



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»

Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας



ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ»

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ)
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων – Ιατρική Σχολή – Ψυχιατρική Κλινική
Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ)
Όμιλος Μελετών & Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ ΑΕ)

Αθήνα, Μάρτιος 2005



ΟΔΗΓΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Περιεχόμενα

Πίνακας Περιεχομένων	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	4
Ιδεολογία	5
Βασικές αρχές	7
ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	9
Βασικές αρχές παρεμβατικού χαρακτήρα	9
Βασικές αρχές διοικητικής υφής	10
Η ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ Ο ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	12
Ο ΦΟΡΕΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ: ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	19
Το έργο ενός ΚΨΥ. Οι υπηρεσίες	20
Υπηρεσία Ανοικτής Ψυχοκοινωνικής Περίθαλψης και Επανεξετάσεων	20
Υπηρεσία Άμεσης Ψυχολογικής Παρέμβασης	21
Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα	22
Ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και των εξυπηρετούμενων	37
Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΝΟΣ ΚΨΥ	38
Η ανάπτυξη και τα πρώτα βήματα	38
Η διακλαδική ομάδα του ΚΨΥ	39
Σχέσεις της διακλαδικής ομάδας	44
Τα δυναμικά της διακλαδικής ομάδας	46
Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) των μελών της διακλαδικής ομάδας	46
Παράγοντες που εξασφαλίζουν την επιτυχία του ΚΨΥ και της διακλαδικής ομάδας	47
Η ηγεσία (leadership)	47
ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΚΨΥ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	49
Η διασύνδεση του ΚΨΥ με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	49
Διασύνδεση με τις υπηρεσίες της κοινότητας και την Τοπική Αυτοδιοίκηση	50
Η διασύνδεση του ΚΨΥ με τις άλλες υπηρεσίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας	51
ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ ΚΨΥ	53
ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	54
ΤΟ ΚΨΥ ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	56
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	57
Προγραμματισμός	57
Αξιολόγηση	59
ΜΟΝΤΕΛΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΨΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	63
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΚΨΥ	64
Κλινικά θεραπευτικά θέματα	65
Η ανάληψη της περίπτωσης και η θεραπευτική διαδικασία	65
Η λήψη και καταγραφή του ψυχοκοινωνικού ιστορικού	66
Η οργάνωση του κλινικού έργου της διακλαδικής ομάδας	67
Άρρωστοι με τη διάγνωση «σχιζοφρένεια» και «συναισθηματικές διαταραχές»	68
Οι Ψυχογριατρικοί άρρωστοι	72
Τα εξαρτημένα άτομα από ουσίες και αλκοόλ	74
Ο Νευρωσικός άρρωστος	75
ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΕ ΚΡΙΣΗ	76
ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΖΗΤΑΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ	79
Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	81
ΤΑ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	82
Ο ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	86
Η ΠΟΛΥΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	87
ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ. Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ	90
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ ΚΨΥ	92
ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ	99
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	101
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ: Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	105
Τι είναι η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή	105
Προληπτική Ψυχιατρική	105
Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή: η παρέμβαση στην κοινότητα με την κοινότητα στην πράξη	107

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» έχει ως κεντρικό του στόχο την ανάπτυξη ενός δικτύου τομεοποιημένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα ώστε να είναι εφικτή η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.

Η τομεοποίηση των υπηρεσιών αποτελεί τη βασική συνιστώσα της κοινοτικής ψυχιατρικής που θεωρείται ως η πιο σύγχρονη αντίληψη για την οργάνωση ενός συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας της ψυχικής υγείας ικανού να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της σημερινής εποχής. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) κατέχει κομβικό ρόλο στο δίκτυο των τομεοποιημένων κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας.

Ο ανά χείρας οδηγός, προϊόν συλλογικής επεξεργασίας εμπειρογνομόνων της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης (ΜΥΠ) του προγράμματος «Ψυχαργός», φιλοδοξεί να αποτελέσει ένα χρηστικό εργαλείο για τους επαγγελματίες που στελεχώνουν τα ΚΨΥ.

Η διάρθρωσή του είναι τέτοια ώστε να δοθεί η δυνατότητα στον αναγνώστη να εντάξει τη λειτουργία του Κέντρου στο πλαίσιο του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Θεωρήθηκε απαραίτητη η εκτενής αναφορά στις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, από τη στιγμή που το Κέντρο Ψυχικής Υγείας αποτελεί τον πυρήνα των μονάδων που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Είναι σαφές πως ο «Οδηγός» περισσότερο από το να παρουσιάζει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο οργάνωσης και λειτουργίας ενός ΚΨΥ, αποτελεί ένα κείμενο εργασίας που πρέπει να συζητηθεί και να γίνει η περαιτέρω επεξεργασία του. Αυτή η συζήτηση και η επεξεργασία είναι μάλλον ευθύνη των ίδιων των ενδιαφερομένων για αυτού του τύπου τις μονάδες.

Την κύρια ευθύνη σύνταξης του οδηγού είχε ο καθηγητής ψυχιατρικής Μιχάλης Μαδιανός. Συνεισέφερε η παιδοψυχίατρος Μαρία Ελευθεριάδου (με το κεφάλαιο για το ιατροπαιδαγωγικό τμήμα) ενώ μέρος του κειμένου συνέγραψε η ψυχολόγος, μέλος της Ομάδας Έργου της ΜΥΠ, Αλεξάνδρα Πάλλη.

Ο ψυχολόγος, μέλος της Ομάδας Έργου της ΜΥΠ, Νίκος Γκιωνάκης, είχε την ευθύνη του συντονισμού της συντακτικής ομάδας και τη συνολική επιμέλεια της έκδοσης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων (resources) και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικού ασθενούς στην κοινότητά του. Αποσκοπεί στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών σε ομάδες πληθυσμού, όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα με την κινητοποίηση των αναγκαίων πόρων και όχι όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο. Ειδική έμφαση δίδεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας, με στόχους την αλλαγή στάσεων και τη μείωση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών (Μαδιανός, 2003).

Οι Thornicroft και Szmukler έδωσαν πρόσφατα (2001) έναν ορισμό σύμφωνα με τον οποίο η Κοινοτική Ψυχιατρική ακολουθεί τις αρχές και πρακτικές που απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε έναν τοπικό πληθυσμό, αντίστοιχων των ψυχιατρικών του αναγκών, με την παροχή ενός συστήματος προσιτών υπηρεσιών και φάσματος πόρων, ικανοποιητικής κάλυψης, που παρέχουν καλά τεκμηριωμένες θεραπευτικές υπηρεσίες σε άτομα τα οποία πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Η Κοινοτική Ψυχιατρική:

- Δεν αναπαράγει το status quo, όπως η παραδοσιακή ψυχιατρική.
- Είναι μια διαδικασία με υποκείμενα από τις σωρεύσεις των κοινωνικών αντιφάσεων και των ψυχοκοινωνικών καταστάσεων.
- Δεν είναι στατική, αλλά αναπτύσσεται διαρκώς ανάλογα με τις διαπιστούμενες ανάγκες της κοινότητας στο συγκεκριμένο χρόνο.
- Πραγματώνει τους στόχους της και τις κατευθύνσεις μέσα από το εφικτό και την πραγματικότητα.
- Δεν εξωραΐζει τις αντιφάσεις.
- Έχει άποψη για το χαρακτήρα της κοινωνιογένεσης της ψυχικής αρρώστιας.
- Δέχεται τη διαλεκτική σχέση αρρώστιας (αντίθεση)- υγείας (θέση) με στόχο την εξάλειψη της αρρώστιας.
- Η ατομική προσέγγιση γίνεται στο μέτρο που αυτή οδηγεί στην καθολική προσέγγιση με τον έναν ή τον άλλο τρόπο.
- Η καθολική προσέγγιση υπάρχει μόνο μέσα από την ατομική και διαμέσου αυτής.
- Κάθε προσέγγιση της κοινότητας υπάρχει μέσα από την προσέγγιση των ατόμων.

Με το ιδεολογικό αυτό υπόβαθρο η Κοινοτική Ψυχιατρική ικανοποιεί ή αποσκοπεί στην ικανοποίηση των αναγκών ψυχικής υγείας της κοινότητας. Η ικανοποίηση των αναγκών αυτών προϋποθέτει εργασία¹. Η εργασία παρεμβαίνει μεταξύ του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και της κοινότητας και αποτελεί μια παραγωγική διαδικασία αξιοποίησης των πόρων και των δυνατοτήτων της κοινότητας για την ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων και δικτύων παραπομπών από τις άλλες κοινοτικές υπηρεσίες και έγκαιρης αναγνώρισης ψυχοπαθολογικών καταστάσεων και εναλλακτικών λύσεων. Η εργασία επιβάλλει τη συμμετοχή της κοινότητας.

Με τη διαδικασία αυτή, η κοινότητα γίνεται το αντικείμενο του κέντρου μέσα από τη διαλεκτική σχέση κέντρου-κοινότητας. Η σχέση αυτή ρυθμίζει την ταυτόχρονη θέση του κέντρου ως υποκειμένου του κοινοτικού ελέγχου. Η ψυχιατρική πράξη δεν είναι μετέωρη, αποξενωμένη από το κοινωνικό της περιεχόμενο, αλλά μια κοινοτική διαδικασία. Δεν μπορεί να θεωρηθεί πράξη περιοριστική ή και εχθρική, έξωθεν επιβαλλόμενη.

Ιδεολογία

- Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι μια μέθοδος και το εργαλείο για την ανάδειξη της σημασίας των κοινωνικών αντιθέσεων και αντιφάσεων στη γένεση της ψυχοπαθολογίας.
- Η Κοινοτική Ψυχιατρική θεωρεί ότι οι ψυχικές αρρώστιες είναι σαν τις άλλες αρρώστιες.
- Η Κοινοτική Ψυχιατρική αποσκοπεί στη μείωση της σημασίας του διχοτόμου διαχωρισμού των εννοιών «φυσιολογικότητα – μη φυσιολογικότητα», αφού βασική της θέση είναι το διαλεκτικό δίπολο:

Αρρώστια ←————→ Υγεία

με μεσοδιαστήματα εσωτερικής και εξωτερικής ισορροπίας ή ανισορροπίας, θλίψης και ευτυχίας, πόνου και χαράς. Είναι προφανές ότι η αναζήτηση της απόλυτης ψυχικής υγείας είναι μια ουτοπία.

¹ Με το όρο «εργασία» εννοούμε τη σειρά εκείνων των διαδικασιών, στρατηγικών και παρεμβάσεων με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας της κοινότητας.

- Η Κοινωνική Ψυχιατρική θεραπευτική προσέγγιση έχει ως στόχο το άτομο μέσα στην κοινότητα, διαμέσου της κοινότητας ως σύνολο των στάσεών του (διαπροσωπικών, συγγενικών, οικονομικών ή κοινωνικών).
- Η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να γίνει κατανοητή όταν θεωρείται αποξενωμένη από την κοινότητα, το φυσικό και κοινωνικό πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται.
- Το κοινωνικό και το φυσικό περιβάλλον πρέπει να μελετώνται από κοινού ως προς την επίδρασή τους στη ανθρώπινη συμπεριφορά.
- Ο θεραπευτής (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός) έχει ένα διπλό ρόλο, εκπροσωπεί τον άρρωστο του και ταυτόχρονα την κοινότητα στην οποία είναι μέλος.
- Η κοινότητα έχει παρεμβατικούς και ρυθμιστικούς μηχανισμούς της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ως θεραπευτής δρα σε τρία επίπεδα:
 - Στο επίπεδο της *υποδομής* δρα με τη ιστορία, τους μύθους και το πολιτισμό. Ο ρόλος του πολιτισμού στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας είναι πρωταρχικός και, βέβαια, αποδεκτός από όλους. Έχουν διατυπωθεί και θεωρίες πάνω στη σχέση αυτή, όπως εκείνη της πολιτιστικής ανοσίας (Cultural Immunity), ότι δηλαδή ο πολιτισμός είναι ένας ανοσοποιητικός μηχανισμός που προφυλάσσει από τις ψυχικές διαταραχές. Γνωστή επίσης είναι και η σχέση του φαινομένου του υψηλού βαθμού επιπολιτισμού (acculturation), με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε μετανάστες, ένα εύρημα που επιβεβαιώθηκε και στην έρευνα του 1976 σε Έλληνες μετανάστες στη Νέα Υόρκη (Μαδιανός, 1984). Η Field στην Γκάνα της Δυτικής Αφρικής, οι Eaton και Weil στους Hutterities της Πενσυλβάνιας των Η.Π.Α. και στην Ελλάδα η Μαδιανού στα Μεσόγεια Αττικής επιβεβαίωσαν την σημασία της «πολιτιστικής ανοσίας» (Field, 1960 - Eaton and Weil, 1995 – Gefou Madianou, 1992).
 - Στο επίπεδο της *αναγνωρίσιμης συμπεριφοράς*, με την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων, τις συνθήκες και δραστηριότητες του ατόμου μέσα στην κοινότητα.
 - Στο ανώτερο επίπεδο της *υπερδομής*, που ως έννοια είναι με την ταυτόσημη με την ταυτότητα της κοινότητας (η Gestalt ή το μορφοείδωλο της κοινότητας).

Συγκεκριμένα, στην κοινότητα τα σύμβολα και τα είδωλα παίζουν το ρόλο των μεταβατικών αντικειμένων του Winnicott, υποκατάστατων των πραγματικών αντικειμένων της επιθυμίας, έτσι ώστε τα άτομα να ικανοποιούνται κατά κάποιον τρόπο συμβολικά.

Επιπλέον, η κοινότητα συντηρεί τα σύμβολα, τα έθιμα ή τις τελετουργίες που «θεραπεύουν» ή απομυθοποιούν ψυχοπαθολογικές καταστάσεις όπως, για παράδειγμα, αποκριάτικα «όργια», μεταμφιέσεις (όταν άντρες μεταμφιέζονται σε γυναίκες κ.τ.λ.) ή έθιμα με θεραπευτικό – ψυχοκαθαρτικό χαρακτήρα (π.χ. Μανιάτικο μοιρολόι κ.α., το οποίο έρχεται σε αντίθεση με το ατελές ψυχοπαθολογικό πένθος της εποχής μας) ή σκωπτικά αποκριάτικα τραγούδια που «εκφράζουν» καλυμμένα, επιθετικότητα προς συγκεκριμένα άτομα καταστάσεις ή θεσμούς.

Συμπερασματικά, η κοινότητα «θεραπεύει»:

- *Άμεσα*: με τη δημιουργία α) παρεμβατικού υποστηρικτικού δικτύου ή συστήματος που προσφέρει συναισθηματική ενίσχυση και υλική πρόνοια, π.χ. στέγαση, φαγητό, ένδυση, εργασία και β) με την ατομική παρέμβαση από άτομα-κλειδιά ή άτομα κύρους.
- *Έμμεσα*: με τη διαμόρφωση μιας κοινοτικής ταυτότητας, η οποία προφυλάσσει από την εμφάνιση φαινομένων όπως η κοινωνική ανομία (anomie), που διατυπώθηκε από τον E. Durkheim, και η κοινωνική διάσπαση (social disintegration) του Leighton.

Αυτή η κοινή ταυτότητα αναπτύσσεται στο πλαίσιο των κοινών λειτουργικών δραστηριοτήτων. Αυτές ασκούνται στο πλαίσιο της κοινοτικής ζωής, των κοινωνικών θεσμών (οικογένεια, σχολείο, Εκκλησία κ.α.). Οι τελετουργίες (rituals) που δημιουργούνται στο πλαίσιο των θεσμών και των εθίμων ενισχύουν το ομαδικό πνεύμα και εισάγουν το κάθε μέλος σ' αυτό. Επιπλέον, οι τοπικές οικονομικές δραστηριότητες στοχεύουν στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου και την ποιότητα ζωής των μελών της κοινότητας.

Βασικές αρχές

Οι τρεις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την οργάνωση και λειτουργία των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίες διατυπώθηκαν από τον Caplan το 1964, είναι οι εξής:

1. *Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής (comprehensiveness)*

Στόχος είναι ο συνδυασμός της ολοκληρωμένης παροχής και του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος, σε σύντομο χρονικό διάστημα με το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικό πλαίσιο βασισμένο στις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

2. *Η αρχή της τομεοποίησης (catchmentation- sectorization)*

Η αρχή αυτή δηλώνει την παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, γιατί αλλιώς κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη. Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το ΚΨΥ πρέπει να κυμαίνεται από 1 έως 15 λεπτά. Επίσης, σύμφωνα με την ΠΟΥ, πρέπει να περιλαμβάνει περίπου 70.000 έως 150.000 κατοίκους.

3. *Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς (continuity of care)*

Είναι απαραίτητη η ύπαρξη του ίδιου θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας, η οποία, για ορισμένες περιπτώσεις, είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο. Η διάσπαση της θεραπευτικής σχέσης συμμαχίας έχει αρνητικά αποτελέσματα στην εξέλιξη του θεραπευτικού αποτελέσματος (outcome). Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς.

Σε αυτές πρέπει να προστεθεί ακόμη μία:

4. *Η αρχή της ανταποκριτικότητας*

Η αρχή αυτή διατυπώθηκε το 1983. Η προσέλευση του κοινού στο ΚΨΥ είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών, που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. Όσο αναπτύσσεται το δίκτυο και διεισδύει στην κοινότητα, τόσο περισσότερο μικραίνει η απόσταση του ψυχικά πάσχοντος μέλους προς την αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες του ΚΨΥ. Με το σκεπτικό αυτό καθίσταται προφανής η σημασία και τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς σε ΚΨΥ που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές.

ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

I. Βασικές αρχές παρεμβατικού χαρακτήρα:

1. *Η αρχή της διαλεκτικής αλληλεπίδρασης*

Έχει παρόμοια υφή με εκείνη της ανταποκριτικότητας. Η σχέση του κοινοτικού επαγγελματία ψυχικής υγείας με την κοινότητα είναι πολύ στενή. Ουσιαστικά, αλλάζουν μαζί. Αυτό που βγαίνει προς τα έξω ως περίγραμμα των κοινοτικών σχέσεων είναι ένα μέρος της πραγματικότητας των σχέσεων ή ένα μέρος της παρέκκλισής τους, όπως η βία, το έγκλημα, η κατάχρηση εξουσίας, η τρέλα κ.τ.λ. Το προς τα έξω όμως «προϊόν» είναι αποτέλεσμα εσωτερικών πολύπλοκων ψυχικών διεργασιών. Όμως, κάθε άσκηση μιας δραστηριότητας ή παρέμβασης στην κοινότητα προκαλεί αντίστοιχη συστήματος, όπως οικογένεια, σχολείο ή άλλη μεγάλη ομάδα,. Επίσης, κάθε κοινωνική, οικονομική αλλαγή στην ίδια την κοινότητα επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τη δομή της ίδιας της κοινοτικής υπηρεσίας.

2. *Η αρχή πολιτιστικής συμβατότητας*

Κάθε δραστηριότητα ή παρέμβαση (θεραπευτικού ή προληπτικού χαρακτήρα) που ασκείται σε μια συγκεκριμένη κοινότητα πρέπει να είναι συμβατή με τον πολιτισμό (milieu) αυτής της κοινότητας. Μάλιστα έχει παρατηρηθεί ότι η κλινική εξέταση ενός ψυχωσικού ατόμου σε γλώσσα ξένη προς αυτό αποκρύπτει τη λεκτική ψυχωσική σημειολογία στη δομή της σκέψης.

3. *Η αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης*

Στην κοινοτική θεραπευτική είναι αποδεκτές οι έγκυρες, αξιόπιστες και δοκιμασμένες κλινικές θεραπευτικές πρακτικές με κριτήριο το αποτελεσματικότερο ή αποδοτικότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη δυνατότητα να καλύπτουν τις ανάγκες της πλειονότητας των πελατών. Δηλαδή, υπάρχουν εξειδικευμένα κέντρα για ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

4. *Η αρχή της θεραπευτικής αυτοπεριοριστικότητας*

Βασίζεται στην αντίληψη ότι η κοινότητα έχει δικούς της αυτοθεραπευτικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς, γεγονός που σημαίνει ότι ορισμένοι «άρρωστοι» ίσως δεν χρειάζεται να εισαχθούν σε ψυχιατρείο. Οπότε, ο κοινοτικός ψυχίατρος και γενικά κάθε θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει αφενός τα θεραπευτικά κλινικά όρια και να τα οριοθετεί και αφετέρου τις δυνατότητες των τυπικών πόρων (resources) να θεραπεύσουν το πρόβλημα.

II. Βασικές αρχές διοικητικής υφής

1. *Η αρχή της διαρκούς αναπροσαρμογής της οργανωτικής δομής*

Θεωρείται και αρχή «αμφισβήτησης» της οργανωτικής δομής: η οργανωτική φύση της κοινοτικής ψυχιατρικής υπηρεσίας εμπεριέχει τη διαρκή αναπροσαρμογή της ως προς τους στόχους και τη διάρθρωση των τεχνικών της παροχής υπηρεσιών. Η αρχή αυτή πηγάζει από την εφαρμογή της αρχή της δημιουργικής επιστημονικής αξιολόγησης του έργου που ασκείται, ανεξάρτητα από αν αυτό είναι κλινικό, ψυχοθεραπευτικό ή άλλου τύπου, π.χ. αγωγή υγείας.

