεν είναι παρά ένα μέρος μιας ευρύτερης πολιτισμικής προσπάθειας

Περιεχόμενο της Παιδοψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Στην Ελλάδα, η όποια ανάπτυξη των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας του παιδιού που έχει επιτευχθεί έως σήμερα, δεν έχει γίνει βάση κάποιου εθνικού σχεδιασμού και στηρίζεται πάντα σε αποσπασματικές ενέργειες, παρόλες τις κατά καιρούς προσπάθειες ειδικών επιτροπών, ομάδων εργασίας, συλλογικών ή ατομικών παρεμβάσεων (Τσιάντης, 2005), με την καθυστέρηση και την αδράνεια να έχει οδηγήσει στην απογοήτευση τον παιδοψυχιατρικό κόσμο (Γεωργιάδης, 2004).

Παρόλα αυτά η Παιδοψυχιατρική Μεταρρύθμιση μέσα από το μεγαλύτερο καινοτόμο πρόγραμμα των τελευταίων δεκαετιών για την Ψυχική Υγεία, το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», στόχευσε να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας για το παιδί και τον έφηβο (Πίν. 2).

Πίνακας 2: Παιδοψυχιατρική μεταρρύθμιση – Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Δεκαετές Σχέδιο Ανάπτυξης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Αρχικό σχέδιο (1997-2006)

1η αναθεώρηση (2001-2010)

2η αναθεώρηση (2006-2015)

Δράσεις: Α) *Ψυχιατρικά Νοσοκομεία* (κλείσιμο των ασύλων)

Β) *Δομές και υποδομές στην κοινότητα* (ανάπτυξη Ιατροπαιδαγωγικών, ειδικά τμήματα βραχείας νοσηλείας σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ.ά.)

Πίνακας 3: Τι περιλαμβάνει η μεταρρύθμιση στην παιδοψυχιατρική στην Α. Αττική

1. Αποασυλοποίηση και κλείσιμο του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Π.Ν.Α.).

2. Μεταφορά των τμημάτων του Π.Ν.Α. και ανάπτυξη παιδοψυχιατρικών δομών και υποδομών στην κοινότητα και στα Γενικά Νοσοκομεία:

Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

Γ.Ν. «Σισμανόγλειο» Βριλλίσι

Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Γ.Ν. Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» (Αθήνα)

* *Μετατροπή του Π.Ν.Α. σε Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου (Διυπουργική απόφαση Υ3α/ΓΠ.125894/03-1-2004) ή Γενικού Νοσοκομείου*

* *Νέος οργανισμός ενός νέου φορέα με δορυφορικές δομές ξενώνες, οικοτροφεία και πιθανώς τα ιατροπαιδαγωγικά*

Πίνακας 4: *Τι έχει υλοποιηθεί μέχρι στιγμής στην παιδοψυχιατρική μεταρρύθμιση*

- 1) Το Π.Ν.Α. ως ασυλικού τύπου παιδοψυχιατρικός οργανισμός δεν έχει κλείσει.
- 2) Η μονάδα επειγόντων παιδοψυχιατρικών περιστατικών του Π.Ν.Α. δεν έχει κλείσει.
- 3) Τα παιδοψυχιατρικά τμήματα του Π.Ν.Α. δεν έχουν μεταφερθεί στα προβλεπόμενα Γενικά Νοσοκομεία του Ν. Αττικής.
- 4) Οι δομές και οι υποδομές σε όλη την Ελλάδα μεταξύ 2001-2006 που υλοποιήθηκαν είναι ελάχιστες (10-15 ενώ προβλέπονταν σε σύνολο άνω των 200).
- 5) Κυφορείται πρόταση τα 4 ιατροπαιδαγωγικά κέντρα του Π.Ν.Α. να «ενταχθούν» στα μεταφερόμενα τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων!

Αντιφάσεις:

1η) Βασική καταπάτηση των αρχών της κοινοτικής παιδοψυχιατρικής,

2η) Διαιώνιση της χρόνιας σύγχυσης, νοσοκομεία να προσφέρουν και πρωτοβάθμια περίθαλψη!

3η) Καταπάτηση υπουργικών αποφάσεων και σχεδιασμού του «Ψυχαργός».

Ειδικότερα, όσον αφορά στην γεωγραφική περιοχή της Α. Αττικής ήδη από το 2001 (Υπουργική Απόφαση Υ5α.β/Γ.Π.οικ 18127/17-10-2001) προβλέπεται η μεταρρύθμιση να περιλαμβάνει ένα επαρκές δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Πίν. 3). Η υλοποίηση όμως του προγράμματος έχει μείνει ουσιαστικά εκτός χρονοδιαγράμματος (Πίν. 4) με σοβαρούς προβληματισμούς σε επίπεδο ποσοτικό και ποιοτικό των υπό ανάπτυξη δομών, θέτοντας πλέον ερωτήματα: 1ον) προς ποια κατεύθυνση κινούνται οι συντελούμενες αλλαγές 2ον) αν αυτές αποτελούν στοιχεία μιας πραγματικής Μεταρρύθμισης αλλά κυρίως αν η ψυχική υγεία και κυρίως του παιδιού και του εφήβου αποτελούν προτεραιότητα (Μάτσα, 2003. Λαζάρου, 2004. Εμμανουηλίδου, 2005. Σωτήρχου, 2006.