2. *Η αρχή της σταδιακής ανάπτυξης*

Μια κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία αναπτύσσεται σταδιακά με βάση έναν πυρήνα στελεχών. Ουσιαστικά, κάθε νέο τμήμα ή υπηρεσία αναπτύσσεται με βάση ένα συγκεκριμένο τύπο υπηρεσιών. Η αρχή αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι ο εργαζόμενος στο κέντρο αρχικά γνωρίζει ένα μικρό τμήμα της κοινότητας, κυρίως μέσα από το αίτημα του πελάτη που καταφεύγει στο ΚΨΥ.

3. *Η αρχή της δημιουργικής αξιολόγησης*

Κάθε θεραπευτική πράξη ή άλλη δραστηριότητα που δεν αξιολογείται με επιστημονική μεθοδολογία (π.χ. κριτήρια αξιοπιστίας και εγκυρότητας), δεν μπορεί να θεωρηθεί τεκμηριωμένη και ουσιαστικά είναι μη αναγνωρίσιμη, δηλαδή πρακτικώς είναι σαν να μην «έγινε».

4. *Η αρχή της αλληλοσυμπλήρωσης*

Είναι σαφές ότι μια κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία δεν μπορεί από μόνη της να καλύπτει όλες τις ανάγκες της κοινότητας, γι' αυτό πρέπει να εκμεταλλεύεται κάθε δυνατότητα που της προσφέρεται από την ίδια την κοινότητα, και να αξιοποιεί τους πόρους της (resources). Επίσης, πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα συνεργασίας με γειτονικούς παραπλήσιους φορείς, οπότε μα αλληλοσυμπληρώνονται και να καλύπτουν όλες τις ανάγκες τους, (π.χ. η ύπαρξη ενός παιδοψυχιάτρου που να καλύπτει τις ανάγκες δύο γειτονικών ΚΨΥ)

5. *Η αρχή της κυκλικότητας*

Η ομάδα συμμετέχει στις αποφάσεις οργάνωσης, στόχων, έρευνας και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η διοίκηση της ομάδας ασκείται διαμέσου και με συμφωνία των μελών της ομάδας. Η αρχή αυτή έρχεται σε αντιδιαστολή με την πυραμίδα της διοικητικής δομής της παραδοσιακής ψυχιατρικής.

6. *Η αρχή της συλλογικότητας*

Το έργο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής πραγματοποιείται μέσα από ομαδικές διεργασίες που συντελούνται στην Ομάδα Υγείας (φάση προσανατολισμού, φάση σύγκρουσης, φάση σύνθεσης, φάση απόδοσης, στατική φάση) και οι οποίες οδηγούν σε ένα τελικό πνεύμα ομαδικότητας και κοινής ιδεολογίας. Ιδίως αυτή η τελευταία είναι απαραίτητη για την αποφυγή της διάσπασης, της παθητικότητας ή και της αποξένωσης της ομάδας από την άσκηση του έργου της κοινοτικής παρέμβασης. Ουσιαστικά, είναι θέμα ηθικής και δεοντολογίας *κοινή πίστη* στη σημασία της κοινοτικής παρέμβασης και όχι στη στατική άσκηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Η ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ Ο ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις δεκαετίες του 1960 και του 1970, στη Δυτική Ευρώπη και τις ΗΠΑ, υπέστη ριζική μεταρρύθμιση με την εισαγωγή της έννοιας του Τομέα Ψυχικής Υγείας (sector ή catchment area ή secteur).

Η Τομεοποίηση ήταν μια νέα διαμορφωμένη πολιτική στον τομέα της δημόσιας υγείας στο πλαίσιο της ψυχιατρικής πραγματικότητας της δεκαετίας του 1950 (εισαγωγή των νέων ψυχοφαρμάκων, νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες, διαμόρφωση μιας προοδευτικής ιδεολογίας για το άνοιγμα των ασύλων προς την κοινοτική ψυχιατρική, αντιμετώπιση των ψυχικά αρρώστων, αντί του συνήθους εγκλεισμού τους, με ταυτόχρονη προώθηση των ατομικών τους δικαιωμάτων).

Η Τομεοποίηση (catchmentation – sectorization) είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Χωρίς αυτήν κάθε προσπάθεια για Κοινοτική Ψυχιατρική είναι αδύνατη. Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το ΚΨΥ πρέπει να κυμαίνεται από 1 έως 15 λεπτά.

Η Τομεοποίηση έχει μελετηθεί επισταμένα ως προς τα τυχόν πλεονεκτήματα της έναντι της παραδοσιακής άσκησης της ψυχιατρικής χωρίς τομέα.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα είναι τα ακόλουθα:

- Καθορισμένη υπευθυνότητα για κάθε άτομο που ζητά βοήθεια
- Δίκτυο τοπικών διασυνδέσεων μεταξύ των φορέων και ανάπτυξη διασυνδετικής μεταξύ φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ξεκαθάρισμα των λειτουργιών τοπικών ομάδων
- Δυνατότητα σύγκρισης της αξιολόγησης υπηρεσιών με διαφορετικούς τομείς
- Ενίσχυση της ταυτοποίησης των μελών της ομάδας με την κοινότητα
- Καλύτερη διαφάνεια στον προϋπολογισμό
- Ενίσχυση της θεραπείας στο σπίτι ή της παροχής ημερήσιας φροντίδας
- Δυνατότητα θεραπείας και φροντίδας σε διαφορετικούς φορείς στον ίδιο τομέα
- Δυνατότητα ενσωμάτωσης των υγειονομικών, κοινωνικών και εθελοντικών υπηρεσιών

Ακρογωνιαίος λίθος του κοινοτικού συστήματος ψυχικής υγείας είναι ο **Τομέας Ψυχικής Υγείας** (ΤοΨΥ) στον οποίο ανήκει το Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Σύμφωνα με το ν.2716/99, οι Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας μας διαιρούνται σε ΤοΨΥ, με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά.

Στους ΤοΨΥ εντάσσονται οι μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή της αρμοδιότητας του Τομέα.

Ο ΤοΨΥ λειτουργεί σύμφωνα με τις γενικές αρχές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που, σύμφωνα με τον ως άνω νόμο, έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως η ανταπόκριση του ΤοΨΥ στις ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού του οποίου έχει την ευθύνη συναρτάται άμεσα από την ποσότητα και την ποιότητα των σχέσεων συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων που τον συγκροτούν. Με άλλα λόγια, οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του ΤοΨΥ θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες στον πληθυσμό. Για να καταστεί αυτό δυνατό οι Μονάδες του ΤοΨΥ θα πρέπει να λειτουργούν σε **δίκτυο**.

Οι υπηρεσίες που πρέπει παρέχει το πλήρες δίκτυο των Μονάδων του ΤοΨΥ περιλαμβάνουν:

- ✓ Πρόληψη και πρόωμη παρέμβαση
- ✓ Διαγνωστική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών
- ✓ Συμβουλευτική και θεραπευτικές παρεμβάσεις
- ✓ Ημερήσια φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη
- ✓ Υποστήριξη των οικογενειών
- ✓ Στεγαστικές λύσεις στην κοινότητα
- ✓ επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας
- ✓ προαγωγή της ψυχικής υγείας

Η λειτουργία των Μονάδων του ΤοΨΥ σε δίκτυο απαιτεί το συντονισμό του έργου τους, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τον σχεδιασμό/ προγραμματισμό νέων μονάδων. Υπεύθυνη για τα ανωτέρω είναι η Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ).

Ο ρόλος των ΤΕΨΥ περιγράφεται στο ν. 2716/99 και είναι ο ακόλουθος:

1. Εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών με σκοπό σε κάθε τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση.
2. Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ.2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή στα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των Επιστημονικών Υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής της αρμοδιότητάς τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ομοίως γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό της αποϊδρυματοποίησης, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
3. Παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
4. Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.
5. Προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.
6. Διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την προαγωγή της Ψυχικής Υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους.

7. Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, το ΚΕ.ΣΥ, το ΣΥ.ΣΕ.Δ.ΥΠ.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.
8. Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής της αρμοδιότητάς τους.
9. Υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Είναι αυτονόητο πως όλες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται στην κοινότητα. Οι κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες δίνουν έμφαση στην καθημερινή φροντίδα έτσι ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να μπορούν να συνεχίζουν να ζουν ενταγμένοι στον κοινωνικό ιστό.

Στην περίπτωση που απαιτείται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αυτή γίνεται στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου. Η λειτουργία κοινοτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας επιτρέπει σε πολλές περιπτώσεις τη μείωση της διάρκειας της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και τη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής σε κοινοτικό επίπεδο.

Η ψυχιατρική φροντίδα στην κοινότητα είναι συνδεδεμένη με ορισμένες έννοιες, όπως:

- ✓ Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών (comprehensiveness)
- ✓ Πολυδιάστατη προσέγγιση
- ✓ Συνέχεια της φροντίδας
- ✓ Συντονισμός των μονάδων

Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών

Με αυτό τον όρο εννοείται η διαδικασία επίτευξης μιας σειράς στόχων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, η επίτευξη της προσβασιμότητας τους από τον πληθυσμό, η διασφάλιση ότι σε όλους τους πολίτες θα παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα, κ.α..

Πολυδιάστατη προσέγγιση

Η συμμετοχή επαγγελματιών από διαφορετικούς κλάδους είναι απαραίτητη για την παροχή διαφοροποιημένων υπηρεσιών στις διαφοροποιημένες και πολύπλοκες ανάγκες ενός ψυχικά πάσχοντα και της οικογένειάς του. Η εργασία σε ομάδα είναι απαραίτητα συνθήκη κοινοτικής φροντίδας.

Συνέχεια της φροντίδας

Θα πρέπει να διασφαλίζεται, όπου είναι δυνατή, η συνέχεια της επαγγελματικής ευθύνης για όλες τις παρεμβάσεις οι οποίες υλοποιούνται, για το ίδιο το άτομο, από διαφορετικές μονάδες ψυχικής υγείας.

Συντονισμός των μονάδων

Το ΚΨΥ και οι μονάδες που συγκροτούν τον ΤοΨΥ πρέπει να συντονίζονται αποτελεσματικά ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες των ασθενών ολοκληρωμένα. Αυτό σημαίνει ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να είναι οργανωμένες κατά τρόπο ώστε να είναι προσιτές σε όλους όσους τις έχουν ανάγκη. Ο συντονισμός των μονάδων ενός ΤοΨΥ και μεταξύ των μονάδων του ΤοΨΥ αφορά σε δύο επίπεδα: εντός του ΤοΨΥ και μεταξύ των μονάδων του ΤοΨΥ και της κοινότητας, ιδιαίτερα εκείνων των υπηρεσιών που στον ένα ή τον άλλο βαθμό έχουν σχέση με την ψυχική υγεία (εκπαίδευση, απασχόληση, πρόνοια, κ.λ.π.).

Στη συνέχεια παραθέτουμε ένα παράδειγμα φροντίδας ασθενούς στην κοινότητα. Το παράδειγμα είναι θεωρητικό και αρκετά απλό – έως απλοϊκό - αποσκοπεί δε στο να καταδείξει πως ένα δίκτυο μονάδων ψυχικής υγείας που λειτουργούν συμπληρωματικά μπορεί να παρέχει υπηρεσίες στην κοινότητα).

Η Μ. είναι 22 χρονών. Μια ημέρα, χωρίς προφανείς λόγους, κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, πέφτοντας από το μπαλκόνι του σπιτιού της. Νοσηλεύεται στο ορθοπεδικό τμήμα του νοσοκομείου με κατάγματα στα κάτω άκρα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στο νοσοκομείο διαπιστώνεται ότι έχει «παράξενες ιδέες» γι' αυτό και καλείται να την εξετάσει ψυχίατρος του **Ψυχιατρικού Τμήματος** του Γενικού Νοσοκομείου ο οποίος διαπιστώνει ότι η πτώση της ήταν σχετιζόταν με παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου και ότι επρόκειτο για οξύ ψυχωτικό επεισόδιο. Κατά τη διάρκεια της ολιγοήμερης νοσηλείας της λαμβάνει ψυχοφαρμακοθεραπεία, με ευθύνη του ψυχιάτρου στο πλαίσιο της **διασυνδεδετικής**

υπηρεσίας και παρακολουθείται και από τον ψυχολόγο του τμήματος. Οι γονείς της ενημερώνονται από το γιατρό και την κοινωνική λειτουργό για το ψυχιατρικό πρόβλημα της κόρης τους και τους συστήνεται η παρακολούθηση από υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Οι γονείς της Μ. έρχονται σε επαφή με το **Κέντρο Ψυχικής Υγείας** της περιοχής και εξηγούν στους αρμόδιους το πρόβλημα της κόρης τους. Αποφασίζεται η **κατ' οίκον επίσκεψη** για την πρώτη επαφή, λόγω της αδυναμίας της Μ. να περπατήσει.

Η πρώτη επίσκεψη γίνεται από τον ψυχίατρο και την επισκέπτρια υγείας. Η περίπτωση συζητιέται στο πλαίσιο της τακτικής συνάντησης της θεραπευτικής ομάδας του Κέντρου και αποφασίζεται η οργάνωση μιας σειράς κατ' οίκον επισκέψεων, αφού η Μ. δε μπορεί να μετακινηθεί ακόμη. Σε αυτή τη συνάντηση ορίζεται και το πρόσωπο αναφοράς (επισκέπτρια υγείας) για τη συγκεκριμένη ασθενή, που έχει την ευθύνη της παρακολούθησης της πορείας της. Συμφωνείται επίσης ότι η ψυχολόγος και η κοινωνική λειτουργός που έχουν σχετική εκπαίδευση θα οργανώσουν παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό να την ενημερώσουν για το πρόβλημα της Μ. και τους τρόπους διαχείρισής του.

Όταν η Μ. μπορεί πλέον να περπατήσει επισκέπτεται η ίδια το ΚΨΥ. Η ομάδα του ΚΨΥ έχει στο μεταξύ οργανώσει το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για τη Μ. το οποίο περιλαμβάνει: παρακολούθηση για τη φαρμακευτική αγωγή, ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και συμμετοχή στις δραστηριότητες του **Κέντρου Ημέρας**. Το πρόσωπο αναφοράς έρχεται σε επαφή με την αντίστοιχη ομάδα του Κέντρου Ημέρας και αποφασίζουν από κοινού το κατάλληλο πρόγραμμα δραστηριοτήτων για τη Μ. στο Κέντρο Ημέρας, τους στόχους και τη διάρκειά του.

Ταυτόχρονα οι γονείς της Μ. παρακολουθούν τις αντίστοιχες δραστηριότητες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, οι οποίες απευθύνονται σε γονείς και συγγενείς ασθενών.

Όταν μετά από λίγο καιρό η Μ. μπαίνει σε υποτροπή για την οποία χρειάζεται νοσηλεία, αυτή γίνεται στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου. Η νοσηλεία διαρκεί 10 ημέρες, στη **Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας**. Η ομάδα του Ψυχιατρικού Τμήματος θεωρεί πως μετά από αυτές τις 10 ημέρες η νοσηλεία μπορεί να συνεχιστεί στο **Νοσοκομείο Ημέρας**: τα απογεύματα η Μ. επιστρέφει στο σπίτι. Μετά από 15 ημέρες στο Νοσοκομείο Ημέρας η Μ. επιστρέφει στο σπίτι της και η παρακολούθησή της γίνεται από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Αμέσως μετά το εξιτήριο, οι γιατροί του Ψυχιατρικού Τμήματος όπου

νοσηλεύτηκε η Μ. ενημερώνουν εγγράφως το Κέντρο Ψυχικής Υγείας για την ολοκλήρωση της νοσηλείας και την πορεία της ασθενούς . Διαπιστώνεται ότι είναι αναγκαία η δραστηριοποίησή της στην κατεύθυνση της αυτονομισής της. Ένα από τα πρώτα πράγματα που πρέπει να επιτευχθούν είναι η ένταξή της στην αγορά εργασίας, αφού και η ίδια κρίνει πως, τουλάχιστο σε αυτή τη φάση, η συνέχιση των σπουδών δεν είναι κάτι που την ενδιαφέρει. Οι θεραπευτές της προτείνουν να εργαστεί στον **Κοινωνικό Συνεταιρισμό (ΚοιΣΠΕ)**: για να μπορέσει να το κάνει αυτό πρέπει να αποκτήσει επαγγελματικά προσόντα που είναι απαραίτητα για να ασχοληθεί στη δραστηριότητα του ΚοιΣΠΕ που την ενδιαφέρει, την οργάνωση διακοπών για μαθητές. Μετά από τη συμμετοχή της σε σχετικό πρόγραμμα ενός Κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης, η Μ. γίνεται μέλος του ΚοιΣΠΕ και απασχολείται σε αυτόν. Τα χρήματα που κερδίζει, μαζί με ένα μικρό επίδομα που έχει στο μεταξύ εκδοθεί γι' αυτήν, της επιτρέπουν να ζει αυτόνομα και αποφασίζει να νοικιάσει δικό της σπίτι σε ένα χωριό που απέχει 50 χλμ. από την πόλη στην οποία ζει με τους γονείς της και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας που την παρακολουθεί. Η παρουσία παραρτήματος του ΚοιΣΠΕ στο χωριό της επιτρέπει να συνεχίσει εκεί την εργασία της.

Σε συνεννόηση με τους θεραπευτές της συμφωνεί η τακτική παρακολούθησή της να γίνεται από τα στελέχη της **Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας**, τα οποία επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας της περιοχής και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους έχοντες ανάλογη ανάγκη μια φορά την εβδομάδα.

Επειδή η σχέση της με τους θεραπευτές της στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία γι' αυτήν, αποφασίζουν από κοινού ότι η συνεργασία της με την Κινητή Μονάδα θα έχει να κάνει περισσότερο με την παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής ενώ μια φορά το μήνα θα επισκέπτεται το Κέντρο Ψυχικής Υγείας όπου θα έχει μια συνεδρία υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας με τον ψυχολόγο.

Η Μ. ξέρει πως, αν της παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα, τηλεφωνώντας σε μια από τις **Μονάδες Ψυχικής Υγείας του ΤοΨΥ** (αφού είναι ασθενής του δικτύου των υπηρεσιών και όχι μιας απομονωμένης από τις υπόλοιπες μονάδας) θα της παρασχεθεί κατάλληλη βοήθεια το συντομότερο δυνατό. Θα το κάνει επειδή ξέρει πως θα της φερθούν με σεβασμό στο πρόβλημά της, χωρίς να καταφύγουν σε λύσεις που θα την οδηγήσουν σε ένα δρόμο που μέχρι πριν λίγα χρόνια ήταν χωρίς γυρισμό: το ψυχιατρείο.

Ο ΦΟΡΕΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ: ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι ο θεσμός χάρη στον οποίο πραγματοποιήθηκε η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η αποκέντρωση αυτή βοηθά στα εξής επίπεδα:

- Έγκαιρη διάγνωση και άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη)
- Διατήρηση της λειτουργικότητας ενός χρόνιου αρρώστου σε επίπεδο ικανό να του εξασφαλίζει την προσαρμογή του στην κοινότητα και την αποδοχή του από αυτήν (τριτοβάθμια πρόληψη)
- Προσφέρει τη δυνατότητα για την εφαρμογή προγραμμάτων που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης περιοχής (πρωτοβάθμια πρόληψη).

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΨΥ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΤΟΜΕΑ

	ΜΕ ΤΟΜΕΑ/ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	ΧΩΡΙΣ ΤΟΜΕΑ
Ανάπτυξη	<i>Δυναμική</i>	<i>Στατική</i>
Προσανατολισμός	<i>Κοινοτικός</i>	<i>Ατομικός</i>
Στόχοι	<i>Κοινότητα/άρρωστος</i>	<i>Άρρωστος</i>
Ψυχιατροκεντρισμός	<i>ΟΧΙ</i>	<i>ΝΑΙ</i>
Αντίληψη των αναγκών	<i>Ικανοποιητική</i>	<i>Ελάχιστη/καμία</i>
Συμμετοχή της κοινότητας	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΟΧΙ</i>
Κοινοτική ανταποκριτικότητα	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΟΧΙ</i>

Το έργο ενός ΚΨΥ. Οι υπηρεσίες

Ένα ΚΨΥ συνήθως περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα Υπηρεσιών όπως η Υπηρεσία Ανοικτής Ψυχοκοινωνικής Περίθαλψης και Επανεξετάσεων, Τμήμα Συμβουλευτικής, Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης (Day Care) και Αποκατάστασης, Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία. Σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις μπορεί να διαθέτει μικρό αριθμό κρεβατιών. Είναι διασυνδεδεμένο με ενδονοσοκομειακή μονάδα Γενικού Νοσοκομείου και άλλες υπηρεσίες, όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα εργαστήρια ή διαμερίσματα, που συνήθως καλύπτουν τις ανάγκες χρόνιων ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα. Σκοπός των Κέντρων ορίζεται η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, πρόληψη, θεραπεία καθώς και η αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του ασθενούς. (Άρθρο 21 του Ν. 1397/1983).