Φρέρης και Κουρελλά, 2006. Φρέρης, Σπύρου, Τριανταφυλλίδου, Ανδρεαδέλλη και Σχοιναράκη, 2007).

Επιπλέον, μέσω του προγράμματος «Ψυχαγωγός» εισάγεται η ποιότητα ζωής των ψυχικώς πασχόντων, που αποτελεί τη νέα στοχοθέτηση στα πλαίσια του προγράμματος Ψυχαγωγός. Η ποιότητα ζωής σύμφωνα με τον Hoehnquist (1982) έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής, ενώ κατά τον Lewis (1982) η ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός στον οποίο κάποιος έχει αυτοεκτίμηση, σκοπό στη ζωή και ελάχιστο άγχος. Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερεύνητους (Treasury Board of Canada Secretariat, 2000). Οι Dalkey και Rourke (1973) όρισαν την ποιότητα ζωής ως την αίσθηση του ατόμου για το βαθμό ευεξίας, ικανοποίησής του από τη ζωή του και ευτυχίας αναφορικά με την υγεία του, τη δράση, το άγχος, τη στοχοθεσία, την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη, την κοινωνική και οικογενειακή στήριξη. Η έννοια είναι πολύ γενικότερη από εκείνη του βιοτικού επιπέδου, το οποίο θεωρείται προϋπόθεση της ποιότητας ζωής. Η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας μέσα από τα κατάλληλα εργαλεία, αποτελεί υποχρέωση και είναι αναγκαία (Λαζάρου, 2004).

Τι υπάρχει στην Α. Αττική

Προσεγγίζοντας το θέμα της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου, μέσα από μια συστημική θεώρηση, πρέπει να γίνει προσπάθεια ένταξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για το παιδί και τον έφηβο της Α. Αττικής σε ένα ευρύτερο πλαίσιο που δεν μπορεί να αγνοείται: πολιτικό – διοικητικό – οικονομικό – κοινωνικό – οικολογικό – υγειονομικό.

Η πολυπλοκότητα, λοιπόν, της ψυχικής υγείας μέσα από αυτή την οπτική της, μας οδηγεί κατ' αρχήν στις κάτωθι ενδεικτικές διαπιστώσεις σχετικά με την Α. Αττική, η οποία ανήκει σε ένα:

- *Πολιτικό σύστημα* που περιλαμβάνει πολιτικές δυνάμεις (τόσο σε επίπεδο τοπικό, υπεριοπικό, κ.ο.κ.),
- *Κοινωνικό σύστημα* με ειδική κοινωνική διαστρωμάτωση, σύνθεση και μέγεθος πληθυσμού καθώς και κοινωνικούς κανόνες,
- *Οικολογικό σύστημα* (φυσικοί πόροι, οικολογική ισορροπία),
- *Οικονομικό σύστημα* (δομή οικονομίας, εργασιακές σχέσεις, εθνικός πλούτος, κατανομή εισοδήματος, διάθεση κονδυλίων στην υγεία),
- *Πολιτιστικό σύστημα* (σύστημα αξιών, πρότυπων συμπεριφοράς, ηθών και εθίμων),

- *Υγειονομικό σύστημα* (επίπεδο υγείας πληθυσμού, παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας, κατανομή μονάδων υγείας, πρόληψη, θεραπεία κ.ο.κ.).

Την δεκαετία του '90 η τοπική αυτοδιοίκηση επενδύει ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία και υιοθετώντας την κοινοτική προσέγγιση αυτών των προβλημάτων, αναπτύσσοντας Συμβουλευτικά Κέντρα σε πολλούς Δήμους της Αττικής (Φρέρης 2000). Τα δημοτικά ή διαδημοτικά αυτά Κέντρα παρέχουν ένα ευρύ φάσμα παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, πρωτογενή πρόληψη σε επίπεδο γονέων, εκπαιδευτικών, μαθητών κ.ά.) (Πίν. 5). Στην περιοχή της Α. Αττικής αναπτύσσονται διαχρονικά υπηρεσίες ψυχικής υγείας τόσο από το κράτος όσο και ιδιωτικούς φορείς (Πίν. 6), ενώ «ετυύχησε», από το 1958, να έχει στα γεωγραφικά της όρια τον μεγαλύτερο οργανισμό πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ψυχιατρικής περιθάλψης για το παιδί και τον έφηβο όλης της Ελλάδας: το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Π.Ν.Α.) (με έδρα τη Ραφήνα Αττικής), γνωστό στον ελλαδικό χώρο με την «επωνυμία-στίγμα»: «Νταού Πεντέλης».

Το Π.Ν.Α. είναι το μοναδικό Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο στην Ελλάδα και περιλαμβάνει ένα σύνολο α) εξωνοσοκομειακών δομών με 4 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, 2 Κέντρα Ημέρας και 4 Ξενώνες & Οικοτροφεία και β) ενδονοσοκομειακών δομών με α. τμήμα νοσηλείας ελάχιστων ακόμα χρόνιων περιστατικών β. μια πλήρως ανεπτυγμένη Μονάδα Επειγόντων Παιδοψυχιατρικών Περιστατικών γ. Εξωτερικά Ιατρεία: Παθολογικό, Παιδιατρικό, Οφθαλμολογικό, κ.ά. και δ. Εργαστήρια: ακτινολογικό, μικροβιολογικό (Καρπέτης, Ευθυμίου, Ασημομύτη et al., 2004, Στυλιανίδης, Ευθυμίου, Καρπέτης et al., 2004). Στις εξωτερικές δομές παρακολουθεί και συνδράμει, διαγνωστικά και θεραπευτικά, χιλιάδες περιπτώσεις παιδιών και εφήβων προσχολικής ηλικίας από τον Νομό Αττικής αλλά και από όλη την Ελλάδα.

Είναι χαρακτηριστικό πως στην Α. Αττική ο μεγαλύτερος οργανισμός ψυχικής υγείας για το παιδί και τον έφηβο στην Ελλάδα, το Π.Ν.Α., από το 1958 δεν ανέπτυξε παρά ελάχιστες δομές με κεντρικό άξονα αναφοράς την Α. Αττική. Το δίκτυο δράσεών του είχε αναπτυχθεί κυρίως στην Ν. Σμύρνη, το Ν. Ηράκλειο, το Γαλάτσι και το κέντρο των Αθηνών (Σισίνη, Γαρέφη, Ψυχικό). Για πρώτη φορά το 1995 αποφασίζεται και αναπτύσσεται Εξωτερικό Παιδοψυχιατρικό Ιατρείο μέσα στο Νοσοκομείο υπό την μορφή Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου για να καλύψει τις ανάγκες της Α. Αττικής. Το 2000 δρομολογείται και η λειτουργία ενός ακόμη Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου στην Παλλήνη (όμορη περιοχή της Ραφήνας), που όμως επειδή δημιουργεί «ασυμβίβαστο» με το «Ιατροπαιδαγωγικό» της Ραφήνας λαμβάνεται η «πολιτική» απόφαση να κλείσει το ένα Κέντρο! Το σκεπτικό απλό και «γραμμικό»: στην Α. Αττική δεν μπορεί να υπάρχουν δύο Ιατροπαιδαγωγικά.

Πίνακας 5: Δραστηριότητες Προωγουσών Προλήψεων (Φρέρης κ.ά., 1995.)

Επίπεδο παρέμβασης	Πληθυσμός	Μορφές παρέμβασης	Τόπος	Σκοπός
Μαζικό	Γενικός Πληθυσμός - εκπαιδευτικοί - γονείς - μαθητές - επαγγελματίες/ ενδιαφερόμενοι	1. Διαλέξεις-Συζητήσεις σε θέματα ψυχικής υγείνης (4-5 εβδομάδες) 2. Ημερίδες-Συμπτώσια (1-2 εβδομάδες) 3. Μηνύματα ή προγράμματα από τα Μ.Μ.Ε.	Ενοικιαζόμενοι ή προσφερόμενοι χώροι από τις Δημοτικές αρχές, πολιτιστικούς φορείς, συλλόγους κτλ. Έντυπο υλικό, Μ.Μ.Ε., Ηλεκτρονικός τύπος	Πληροφόρηση και εκπαίδευση σε θέματα ψυχο-κοινωνικά Ευαισθητοποίηση στην έγκυρη ανάπτυξη παθολογικής συμπεριφοράς Βελτίωση της ποιότητας ζωής
Ομαδικό	Γονείς Εκπαιδευτικοί	Σχολή γονέων Ομάδα γονέων παρακολουθεί σειρά μαθημάτων 10λεπτης εισήγησης γύρω από την ψυχολογία και τα στάδια ανάπτυξης της βρεφικής και νηπιακής ηλικίας, την ψυχολογία των εφήβων, νέων γονέων κ.λ.π. (10-15 εβδομάδες) 1. Διαλέξεις-Συζητήσεις (4-5 εβδομάδες) 2. Σεμινάρια Ολιγοήμερα (2-3 εβδομάδες) Σε ομάδες εκπαιδευτικών (νηπια-γωγοί, δάσκαλοι, καθηγητές)	Συμβουλευτικός Σταθμός Σχολεία Συμβουλευτικός Σταθμός Α.Μ.Ε.Α.	Εξάλειψη των Προκαταλήψεων (στιγματισμός) γύρω από την ψυχική νόσο ή τα Α.Μ.Ε.Α. Ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού και ιδιαίτερα στους τομείς της σχολικής υποεπίδοσης και της διαταρακτικής συμπεριφοράς.