Τα βασικότερα που απασχολούν ένα ΚΨΥ είναι:

- Το θέμα της αξιολόγησης του έργου του
- Οι μεγάλες προσδοκίες του προσωπικού
- Η σχέση κέντρων και ψυχιατρείων
- Η δυνατότητα των πελατών να προσεγγίσουν τις υπηρεσίες
- Η στάση της κοινότητας απέναντι στην ψυχική αρρώστια
- Η οικονομική επάρκεια
- Η γεωγραφική ιδιαιτερότητα
- Το χαρακτηριστικό της λειτουργίας του κέντρου
- Το σύστημα ανάληψης (intake) ενός πελάτη

Υπηρεσία Ανοικτής Ψυχοκοινωνικής Περίθαλψης και Επανεξετάσεων²

Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων φαίνεται να παρουσιάζει προβλήματα προσαρμογής στην εργασία, τις σπουδές, τις οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις. Παράλληλα, άτομα με νευρωσικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας και αντιδράσεις προσαρμογής κάτω από την επίδραση stress, έχουν ανάγκη από ψυχολογική θεραπευτική βοήθεια. Επίσης, υπάρχουν τα περιστατικά με ψυχωσική συμπτωματολογία, η οποία είναι συμβατή με την παραμονή τους στο οικείο υποστηρικτικό σύστημα της κοινότητας. Σκοπός της Υ.Α.Ψ.Π.

² Χρησιμοποιείται αυτή η επωνυμία αντί εκείνης των Εξωτερικών Ιατρείων αφού το έργο που πρέπει να παρέχεται είναι ποιοτικά διαφορετικό.

είναι να προσφέρει αυτήν ακριβώς τη βοήθεια προς την κοινότητα με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται η συνεργασία του κοινού με ειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγιεινής και παράλληλα, να αποφεύγεται το υψηλό κόστος αλλά και οι επιφυλάξεις του κοινού απέναντι στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Στόχος της είναι η προσφορά της δυνατότητας στο άτομο, ώστε να βοηθηθεί κλινικά και να αναπτύξει την προσωπικά του ταυτότητα, όλες του τις δυνατότητες, καθώς και την ωριμότητα και σταθερότητα που θα ου επιτρέψουν να λειτουργήσει με ένα τρόπο κοινωνικά αποδεκτό και προσωπικά ικανοποιητικό.

Η Υ.Α.Ψ.Π. είναι αυτή που ασχολείται κατ' αρχήν με την «κλινική παρέμβαση». Σε γενικές γραμμές, το είδος της παρέμβασης αυτής περιλαμβάνει τις ακόλουθες προσπάθειες:

1. Τη διαδικασία αξιολόγησης και διάγνωσης, να κατανοηθεί δηλαδή η παρούσα κατάσταση του ατόμου.
2. τη θεραπευτική διαδικασία, να μεταβληθεί δηλαδή η ψυχοπαθολογία και η λειτουργικότητα του ατόμου.
3. τη διαδικασία του ελέγχου των κοινωνικών μεταβλητών, να μεταβληθούν δηλαδή οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι διαμορφώνουν ή οξύνουν την ψυχική διαταραχή του ατόμου.

Οι παρεμβάσεις μπορούν να διαφέρουν ως προς την έμφαση που δίδεται σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η ανάλυση της προσωπικότητας και αυτογνωσίας, η συναισθηματική αποφόρτιση, η τροποποίηση διαταραγμένων μορφών συμπεριφοράς ή η τροποποίηση των κοινωνικών μεταβλητών που επιδρούν στο άτομο. Η Υ.Α.Ψ.Π. θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα εφαρμογής ενός ευρύτατου φάσματος προσεγγίσεων στις ανάγκες του κοινού που εξυπηρετεί.

Υπηρεσία Άμεσης Ψυχολογικής Παρέμβασης (Crisis Intervention)

Έχει ως στόχο την προσφορά βοήθειας σε εκείνα τα άτομα – οικογένειες της κοινότητας τα οποία βρίσκονται σε «κρίση». Πρόκειται α) για άτομα που ουσιαστικά επιθυμούν άμεση ανακούφιση από το άγχος τους και συμβουλές για την αντιμετώπιση της πρόσκαιρης έλλειψης ισορροπίας τους β) για ψυχικά αρρώστους που νοσούν από συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή σε οξεία φάση και γ) για άτομα και οικογένειες σε κρίση.

Απαραίτητες συνθήκες για τη λειτουργία των υπηρεσιών του είδους αυτού είναι:

- 1) *Η προσεγγισιμότητα.* Τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε κρίση δύσκολα θα διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να αναζητήσουν βοήθεια. Επίσης, είναι αναγκαίο να υπάρχει η δυνατότητα της υπηρεσίας για την αντιμετώπιση κρίσεων στο χώρο όπου οι κρίσεις είναι δυνατό να εμφανιστούν δηλαδή στο σπίτι του ατόμου ή της οικογένειας. (επισκέψεις στο σπίτι του αρρώστου σε κρίση).
- 2) *Άμεση διαθεσιμότητα υπηρεσιών.* Οι υπηρεσίες Άμεσης Ψυχολογικής Υποστήριξης θα πρέπει να λειτουργούν σε 24ωρη βάση, κάτι που δεν ισχύει ακόμα στη χώρα μας.
- 3) *Κινητικότητα.* Πολλές φορές, είναι απαραίτητο οι εργαζόμενοι σε τέτοιες μονάδες να έχουν τη δυνατότητα αλλά και την ικανότητα να δουλέψουν έξω από τους χώρους του συγκεκριμένου κέντρου και να επισκέπτονται τα άτομα σε κρίση στο άμεσο περιβάλλον τους (σπίτι ή χώροι δουλειάς).
- 4) *Ευελιξία και πολυμορφία των επαγγελματικών ρόλων.* Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες θα πρέπει να λειτουργούν χωρίς ραντεβού, καθορισμένη χρονική διάρκεια θεραπείας, αναλυτικά ιστορικά και αξιολογήσεις.
- 5) *Ύπαρξη τεχνικής χειρισμού των κρίσεων.* Οι διαδικασίες που ακολουθούνται διαφέρουν ανάλογα με τη φύση της κρίσης, τις κοινωνικές συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζεται, τη σοβαρότητα των αντιδράσεων και τα χαρακτηριστικά του ατόμου που υποφέρει.

Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας συνήθως, εκτός από το Τμήμα Ενηλίκων, λειτουργεί και Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα.

Το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα δέχεται παιδιά και εφήβους έως 18 ετών, καθώς και τις οικογένειές τους.

Στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα μπορούν να απευθυνθούν οι οικογένειες προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια για προβλήματα:

- Ψυχολογικά
- Συναισθηματικά
- Οικογενειακά
- Μαθησιακά
- Εφηβείας
- Ψυχοκοινωνικά

Το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα παρέχει διάγνωση και θεραπεία, με κύρια έμφαση στην ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση. Έτσι, ανάλογα με την περίπτωση, τα προβλήματα αντιμετωπίζονται με:

- Ατομική ψυχοθεραπεία του παιδιού
- Συμβουλευτική εργασία με τους γονείς
- Οικογενειακή ψυχοθεραπεία
- Φαρμακευτική αγωγή

Στις περιπτώσεις που αφορούν προβλήματα που παρουσιάζονται ή εκδηλώνονται στο χώρο του σχολείου, μπορεί να κριθεί απαραίτητη η συνεργασία και με τους εκπαιδευτικούς.

Θεωρείται πολύ σημαντικό, παράλληλα με το κλινικό έργο, να

υπάρχει συνεργασία με Φορείς της τοπικής κοινωνίας με στόχο την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού και της οικογένειας.

Η πρώτη επικοινωνία

Συνήθως η πρώτη επικοινωνία γίνεται με το τηλέφωνο. Έτσι, ο πρώτος επαγγελματίας που έρχεται σε επαφή με την οικογένεια τις περισσότερες φορές είναι ο υπεύθυνος της Γραμματείας. Άλλοτε πάλι, μπορεί να είναι ο Κοινωνικός λειτουργός. Σε κάθε Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα άλλωστε, το θέμα της πρώτης επικοινωνίας ρυθμίζεται ανάλογα με τις δυνατότητες, την εκπαίδευση, την προηγούμενη εμπειρία και τη διαθεσιμότητα του κάθε επαγγελματία. Βέβαια, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου την πρώτη επικοινωνία μπορεί να αναλάβει ο ψυχολόγος ή ο παιδοψυχίατρος, ιδιαίτερα αν πρόκειται για ένα επείγον περιστατικό, π.χ. η ενημέρωση ενός παιδιού για ένα κρίσιμο γεγονός που αντιμετωπίζει η οικογένειά του, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου.

Το πόσο καθοριστική είναι αυτή η πρώτη επαφή με την οικογένεια που ζητά βοήθεια, μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητό, αν σκεφθεί κανείς, ότι τις περισσότερες φορές οι γονείς που απευθύνονται σε ένα Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα έχουν τις επιφυλάξεις τους. Άλλοτε πάλι αισθάνονται, ότι οι ειδικοί θα τους επιρρίψουν ευθύνες για τα προβλήματα του παιδιού τους ή θα τους κατηγορήσουν, ότι καθυστέρησαν να αναζητήσουν βοήθεια για το πρόβλημα που τους απασχολεί. Ιδιαίτερα μάλιστα στις περιπτώσεις εκείνες όπου η παραπομπή γίνεται από το δάσκαλο ή τον παιδίατρο, συχνά οι γονείς αναφέρουν, ότι αισθάνονται πως η παραπομπή ισοδυναμεί με αποτυχία στο ρόλο τους ως γονείς, καθώς υποσημαίνει την προσωπική τους δυσκολία να ανταποκριθούν και να καλύψουν οι ίδιοι τις ανάγκες του παιδιού τους (Barker, 1988).

Όλα τα παραπάνω δείχνουν πόσο σημαντική είναι η προσέγγιση της οικογένειας από την πρώτη κιόλας επαφή με τη διεπιστημονική ομάδα. Ο τόνος της φωνής, το ύφος με το οποίο ζητάει κανείς τις πρώτες πληροφορίες για την περίπτωση, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο αναφέρεται κανείς στο ‘πρόβλημα’ του παιδιού μπορούν, είτε να εμπνεύσουν στους γονείς εμπιστοσύνη, ώστε να ‘ανοιχτούν’ και να αξιοποιήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ευκαιρία που τους δίνεται, είτε να τους οδηγήσουν στην απογοήτευση, με απώτερο αποτέλεσμα να εγκαταλείψουν την προσπάθεια.

Η εμπειρία έχει πολλές φορές δείξει ότι είναι προτιμότερο στην πρώτη αυτή επικοινωνία με την οικογένεια να αποφεύγουμε να χρησιμοποιήσουμε τη λέξη ‘πρόβλημα’. Αντί αυτού συνήθως, συμπληρώνοντας το έντυπο της πρώτης τηλεφωνικής επικοινωνίας (intake), ρωτάμε τους γονείς: *‘Τι σας ανησυχεί περισσότερο; Ποιες δυσκολίες έχετε με το παιδί σας; Έχετε απευθυνθεί μέχρι τώρα για το ίδιο πρόβλημα σε κάποιους άλλους ειδικούς; Πώς αντιμετωπίσατε την κατάσταση; Θεωρείτε ότι πρόκειται για κάτι επείγον;’*.

Όλες αυτές οι διευκρινιστικές ερωτήσεις είναι πολύ σημαντικές, καθώς δίνουν μια πρώτη εικόνα για την αντίδραση της οικογένειας, ενώ ταυτόχρονα χρησιμεύουν στο να εκτιμήσει η διεπιστημονική ομάδα το άγχος των γονέων. Πολλές φορές άλλωστε, οι γονείς θεωρούν ‘επείγον’ ένα σχετικά απλό πρόβλημα, όπως π.χ. τις δυσκολίες προσαρμογής ενός παιδιού κατά την ένταξή του στον Παιδικό Σταθμό. Σε μια τέτοια περίπτωση θα μπορούσε κανείς, να παρέμβει ακόμη από την τηλεφωνική επικοινωνία και να ξεκινήσει έτσι μια συμβουλευτική εργασία, η οποία θα συνεχιστεί βεβαίως και στις συναντήσεις που θα επακολουθήσουν με το παιδί και τους γονείς του. Η ανακούφιση όμως των γονέων από το άγχος τους, λειτουργεί αφ’ ενός χαλαρωτικά για τους ίδιους, καθώς τους βοηθά να διατηρήσουν την ψυχραιμία τους και να χειριστούν με σταθερότητα, σιγουριά και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα μια κατάσταση, και αφ’ ετέρου τους κάνει να αισθάνονται, ότι οι ειδικοί τους αντιμετωπίζουν με κατανόηση και επομένως μπορούν να τους εμπιστευθούν και να εισπράξουν από τη συνεργασία μαζί τους ουσιαστική βοήθεια και υποστήριξη.

Επιβεβαιώνεται έτσι, αυτό που ο D. Winnicott δήλωνε, ότι δηλαδή ‘η θεραπευτική διαδικασία αρχίζει από τη διερευνητική ακόμη φάση, δηλαδή, ακόμη και ένα τηλεφώνημα μπορεί να είναι θεραπευτικό’.

Διαρρύθμιση του χώρου- Επίπλωση- Εξοπλισμός

Στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα προσέρχονται παιδιά προσχολικής έως εφηβικής ηλικίας. Επομένως, η διακόσμηση και το ύφος που αποπνέει γενικά ο χώρος θα πρέπει να είναι

ανάλογα. Θα μπορούσε για παράδειγμα να θυμίζει κάτι οικείο στα παιδιά, όπως Παιδικό Σταθμό, Παιδότοπο ή ακόμη και το παιδικό δωμάτιο, καθώς θεωρούμε αυτονόητο, ότι στο χώρο αυτό θα υπάρχουν τόσο έπιπλα στο μέγεθος των παιδιών, που άλλωστε είναι και πιο προσιτά, όσο και διάφορα παιχνίδια.

Τα παιχνίδια μπορεί να χρησιμοποιηθούν με πολλούς τρόπους: κατ' αρχήν στην προσέγγιση και στη δημιουργία σχέσης μεταξύ του εξεταστή και του παιδιού. Επίσης, στη διαγνωστική διαδικασία τα διάφορα 'εκπαιδευτικά' παιχνίδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως 'εργαλεία' κατά την εξέταση. Άλλωστε, για τα μικρά παιδιά στα οποία χρειάζεται να εκτιμηθεί και η γνωστική τους ανάπτυξη μας ενδιαφέρει να ελέγξουμε αν το παιδί έχει κατακτήσει έννοιες όπως: χρώματα, σχήματα, μεγέθη, ομοιότητες, διαφορές κλπ. Επίσης, τα παιχνίδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν και στη θεραπευτική διαδικασία στο πλαίσιο της παιγνιοθεραπείας. Είναι γνωστό, ότι τα παιδιά προβάλλουν στα παιχνίδια, όπως και στις ζωγραφιές τους, καταστάσεις εσωτερικές, συγκρούσεις, προβληματισμούς κλπ, που με τον τρόπο αυτό τις εκφράζουν και τις εξωτερικεύουν.

Όμως, στο χώρο του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος προσέρχονται και γονείς για συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία. Θα πρέπει λοιπόν, ο χώρος αυτός να είναι και για τους γονείς φιλικός, ζεστός και να αποπνέει σεβασμό και καθαρότητα. Η τάξη και η τήρηση του προβλεπόμενου χρόνου για κάθε συνάντηση είναι καθοριστικής σημασίας. Η ευγένεια και η συνέπεια στη συνεργασία βοηθούν τους γονείς να αισθανθούν άνετα και να εμπιστευτούν τη διεπιστημονική ομάδα του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος.

Η φιλοσοφία του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος

Όπως συμβαίνει σε όλες τις ανθρωπιστικές επιστήμες, έτσι και η διεπιστημονική ομάδα του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος στην προσέγγιση των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών τους χρησιμοποιεί το **βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο**, δηλαδή αντιμετωπίζει τον καθένα που προσέρχεται για βοήθεια ως μια ολότητα. Η προσέγγιση αυτή αποδεικνύεται στην πράξη ως η πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική.

Στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα τα παιδιά δεν προσέρχονται μόνο τους, με δική τους πρωτοβουλία. Εξαίρεση ίσως αποτελούν μεμονωμένες περιπτώσεις εφήβων που ζητούν ψυχολογική στήριξη για κάποιο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, και στη διαδικασία αυτή δεν επιθυμούν να αναμειχθούν οι γονείς τους.

Όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος στην προσέγγιση των οικογενειών θα πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν τους πολλούς διαφορετικούς παράγοντες, όπως:

1. Την ηλικία και την ωριμότητα του παιδιού (νοητική- συναισθηματική-ψυχολογική)
2. Τις σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του
3. Τις ικανότητες- δεξιότητες του παιδιού και την ψυχική του ανθεκτικότητα
4. Την κατάσταση της σωματικής του υγείας και το πώς κάποια χρόνια προβλήματα μπορούν να διαμορφώσουν μια ιδιαίτερη – υπερπροστατευτική στάση των γονέων απέναντι στο παιδί.
5. Τις τυχόν ψυχολογικές επιβαρύνσεις του παιδιού που συνεπάγονται προϋπάρχοντα προβλήματα σωματικής υγείας, όπως συμβαίνει στην περίπτωση μιας χρόνιας νόσου (επιληψία, διαβήτης, άσθμα κλπ).
6. Τις τυχόν συναισθηματικές επιβαρύνσεις του παιδιού από καταστάσεις που αντιμετωπίζει είτε στο σχολείο του, είτε στο σπίτι.

Σε κάποιες περιπτώσεις, εκτός από τη συμβουλευτική παρέμβαση των γονέων, ενδέχεται να χρειαστεί οι γονείς να παραπεμφθούν για ψυχοθεραπεία (ατομική ή θεραπεία ζευγαριού) στο Τμήμα Ενηλίκων του Κέντρου Ψυχικής Υγείας. Επομένως, είναι απαραίτητο να υπάρχει καλό κλίμα συνεργασίας μεταξύ του Τμήματος Ενηλίκων και του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος, καθώς επίσης και μια κοινή φιλοσοφία στο χειρισμό και την προσέγγιση των περιπτώσεων. Η ανάγκη αυτή φαίνεται ακόμη πιο έντονη σε περιπτώσεις οικογενειών με πολλαπλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Η παιδοψυχιατρική ομάδα

Για να μπορέσει να οργανωθεί και να λειτουργήσει στοιχειωδώς ένα Ιατρο-παιδαγωγικό Τμήμα χρειάζεται να υπάρχει μια διεπιστημονική παιδοψυχιατρική ομάδα. Τα βασικά μέλη της είναι:

1. Ο παιδοψυχίατρος
2. Ο ψυχολόγος
3. Ο κοινωνικός λειτουργός

Έχει ήδη τονιστεί ο σημαντικός ρόλος του υπεύθυνου της Γραμματείας, ο οποίος συμμετέχει στην ομάδα. Εκτός όμως από όλους αυτούς, στην παιδοψυχιατρική ομάδα είναι σκόπιμο να υπάρχουν και άλλες ειδικότητες, όπως: λογοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ειδικός παιδαγωγός.

Ο παιδοψυχίατρος: Είναι ο επικεφαλής της ομάδας και έχει την ευθύνη της οργάνωσης και της λειτουργίας του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος, ενώ ταυτόχρονα συντονίζει όλες τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται από τα μέλη της ομάδας. Όμως, στο πλαίσιο της

διεπιστημονικής ομάδας, όλα τα μέλη συμμετέχουν ενεργά και ισότιμα, ανάλογα με την ειδικότητά τους, τόσο στη διαγνωστική διαδικασία, όσο και στο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης. Ωστόσο, θεωρείται πολύ σημαντικό να υπάρχει αφ' ενός μεν καλή σχέση συνεργασίας μεταξύ των μελών της ομάδας, και αφ' ετέρου σεβασμός στην ιεραρχία, αλλά και στο “αντικείμενο εργασίας” των άλλων ειδικών. Ο παιδοψυχίατρος ασχολείται με το ατομικό-ιατρικό ιστορικό του παιδιού στο πλαίσιο της με παιδοψυχιατρικής εξέτασης και αξιολόγησης, ενώ ταυτόχρονα, παρεμβαίνει μέσω της συμβουλευτικής των γονέων και της ψυχοθεραπείας. Την ανακοίνωση της διάγνωσης στους γονείς θεωρείται σκόπιμο να την κάνει ο παιδοψυχίατρος, ίσως με την παρουσία και του ψυχολόγου, ανάλογα με την περίπτωση, αφού βέβαια λάβει υπ' όψιν του όλα τα στοιχεία που έχουν προκύψει από τις επιμέρους αξιολογήσεις (παιδοψυχιατρική και ψυχολογική εξέταση, ψυχομετρικές δοκιμασίες, εκτίμηση λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή και ειδικού παιδαγωγού, για τις περιπτώσεις εκείνες που είναι απαραίτητο).