	<p>Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. Επαγγελματίες που ασχολούνται με το παιδί.</p>	<p>με έμφαση σε θέματα που αφορούν στην σχολική επίδοση και συμπεριφορά και στις διαπροσωπικές σχέσεις εκπαιδευτικού-μαθητή</p> <p>Προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης σεμιναριακού τύπου σε μεγάλες ομάδες</p>	<p>Συμβουλευτικός Σταθμός Άλλοι προσφερόμενοι επαγγελματικοί χώροι</p>	<p>Ενίσχυση του έργου εκπαιδευτικών</p> <p>Βελτίωση σχέσεων εκπαιδευτικών – μαθητών.</p> <p>Επιμόρφωση. Εξειδίκευση. Ευαισθητοποίηση & εκπαίδευση σε θέματα ψυχολογίας παιδιού και εφήβου.</p> <p>Έμφαση στην ολιστική θεώρηση του ατόμου.</p> <p>Ενίσχυση της διεπιστημονικής συναλλαγής και πρακτικής των επαγγελματιών.</p>
<p>Ατομικό</p>	<p>Μαθητές</p>	<p>Μονάδες παρέμβασης στα σχολεία, αποτελούμενες από έναν ή περισσότερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (παιδοψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός). Τακτικές επισκέψεις στα σχολεία στοιχειώδους και μέσης εκπαίδευσης.</p>	<p>Σχολεία</p>	<p>Ευαισθητοποίηση εκπαιδευτικών στην έγκαιρη πρόληψη της παθολογικής συμπεριφοράς. Συμβουλευτική Ανίχνευση και παραπομπή κατά περίπτωση παιδιών με μαθησιακές ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα</p>

Πίνακας 6: Ενδεικτικές υπηρεσίες δημόσιες και ιδιωτικές για την ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων στην Α. Αττική (Φρέρης, Κουρελλά, 2006).

Δήμος/Περιοχή	Ονομασία	Αντικείμενο εργασίας	Πληθυσμός
Νέα Μάκρη	1. «Παμμακάριστος»	Νοητική Καθυστέρηση Διαταραχές Συμπεριφοράς & μάθησης	Παιδιά & έφηβοι (6-16 χρ.)
	2. «Παμμακάριστος»	Εκπαίδευση	Παιδιά (6-12 χρ.)
	3. Κέντρο Εκπαίδευσης & Αποκατάστασης Αυτιστικών SOS	Αυτισμός	Παιδιά, έφηβοι & νέοι
	4. Ξενώνας για Αυτιστικά	Αυτισμός	Έφηβοι (12-18 χρ.)
Παιανία	Κέντρο Ατόμων με μυοπάθειες	Μυϊκές Δυστροφίες	Νέοι
Ραφήνα	Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	Πρωτοβάθμια και τριοβάθμια περίθαλψη	Παιδιά, Έφηβοι (8-17 χρ.)
Παλλήνη	1. Ξενώνας	Ψυχιατρικά & Κοινωνικά προβλήματα	Παιδιά, Έφηβοι (8-18 χρ.)
	2. Προστατευμένο Σπίτι		
	3. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Παλλήνης		
	4. Ίδρυμα «Χαρά»		
Κορωπί	1. Κ.Δ.Α.Υ.	Μαθησιακές δυσκολίες Διαταραχές Συμπεριφοράς	Παιδιά, έφηβοι (4-18 χρ.)
	2. Κέντρο Ημέρας «Ανοιχτή Αγκαλιά»	Εξελικτικές Διαταραχές, Αυτισμός, Νοητική Καθυστέρηση	Παιδιά, προέφηβοι (4-14 χρ.)
Άρτεμις	1. Ξενώνας	Ψυχιατρικές – Νευρολογικές περιστατικά	Νέοι ενήλικες
Άλλοι Δήμοι	Κοινωνικές Υπηρεσίες	Κοινωνικά προβλήματα	Γενικός Πληθυσμός

Είναι όμως γνωστό στους ειδικούς επιστήμονες, Παιδοψυχιάτρους, συμβούλους υπουργείων κ.ά., ότι η Α. Αττική κατοικείται από περίπου 450.000 κατοίκους, με ραγδαία δυναμική ανάπτυξης την επόμενη δεκαετία και οι προδιαγραφές του Π.Ο.Υ. προβλέπουν έναν Ιατροπαιδαγωγικό Σταθμό με πλήρη διεπιστημονική

ομάδα ανά 100-120.000 κατοίκους, ενώ το Βρετανικό Κολέγιο μια πλήρη παιδοψυχιατρική ομάδα ανά 12.000 παιδιά. Στην Α. Αττική, κανείς δεν αντιλήφθηκε ότι αυτή η «σύμπτωση», εν έτει 2000, να υπάρχουν δύο Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, δεν αποτελούσε πολυτέλεια, αλλά ανάγκη, όταν για να αναπτυχθούν νέες υπηρεσίες ειδικά με τις δυσκολίες του δημόσιου λογισμικού απαιτούνται χρόνια! Κάτω από αυτές τις παράδοξες και συγχυτικές επιλογές, διακόπτει την λειτουργία το Εξωτερικό Παιδοψυχιατρικό Ιατρείο του Π.Ν.Α. («Ιατροπαιδαγωγικός» Ραφήνας). Κανένας φορέας ούτε η τοπική αυτοδιοίκηση (όμοροι Δήμοι) δεν αντιδρά, κανένας δεν αντιλαμβάνεται την χαμένη ευκαιρία. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι η γεωμετρική αύξηση τα τελευταία χρόνια κοινωνικών και άλλων φαινομένων όπως η παιδική παραβατικότητα και εγκληματικότητα, η αλόγιστη χρήση βιντεοσκοπήσεων ενδοσχολικά μέσω των κινητών τηλεφώνων με τα γνωστά αποτελέσματα, η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση (βλ. βιασμός παιδιού στην Εύβοια), η εξαφάνιση παιδιών (βλ. υπόθεση «Άλεξ» στην Βέροια), η πληθώρα των Εισαγγελικών εντολών (βλ. για σφοδρές αντιπαραθέσεις και διεκδικήσεις παιδιών γονέων σε διαζύγιο, πραγματογνωμοσύνες), μόνο όταν φτάνουν στα Μ.Μ.Ε. «αναζητούν» ευθύνες, ειδικούς, υπηρεσίες και καταλήγουν σε υποσχέσεις.

Την ίδια δεκαετία δρομολογείται από τον Δήμο Παλλήνης μελέτη για την Οργάνωση και λειτουργία Συμβουλευτικού Σταθμού Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Φρέρης, Χαλκιά, Χονδρός, Κοντοβασίλης, Τσανούλα, 1995), που αποτελεί μια πρόδρομη προσπάθεια ενός ευαισθητοποιημένου Δήμου, προς την κατεύθυνση δημιουργίας, πέντε χρόνια αργότερα, του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου Παλλήνης.

Επιπλέον, το Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας προετοιμάζεται να υποδεχθεί ένα από τα 4 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα του Π.Ν.Α. και υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας εργάζονταν για το στήσιμο κτηριακά (αρχιτεκτονικές μελέτες κ.λ.π.) ενός Ψυχιατρικού Κτιρίου. Η προσπάθεια, όμως, δεν τελεσφορεί, το Νοσοκομείο πουλιέται, και μετασχηματίζεται σε ένα ιδιωτικού δικαίου Νοσοκομείο με όχι σαφή ιδιοκτησιακό καθεστώς (Νέγκη 2006). Οι δυσκολίες δεν είναι μόνο οικονομικοπολιτικές, αλλά έλλειψη «συμβατότητας» του παιδοψυχιατρικού κοινοτικού μοντέλου με το νοσοκομειακό ιατροκεντρικό μοντέλο των Γενικών Νοσοκομείων υποδοχής: Γ.Ν. Σισμανόγλειο, Γ.Ν. Παίδων Αγ. Κυριακού, Γ.Ν. Παίδων Β. Αττικής.

Τα παραπάνω οδηγούν έναν αντικειμενικό παρατηρητή στο συμπέρασμα ότι η ψυχική υγεία του παιδιού και του εφήβου δεν αποτελούν προτεραιότητα φορέων που έχουν αναλάβει αυτή την ευθύνη απέναντι στο κοινωνικό σύνολο.

Η Α. Αττική δεν θα μπορούσε να ξεφύγει από την σύγχυση και την γενική καθυστέρηση που διέπει την ανάπτυξη της ψυχικής υγείας για το παιδί και τον

έφηβο, παρόλη την προαναφερθείσα προνομιακή θέση στην οποία βρισκόταν, λόγω του Π.Ν.Α. και των κοινοτικών του δομών. Έτσι, ασύντακτα και αναλόγως της ευαισθητοποίησης των κατά τόπους αρχών της τοπικής αυτοδιοίκησης, οι Δήμοι αρχίζουν να επιζητούν την λειτουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αντιλαμβάνομενοι την σημασία αυτών των υπηρεσιών για τους συμπολίτες τους. Ο Δήμος Κρωπίας «επιτυγχάνει» να φέρει στην περιοχή του το Κέντρο Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης του Υπουργείου Παιδείας (Κ.Δ.Α.Υ.), το οποίο διεκδικούσε και ο Δήμος Παλλήνης και επί 4 χρόνια «περιφερόταν» από «χωρίου εις χωρίον» της Α. Αττικής επειδή δεν εύρισκε χώρο να στεγαστεί!