Ο ψυχολόγος: Η συμβολή του στο έργο της διεπιστημονικής ομάδας είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς έχει την ευθύνη του ιστορικού της ανάπτυξης του παιδιού ή του εφήβου και των ψυχομετρικών δοκιμασιών αφ' ενός, και των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων αφ' ετέρου. Βέβαια, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπ' όψιν η προηγούμενη εκπαίδευση και η εμπειρία, οι τυχόν εξειδικεύσεις, γεγονός πολύ σημαντικό άλλωστε, όχι μόνο για την περίπτωση του ψυχολόγου, αλλά και όλων των υπόλοιπων μελών της ομάδας. Αυτό, δίνει και την ευκαιρία να αξιοποιηθούν πολύπλευρα και με τον καλύτερο τρόπο οι δυνατότητες και τα προσόντα κάθε μέλους της ομάδας, γεγονός που συμβάλλει καθοριστικά στην αποτελεσματικότητα της εργασίας με τις οικογένειες. Η γνώμη και η συμβολή του ψυχολόγου είναι ιδιαίτερα πολύτιμη στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας.

Ο κοινωνικός λειτουργός: Ο ρόλος του είναι πολύ σημαντικός, καθώς έχει την ευθύνη της πρώτης επικοινωνίας με τους γονείς και τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού της οικογένειας, παράλληλα με το ιστορικό της ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου. Η επαφή αυτή με τους γονείς, είναι καθοριστική, καθώς μπορεί να εμπνεύσει εμπιστοσύνη, να καθησυχάσει το άγχος τους και να τους βοηθήσει να ξεπεράσουν τις επιφυλάξεις και τους δισταγμούς που τυχόν έχουν. Παράλληλα, αρκετές φορές μπορεί να δοθεί η ευκαιρία, ταυτόχρονα με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, να γίνει μια πρώτη στοιχειώδης συμβουλευτική παρέμβαση στους γονείς, όμως αυτό σχετίζεται κυρίως με την εμπειρία και την επιστημονική επάρκεια του κοινωνικού λειτουργού.

Ο υπεύθυνος της Γραμματείας: Είναι ο πρώτος επαγγελματίας που έρχεται σε επικοινωνία μέσω του τηλεφωνήματος με τους ‘πελάτες’ και για το λόγο αυτό βρίσκεται σε μια ‘θέση-κλειδί’. Έτσι, είναι απαραίτητο να είναι εκπαιδευμένος και να διαθέτει, εκτός από εμπειρία, και πολλά άλλα προσόντα, όπως ευγένεια, σεβασμό, επικοινωνιακές δεξιότητες, ευελιξία, προσήνεια, αυξημένες δυνατότητες επίλυσης προβλημάτων, κατανόηση και ‘empathy, στο βαθμό βέβαια, που κάτι τέτοιο είναι δυνατό. Εννοείται, ότι συμμετέχει στις συναντήσεις της διεπιστημονικής ομάδας και οι πληροφορίες που φέρνει για την επαφή με τις οικογένειες, αλλά και για τα συναισθήματα που του διακινούν είναι πολύ σημαντικά θέματα που μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της κατάστασης. Έτσι, καταγράφεται το άγχος, η επιφυλακτικότητα, η απαιτητικότητα ή η πίεση που συχνά ασκούν οι γονείς και προκαλεί αισθήματα δυσφορίας, καθώς όλα αυτά είναι ενδεικτικά της στάσης τους απέναντι στις δυσκολίες του παιδιού ή του εφήβου αφ’ ενός, και απέναντι στη διεπιστημονική ομάδα του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος, αφ’ ετέρου.

Ο λογοθεραπευτής: Έχει την ευθύνη της εξέτασης και της θεραπείας των παιδιών με δυσκολίες ομιλίας. Συμμετέχει στις συναντήσεις της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς και σε όλες τις άλλες δραστηριότητες που αναπτύσσει το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα. Επίσης, ανάλογα με την περίπτωση, θα μπορούσε να αναλάβει ένα μέρος της πρώτης επικοινωνίας με την οικογένεια, ιδιαίτερα όταν οι δυσκολίες για τις οποίες απευθύνονται στο Τμήμα αφορούν προβλήματα ομιλίας.

Ο εργοθεραπευτής: Ασχολείται τόσο διαγνωστικά, όσο και θεραπευτικά με παιδιά με δυσκολίες ανάπτυξης, ενώ παράλληλα συμμετέχει στη διεπιστημονική ομάδα. Η συμβολή του στις συζητήσεις των περιστατικών είναι σημαντική.

Ο ειδικός παιδαγωγός: Αναλαμβάνει την αξιολόγηση και αντιμετώπιση των περιπτώσεων με μαθησιακά προβλήματα. Ένα σημαντικό μέρος της δουλειάς του είναι, εκτός από την εργασία με την οικογένεια, η συνεργασία και με το σχολείο του παιδιού.

Η συνάντηση της διεπιστημονικής ομάδας

Όλες οι περιπτώσεις συζητούνται στη συνάντηση της ομάδας μια φορά την εβδομάδα. Στη συνάντηση αυτή είναι απαραίτητο να συμμετέχουν όλα τα μέλη της ομάδας, και ασφαλώς και ο υπεύθυνος της Γραμματείας. Πρόκειται για μια σημαντική δραστηριότητα της διεπιστημονικής ομάδας, η οποία πρέπει να γίνεται με σταθερότητα και συνέπεια, καθώς η

ώρα αυτή είναι ιερή και απαραβίαστη. Γίνεται προσπάθεια να μην υπάρχουν διακοπές και παρενοχλήσεις στο έργο της ομάδας αυτή την ώρα, ούτε τηλεφωνήματα κλπ που θα μπορούσαν να διαταράξουν τη συζήτηση των περιστατικών. Είναι, άλλωστε μια ευκαιρία για όλα τα μέλη της ομάδας να έχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις περιπτώσεις που παρακολουθούνται στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα. Η παρουσίαση των περιπτώσεων είναι σημαντικό να γίνεται με λεπτομέρειες, καθώς αυτό δίνει τη δυνατότητα, αφ' ενός μεν για αναφορές σε θέματα ψυχολογίας και αφ' ετέρου παρακινεί τα μέλη της ομάδας να προβληματιστούν και να ανταλλάξουν απόψεις. Παράλληλα, είναι χρήσιμο να αναφερθούν και στην προσωπική εντύπωση του κάθε εμπλεκόμενου με την οικογένεια ή την περίπτωση, καθώς και τα προσωπικά συναισθήματα που διακινούν στους επαγγελματίες οι 'πελάτες' παρέχουν σημαντικές πληροφορίες. Έτσι, η συνάντηση συμβάλλει και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των μελών που συμμετέχουν στη διεπιστημονική ομάδα (in service training). Με τη συζήτηση των περιστατικών άλλωστε, δίνεται η ευκαιρία, όχι μόνο για τη θεωρητική και πρακτική αντιμετώπιση των ζητημάτων που προκύπτουν με τις περιπτώσεις των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών τους, αλλά ταυτόχρονα συμβάλλει και στην βιωματική προσέγγιση των προβλημάτων των οικογενειών τους.

‘Άνοιγμα’ του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος προς την Κοινότητα

‘Η ιστορία ενός ατόμου, είναι η ιστορία των αλληλεπιδράσεών του με το κοινωνικό περιβάλλον, από τη στιγμή της σύλληψης μέχρι το θάνατο. Αλλά αυτή η ιστορία γνωρίζει συγκεκριμένες περιόδους, κατά τις οποίες το ανθρώπινο περιβάλλον αφήνει στον ψυχισμό ανεξίτηλα ίχνη, που καθορίζουν ολόκληρη τη συναισθηματική ζωή και τις σχέσεις. Η κοινωνία είναι εκεί, πάντοτε παρούσα, κατά την εγκυμοσύνη, τη γέννηση, την παιδική και εφηβική ηλικία. Βέβαια, η επίδρασή της δεν ασκείται άμεσα στον παιδικό ψυχισμό, αλλά μέσα από τους αντιπροσώπους της, την οικογένεια και το σχολείο.’

Αυτές οι σκέψεις βοηθούν στην κατανόηση της κοινωνικής και περιβαλλοντικής διάστασης των προβλημάτων ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων. Παράλληλα, διαφαίνεται η αναγκαιότητα της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης, που μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην πρόληψη των ψυχολογικών προβλημάτων.

Οι στόχοι ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας, πέρα από το κλινικό έργο, αφορούν κυρίως την **ΠΡΟΛΗΨΗ**. Αν αυτό ισχύει γενικά για κάθε Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ισχύει πολύ περισσότερο για το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα.

Άλλωστε, κάθε είδους προληπτική παρέμβαση είναι ουσιαστικής σημασίας. Ένας Γάλλος παιδοψυχίατρος, ο Diatkine έλεγε: *‘Εξασφαλίζοντας την επιτυχία της εργασίας με τα παιδιά, μπορούμε να κάνουμε ένα είδος πρόληψης για ό,τι θα συμβεί στην ενήλικη ζωή, καθώς το παιδί του σήμερα είναι ο ενήλικος του αύριο’.*

Προκειμένου να δραστηριοποιηθεί το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα στην κατεύθυνση της Πρόληψης, είναι απαραίτητο, παράλληλα με το κλινικό έργο, να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση και στην Ενημέρωση και την Αγωγή της Κοινότητας.

Το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα είναι μια υπηρεσία ανοιχτή στο κοινό. Η διοργάνωση εκδηλώσεων και η ανάληψη δραστηριοτήτων έχουν ως στόχο να φέρουν σε επαφή τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας με την κοινότητα. Αυτό βέβαια, συμβάλλει στο να ξεπεραστούν τα εμπόδια και οι τυχόν προκαταλήψεις και επιφυλάξεις. Με τον τρόπο αυτό, διευκολύνεται η πρόσβαση στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα και γίνεται γνωστό το έργο, η δράση και η φιλοσοφία της διεπιστημονικής ομάδας. Επίσης, προκειμένου να διευκολυνθούν οι παραπομπές παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους, είναι σημαντικό στις εκδηλώσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης να συμμετέχουν και εκπρόσωποι άλλων επαγγελματικών ομάδων που ασχολούνται με παιδιά.

Έτσι, μια συνάντηση με παιδίατρος είναι καθοριστικής αξίας, καθώς ένα μεγάλο μέρος των παραπομπών που αφορούν σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας προέρχονται από τον παιδίατρο. Περιπτώσεις με ψυχοσωματικά ενοχλήματα, διαταραχές της ανάπτυξης, άγχος αποχωρισμού, αντιδράσεις θρήνου μετά από το διαζύγιο των γονέων ή το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, είναι μερικές μόνο από τις περιπτώσεις που παραπέμφθηκαν από παιδίατρος.

Από την άλλη πλευρά, ένα άλλο μεγάλο μέρος των παραπομπών προέρχονται από το χώρο του σχολείου και δεν αφορούν μόνο σε μαθησιακά προβλήματα, αλλά και σε δυσκολίες προσαρμογής και συμπεριφοράς (Τσιάντης, 1991). Η εμπειρία έχει δείξει ότι σε όλες τις συνεργασίες που υπήρξαν με σχολεία της περιοχής είναι εντυπωσιακό ότι, σχεδόν σε κάθε συνάντηση επισημαίνεται από τους εκπαιδευτικούς, αλλά και τους γονείς το τεράστιο κενό που υπάρχει στη στήριξη της σχολικής κοινότητας από ειδικούς ψυχικής υγείας. Η καθιέρωση του θεσμού του σχολικού ψυχολόγου θεωρείται, ότι θα μπορούσε να καλύψει αυτό το κενό σε μεγάλο βαθμό και παράλληλα να λειτουργήσει ως ένας ηθμός για τις παραπομπές από τα σχολεία προς το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα.

Άλλωστε, στο πλαίσιο της συνεργασίας με τα σχολεία πολλά μπορούν να γίνουν, όπως:

Συζητήσεις με γονείς και εκπαιδευτικούς στα σχολεία: Αυτός είναι ένας τρόπος προσέγγισης της σχολικής κοινότητας και συνήθως τα αιτήματα για συνεργασία εκφράζονται είτε από το σύλλογο γονέων, είτε από το σύλλογο διδασκόντων του σχολείου. Για τα παιδιά της σχολικής ηλικίας διαπιστώνεται ότι, τα θέματα που προβληματίζουν περισσότερο τόσο τους γονείς, όσο και τους εκπαιδευτικούς, αφορούν κυρίως στη συμπεριφορά των παιδιών, τα μαθησιακά προβλήματα, την επίδραση της τηλεθέασης και της ενασχόλησης με τη σύγχρονη ηλεκτρονική τεχνολογία.

Συναντήσεις γνωριμίας, ενημέρωσης και συνεργασίας με εκπροσώπους άλλων επαγγελματικών ομάδων, όπως παιδίατρους, εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων κλπ. Έτσι, εξασφαλίζεται τόσο η έγκαιρη παρέμβαση, όσο και ο σωστός τρόπος παραπομπής για τις περιπτώσεις εκείνες που χρειάζονται αξιολόγηση και βοήθεια από τους ειδικούς του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος. Παράλληλα, δίδεται η ευκαιρία για διοργάνωση από κοινού με τους εκπροσώπους των άλλων επαγγελματικών ομάδων, εκδηλώσεων ευαισθητοποίησης και πρόληψης.

Ο στόχος αυτών των συναντήσεων είναι, όχι μόνο η ενημέρωση, αλλά και η ανταλλαγή απόψεων και η προώθηση της συνεργασίας (**Διασυνδεδετική Εργασία**).

Επίσης, άλλες ενέργειες αφορούν σε

- ✓ *Ενημέρωση Διευθυντών Δημοτικών Σχολείων και Νηπιαγωγείων για το έργο και τη λειτουργία του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος*
- ✓ *Συναντήσεις με εκπαιδευτικούς της Α' τάξης του Δημοτικού Σχολείου για ευαισθητοποίησή τους σε θέματα που αφορούν τα 'πρωτάκια'*
- ✓ *Συναντήσεις με νηπιαγωγούς για ενημέρωσή τους για τις δυσκολίες που μπορεί να συναντήσουν με τα μικρά παιδιά και τη δυνατότητα παραπομπής στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα*
- ✓ *Ομάδα εργασίας νηπιαγωγών με σκοπό τη συζήτηση περιπτώσεων που προβληματίζουν και υπάρχει ανάγκη συνεργασίας του σχολείου και της οικογένειας με τη διεπιστημονική ομάδα*
- ✓ *Συμμετοχή σε Προγράμματα Αγωγής Υγείας, τόσο της Α' Βάθμιας, όσο και της Β' Βάθμιας Εκπαίδευσης*
- ✓ *Βιωματικά σεμινάρια για καθηγητές σε συνεργασία με τα Γραφεία Αγωγής Υγείας, για μια καλύτερη προσέγγιση και κατανόηση των συναισθηματικών μεταβολών στην εφηβεία.*

Όμως, παράλληλα με τη συνεργασία με τα σχολεία, εξίσου σημαντική η επικοινωνία και η έναρξη ενός διαλόγου με τους γονείς, καθώς με τον τρόπο αυτό η διεπιστημονική ομάδα μπορεί να προσφέρει, εκτός από ενημέρωση και υποστήριξη.

Κατ' αυτόν τον τρόπο, μπορούν να οργανωθούν ομάδες γονέων, ανάλογα με την ηλικία των παιδιών τους, δηλαδή ομάδα γονέων παιδιών προσχολικής ή σχολικής ηλικίας και ομάδα γονέων εφήβων.

Η εμπειρία δείχνει ότι οι γονείς ανταποκρίνονται θετικά σε τέτοιες πρωτοβουλίες. Χαρακτηριστικά αναφέρουν πως αποκομίζουν πολλά οφέλη από τη συμμετοχή τους στην ομάδα, ιδιαίτερα όταν αυτή είναι μικρή και 'κλειστή', γεγονός που εξασφαλίζει άλλωστε, την ενεργό συμμετοχή όλων των γονέων της ομάδας, ενώ παράλληλα συμβάλλει και στη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης και οικειότητας.

Στις συναντήσεις αυτές με τους γονείς είναι προτιμότερο η έμφαση να δίνεται σε θέματα που αφορούν καθημερινές, φυσιολογικές καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν μέσα στην οικογένεια, όπως:

- ✓ Η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια
- ✓ Η ζήλια και ο ανταγωνισμός ανάμεσα στα αδέρφια
- ✓ Θέματα συμπεριφοράς και προσαρμογής στο σχολείο
- ✓ Οι αλλαγές στη ζωή της οικογένειας
- ✓ Η προετοιμασία των γονέων για την εφηβεία των παιδιών τους κλπ.

Είναι καθοριστικής σημασίας να εξασφαλισθούν εκείνες οι συνθήκες που θα επιτρέψουν στους γονείς να νιώσουν άνεση, οικειότητα και εμπιστοσύνη, ώστε να μπορέσουν να 'ανοιχτούν' και να συμμετέχουν ενεργά στις διαδικασίες της ομάδας.

Με τον τρόπο αυτό μπορούν οι συμμετέχοντες να αποκομίσουν το μεγαλύτερο δυνατό όφελος, γεγονός που αποτυπώνεται και στην αξιολόγηση που ζητήθηκε να συμπληρώσουν στο τέλος του κύκλου των συναντήσεων.

Έτσι, ένα Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της επικοινωνίας και του συναισθηματικού κλίματος, όχι μόνο της οικογένειας, αλλά και μεταξύ εκπαιδευτικών και γονέων. Αυτό βέβαια διευκολύνει τόσο τις μεταξύ τους σχέσεις, όσο και την εύρυθμη λειτουργία του σχολείου.

Όλες οι πιο πάνω δραστηριότητες αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο ένα Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα, έστω και μικρό, μπορεί, όχι μόνο να προβάλλει και να γνωστοποιήσει το έργο και τη λειτουργία του προς τα έξω, αλλά και να αποτελέσει τμήμα του κοινωνικού ιστού και του δικτύου μιας μικρής επαρχιακής πόλης, όπου δεν υπάρχουν

άλλωστε και πολλές διαθέσιμες υποστηρικτικές υπηρεσίες για ψυχοκοινωνικού τύπου προβλήματα. Έτσι, αντιμετωπίζεται σιγά-σιγά ο φόβος και το στίγμα, ενώ ταυτόχρονα ξεδιαλώνονται οι επιφυλάξεις και οι προκαταλήψεις, γεγονός που συμβάλλει στη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος.

Πολλές φορές βέβαια, εκφράζεται ένας προβληματισμός από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, δεδομένου ότι όλες αυτές οι δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την πρόληψη, παρόλο που απαιτούν σημαντική ‘ενέργεια’ και χρόνο για την προετοιμασία, το συντονισμό και τις συνεργασίες μεταξύ των διαφόρων φορέων που απαιτούνται για την υλοποίηση των προγραμμάτων, δεν αποτυπώνονται σε αριθμούς, ενώ ταυτόχρονα διαπιστώνεται, ότι η αποτελεσματικότητα των ‘ομάδων εργασίας’, είτε αυτές αφορούν γονείς, είτε εκπαιδευτικούς, παιδίατρος κλπ, αυξάνει όταν η ομάδα είναι κλειστή και ο αριθμός των συμμετεχόντων περιορισμένος.

Ψυχολογική υποστήριξη ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων

Οι δραστηριότητες του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος που έχουν ως στόχο την πρόληψη δεν περιορίζονται μόνο στον ‘υγιή’ πληθυσμό. Είναι σκόπιμο να επεκταθούν και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, οι οποίες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν ψυχολογικές δυσκολίες. Στις ομάδες αυτές περιλαμβάνονται οικογένειες που δεν έχουν διαθέσιμο υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο και ζουν σε μια σχετική απομόνωση, όπως, οικογένειες οικονομικών μεταναστών ή μειονοτήτων, ανέργων, καθώς επίσης και άλλες οικογένειες που αντιμετωπίζουν μια σοβαρή ψυχική ή σωματική χρόνια ή απειλητική για τη ζωή αρρώστια σε ένα μέλος της οικογένειας.

Ιδιαίτερη είναι η περίπτωση των μονογονεϊκών οικογενειών, είτε λόγω διαζυγίου ή λόγω θανάτου του ενός από τους γονείς, είτε λόγω συνειδητής επιλογής των άγαμων μητέρων.

Διασύνδεση και συνεργασία με άλλους φορείς και υπηρεσίες

Το παιδί μεγαλώνει και αναπτύσσεται μέσα στο περιβάλλον της οικογένειάς του, του σχολείου του και της παρέας των συνομηλίκων του. Από αυτό το περιβάλλον, το παιδί, όπως άλλωστε είναι φυσικό, δέχεται επιδράσεις. Η σχέση αυτή όμως είναι αμφίδρομη, καθώς το παιδί επηρεάζει αλλά και επηρεάζεται από το περιβάλλον του και ως ένα βαθμό το διαμορφώνει. Για τους λόγους αυτούς το κάθε παιδί που προσέρχεται σε ένα Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα θα πρέπει να προσεγγίζεται όχι μεμονωμένα, αλλά έχοντας υπ’ όψιν το περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνει.