Παράλληλα με τον ίδιο τρόπο κινούνται και άλλοι φορείς ή μη κυβερνητικές οργανώσεις. Έτσι π.χ. τον Ιανουάριο του 2007 αναπτύσσεται και λειτουργεί από την μη κερδοσκοπική οργάνωση «Ανοιχτή Αγκαλιά» Φίλων Κοινωνικής Παιδαγωγικής & Ιατρικής, στα πλαίσια της συγχρηματοδότησης Ε.Ε. και Υ.Υ.&Κ.Α. στο Δήμο Κρωπίας, το Κέντρο Ημέρας για παιδιά με μειωμένες ικανότητες. Πρόκειται για ένα από τα ελάχιστα Κέντρα Ημέρας που υπάρχουν στον Νομό Αττικής και το μοναδικό στην Α. Αττική (Φρέρης, Πάλλης, Τριανταφυλλίδου, Μυλωνά, Ρίζου et al., 2007).

Επαναπροσδιορίζοντας την Ψυχική Υγεία του παιδιού και του εφήβου στην Α. Αττική

Για το διάστημα μετά το 2006, οι προτεραιότητες της πολιτικής για την ψυχική υγεία αφορούν στα εξής:

- Αναθεώρηση του προγράμματος «Ψυχαργώς» 2006-2015, ώστε να συνεχιστεί η ανάπτυξη των μονάδων ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα. Ως στόχος παραμένει πάντα η ολοκλήρωση των δικτύων των κοινοτικών δομών κατά τρόπο ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Για τη δεκαετία 2006-2015 στόχος είναι επίσης η κατάργηση / μετασχηματισμός των ψυχιατρικών νοσοκομείων (Δαφνί, "Δρομοκαϊτειο", Θεσσαλονίκης, Π.Ν.Α.) και η ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών για ειδικές κατηγορίες αναγκών (αλκοολισμός, τοξικοεξάρτηση, κτλ.).

- Η υποστήριξη της επαγγελματικής αποκατάστασης και εργασιακής ένταξης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, διαμέσου της ανάπτυξης επιχειρηματικών πρωτοβουλιών συνεταιριστικού χαρακτήρα (Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένοι Ευθύνης – ΚοιΣΠΕ) και, βεβαίως,

- Η περαιτέρω προώθηση, κατοχύρωση και συμπλήρωση του νομοθετικού πλαισίου για την ψυχική υγεία, την τομεοποίηση και την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων.

Ειδικότερα οι άξονες δράσης για την οργάνωση ενός ολοκληρωμένου και λειτουργικού δικτύου για την ψυχική υγεία του παιδιού και του εφήβου στην Α. Αττι-

κή στα πλαίσια αξιοποίησης του κοινωνικού κεφαλαίου απαιτούν ένα στρατηγικό σχεδιασμό, που μεταξύ άλλων πρέπει να περιλαμβάνει:

α) Σχεδιασμός ενός «χάρτη» ψυχικής υγείας για το παιδί και τον έφηβο στην Α. Αττική που να λαμβάνει υπόψη του τις υπάρχουσες διεπιστημονικές υπηρεσίες και φορείς.

β) *ανίχνευση των αναγκών* στον συγκεκριμένο τομέα.

γ) *συντονισμό* των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου απαιτείται ακόμη και αν ανήκουν σε διαφορετικά υπουργεία και φορείς. Η ανάπτυξη μιας λειτουργίας που να βασιίζεται στις διεπιστημονικές ομάδες και στην πρόληψη των σφαλμάτων, αποτελούν βασική ενός επανασχεδιασμού και επαναπροσδιορισμού του προαναφερθέντος «χάρτη», που έτσι ή αλλιώς δεν υπήρξε ποτέ στην Α. Αττική.

δ) *δρομολόγηση* ενός άμεσου «διοικητικού» και «επιστημονικού» καναλιού επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των φορέων που δραστηριοποιούνται στην Α. Αττική. Δεν μπορεί να συνεχίσουν να λειτουργούν οι ελάχιστες αυτές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ως αυτοτελή, αυτόνομα μικρά «κρατίδια», που όχι μόνο δεν γνωρίζουν το κοινό έδαφος δράσης που υπάρχει μεταξύ τους, αλλά στην χειρότερη περίπτωση «αγνοούνται» μεταξύ τους ως υπηρεσίες.

Όλα τα ανωτέρω μπορούν να υλοποιηθούν μέσα από την συγκρότηση ενός παρατηρητηρίου με διαδημοτική και νομαρχιακή εκπροσώπηση από όλη την Α. Αττική.

Η ψυχική υγεία για το παιδί και τον έφηβο αποτελεί κοινωνικό κεφάλαιο και προτεραιότητα. Δεν μπορεί να υπάρξει μέλλον για μια υγιή κοινωνία, χωρίς ψυχική υγεία για το παιδί και τον έφηβο. Η πρόκληση είναι ανοιχτή προς όλες τις κατευθύνσεις και το «ας μετρηθούμε όλοι με μέτρο το αποτέλεσμα» θα είναι πάντα ο στόχος.

Υ.Σ.: Το κείμενο προέρχεται από την εισήγηση με τίτλο «Η ψυχική υγεία παιδιού και εφήβου στην Αν. Αττική: Είδος πολυτέλειας ή ανάγκης», που ανακοινώθηκε στη ΙΒ΄ Επιστημονική Συνάντηση Νοτιανατολικής Αττικής και οργάνωσε στην Παλλήνη (30-11/3-12-2006) η Εταιρεία Μελετών της ΝΑ. Αττικής. Η τροποποίηση του τίτλου της εισήγησης, όσο και η συμμετοχή ενός Πανεπιστημιακού Καθηγητή και ενός Σχολικού Συμβούλου έγινε στο πλαίσιο της «συστημικής» προσέγγισης του θέματος, αλλά και για να εμπλουτισθεί και να διευρυνθεί το πνεύμα και η ουσία του άρθρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Berkman, L., & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A 9-yr follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186–204.
- Berkman, L.F. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In L.F. Berkman & I. Kawachi (eds), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Boix, C., & Posner, D.N. (1998). Social capital: Explaining its origins and effects on government performance. *British Journal of Political Science*, 28, 686–693.
- Boswell-Purdy, J. (2001) *Social Variables as Predictors of Health and Mortality*. Policy Research Division, Health Canada, Internal Discussion Paper.
- Bourdieu, P. (1985). The forms of social capital. In J. G. Richardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241–258). New York: Greenwood.
- Cusack, T.R. (1999). Social capital, institutional structures and democratic performance: A comparative study of German local governments. *European Journal of Political Research*, 35, 1–34.
- Harriss, J. (2001). *Depoliticising development: The World Bank and social capital*. New Delhi: Left Word Books.
- Hewitt O.P., (2005). *Οι έννοιες της Φυσιολογίας*. Επιστημονική Επιμέλεια Γ. Παπαδόγγονας, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Kaplan, G.A., Pamuk, E., Lynch, J.W., Cohen, R.D., & Balfour, J.L. (1996). Income inequality and mortality in the United States. *British Medical Journal*, 312, 999 –1003.
- Kawachi, I. Kennedy, B. Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American Journal of Public Health* 87 (9), 1491–1498.
- Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E., Giovannucci, E., Stampfer, M.J., & Willett, W.C. (1996). A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Medicine*, 50, 245–251.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., & Wilkinson, R.G. (1999). Crime: Social disorganization and relative deprivation. *Social Science and Medicine*, 48, 719–731.
- Lindström, M., Hanson, B.S., & Ostergren, P.O. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: The role of social participation and social capital in shaping health-related behaviour. *Social Science and Medicine*, 52, 441–451.
- Litwin, H. (1998). Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. *Social Science and Medicine*, 46, 599–609.
- O' Neil P., (1983). Health Crisis 2000. WHO, W. Heineman, London.
- Putnam, R. (1993). The Prosperous Community: Social Capital and Public Life. *The American Prospect*, 13.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone - The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.