Έτσι, προκειμένου η παρέμβαση της διεπιστημονικής ομάδας να είναι ολοκληρωμένη και κατά το δυνατό πιο αποτελεσματική, θα πρέπει να συμπεριληφθεί και το περιβάλλον, τόσο το οικογενειακό, όσο και το σχολικό και κοινωνικό. Ένα σημαντικό τμήμα αυτής της εργασίας έρχεται να καλύψει η **Διασυνδεδετική Εργασία**.

Στο πλαίσιο της Διασυνδεδετικής εργασίας η διεπιστημονική ομάδα του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος θα χρειαστεί να αναπτύξει συνεργασία και με άλλους φορείς και υπηρεσίες της κοινότητας, που ασχολούνται επίσης με την ψυχοκοινωνική στήριξη των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών τους. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, να υπάρχει μια ανοιχτή επικοινωνία με τους εκπροσώπους των φορέων αυτών, καθώς το ‘αντικείμενο’ του ενδιαφέροντος είναι κοινό, άσχετα αν ο κάθε φορέας το προσεγγίζει με διαφορετικό τρόπο. Ωστόσο, το καλό κλίμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης, αλλά και ο σεβασμός στο ρόλο των άλλων επαγγελματιών, καθώς και η σαφής γνώση των ορίων του καθενός, είναι παράγοντες που εξασφαλίζουν μια αποτελεσματική συνεργασία προς όφελος των οικογενειών.

Εκπαιδευτικό πρόγραμμα

Είναι πολύ σημαντικό με την έναρξη λειτουργίας ενός νέου Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος να υπάρξει ένα σωστά δομημένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα που αρχικά θα απευθύνεται σε όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Ίσως θα ήταν σκόπιμο, να κληθούν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα αυτό και άλλοι επιστήμονες, τόσο από άλλα Ιατροπαιδαγωγικά Τμήματα, όσο και ειδικοί που ασχολούνται επίσης με τα παιδιά από μια άλλη θέση, όπως παιδίατροι και εκπαιδευτικοί. Έχει άλλωστε αποδειχθεί, ότι **οι κοινές εκπαιδευτικές εμπειρίες συμβάλλουν καθοριστικά στην απόκτηση ενός κοινού λόγου, ενώ παράλληλα εξασφαλίζουν μια κοινή φιλοσοφία στην προσέγγιση των παιδιών και των οικογενειών τους, γεγονός κρίσιμης σημασίας στη διεπιστημονική συνεργασία στο πλαίσιο της Διασυνδεδετικής Εργασίας**.

Το Εκπαιδευτικό αυτό Πρόγραμμα θα ήταν καλό αρχικά να επικεντρωθεί σε θέματα που αφορούν κυρίως στη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων, στον τρόπο προσέγγισης των γονέων και στη λήψη ολοκληρωμένου ιστορικού, και στη συνέχεια να συμπεριλάβει θεματικές ενότητες που αναφέρονται στην ψυχοπαθολογία και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρατηρείται από τους συμμετέχοντες σε παρόμοια Εκπαιδευτικά Προγράμματα για ψυχοκοινωνικά θέματα, όπως: ασθένεια, εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο, διαζύγιο, πένθος, αλλά και αναδοχή, υιοθεσία, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση κλπ.

Ακόμη, πολλά έχουν να προσφέρουν στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής ομάδας τόσο οι συζητήσεις περιστατικών, όσο και η βιβλιογραφική ενημέρωση, που θα πρέπει επίσης να ενταχθούν στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος.

Στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα παρέχεται η δυνατότητα για πρακτική άσκηση φοιτητών και σπουδαστών.

Εξειδικευμένα Τμήματα

Ανάλογα με την εκπαίδευση και την προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία του προσωπικού του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν και εξειδικευμένα τμήματα διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης, όπως: **Αναπτυξιολογικό**, για παιδιά με διαταραχές της ανάπτυξης, αυτισμό, διάχυτη διαταραχή της εξέλιξης, σύνδρομο Asperger κλπ.

Ακόμη, καθώς ένας σημαντικός αριθμός παιδιών που απευθύνονται στα Ιατροπαιδαγωγικά Τμήματα προσέρχεται για **αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών**, θα μπορούσε να υπάρχει ένα εξειδικευμένο τμήμα που θα ασχολείται αποκλειστικά με το θέμα των προβλημάτων μάθησης.

Ενημέρωση της τοπικής κοινωνίας για θέματα ψυχικής υγείας

Για το σκοπό αυτό μπορεί να αξιοποιηθεί κάθε ευκαιρία για το άνοιγμα ενός διαλόγου, όχι μόνο με τους εκπροσώπους των διαφόρων φορέων, όπως ήδη αναφέρθηκε πιο πάνω, αλλά και με το κοινό της περιοχής. Συχνά η αφορμή μπορεί να δοθεί με τη διοργάνωση μιας εκδήλωσης αφιερωμένης πχ. στα θέματα της εφηβείας.

Συγγραφικό έργο

Η έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, περιοδικών ή βιβλίων μπορεί επίσης να συμβάλλει στην προσέγγιση και την ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων. Η αξία του έντυπου υλικού είναι πολλαπλά χρήσιμη. Οι εκδόσεις ενός Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως τα 'διαπιστευτήρια' της διεπιστημονικής ομάδας που εργάζεται σ' αυτό, καθώς με την ευρεία διάδοσή τους στο κοινό, με την ευκαιρία συναντήσεων στα σχολεία ή στις ομάδες γονέων κλπ, έχουν ως τελικούς αποδέκτες το κοινό και με τον τρόπο αυτό, όχι μόνο ενημερώνουν, αλλά ταυτόχρονα προβάλλουν τόσο το έργο της ομάδας, όσο και τη φιλοσοφία που διέπει τους επαγγελματίες στην προσέγγιση των οικογενειών.

Διαπιστώσεις-Προβληματισμοί

Με βάση τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία δέχεται ότι: *‘Χρειάζεται ένας παιδοψυχίατρος με μια πλήρως στελεχωμένη ομάδα για κάθε 12000 παιδιά και εφήβους προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν. Υπολογίζεται άλλωστε, ότι ένα ποσοστό που ανέρχεται σε 10% ενδεχόμενα να χρειαστεί βοήθεια και παρέμβαση ειδικών ψυχικής υγείας’.*

Η εμπειρία έχει δείξει, ότι, προκειμένου να λειτουργήσει σωστά ένα Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα, χρειάζεται να εξασφαλιστεί η πλήρης στελέχωσή του με επιστημονικό προσωπικό που θα διαθέτει, εκτός από επαρκή γνώση, εμπειρία και εξειδίκευση στα επιμέρους αντικείμενα, ενθουσιασμό και πίστη στη μεγάλη σημασία του έργου που καλείται να επιτελέσει, παράλληλα με την ικανότητα για συνεργασία, τόσο εντός, όσο και εκτός της διεπιστημονικής ομάδας.

Δεν αρκεί μόνο η εμπειρία και η ‘τεχνογνωσία’ για την οργάνωση ενός Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος στο πλαίσιο του ΚΨΥ. Απαιτούνται, εκτός των άλλων, και πολλές *επικοινωνιακές δεξιότητες* από όλα τα μέλη της παιδοψυχιατρικής ομάδας, προκειμένου να επιτύχουν να εμπνεύσουν εμπιστοσύνη, τόσο στους γονείς που επισκέπτονται το Τμήμα, όσο και στους ειδικούς που ανήκουν σε άλλες επαγγελματικές ομάδες, όπως εκπαιδευτικοί, παιδίατροι κλπ. Έτσι, αρχής γενομένης από τον υπεύθυνο της Γραμματείας, ο οποίος απαντά πρώτος στην τηλεφωνική επικοινωνία με τους γονείς και κάθε ενδιαφερόμενο για συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, έως τον Παιδοψυχίατρο, ο οποίος έχει τη συνολική ευθύνη λειτουργίας του Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος και το συντονισμό των δραστηριοτήτων του, είναι απαραίτητο όλοι οι εμπλεκόμενοι στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία να συγκεντρώνουν κάποια χαρακτηριστικά στην προσωπικότητά τους, αλλά και στον τρόπο προσέγγισης των οικογενειών, που είναι πολύ χρήσιμα για την επιτυχία του έργου τους.

Επιγραμματικά, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε:

Την ευγένεια, το σεβασμό, τη διακριτικότητα, την ευελιξία, την αποδοχή που ‘φαίνονται’ από το ύφος, τον τόνο της φωνής, τον τρόπο που θέτουμε τις ερωτήσεις, ακόμη και όταν ζητούμε τα τυπικά δημογραφικά στοιχεία για τη συμπλήρωση του Intake.

Την υπευθυνότητα και τη συνέπεια, παράλληλα με τη διάθεση για συνεργασία με άλλα πρόσωπα από διαφορετικούς φορείς και υπηρεσίες, για τις περιπτώσεις όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Τέλος, τη δέσμευση με το επαγγελματικό απόρρητο, που θεωρείται αυτονόητη και δεδομένη για όσους εργάζονται στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα, καθώς και τη διασφάλιση όλων των σχετικών εγγράφων, ιστορικών, αρχείου κλπ.

Θεωρείται σημαντικό, όλοι οι επαγγελματίες που εργάζονται στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα, όχι μόνο να αγαπούν αυτό που κάνουν, αλλά και να πιστεύουν στη σημασία, τόσο της πρόληψης, όσο και της συνεργασίας. *Η γνώση και ο σεβασμός των ορίων και της ιεραρχίας είναι μεγάλης σημασίας για την ομαλή έκβαση κάθε είδους συνεργασίας. Επίσης, η αποτελεσματικότητα της προσπάθειας της διεπιστημονικής ομάδας σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται, όχι μόνο από την εκπαίδευση και την εμπειρία, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες προσεγγίζουν τα παιδιά και τις οικογένειες.*

Τέλος, κάθε είδους προληπτική παρέμβαση είναι ουσιαστικής σημασίας, *καθώς, το παιδί του σήμερα είναι ο ενήλικος του αύριο*.

Ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και των εξυπηρετούμενων

Η μονάδα έχει την υποχρέωση να παρέχει πληροφόρηση τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και τους άμεσα εξυπηρετούμενους γύρω από θέματα που συμπεριλαμβάνουν (ενδεικτικά):

- Περιγραφή της μονάδας, του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων
- Το όνομα και στοιχεία επικοινωνίας του επιστ. υπεύθυνου (διευθυντή/ντριας, προϊσταμένου)
- Πληροφορίες αναφορικά με το ωράριο λειτουργίας
- Σχέδια φροντίδας
- Ειδικές πληροφορίες για τις διαταραχές και τη χορηγούμενη θεραπεία (φαρμακευτική αγωγή, ειδικές θεραπείες, παρέμβαση στην οικογένεια, κλπ)
- Οδηγίες για τη διαχείριση κρίσεων και απρόοπτων καταστάσεων
- Τρόπους έκφρασης απόψεων και κρίσεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες

Η πληροφόρηση αυτού του τύπου πρέπει να παρέχεται τόσο γραπτώς (μέσω σχετικών φυλλαδίων που παράγονται είτε με ευθύνη της ίδιας της μονάδας είτε του ΤοΨΥ/ΤοΨΥΠΕ) όσο και δια ζώσης, ως μέρος της παρακίνησης του ασθενούς και της οικογένειάς του με σκοπό την ενεργή συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ, το ευρύ φάσμα υπηρεσιών ενός ΚΨΥ καλύπτει όλες τις ψυχιατρικές νοσολογικές οντότητες και όλες τις ηλικίες. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα ενήλικα άτομα που ζητούν βοήθεια νοσούν από αγχώδεις ή συναισθηματικές διαταραχές, ενώ οι σχιζοφρενικές διαταραχές μπορεί να αποτελούν το 15-18% του συνόλου των πελατών ενός ΚΨΥ. Πολλά ΚΨΥ στο εξωτερικό (ΗΠΑ, Ιταλία, Γαλλία, Μεγάλη Βρετανία) εφημερεύουν είκοσι τέσσερις ώρες ή έχουν τη δυνατότητα βραχύχρονης νοσηλείας.

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΝΟΣ ΚΨΥ

Η ανάπτυξη και τα πρώτα βήματα

Η επαφή με ιατρο-κοινωνικούς φορείς και τοπική αυτοδιοίκηση

Θεωρείται θεμελιώδους σημασία η επαφή με τις δημοτικές υπηρεσίες, δηλαδή οι προκαταρκτικές επαφές είναι πάντοτε αναγκαίες και χρήσιμες για το έργο του ΚΨΥ. Είναι επίσης δεοντολογικά και πρακτικά υποχρεωτικό οι επισκέψεις στα ιατρεία του ΙΚΑ και οι επαφές με τους ιδιώτες γενικούς ιατρούς και ψυχιάτρους οι οποίοι αντιμετωπίζουν ένα μεγάλο μέρος των περιστατικών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (κυρίως τις αγχώδεις καταστάσεις, την κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά κ.α.). Τονίζεται ότι ο ρόλος ενός ΚΨΥ είναι συμπληρωματικός και όχι ανταγωνιστικός. Καθώς η συνεργασία διαφορετικών ιατρο-κοινωνικών φορέων μεταξύ τους αλλά και με ιδιώτες γιατρούς δεν είναι με κανένα τρόπο θεσμοθετημένη, στην πράξη παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα (π.χ. είναι αναμενόμενο σε ένα ΚΨΥ να παραπέμπονται τα δυσκολότερα περιστατικά). Οι επαφές αυτές αποσκοπούν επίσης στην οργάνωση του συστήματος παραπομπών προς και από το ΚΨΥ.

Η επιλογή του κτιρίου

Πρώτο μέλημα είναι η προσβασιμότητα (η ύπαρξη συγκοινωνιακού δικτύου αλλά και η δυνατότητα πρόσβασης στους χώρους από άτομα με ειδικές ανάγκες). Η έκταση του κτιρίου δεν πρέπει να είναι μικρότερη των 350 τ.μ. Η ενημέρωση των γειτόνων για το χαρακτήρα και τους σκοπούς του ΚΨΥ (π.χ. με την έκδοση ενός φυλλαδίου ή προφορικές εξηγήσεις) είναι χρήσιμες, προς αποφυγή φαντασιώσεων επικινδυνότητας των ασθενών και του ίδιου του ΚΨΥ. Ιδιαίτερα ευαίσθητο είναι το ζήτημα της πιθανής υποδοχής χρηστών ουσιών.

Εκπαίδευση του προσωπικού

Η προκαταρκτική εκπαίδευση σε θέματα Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι απαραίτητη, αλλά ιδιαίτερα εποικοδομητική είναι η εκπαίδευση που συμβαδίζει με τα πρώτα βήματα λειτουργίας (π.χ. πρόσκληση ομιλητών, κλινική εποπτεία κ.λ.π.). Η οργάνωση ετήσιου σεμιναρίου είναι μια πρόσφορη λύση.

Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας και παραπομπών

Αποτελεί μείζον ζήτημα για ένα ΚΨΥ η ανάπτυξη δικτύου παραπομπών για την έγκαιρη παραπομπή των ασθενών (κλινική εκτίμηση, συνταγογράφηση, ψυχολογική υποστήριξη ή ψυχοθεραπεία). Η φροντίδα της κατάθλιψης, των νευρώσεων και του άγχους αποτελεί σημαντικό αντικείμενο της δραστηριότητας και των γενικών γιατρών, των ιδιωτών ψυχιάτρων και των παραρτημάτων του ΙΚΑ (όπου παρεμβαίνουν όλες οι ειδικότητες). Η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών οδηγεί σε σημαντικές επικαλύψεις αρμοδιοτήτων αλλά και στην αδυναμία διαφοροποίησης των ρόλων.

Αναπτυξιακά φαινόμενα

Τέσσερα βασικά φαινόμενα μπορεί να παρατηρηθούν μέσα από τη σταδιακή ανάπτυξη του ΚΨΥ:

1. Προβλήματα οργάνωσης

- ❑ Είναι συχνό το φαινόμενο να υπάρχει προοδευτική ενσωμάτωση στο ΚΨΥ διαφόρων μελών του, πράγμα που δυσκόλεψε τη διαμόρφωση των δυναμικών της ομάδας.
- ❑ Δημιουργούνται αισθήματα δυσφορίας σε πολλά μέλη λόγω της ανάληψης διπλών ρόλων και έργων.
- ❑ Υπάρχει κίνδυνος για την εξισορρόπηση του ερευνητικού έργου αγωγής υγείας και του θεραπευτικού έργου που μπορεί να ξεπεραστεί όταν μειώνεται ο χρόνος που διατίθεται στην επιδημιολογική έρευνα ή στην αγωγή υγείας.
- ❑ Η μείωση των χρονοβόρων διοικητικών διαδικασιών επιτυγχάνεται με την οργάνωση μικρής διοικητικής υπηρεσίας στο κέντρο.

Η Διακλαδική Ομάδα του ΚΨΥ

Τα μέλη της Διακλαδικής Ομάδας του ΚΨΥ είναι ο ψυχίατρος και ο παιδοψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο επισκέπτης υγείας, ο εργοθεραπευτής, ο νοσηλευτής και άλλοι ειδικοί θεραπευτές (π.χ. ο λογοθεραπευτής, ο ψυχοπαιδαγωγός).

Η ανάληψη του περιστατικού μπορεί να γίνει από τον κοινωνικό λειτουργό με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, που θα διευκρινίσει την ιδιαιτερότητα του περιστατικού σε αμιγώς κοινωνικό, σε αμιγώς ψυχιατρικό ή σε μεικτό. Αν έχει μεικτό χαρακτήρα (ψυχιατρικό ή κοινωνικό πρόβλημα) τότε το αναλαμβάνει η θεραπευτική ομάδα. Η Διακλαδική ομάδα θα

συνεργαστεί σε τρία επίπεδα: 1) στο επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης, που μπορεί να έχει τη μορφή της παρέμβασης σε κρίση, ή της παρέμβασης με ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς μέσα στο πλαίσιο της δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένεια, 2) στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας, όπου το άτομο ακολουθεί τη θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του, και 3) στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης του ατόμου.

Η συμβολή κάθε κλάδου για την αντιμετώπιση της περίπτωσης είναι ουσιαστική από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης του.

Ο ψυχίατρος

Ο ψυχίατρος που εργάζεται στην Κοινοτική Ψυχιατρική έχει δύο επίπεδα εργασίας: το επίπεδο του ατόμου που ζητά βοήθεια και παρουσιάζει κλινικό πρόβλημα και το επίπεδο της ίδιας της κοινότητας, με τη έννοια της συμμετοχής του στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας.

Η επιτυχημένη εργασία ενός κοινοτικού ψυχιάτρου εξαρτάται από την τήρηση των βασικών αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, τη διαμόρφωση συγκεκριμένης ιδεολογίας, την έλλειψη «ελιτισμού», την ίδια την στάση του προς την κοινότητα και τις ικανότητές του. Θα πρέπει επίσης, να σημειωθεί το πρόβλημα της ευθυνοφοβίας, για παράδειγμα αν ένας άρρωστος αυτοκτονήσει στην κοινότητα. Η ευθυνοφοβία είναι ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο στην απρόσκοπτη εργασία ενός ψυχιάτρου, που ξεπερνιέται με τη βαθιά γνώση του αντικειμένου της δουλειάς του, τη σωστή εκτίμηση των προγνωστικών δεικτών κινδύνου αυτοκτονίας και τα προληπτικά μέτρα που θα πρέπει να λάβει.

Η ιεράρχηση των κοινωνικών και λειτουργικών αναγκών στη λήψη μιας απόφασης, είναι το άλλο σκέλος το οποίο πρέπει να προσδιορίζει τον κοινοτικό ψυχίατρο. Η δουλειά του είναι επίπονη, πολυδιάστατη, έχει προβλήματα, αλλά τις περισσότερες φορές είναι γεμάτη από θετικές ενισχύσεις.

ΤΥΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΚΨΥ

	ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ	ΣΤΟ ΚΨΥ
Ιεραρχία	<i>Πυραμίδα</i>	<i>Οριζόντια</i>
Στόχος	<i>Άρρωστος</i>	<i>Άρρωστος- Κοινότητα</i>
Προσέγγιση του αρρώστου	<i>Πατερναλιστική</i>	<i>Διαλεκτική στο χώρο και χρόνο</i>
Θεραπευτικοί χειρισμοί	<i>Βιολογικοί</i>	<i>Μεικτοί</i>
Χειρισμοί αποκατάστασης	<i>Ανάθεση στον εργοθεραπευτή</i>	<i>Κινητοποίηση κοινοτικών πόρων από την Διακλαδική Ομάδα</i>
Λήψη αποφάσεων	<i>Ιεράρχηση της απρόσκοπτης λειτουργίας του ψυχιατρείου</i>	<i>Ιεράρχηση κοινωνικών λειτουργικών αναγκών</i>
Θεραπευτική επαφή	<i>Ασυνεχής</i>	<i>Συνεχής</i>
Συνεργασία με φορείς για παραπομπές	<i>Καμία</i>	<i>Απαραίτητη οργάνωση υποστηρικτικού συστήματος</i>

Ο ψυχολόγος

Η συμμετοχή του ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα του ΚΨΥ είναι ουσιαστική. Εργάζεται στα επίπεδα: 1) της διεύρυνσης των ποικίλων τύπων των ψυχολογικών διεργασιών του πελάτη του κέντρου με τη χρήση π.χ. ψυχομετρικών τεστ 2) της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης στον ίδιο ή την οικογένειά του, και 3) της κοινότητας συμμετέχοντας στα προγράμματα πρόληψης, όπως η διοργάνωση Σχολών Γονέων και οι ομάδες ευαισθητοποίησης. Η κλινική εμπειρία του ψυχολόγου συνεισφέρει στην πληρέστερη δυνατή εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του πελάτη και στον ορθολογικότερο προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής. Η συνεισφορά, τέλος, του ψυχολόγου στον τομέα της ανάληψης περιπτώσεων με εμφανές κοινωνικό-ψυχολογικό περιεχόμενο (επικείμενο διαζύγιο στο ζευγάρι), ή και όχι αναγκαστικά ψυχιατρικό, είναι μοναδική, αφού έτσι αποφεύγουμε την ψυχιατρικοποίηση του προβλήματος, η οποία σε άλλη περίπτωση μπορεί να αποπροσανατολίσει τη σωστή αντιμετώπισή του. Για τους ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και επισκέπτες υγείας που εργάζονται στην κοινότητα υπάρχουν δύο βασικά προβλήματα. Αυτό της επιδεξιότητας της επαφής και της επικάλυψης των αρμοδιοτήτων. Η λύση στο πρώτο είναι, ότι η επαφή με έναν κοινοτικό εκπρόσωπο πρέπει να χαρακτηρίζεται από ένα μήνυμα σαφές για τα όρια των δυνατοτήτων των μελών του ΚΨΥ και το πεδίο δράσης του κοινοτικού εκπροσώπου. Όσο για την επικάλυψη των αρμοδιοτήτων, κάθε εμπόδιο μπορεί να ξεπεραστεί με το ποσοτικό μοίρασμα της ευθύνης

για το έργο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, και την ισότιμη συνεργασία τους όπου υπάρχει παράλληλη εργασία.

Ο κοινωνικός λειτουργός

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, πολιτιστικών) που παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και αποδρομή της ψυχικής αρρώστιας. Παρεμβαίνει μαζί με τον ψυχίατρο και επηρεάζει θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές ως προς το άρρωστο μέλος.

Εργάζεται με την κοινότητα για την αποτελεσματική υποστήριξη των αρρώστων χωρίς υποστηρικτικό σύστημα. Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης. Τέλος, μπορεί να αναλαμβάνει μέρος του έργου της ανίχνευσης νέων 'περιπτώσεων'. Μέσα από ειδική εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου, ο κοινωνικός λειτουργός ασκεί το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας με άτομα ή ομάδες.

Ο επισκέπτης υγείας

Ο επισκέπτης υγείας είναι σημαντικό στέλεχος της διακλαδικής ομάδας και έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- ✓ Ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου από πλευράς καθαριότητας των χώρων διαμονής, καταλληλότητας από πλευράς αερισμού, φωτεινότητας.
- ✓ Ελέγχει την κατάσταση του αρρώστου από πλευράς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και των πιθανών παρενεργειών της. Συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και την οικογένεια πάνω σε κάθε ψυχοφαρμακευτικό σχήμα και την ανταπόκριση του αρρώστου.
- ✓ Συντονίζει το προσωπικό των διαφόρων υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας τις οποίες πιθανόν να χρησιμοποιεί ο άρρωστος, π.χ. τις υπηρεσίες του προστατευμένου εργαστηρίου, του νοσοκομείου ημέρας.
- ✓ Συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές, φορείς και οργανώσεις στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης.
- ✓ Συμμετέχει στο πρόγραμμα ανίχνευσης "περιπτώσεων" από κοινού με τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχίατρο.
- ✓ Συμμετέχει στα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα του ΚΨΥ.

Ο εργοθεραπευτής

Ο εργοθεραπευτής στο ΚΨΥ είναι το μέλος της Διακλαδικής ομάδας που αναλαμβάνει: 1) την άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της αρρώστιας, ή δεν είχαν αποκτήσει ποτέ 2) τη φροντίδα για την γενικότερη κοινωνικοποίησή τους μέσα από την ομαδική εργασία 3) την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης και 4) το γενικότερο προγραμματισμό της κοινοτικής αποκατάστασης.

Ο εργοθεραπευτής οργανώνει και διευθύνει την κοινωνική θεραπευτική λέσχη που κοινωνικοποιεί και ψυχαγωγεί τα μέλη της. Ο εργοθεραπευτής εργάζεται επίσης στο προστατευμένο εργαστήριο (μέσα ή έξω από το ΚΨΥ) ή στο κέντρο προ-επαγγελματικής αποκατάστασης.

Συνεργάζεται στενά με τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό για την ψυχιατρική και κοινωνική κατάσταση του πελάτη και με τον ψυχολόγο του επαγγελματικού προσανατολισμού για την συνεκτίμηση των λειτουργικών ικανοτήτων του πελάτη. Τέλος, ο εργοθεραπευτής είναι επιφορτισμένος με τις επαφές με πιθανούς εργοδότες και βιοτέχνες, στο πλαίσιο της ανάθεσης εργασίας «κατ' αποκοπή», που θ' αποφέρει οικονομικό όφελος στον πελάτη στο πλαίσιο της προστατευμένης εργασίας.

Ο νοσηλευτής

Η κοινοτική ψυχιατρική καθιστά αναγκαία την παρουσία του νοσηλευτή ως βασικού μέλους της θεραπευτικής ομάδας. Ο νοσηλευτής εργάζεται στους ακόλουθους τομείς:

- ✓ Στην κλινική φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθησή του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες. Ο ίδιος διαχειρίζεται το μικρό φαρμακείο και την “κλινική φαρμάκων μακράς δράσης” καθώς και τη διατήρηση της συμμόρφωσης του αρρώστου στην αγωγή, με την εφαρμογή τυποποιημένων τεχνικών παρέμβασης.
- ✓ Στον τομέα της γενικότερης κλινικής παρακολούθησης της κατάστασης υγείας ενός ψυχικά αρρώστου, με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και την εκπαίδευση του σε θέματα πρόληψης υποτροπών και μείωσης του στρες.
- ✓ Στην παρέμβαση στο άτομο και την οικογένεια, όταν υπάρχει κρίση, με στόχο τη λύση της κρίσης και την τεχνική της επίλυσης προβλημάτων.

- ✓ Στην νοσηλευτική διεργασία-φροντίδα σε προγράμματα ημερήσιας φροντίδας (day care programs) που μπορεί να υπάρχουν σε ένα ΚΨΥ.

Βασικές προϋποθέσεις για τη αποτελεσματικότητα της εργασίας του νοσηλευτή είναι α) να συμμερίζεται την κοινή ιδεολογία της ομάδας β) να κάνει καλή επαφή και θεραπευτική προσέγγιση γ) να γνωρίζει καλή κλινική ψυχοπαθολογία-νοσολογία και δ) να μπορεί να συνεργάζεται με άλλους στον τομέα του ή στον ιατρικό τομέα.

Σχέσεις διακλαδικής ομάδας

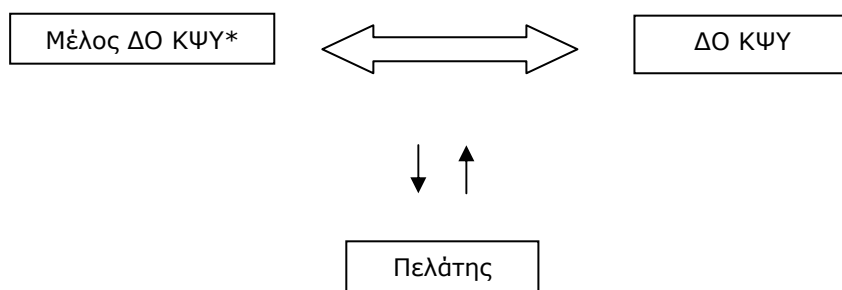
Οι σχέσεις της διακλαδικής ομάδας χαρακτηρίζονται από πνεύμα συνεργασίας, ειλικρίνειας και θετικού συναγωνισμού. Οι αποφάσεις έχουν ως μοναδικό προσανατολισμό την επίλυση του πρωταρχικού προβλήματος (problem solving) μέσα στο χώρο και το χρόνο, ώστε να καλυφθεί η ανάγκη του πελάτη και της οικογένειάς του. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες τύπων σχέσεων της διακλαδικής ομάδας: 1) σχέσεις συμβουλευτικού τύπου 2) σχέσεις συνεργασίας και 3) σχέσεις εποπτικού χαρακτήρα.

Οι σχέσεις *συμβουλευτικού τύπου* βασίζονται στην εξακρίβωση του αιτήματος και την εξειδίκευσή του, ώστε να εμπλέκεται ένα μέλος της ομάδας. Οι *σχέσεις συνεργασίας* αφορούν στην εμπλοκή περισσότερων του ενός μελών, ενώ οι *σχέσεις εποπτικού χαρακτήρα* έχουν γραμμικό σχήμα (βλέπε σχήμα).

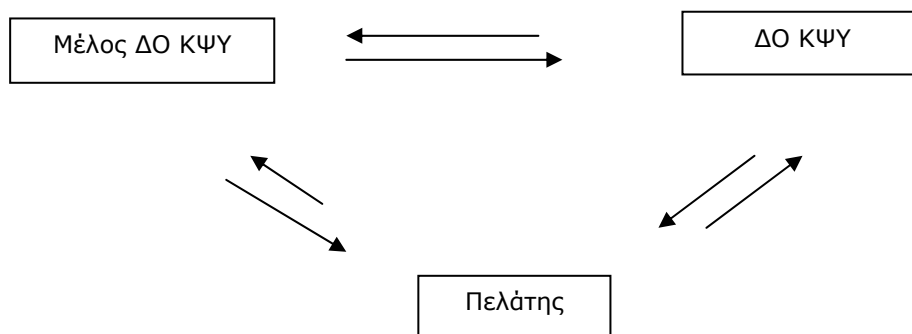
Οι σχέσεις των μελών μεταξύ τους αποσκοπούν: 1) στη ταύτιση κάθε μέλους με την ομάδα, 2) στη βελτίωση της επικοινωνίας των μελών, 3) στην αύξηση της προσωπικής ανάπτυξης κάθε μέλους και 4) στη διατήρηση της ενότητας της ομάδας, χωρίς να μειώνεται η ταυτότητα των μελών της. Ο κίνδυνος διάσπασης της ενότητας της διακλαδικής ομάδας είναι υπαρκτός, αφού οι ομαδοποιήσεις είναι σύνηθες φαινόμενο σε μεγάλες ομάδες. Ο κίνδυνος αυτός που ίσως είναι και ο μεγαλύτερος, μπορεί να είναι η αφορμή για την εμφάνιση διασπαστικών φαινομένων στην ομάδα, με αποτέλεσμα την πρόκληση δυσλειτουργικών φαινομένων στην ομάδα, με αποτέλεσμα την πρόκληση δυσλειτουργιών.

ΤΥΠΟΙ ΣΧΕΣΕΩΝ ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

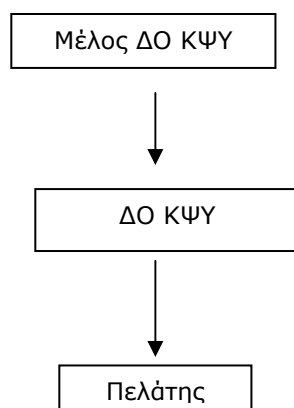
Α) ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ



Β) ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ



Γ) ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΠΟΠΤΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ



* ΔΟ ΚΨΥ: Διακλαδική Ομάδα του ΚΨΥ

Τα δυναμικά της διακλαδικής ομάδας

Προβλήματα:

- Διαμόρφωση συμμαχιών
- Μικρού βαθμού αντιπαλότητες
- Υπεροχή ψυχιάτρων στη δομή της ομάδας
- Νέοι ψυχίατροι και άλλοι επαγγελματίες χωρίς εμπειρίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής
- Εξάρτηση Κέντρου από ετήσιες κρατικές χρηματοδοτήσεις για ειδικά προγράμματα

Αντιμετώπιση προβλημάτων:

- Διαχωρισμός ρόλων και έργου κάθε μέλους
- Ανάθεση ευθυνών
- Καθορισμός εβδομαδιαίας συνάντησης της ομάδας (συζητήσεις, κριτική, λήψη αποφάσεων, καλύτερη επικοινωνία μελών)

Ανάθεση διοικητικών αρμοδιοτήτων σε μέλη/εισαγωγή στοιχείων ιεραρχίας

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) των μελών της διακλαδικής ομάδας.

Σε εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας καθώς και σε θεραπευτικές κοινότητες έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής εξουθένωσης (burnout). Πρόκειται για μια αντίδραση στρες, που αναπτύσσεται σε ένα άτομο το οποίο εργάζεται σε έναν τομέα με υψηλές απαιτήσεις. Μεταξύ των συμπτωμάτων παρουσιάζονται: μείωση της απόδοσης στην εργασία, εξουθένωση, ευαλωτότητα σε σωματικές αρρώστιες, χρήση ηρεμιστικών-οινοπνευματωδών που δρουν ως αγχολυτικά. Ως άμεση ανάγκη θεωρείται η απομάκρυνση του εργαζόμενου από το χώρο που προκαλεί τα φαινόμενα εξουθένωσης. Η πρόληψη της ψυχικής εξουθένωσης επιτυγχάνεται με την κατάλληλη οργάνωση των συνθηκών εργασίας: ευελιξία στο ωράριο, παροχές εκπαιδευτικών αδειών, παροχή επιστημονικών ενισχύσεων (feedback), εναλλαγή στους χώρους εργασίας. Ο ρόλος της ομάδας είναι επίσης σημαντικός στην υποστήριξη του μέλους που αισθάνεται την ψυχική εξουθένωση.

Παράγοντες που εξασφαλίζουν την επιτυχία του ΚΨΥ και της διακλαδικής ομάδας

- Συντονισμός (coordination): εκλογή ενός ατόμου ως εκπροσώπου της ομάδας για τις διαπραγματεύσεις με τις υπόλοιπες ψυχιατρικές υπηρεσίες και εκτός των άλλων εκτός αυτών (case manager).
- Διαμοιρασμός δεξιοτήτων (skill sharing): κάθε μέλος διατηρεί τις βασικές του δεξιότητες και οι υπόλοιπες μοιράζονται, σε κάποια βαθμό, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν κριθεί απαραίτητο.
- Αυτόνομος προϋπολογισμός (separate budget): εξαρτώμενος από τις ανάγκες του κέντρου και της ομάδας.
- Ευέλικτο ωράριο εργασίας (flexible hours of working).
- Ανάπτυξη καλής διασύνδεσης: με γενικούς γιατρούς, αστυνομία, προστατευμένα διαμερίσματα, εκκλησία κ.α.
- Θετική αλλά ευέλικτη προσέγγιση: παρακολούθηση ασθενών στην πιο κατάλληλη για αυτούς τοποθεσία για φροντίδα.
- Γρήγορη παρέμβαση (rapid response): επικοινωνία και επαφή με τον άρρωστο όσο το δυνατόν γρηγορότερα.
- Υπευθυνότητα για τα νοσοκομειακά κρεβάτια: κάθε ομάδα πρέπει να έχει δικά της κρεβάτια στο νοσοκομείο που έχει πρόσβαση ώστε να παρακολουθεί τους ασθενείς της κάθε χρονική στιγμή και να διευθετεί θέματα εισόδου και εξόδου.
- Παροχή υπηρεσιών εκτός ωραρίου (όχι 24ωρη).

Η ηγεσία (leadership)

Η έννοια της ηγεσίας είναι ένα σημαντικό στοιχείο στη διοικητική τέχνη. *Ηγεσία είναι η άσκηση κάθε προσπάθειας για επίτευξη των οργανωτικών στόχων, η οποία περιέχει και συμβολικό χαρακτήρα.* Βασική προϋπόθεση της ηγεσίας είναι ότι αυτή δεν πρέπει να συνδέεται πάντοτε με την κατοχή εξουσίας, αφού υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο αρχηγός δεν διαθέτει την απαραίτητη εξουσία. Ούτε και όλοι οι διευθυντές είναι ηγέτες, αφού πιθανόν να μην έχουν τις απαραίτητες χαρισματικές προσωπικές ιδιότητες.

Σε ιδανικές συνθήκες κάθε διευθυντής διαθέτει και ηγετικές ικανότητες. Κυρίαρχο στοιχείο λοιπόν της ηγεσίας είναι η ίδια η δύναμη της εξουσίας και η τέχνη του διοικείν.

Η εξουσία μπορεί να προέρχεται μέσα από τους διοικητικούς μηχανισμούς του οργανωτικού σχήματος, του οποίου προΐσταται ο διευθυντής. Είναι δυνατόν να προέρχεται επίσης από την

παροχή ενισχύσεων και αμοιβών ή, αντίθετα, να βασίζεται στο φόβο της επιβολής κυρώσεων ή, ακόμη, να είναι αποτέλεσμα των χαρισματικών ιδιοτήτων ή ειδικών γνώσεων στο αντικείμενο της άσκησης της διοικητικής ή, τέλος, να είναι το αποτέλεσμα μιας σύνθεσης τέτοιων καταστάσεων.

Η διοικητική τέχνη ασκείται πάντοτε με την εφαρμογή αντικειμενικών στόχων κατόπιν αμοιβαίας απόφασης. Οι αποφάσεις λαμβάνονται από κοινού, όταν υπάρχει σημαντική ανάγκη για ανεξαρτησία του προσωπικού, όταν οι υφιστάμενοι θέλουν να έχουν αρμοδιότητες, όταν υπάρχει ανοχή για αμφιλεγόμενες καταστάσεις, ή όταν το προσωπικό ταυτίζεται με τους στόχους της Υπηρεσίας.

Βασική επίσης μεταβλητή είναι το ηθικό του προσωπικού ως προς το επίπεδο της παραγωγικότητας του.

Ο ρόλος του διευθυντή από οργανωτικής πλευράς πρέπει να επικεντρώνεται σε πέντε σημεία:

1. στην ενίσχυση του προσωπικού και στην παροχή ερεθισμάτων και κινήτρων
2. στη διατήρηση της οργανωτικής σταθερότητας
3. στην επίτευξη της αποδοτικότητας
4. στη δημιουργία κλίματος υπευθυνότητας, ανοχής και υπομονής
5. στην επιδίωξη σύναψης συμμαχίας με το προσωπικό.

Από διοικητικής πλευράς, ο διευθυντής έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό, τη στελέχωση, τον έλεγχο, την επικοινωνία και την επίλυση προβλημάτων εκπροσωπώντας το φορέα του και λογοδοτώντας στις προϊστάμενες αρχές.

Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΚΨΥ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Η τομεοποίηση όπως έχει σχεδιαστεί, με τομείς 250-300.000 κατοίκων (12 για το λεκανοπέδιο της Αττικής, 3 για την περιοχή της Θεσσαλονίκης και περίπου 1 ανά νομό) μόνο ως πλαίσιο για μελλοντική ανάπτυξη υπηρεσιών μπορεί να νοηθεί.

Η μεγάλη γεωγραφική διασπορά του πληθυσμού (σ' ένα τομέα μπορούν να εμπλέκονται 2-3 διαφορετικές δημοτικές και αντίστοιχες υγειονομικές αρχές) θέτει σημαντικά προβλήματα στη διασύνδεση με άλλους φορείς και φυσικά στην προσβασιμότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Επίσης, ο μικρός αριθμός κέντρων ψυχικής υγείας και εξωτερικών ιατρείων κινδυνεύει να περιορίσει τις υπάρχουσες υπηρεσίες στην αντιμετώπιση ενός αριθμού επειγόντων περιστατικών και την παρακολούθηση ασθενών που αποδέχονται την ανάγκη ψυχιατρικής φροντίδας, δυσχεραίνοντας όμως την εργασία της πρόληψης, όπως και την ανάπτυξη του διασυνδεδετικού ρόλου των ΚΨΥ.

Διασύνδεση του ΚΨΥ με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας

Πρέπει να τονιστεί ότι το ΚΨΥ λειτουργεί συμπληρωματικά και όχι ανταγωνιστικά προς τις υπάρχουσες υπηρεσίες (π.χ. δημοτική κοινωνική υπηρεσία, συμβουλευτικό σταθμό και ΚΑΠΗ) και ακόμα περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες της περιοχής.

Η διασύνδεση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (ΥΠΠ) και του ΚΨΥ είναι ένα από τα βασικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρκετοί ερευνητές κατέγραψαν τις ευεργετικές διαπιστώσεις από τη διασύνδεση του ΚΨΥ με τις ΥΠΠ.

Τέσσερα είναι τα βασικά σημεία των θετικών αποτελεσμάτων: η βελτίωση της ικανότητας αναγνώρισης περιπτώσεων, η αύξηση των επιτυχημένων παραπομπών, η βελτίωση του συντονισμού του προσωπικού και η βελτίωση της ιατρικής παρακολούθησης του αρρώστου. Από σειρά μελετών έχει διαπιστωθεί ότι ένας αριθμός από τους ακόλουθους παράγοντες ευνοούν τη θετική διασύνδεση των ΥΠΠ με τα ΚΨΥ:

- Αλληλεξάρτηση σε κοινές ανάγκες
- Ανάγκη για επιβίωση των υπηρεσιών
- Αποδοτικότητα μέσα από μοίρασμα του διαχειριστικού κόστους
- Αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση ποικίλων προβλημάτων.