- Shye, D., Mullooly, J. P., Freboorn, D. K. & Pope, C. R. (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality. *Social Science and Medicine*, 41 (7), 935-947.
- Watzlavick, B.J. & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human Communication*. New York: Norton.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wolf, S., & Bruhn, J. (1992). *The power of a clan: A 25 yr prospective study of Roseto*. PA. New Brunswick: Transaction Publishers.
- World Health Organization (2001). Mental health new understanding, new hope. *World health report 2001*, Geneva, World Health Organization.
- Γεωργιάδης, Δ., (2004). Η καθυστέρηση και αδράνεια στο χώρο της ψυχικής υγείας παιδιού και εφήβου και η απογοήτευση του παιδοψυχιατρικού κόσμου. *Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου*. *News Letter Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδας*, 2:3.
- Διυπουργική απόφαση (Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης & ΥΥΚΑ), αριθμ. Υ3α/ΓΠ.125894/03/30-1-2004 περί «δημιουργίας Κέντρου Αστικού Τύπου με Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας στο χώρο του Π.Ν.Α».
- Εμμανουηλίδου, Α., (2005). Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση – Αντιμεταρρύθμιση, Απορρύθμιση. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 92, 9-17.
- Καρπέτης, Γ., Ευθυμίου, Χ., Ασημομύτη, Α., Φρέρης, Γ. (2004). Παιδοψυχιατρικό Νοσ. Αττικής: Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον, «Κοινωνία και Υγεία». *Π.Ν.Α.*, 1, 9-14.
- Λαζάρου Γ., (2004). «Εργαλεία διασφάλισης Ποιότητας στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: Ουτοπία, Πολυτέλεια, Υποχρέωση ή ανάγκη;», «Κοινωνία και Υγεία», εκδ. Π.Ν.Α., 3:18-21.
- Μάτσα, Κ., (2003). Το εγχείρημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Το πολιτικό πλαίσιο. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 83, 21-24.
- Μαυρατζιώτου Κ., (2003), Σχεδιασμός και ανάπτυξη των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Στο *Αποασυλοποίηση και η σχέση με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Συντονισμός: Δ. Δαμίγος, Αθήνα: Παπαζήση.
- Νέγκη, Α., (2006). «Καποδίστριας» τώρα στην Υγεία. *Εφημερίδα: Κόσμος του Επενδυτή*, 194: 10-11.
- Ρεντούμης, Τ., Μητσστάκης, Κ. & Ζάβρας, Α. (2004). Ανάπτυξη του Κοινωνικού Κεφαλαίου και Ενεργοποίηση των Πολιτών: Μια νέα πολιτική πρακτική. *Φιλελεύθερη Έμφαση*, 19.
- Στυλιανίδης, Σ., Ευθυμίου, Χ., Καρπέτης, Γ., Φρέρης, Γ. (2004). Διαχείριση ανθρώπινων πόρων κατά τη διαδικασία του αποϊδρυματισμού του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 87, 61-87.
- Σωτήρχου, Μ., (2006), Η σιωπή της πολιτείας στη σιωπή της τρέλας, «Φάκελοι». *Ελευθεροτυπία*, 31-3-2006.
- Τσιάντης, Ι. (2001). Οργάνωση υπηρεσιών Παιδοψυχιατρικής περίθαλψης και πρόληψης στην Ελλάδα. Στο *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τσιάντης, Ι. (2005). Η Παιδοψυχιατρική Μονάδα σε γενικό Νοσοκομείο και η σύνδεσή της με την Κοινότητα-Πραγματικότητα και προοπτικές στη χώρα μας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 92, 18-27.

- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Ψυχαργός 2001-2010 (Επιμ. εκδ. ΜΥΠΕΠ, ΕΚΤ). *Πρόγραμμα ανάπτυξης δομών και υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα.
- Υπουργική Απόφαση Υ5α.β/Γ.Π.οικ 18127/17-10-2001. *Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ανάπτυξης δομών και υποδομών του Τομέα ψυχικής υγείας κατά την διετία 2002-2003 στο πλαίσιο του Ε.Π. «Υγεία –Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης».*
- Φρέρης Γ., (2001). Συμβουλευτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση: η εμπειρία στο Νομό Αττικής. *Διπλωματική εργασία μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Κοινωνικής Ψυχιατρικής*, Ιατρική Σχολή, Παν/μιο Ιωαννίνων.
- Φρέρης Γ., Χαλιά Γ., Κουτσοβασίλης Β., Χονδρός Δ., Τσανούλα Γκ. (1995). Οργάνωση και Λειτουργία Συμβουλευτικού Σταθμού Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. *Μελέτη για τον Δήμο Παλλήνης της Integration Οργανωτική – Εκπαιδευτική Ε.Π.Ε.*, Αθήνα.
- Φρέρης Γ., Κουρελλά Ο., (2006). Πολιτικές ψυχικής υγείας για το παιδί και τον έφηβο στη θεωρία και την πράξη: Οικονομικές και διοικητικές θέσεις και αντιθέσεις στην παροχή της ποιότητας φροντίδας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 94, 95-102.
- Φρέρης Γ., Πάλλης Ε., Τριανταφυλλίδου Σ., Μυλωνά Α., Ρίζου Φ., Τσιμπλούλη Ζ., Αλεξανδράκη Λ., Παναγιωτοπούλου Ι., (2007). Κέντρα Ημέρας για παιδιά: Νέες δομές Ψυχικής Υγείας, Νέες προκλήσεις. Αδημοσίευτες ανακοινώσεις Στρογγυλού τραπέζιού, *12th International Conference, Psychological Interventions and Neuropsychiatric disorders in children, Adults & Elderly*, Α.Ρ.Ρ.Α.Σ., Αθήνα.
- Φρέρης Γ., Σπύρου Σ., Τριανταφυλλίδου Σ., Κουρελλά Ο., Ανδραδέλλη Β., Σχοιναράκη Γ., (2007). Ποσοτική και ποιοτική τεκμηρίωση της Παιδοψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 1997-2007: μια χαμένη ευκαιρία; Αδημοσίευτη ανακοίνωση στο *9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management υπηρεσιών υγείας*, Κέρκυρα.

SUMMARY

The holistic model is based on the principle that children's and adolescent's mental health interacts with systemic agents, such as social capital and networks. An intervention on any part of the system influences the overall dynamics of the whole system, thus enhancing social transformation. In this study the mental health system of East Attica is described and the finding that mental policy generally ignores systemic and social variables is pointed out. Efforts for change usually lack long term scope, reproduce non functional structures and lack innovation. This inefficiency is attributed to social hygiene factors and inappropriate networking.