- Ολοκληρωμένη χρήση πόρων.
- Σταθερότητα μέσα από άλλες πηγές σταθερότητας.
- Η ίδια ιδεολογία.

Επίσης έχουν διαπιστωθεί άλλοι γενικοί παράγοντες που αναστέλλουν και τη διασύνδεση, όπως:

- Ο φόβος να χαθεί ο έλεγχος και η αυτονομία των υπηρεσιών.
- Το οικονομικό κόστος της διασύνδεσης.
- Η αντίληψη ότι υπάρχουν ασύμβατες αξίες και στόχοι.
- Κίνητρα ανταγωνιστικότητας, επιστημονικά και οικονομικά.
- Έλλειψη ευαισθησίας για τα οφέλη της διασύνδεσης.
- Έλλειψη διοικητικών και κλινικών ικανοτήτων ή γνώσεων, που είναι αναγκαίες για να επιτευχθεί η διασύνδεση.

Ωστόσο, σύμφωνα με τον Burns (1980), υπάρχουν και μηχανισμοί πραγματοποίησης της διασύνδεσης μεταξύ ΥΠΠ και ΚΨΥ για το συντονισμό των δύο υπηρεσιών.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΥΠΠ ΚΑΙ ΚΨΥ

1. Κοινό ιατρικό ιστορικό.
2. Διακλαδική ομάδα
3. Αμεσότητα στην ανάληψη νέων ψυχιατρικών περιστατικών από το ΚΨΥ
4. Ευκολία για συμβουλευτική σε περιπτώσεις μεικτών προβλημάτων
5. Εσωτερικό διασυνδεδετικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα
6. Κοινές συνεντεύξεις
7. Κοινά ερευνητικά προγράμματα (σχολεία, κοινότητα)
8. Κοινές επιτροπές π.χ. δεοντολογίας
9. Συμβουλευτική επικεντρωμένη στον πελάτη
10. Διασυνδεδετική σε εσωτερική νοσηλεία
11. Κοινά προγράμματα πρόληψης π.χ. σε σχολικούς πληθυσμούς

Διασύνδεση με τις υπηρεσίες της κοινότητας και την Τοπική Αυτοδιοίκηση

Είναι βασική προϋπόθεση καλής λειτουργίας ενός ΚΨΥ η ανάπτυξη διασυνδεδετικών σχέσεων με:

- τους προνοιακούς φορείς της κοινότητας
- την Εκκλησία της κοινότητας
- τους φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που έχουν ιατροκοινωνικό χαρακτήρα (Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ΚΑΠΗ, Πρόγραμμα Σίτισης Απόρων, Στεγαστικές Δομές)

- τις υπηρεσίες Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- τις εθελοντικές Συνοικιακές Οργανώσεις
- τους συλλόγους Καθηγητών Μέσης Εκπαίδευσης (ΕΛΜΕ)
- τους συλλόγους Γονέων Τοπικών Σχολείων
- τις εκδοτικές επιχειρήσεις τοπικού Τύπου.

Η διασύνδεση επιτυγχάνεται με επαφές των μελών της Διακλαδικής Ομάδας του ΚΨΥ, συζητήσεις και έντυπο υλικό.

Στόχοι είναι:

- ο Η κατανόηση του σκοπού και του έργου του ΚΨΥ
- ο Η ευαισθητοποίηση των μελών των φορέων για την έγκαιρη αντίληψη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και έγκαιρη παραπομπή τους στο ΚΨΥ
- ο Η ενίσχυση και υποστήριξη πελατών του ΚΨΥ σε θέματα επιβίωσης
- ο Η υποστήριξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Διασύνδεση του ΚΨΥ με τις άλλες μονάδες του ΤοΨΥ

Είναι επιτακτική η ανάγκη διασύνδεσης και συνεργασίας του ΚΨΥ με τις υπόλοιπες μονάδες που συγκροτούν τον ΤοΨΥ και ιδιαίτερα με:

1. Το Ψυχιατρικό και Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού ή Ψυχιατρικού Νοσοκομείου (όσο το τελευταίο συνεχίζει να υπάρχει)
2. Τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Ξενώνα, Οικοτροφείο, Προστατευμένα Διαμερίσματα)
3. Τα Εξειδικευμένα Κέντρα και Μονάδες (Κέντρο Ημέρας, Εργαστήριο Επαγγελματικής Κατάρτισης, κλπ.)
4. Τις άλλες μονάδες ή υπηρεσίες (π.χ., Κοινωνική Λέσχη, κλπ).

Η συνεργασία αφορά συνήθως σε κλινικά και αποκαταστασιακά ζητήματα (π.χ., όταν ένας ασθενής χρειάζεται να νοσηλευτεί ή να παρακολουθήσει ένα ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης ή να ωφεληθεί των υπηρεσιών που παρέχουν οι στεγαστικές δομές). Σε τέτοιες περιπτώσεις η συνεργασία περιλαμβάνει την αλληλοενημέρωση (π.χ., αποστολή του ιστορικού του ατόμου, επικοινωνία μελών του ΚΨΥ με μέλη της/των αντίστοιχης/ων ομάδας/ων της/των μονάδας/ων όπου παραπέμπεται το άτομο που χρήζει αυτής της διαχείρισης). Αν η συνεργασία αφορά σε νοσηλεία, πρέπει να υφίσταται τακτική επαφή των

δύο ομάδων για την παρακολούθηση της πορείας του και την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας του.

Η συνεργασία του ΚΨΥ με τις υπόλοιπες ομάδες του ΤοΨΥ δεν αφορά βέβαια μόνο σε κλινικά – αποκαταστασιακά ζητήματα αλλά και τις υπόλοιπες δράσεις που σε επίπεδο Τομέα πρέπει να αναπτύσσονται, όπως προαγωγή ψυχικής υγείας, καταπολέμηση του στίγματος, των προκαταλήψεων και των διακρίσεων εις βάρος των ψυχικά πασχόντων, έρευνα, εκπαίδευση του προσωπικού των μονάδων του Τομέα, συνεργασία με την κοινότητα.

Για όλες αυτές τις δράσεις, η συνεργασία του ΚΨΥ – καθώς επίσης των υπόλοιπων μονάδων του Τομέα – με την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) είναι καθοριστικής σημασίας.

Αυτού του τύπου η συνεργασία, εκ των ουκ άνευ συνθήκη στην Κοινοτική Ψυχιατρική, για να είναι αποτελεσματική πρέπει να συμμορφώνεται σε αρχές οι οποίες είναι κοινά αποδεκτές από το σύνολο των μονάδων του ΤοΨΥ. Αυτές οι αρχές δεν είναι άλλες από εκείνες της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Αντιλήψεις και πρακτικές που δεν εφαρμόζουν αυτές τις αρχές θέτουν σε κίνδυνο την ίδια τη λειτουργία της κάθε μονάδας ξεχωριστά και του συνόλου των μονάδων ενός ΤοΨΥ.

Για να επιτευχθεί λοιπόν η λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία απαιτείται η διαμόρφωση κοινής αντίληψης η οποία θα μπορούσε να συνοψιστεί στην πρόταση: *δικτυακή λειτουργία του συνόλου των μονάδων του ΤοΨΥ στην κατεύθυνση της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών στο σύνολο των αιτημάτων του πληθυσμού ευθύνης και της προαγωγής της ψυχικής υγείας της κοινότητας*. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, ο ασθενής δεν «ανήκει» σε μια μονάδα αλλά στον ΤοΨΥ, το προσωπικό των μονάδων είναι προσωπικό του ΤοΨΥ, ο προγραμματισμός, διεξαγωγή και απολογισμός των δράσεων δε γίνεται μόνο σε επίπεδο μονάδας αλλά του συνόλου των μονάδων ενός ΤοΨΥ.

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ ΚΨΥ

Με το Ν. 2716/1999 και με τα κεφάλαια Α΄, Β΄ και Γ΄ εισάγεται η βασική προϋπόθεση για την άσκηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στην Ελλάδα, που είναι εκείνη της τομεοποίησης. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το νόμο αυτό, αποτελεί βασική υπηρεσία του τομέα «Ψυχική Υγεία» και ο διευθυντής του υποχρεωτικά συμμετέχει στην ΤΕΨΥ.

Το ΚΨΥ εξακολουθεί να εξαρτάται οικονομικά από το Γενικό Νοσοκομείο ή το ψυχιατρείο όπου ανήκει χωρίς δικό του προϋπολογισμό και αυτοτέλεια (παρ. 4., του άρθρου 13, Κεφάλαιο Δ΄).

Η τοπική κοινότητα μέσα από την Τοπική Αυτοδιοίκηση εξακολουθεί να είναι απύσχα από τη διαχείριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας της περιοχής της, αντίθετα με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα του 1978.

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΨΥ

- Νοσηλεία και διασύνδεση

Το μεγαλύτερο πρόβλημα στη διαχείριση των βαρύτερων περιστατικών είναι η διασφάλιση συνέχειας της φροντίδας. Η συνήθης έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των ΚΨΥ και μονάδας νοσηλείας λειτουργεί επιβαρυντικά για την ορθότερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Βασικός στόχος της τομεοποίησης είναι να φέρει σε άμεση συνεργασία το ΚΨΥ, το οποίο αποτελεί βασικό παράγοντα της εξω-νοσοκομειακής διαχείρισης των περιστατικών, με τις μονάδες νοσηλείας, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η ανάγκη τους.

- Ακατάλληλα περιστατικά

Συχνά ένα ΚΨΥ αδυνατεί να αντιμετωπίσει ειδικές κατηγορίες προσερχόμενων (π.χ. τοξικομανείς). Η δημιουργία διασυνδέσεων με συγκεκριμένα κέντρα, ώστε να μπορεί να επώνυμα και υπεύθυνα να υπάρξει παραπομπή είναι σημαντικό οργανωτικό ζήτημα. Το κέντρο όμως μπορεί να εξασφαλίσει συμβουλευτική προσέγγιση για αυτά τα προβλήματα (π.χ. οικογένειες τοξικομανών) ή σε κάποιες περιπτώσεις που η εξάρτηση από ουσίες είναι δευτερογενής στα πλαίσια μιας πρωτεύουσας ψυχικής διαταραχής ο άρρωστος μπορεί να παραμείνει στο ΚΨΥ για θεραπεία.

- Παραπομπές

Στην προηγούμενη παράγραφο ετέθη ήδη το ζήτημα των παραπομπών. Συχνά όμως έχουμε και ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα, αυτό της «μερικής παραπομπής», για παράδειγμα τα ψυχογηριατρικά περιστατικά όπου στην ουσία τίθεται σε λειτουργία το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας καθώς ο γενικός γιατρός φροντίζει τα σωματικά και το ΚΨΥ τα ψυχικά προβλήματα.

Η διασύνδεση των ΚΨΥ με νοσηλευτική μονάδα, με άλλες ψυχιατρικές μονάδες που εξασφαλίζουν ειδικές λειτουργίες – π.χ. ειδικές ψυχοθεραπείες ή αποκατάσταση, με κοινωνικούς φορείς και τέλος με εκπαιδευτικούς φορείς είναι βασικός όρος ώστε μα μπορέσουν να παίξουν τον κεντρικό ρόλο για τον οποίο έχουν σχεδιαστεί.

- Συνεργασία με κοινωνικές υπηρεσίες

Ένα ποσοστό (10-15%) ατόμων που επισκέπτονται το ΚΨΥ έχουν κοινωνικά προβλήματα (π.χ. συνταξιοδοτικά, εργασιακά). Αρκετοί δήμοι έχουν οργανώσει ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες, ενώ η διασύνδεση π.χ. με το ΟΑΕΔ είναι συχνά αναγκαία. Η διασύνδεση μεταξύ

των κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να διευκολύνει την επίλυση πολλών προβλημάτων. Οι κοινωνικοί λειτουργοί υποδέχονται συχνά και τα αδιαφοροποίητα παράπονα των προσερχόμενων και η εκπαίδευση στη υποδοχή αυτού του πληθυσμού και η συμβουλευτική δραστηριότητα αποτελούν σημαντικότερη πράξη πρόληψης ψυχικών διαταραχών.

ΤΟ ΚΨΥ ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

Είναι σαφές ότι οι αγροτικές και ημιαστικές περιοχές έχουν κάποια πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα σε σχέση με τις αμιγώς αστικές περιοχές. Συγκεκριμένα, οι κοινοτικές και ημιαστικές περιοχές υπερέχουν έναντι των αστικών και μεγαλοαστικών κέντρων ως προς τη μειωμένη επικράτηση της ανομίας (anomie) και της κοινωνικής αποδιοργάνωσης, όπως αποδεικνύουν πολλές επιδημιολογικές έρευνες.

Επιπλέον, παρουσιάζουν ιδιαιτερότητα σχετικά με τη δημογραφική δομή τους, τις πολιτιστικές αξίες, τα στερεότυπα γύρω από την ψυχική ασθένεια και το θεσμό της οικογένειας. Η ίδια η κοινότητα προσφέρει ένα δίκτυο σχέσεων και υποστήριξης.

Οι βασικές αρχές στην οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αγροτικές περιοχές είναι:

- ✓ Υπηρεσίες πολιτιστικά συμβατές με το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον
- ✓ Δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στο ΚΨΥ
- ✓ Δημιουργία δορυφορικών κλινικών ή μονάδων που μπορούν να δουλέψουν αυτόνομα ή στα πλαίσια μιας άλλης υπηρεσίας πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή χώρου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Το βασικότερο οργανωτικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα ΚΨΥ αγροτικού τύπου είναι η στελέχωσή τους κυρίως από ψυχιάτρους, που μπορεί να ξεπεραστεί με την εφαρμογή του θεσμού του επισκέπτη – ψυχιάτρου από γειτονικά αστικά ΚΨΥ.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Προγραμματισμός

Ο όρος «προγραμματισμός» αναφέρεται στον αγγλικό όρο “planning”. Ο όρος αυτός επιλέχθηκε αντί του όρου «σχεδιασμός» γιατί έχει ήδη καθιερωθεί στην υπάρχουσα ελληνική βιβλιογραφία.

Ο προγραμματισμός είναι μια διαδικασία για τον προσδιορισμό των κατάλληλων πράξεων μέσα από μια σειρά επιλογών. Έχει άμεση σχέση με το στόχο, τα κριτήρια και τις επιλογές που απαιτούνται.

Συγκεκριμένα στον προγραμματισμό υπεισέρχονται: το πρόβλημα που ο προγραμματισμός καλείται να επιλύσει, τα συγκεκριμένα αντικειμενικά κριτήρια και η αξιολόγηση του προβλήματος.

Ο προγραμματισμός είναι κατά ένα μέρος πολιτική και κατά ένα μέρος διοικητική διαδικασία. Στον προγραμματισμό υπεισέρχονται τα αντικείμενα που προγραμματίζονται κλινικά-κοινωνικά, ή άλλου είδους αντικείμενα. Ακόμα υπεισέρχεται και το βασικό στοιχείο των πόρων (resources) και της κατανομής τους.

Στον τομέα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής ο προγραμματισμός έχει τους ακόλουθους στόχους:

- α) Να βελτιώσει την παροχή των υπηρεσιών με τη βελτίωση της οργάνωσής τους ώστε να αυξηθεί η ποιότητά τους.
- β) Να αναπτύξει καινούριες υπηρεσίες και να ενισχύσει τις υπάρχουσες σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο
- γ) Να καταργήσει ή να τροποποιήσει προγράμματα που δεν είναι απαραίτητα.
- δ) Να συντονίσει τις υπηρεσίες και να μειώσει τις επικαλύψεις του έργου μερικών υπηρεσιών
- ε) Να θέσει προτεραιότητες και να ιεραρχήσει τις ανάγκες μέσα από την εκτίμηση των αναγκών.
- στ) Να αναπτύξει προγράμματα αποδοτικότερης στελέχωσης και εκπαίδευσης στελεχών
- ζ) Να αξιολογεί την παροχή των υπηρεσιών και να ενισχύει το έργο (κλινικό, ερευνητικό, εκπαιδευτικό) κάθε υπηρεσίας του συστήματος
- η) Να ενισχύει τη διασύνδεση των ψυχιατρικών αναγκών με τον, γενικότερο ή ειδικότερο, κοινωνικο-οικονομικό τομέα.

Ο προγραμματισμός μιας υπηρεσίας πρέπει να γίνεται με βάση:

- α) Το ποσοτικό κριτήριο κάλυψης αναγκών με αντίστοιχες θέσεις, π.χ., αποκατάστασης ή κρεβατιών σε Γενικό Νοσοκομείο σε ένα σταδιακό σχεδιασμό δεκαετίας.
- β) Το κριτήριο της πραγματικότητας. Με βάση π.χ., την πραγματική ανεργία των νέων, δημιουργούνται θέσεις προστατευμένης εργασίας για ψυχωσικούς αρρώστους.
- γ) Το κριτήριο της αποτελεσματικότητας όπως προκύπτει από την αξιολόγηση παρόμοιων υπηρεσιών.
- δ) Το κριτήριο της ολοκληρωμένης παροχής (comprehensive) υπηρεσιών για όλο το φάσμα της ψυχοπαθολογίας.
- στ) Το κριτήριο της νομικής και κοινωνικής υποστήριξης.

Βασική προϋπόθεση: Ο προγραμματισμός αφορά συγκεκριμένο χρόνο και ασκείται σε συγκεκριμένο φυσικό, κοινωνικο-οικονομικό, πολιτιστικό χώρο. Ο προγραμματισμός αφορά συγκεκριμένα προβλήματα του προγράμματος και προσφέρει επιλογές για την επίλυσή τους χωρίς να υπεισέρχεται στη διαδικασία υλοποίησης της επίλυσης.

Παράδειγμα προγραμματισμού στο χώρο της οργάνωσης ψυχιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας είναι το πενταετές πρόγραμμα 1984-1988, το πρόγραμμα «Ψυχαργός», ενώ παράδειγμα σχεδιασμού θα μπορούσε να είναι ο σχεδιασμός τομεοποίησης της Ευρείας Περιοχής Αθηνών για τη σύσταση Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Ο προγραμματισμός της οργάνωσης ψυχιατρικών υπηρεσιών περιλαμβάνει κάθε είδους υπηρεσίες που προορίζονται να καλύπτουν τις γενικές και τις ειδικές ανάγκες του πληθυσμού.

Για την πραγματοποίηση των στόχων απαιτείται η καταγραφή των διαθέσιμων πόρων και μέσων. Επίσης, απαιτείται η κατάλληλη υποδομή και διοικητική υποστήριξη η οποία θα κατευθύνει και θα συντονίζει όλες τις απαραίτητες ενέργειες για επίτευξη των στόχων.

Στον προγραμματισμό μιας υπηρεσίας εμπλέκονται ο εναλλακτικός προγραμματισμός της ανάπτυξης τέτοιων υπηρεσιών και ο προγραμματισμός της καταλληλότερης παροχής υπηρεσιών στον πελάτη σύμφωνα με τις ανάγκες του.

Τα επίπεδα προγραμματισμού ενός υγειονομικού συστήματος είναι τρία:

- α) Το επίπεδο του προγραμματισμού της πολιτικής υγείας αφορά μακρο- μικρο- και μεσο-πρόθεσμους στόχους και κριτήρια, περιλαμβάνει δε τις πολιτικές επιλογές.

β) Το επίπεδο του προγραμματισμού προγραμμάτων υγείας αποτελεί μέρος του σχεδιασμού της πολιτικής υγείας και αφορά κυρίως την επιλογή εναλλακτικών στρατηγικών και τη θεσμική υποστήριξη.

γ) Το επίπεδο του επιχειρησιακού προγραμματισμού της υγείας είναι πλέον ειδικό και αφορά την ανάπτυξη υπηρεσιών και προγραμμάτων σε συγκεκριμένο οργανωτικό λειτουργικό πλαίσιο.

Ο προγραμματισμός δράσεων σε επίπεδο ΤοΨΥ αφορά διαπιστωμένες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του κατοίκων του Τομέα. Σημαντικό βήμα στη διαδικασία προγραμματισμού σε επίπεδο ΤοΨΥ είναι ο καταμερισμός των ευθυνών της κάθε μιας από τις μονάδες που τον συγκροτούν, ανάλογα όχι μόνο με τους πόρους που η κάθε ξεχωριστή μονάδα έχει στη διάθεσή της, αλλά διαμέσου της προσέγγισης του συνόλου των πόρων που έχει στη διάθεσή του ο Τομέας (ξέρουμε δε πως το σύνολο που προκύπτει είναι πάντα κάτι περισσότερο από το άθροισμα των μερών).

Αξιολόγηση

Ως αξιολόγηση ορίζεται η εκτίμηση του επιπέδου της επιτυχίας στην επίτευξη ενός προκαθορισμένου αντικειμενικού στόχου, αποτελείται δε από μια διαδικασία τεσσάρων σταδίων:

- α) της διαμόρφωσης του αντικειμενικού στόχου του προγράμματος που θα αξιολογηθεί
- β) της επιλογής των κριτηρίων με τα οποία θα αξιολογηθεί η επιτυχία
- γ) του καθορισμού και ερμηνείας του βαθμού επιτυχίας και
- δ) της αξιολόγησης της επίπτωσης που προέρχεται από τα αποτελέσματα τα οποία που δρουν ως μηχανισμός ανάδρασης (feed-back) αν επέλθουν αλλαγές στο πρόγραμμα.

Γιατί αξιολογούμε:

- Για τη διασφάλιση των βέλτιστων προδιαγραφών της παροχής υπηρεσιών
- Για τη δημιουργία νέων κινήτρων
- Για τη διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων
- Για το σχεδιασμό νέων στόχων
- Για την κατανομή των πόρων

Τι αξιολογούμε:

- Θεραπευτικές δραστηριότητες
- Εκπαίδευση / διδασκαλία / εποπτεία

- Οργάνωση / διαχείριση
- Διαμόρφωση πολιτικής
- Οικονομική διαχείριση

Σ' ένα σύστημα αξιολόγησης πρέπει να τηρούνται οι ακόλουθες βασικές αρχές:

- Προτεραιότητα στην εξειδίκευση και επάρκεια των αξιολογητών
- Ύπαρξη εξωτερικών αξιολογητών
- Ποιοτική επάρκεια των δεδομένων
- Ύπαρξη πόρων για την υλοποίηση της αξιολόγησης
- Δυνατότητα συγκρισιμότητας, π.χ., ως προς το κόστος
- Χρησιμοποίηση έγκυρης και αξιόπιστης μεθοδολογίας.

Στα προγράμματα αξιολόγησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκτιμάται: (α) η καταλληλότητα των υπηρεσιών προς τις ανάγκες της κοινότητας, (β) η αποτελεσματικότητα (effectiveness) των προγραμμάτων που πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές και (γ) η αποδοτικότητα (efficiency) μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας που οργανώνεται και λειτουργεί με το μικρότερο κόστος και με βέλτιστο αποτέλεσμα (Τριχόπουλος, 1983, Cochrane, 1971).

Από την οργανωτική φύση τους, οι υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής και αποκατάστασης, ιδιαίτερα δε τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, είναι υποχρεωμένες να ενσωματώνουν ένα σύστημα επιστημονικής αξιολόγησης της ποιότητας και της ποσότητας του έργου που παράγουν.

Η αξιολόγηση είναι μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει και τελειώνει με τη διαμόρφωση αξιών (μεγεθών).

Στη διαδικασία αυτή υπάρχει μια σειρά *βασικών εννοιών* όπως:

- ο *στόχος* ή το αντικείμενο που θα αξιολογηθεί,
- τα *κριτήρια* με τα οποία θα αξιολογηθεί,
- οι *υποθέσεις* γύρω από τη στρατηγική της ανάλυσης,
- η *μεθοδολογία* που θα ακολουθηθεί,
- η *συνεργασία* με τους φορείς – κλειδιά για την αξιολόγηση,
- το *αποτέλεσμα* (outcome) της αξιολόγησης.

Τέσσερις είναι οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις στην έρευνα της αξιολόγησης:

1. Η *υποκειμενική προσέγγιση*. Μέσα από έμπειρους ειδικούς και μετά από επιτόπιες επισκέψεις, ανασκοπήσεις ή μελέτες περιπτώσεων (case studies).

2. Η *ελεγκτική προσέγγιση*. Συνήθως ακολουθείται έλεγχος: (α) σε οικονομική βάση, όπως λογιστικός έλεγχος εξόδων - εσόδων, κατανομή των πόρων και εξόδων, διακίνηση των αρρώστων μέσα από το πρόγραμμα, (β) σε βάση κριτηρίων, αν δηλαδή το πρόγραμμα ακολουθεί κάποια πρότυπα τα οποία θέλει να προσεγγίσει και (γ) σε βάση ελέγχου του προϋπολογισμού.
3. Η *προσέγγιση με ερευνητική πρότυπα*: (α) το πρότυπο της επίτευξης του στόχου (goal attainment) που μετριέται σύμφωνα με κριτήρια, όπως εκείνο της προσπάθειας (ανθρωποώρες εργασίας, αριθμός αρρώστων, εξειδίκευση προσωπικού), το κριτήριο της αποτελεσματικότητας³ (effectiveness), το κριτήριο της αποδοτικότητας⁴ (efficiency), δηλαδή τις εναλλακτικές λύσεις ως προς το κόστος. Οι ειδικές τεχνικές που εφαρμόζονται είναι εκείνες του κόστους-οφέλους (cost-benefit analysis) και του κόστους-αποδοτικότητας (cost-efficiency), με κριτήριο την επαρκή λειτουργικότητα της υπηρεσίας ή προγράμματος, ή με επιχειρησιακά κριτήρια συστημικής προέλευσης με επίκεντρο την επιτυχία-αποτυχία. (β) με τη δοκιμασία του προτύπου (testing model) που περιέχει στοιχεία επιχειρησιακής έρευνας.
4. Ο *συνδυασμός διαφορετικών προσεγγίσεων*, όπως της υποκειμενικής και της αντικειμενικής.

Στην αξιολόγηση των υπηρεσιών Κοινωνικής Ψυχιατρικής η προσέγγιση είναι:

- α) Η *άμεση μέτρηση* των αποτελεσμάτων μιας θεραπευτικής παρέμβασης με μετρήσιμες μεθόδους, όπως η σοβαρότητα της ψυχικής κατάστασης ή η αποκατάσταση της λειτουργικότητας με τη χρήση κλιμάκων ή άλλων οργάνων.
- β) Η *έμμεση μέτρηση* με τις μεθόδους που έχουν ήδη αναφερθεί γύρω από την αξιολόγηση της αποδοτικότητας κ.λ.π. μιας υπηρεσίας ή προγράμματος.

Στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ακολουθείται η ίδια μεθοδολογία που ακολουθείται στις ακόλουθες υπηρεσίες υγείας. Μετά την οριοθέτηση των κριτηρίων και των στόχων αρχίζει η διαδικασία της ανάλυσης που μπορεί να έχει: (α) τη μορφή της

³ Αποτελεσματικότητα είναι ο αριθμός βελτίωσης της πρόγνωσης των καλυπτόμενων νοσημάτων.

⁴ Αποδοτικότητα των υπηρεσιών είναι το πηλίκιο των θεωρητικά ελάχιστων δαπανών που απαιτούνται για την επίτευξη αντικειμενικών στόχων προς εκείνες που δαπανήθηκαν στην πραγματικότητα (Τριχόπουλος, 1983).

Η *συνολική* (overall) *Αποδοτικότητα* εκφράζεται από το πηλίκιο του αποτελέσματος ως προς την επίτευξη των στόχων προς τις εισροές (input) όπως αυτές εκφράζονται με το κόστος, τις υπηρεσίες, τις ανθρωποώρες εργασίας του προσωπικού:

Συνολική Αποδοτικότητα = Αποτέλεσμα ως προς την επίτευξη των αντικειμενικών στόχων / Εισροές (κόστος, υπηρεσίες, ανθρωποώρες του προσωπικού)

περιγραφικής στατιστικής, όπως αυτή προκύπτει από την αναδρομική έρευνα της νοσηρότητας μέσα από τη χρήση πληροφοριών από απογραφικά αρχεία (case registers) που καλύπτουν τη νοσηλευτική κίνηση σε έναν τομέα ευθύνης ή, τέλος, (γ) την εφαρμογή σύνθετων ερευνών με κάποιον ερευνητικό σχεδιασμό.

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, σχετικά απλή, αλλά ουσιαστική η αξιολόγηση της χρήσης των υπηρεσιών μιας μονάδας και βέβαια του ΚΨΥ. Σε αυτήν συγκεντρώνονται στοιχεία για τις επισκέψεις (πρώτες και συνολικές) στο ΚΨΥ ανά έτος και ανά μήνα, ανάλυση όλων των πρώτων περιστατικών ως προς μια σειρά μεταβλητών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, πηγή παραπομπής, κύριο αίτημα, διάγνωση, παρασχεθείσες υπηρεσίες, πιθανή νοσηλεία). Η επεξεργασία αυτών των δεδομένων επιτρέπει στην διακλαδική ομάδα του ΚΨΥ να κατανοήσει τόσο το προφίλ των χρηστών των υπηρεσιών όσο και το προφίλ που το ίδιο διαμορφώνει προς τους «πελάτες» του και βέβαια να προβεί στις απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις όταν διαπιστώνει πως αποκλίνει από τη διακηρυγμένη αποστολή του.

ΜΟΝΤΕΛΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΨΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στη χώρα μας από την εποχή της ίδρυσης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (1956), του Βασιλικού Ιδρύματος μέχρι το 1979 όταν ιδρύθηκε το πρώτο Κέντρο με τομέα ευθύνης στο Βύρωνα και Καισαριανή και μέχρι σήμερα υπάρχουν τρία μοντέλα λειτουργίας:

1. Το ΚΨΥ ως μέρος ενός συστήματος υπηρεσιών σε ένα τομέα ευθύνης όπου συνυπάρχουν ένα Ψυχιατρικό Τμήμα σε Γενικό Νοσοκομείο και σε άλλες εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες όπου η διασύνδεση είναι αμφίδρομη και καλύπτονται οι νοσηλευτικές ανάγκες των κατοίκων. Παράδειγμα το ΚΨΥ Παγκρατίου.
2. Το ΚΨΥ ως μέρος ενός συστήματος υπηρεσιών σε ένα τομέα ευθύνης, με κλινική Ψυχιατρικού Νοσοκομείου και άλλες εναλλακτικές δομές (ξενώνες, Κέντρο Ημέρας). Η διασύνδεση είναι επίσης αμφίδρομη. Παράδειγμα το ΚΨΥ Περιστερίου.
3. Το ΚΨΥ σ' ένα τομέα ευθύνης όπου δεν υφίσταται καμία άλλη Ψυχιατρική Μονάδα (Ψυχιατρικό Τμήμα ή Ψυχιατρικό Νοσοκομείο). Η κάλυψη των κλινικών ψυχιατρικών αναγκών είναι ατελής και δύσκολη με χρήση των υπηρεσιών γειτονικών τομέων άρα υφίσταται πρόβλημα θεραπευτικού συνεχούς. Παράδειγμα το ΚΨΥ Χαλκίδας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΚΨΥ

Η κλινική εργασία στο ΚΨΥ γίνεται στο πλαίσιο της διακλαδικής ομάδας στην οποία συμμετέχουν ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές και άλλοι ειδικοί θεραπευτές. Ανάλογα με το τμήμα ενός Κέντρου, αυτό στελεχώνεται με το κατάλληλο προσωπικό και ειδικότητες. Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας είναι η κοινή ιδεολογία και το πνεύμα συνεργατικότητας.

Οι κλινικές δραστηριότητες σε ένα ΚΨΥ περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων με τη χρήση ψυχοφαρμάκων (κατά προτίμηση μακράς δράσης για ψυχωσικές καταστάσεις) ψυχοθεραπειών (υποστηρικτικής, ατομικής, βραχείας δυναμικής, γνωσιακής/ συμπεριφορικής, ομαδικής, οικογενειακής), ομαδικών κοινωνιοθεραπειών και εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων, προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής στήριξης, οργάνωσης ομάδων αυτοβοήθειας, κλπ.

Ένα ΚΨΥ πρέπει να περιλαμβάνει ένα σύστημα κλινικής παρακολούθησης χρόνιων ψυχικά αρρώστων ή ατόμων υψηλού κινδύνου. Πρέπει επίσης να αναπτύσσει κοινοτικά υποστηρικτικά συστήματα για τα άτομα αυτά με την εκμετάλλευση κάθε πόρου της κοινότητας.

Οι κλινικές λειτουργίες στην κοινότητα συνοπτικά είναι οι ακόλουθες:

- ❑ Τακτική παρακολούθηση κάθε αρρώστου στην κοινότητα
- ❑ Ανάπτυξη εναλλακτικών στεγαστικών δομών στο άσυλο
- ❑ Ιεράρχηση αναγκών, εκλεκτικισμός, εξατομίκευση, ενσωμάτωση θεραπευτικών και κοινωνικών παρεμβάσεων. Ίσως η διάγνωση δεν παίζει το σημαντικότερο ρόλο. Ενεργός συμμετοχή αρρώστου και οικογένειας.
- ❑ Διασυνδεδετική με κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας
- ❑ Υποστήριξη της οικογένειας
- ❑ Υποστήριξη των αρρώστων επειδή αυτοί είναι ευάλωτοι σε σωματική-σεξουαλική εκμετάλλευση
- ❑ Τομεοποιημένες λειτουργίες με άμεσα προσεγγίσιμη παροχή υπηρεσιών
- ❑ Έλεγχος και διασφάλιση τυχόν επικινδυνότητας / 24ωρη εφημερία
- ❑ Ανάπτυξη προγραμμάτων, ιδίως επαγγελματικής αποκατάστασης σε κανονικές συνθήκες
- ❑ Ανάπτυξη υποστηρικτικού συστήματος

- Πιθανός ιδρυματισμός στην κοινότητα και πρόληψή του

Κλινικά θεραπευτικά θέματα

Η ανάληψη της περίπτωσης και η θεραπευτική διαδικασία

Χρειάζεται ευθύς εξ αρχής να υπογραμμίσουμε πως ένα ΚΨΥ δεν πρέπει να βάζει προτεραιότητες ως προς το εύρος και το βάθος του κλινικού του έργου (π.χ., να διαχειρίζεται μόνο «σοβαρές» περιπτώσεις ή μόνο ψυχοκοινωνικά προβλήματα). Κάθε μια περίπτωση πρέπει να τυγχάνει άμεσης ανάληψης και να ικανοποιείται ως προς το αίτημά της, λαμβανομένου υπόψη του γεγονότος ότι το Κέντρο αποτελεί μέρος του ΤοΨΥ (δηλ. ενός δικτύου μονάδων) και ίσως τη σημαντικότερη πύλη εισόδου ενός πολίτη σε αυτό το δίκτυο: αυτό σημαίνει πως σε όλα τα αιτήματα πρέπει να δοθεί μια απάντηση, ακόμη κι αν αυτή είναι η παραπομπή σε άλλη μονάδα (που πάντα πρέπει να οργανώνεται και πολλές φορές ο «πελάτης» να συνοδεύεται στη μονάδα στην οποία παραπέμπεται).

Πρέπει επίσης να διευκρινιστεί το είδος του αιτήματος “*αναζήτηση βοήθειας – για ποιο πρόβλημα;*”. Υπάρχουν δύο ομάδες αιτημάτων διαφορετικού χαρακτήρα: α) αναζήτηση βοήθειας για προβλήματα αγχωδών διαταραχών και συναισθηματικών διαταραχών, και β) αναζήτηση βοήθειας για ψυχωσικού τύπου διαταραχές.

Αναζήτηση βοήθειας για διαταραχές άγχους και συναισθήματος: Στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας παρεμβαίνουν πέντε παράγοντες διαφορετικής βαρύτητας, όπως: 1) οι αξίες (values), οι δοξασίες (beliefs) και οι προκαταλήψεις γύρω από την αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής και το στίγμα το οποίο πιθανόν δημιουργείται σε αυτούς που καταφεύγουν σε ψυχίατρο, 2) οι προϋπάρχουσες τυχόν θετικές ή αρνητικές εμπειρίες σε ψυχιατρικές παρεμβάσεις στο ίδιο άτομο ή στο οικογενειακό περιβάλλον, 3) η ένταση των υποκειμενικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, 4) το επίπεδο της εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάστασης, και 5) το τυχόν δευτερογενές κέρδος για τα άτομα που προσβλέπουν σε διεκδικήσεις.

Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στη διαμόρφωση κινήτρων τα οποία ενισχύουν τη λήψη απόφασης για αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας.

Αναζήτηση βοήθειας για ψυχωσικού τύπου διαταραχές: Στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας παρεμβαίνουν πέντε παράγοντες διαφορετικής βαρύτητας, όπως: 1) οι αξίες (values), οι δοξασίες (beliefs) και οι προκαταλήψεις γύρω από την αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής και το στίγμα που πιθανόν δημιουργείται σε αυτούς που καταφεύγουν σε ψυχίατρο, 2) οι

προϋπάρχουσες τυχόν θετικές ή αρνητικές εμπειρίες από ψυχιατρικές παρεμβάσεις στο ίδιο άτομο ή στο οικογενειακό περιβάλλον. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι υπεισέρχονται οι παράγοντες της προσεγγισιμότητας, της διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικότητας της ψυχιατρικής υπηρεσίας, 3) η ένταση και η βαρύτητα των ψυχωσικών συμπτωμάτων, 4) ο βαθμός αντοχής της οικογένειας που επηρεάζεται από τη χρονιότητα της νόσου (υποτροπές, νοσηλείες), και 5) η συνειδητοποίηση της βαρύτητας της κατάστασης από τον άρρωστο ή από την οικογένεια. Οι παράγοντες αυτοί διαμορφώνουν τα κίνητρα τα οποία ενισχύουν την απόφαση για αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας.

Η προσέλευση ενός ατόμου στο ΚΨΥ διακινεί την κλινική θεραπευτική διαδικασία η οποία αρχικά ξεκινά από την αναγνώριση της φύσης του προβλήματος, αν δηλαδή το πρόβλημα που αναφέρεται είναι ψυχιατρικό, κοινωνικό ή μεικτό. Στη συνέχεια η διαδικασία ανάληψης της περίπτωσης (intake) ολοκληρώνεται με:

- α) την ψυχιατρική διαγνωστική εκτίμηση,
- β) την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων θεραπείας,
- γ) την εκτίμηση της κατάστασης του υποστηρικτικού συστήματος,

ενώ τίθενται στόχοι σε όλη την πορεία της διαδικασίας οι οποίοι αν επιτευχθούν, οδηγούν σε νέους, αν όχι επανεξετάζεται το πρόβλημα ως προς την αναγνώρισή του.

Η λήψη και καταγραφή του ψυχοκοινωνικού ιστορικού

Η λήψη και καταγραφή του ιστορικού στην Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελεί μία ιδιαίτερα σημαντική διαδικασία επειδή:

- > Πολλές φορές ο χρόνος πιέζει για τη λήψη μιας απόφασης
- > ο χώρος δεν εξασφαλίζει μεγάλη “σιγουριά” ως προς την αντιμετώπιση μιας επείγουσας κατάστασης
- > απαιτούνται πληροφορίες που σε άλλη περίπτωση μπορεί να μην εκτιμώνται.

Το ιστορικό αποτελείται από τέσσερα μέρη:

- ◆ Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει κοινωνικά, δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία παραπομπής του ατόμου.
- ◆ Το δεύτερο μέρος αναφέρεται σε στοιχεία παρελθόντος και σε προηγούμενες νοσηλείες ή ψυχιατρικές επισκέψεις.

- ◆ Το τρίτο και τέταρτο μέρος περιλαμβάνουν την παρούσα νόσο, την ψυχιατρική εξέταση με τη χρήση τυποποιημένης ψυχιατρικής κλίμακας 24 διαστάσεων και την εκτίμηση της ολικής λειτουργικότητας, τη διάγνωση και το θεραπευτικό σχέδιο.

Απαραίτητη προϋπόθεση της ένταξης και λειτουργίας ενός ΚΨΥ είναι να είναι εύκολα προσεγγίσιμο σε κάθε άτομο-κάτοικο της κοινότητας, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες που εκδηλώνονται και διαμορφώνουν τη ζήτηση των υπηρεσιών. Οι νοσολογικές οντότητες που μπορούν να καταγραφούν είναι όλες οι γνωστές και αλλά και οι σπάνιες ψυχικές διαταραχές, όπως σχιζοφρενικές ψυχώσεις, συναισθηματικές ψυχώσεις, νευρωσικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, εξαρτήσεις από αλκοόλ, φάρμακα, γεροντικά και άλλα οργανικά ψυχοσύνδρομα, παρανοειδείς καταστάσεις, νοητική καθυστέρηση, αντιδράσεις προσαρμογής, σεξουαλικές παρεκκλίσεις, ειδικά συμπτώματα ή σύνδρομα, ψυχικοί παράγοντες που σχετίζονται με νοσήματα που ταξινομούνται αλλού, ψυχιατρικές διαταραχές αταξινόμητες, άλλες μη οργανικές ψυχώσεις. Σημειώνεται όμως ότι ένα 10% του συνολικού αριθμού των ατόμων που καταφεύγουν σε ένα ΚΨΥ αφορά κάποιο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα ή πληροφορία (συνταξιοδότηση, εισαγωγή συγγενούς σε ίδρυμα).

Η οργάνωση του κλινικού έργου της Διακλαδικής Ομάδας του ΚΨΥ

Η οργάνωση του κλινικού έργου πρέπει να είναι τέτοια ώστε ανάλογα με τη σοβαρότητα και το επείγον του αιτήματος να δίνονται οι κατάλληλες απαντήσεις. Οι απαντήσεις μπορούν να χαρακτηρη άμεσης ανακούφισης (άμεση ανάληψη της περίπτωσης και ενεργοποίηση παρεμβάσεων) ή, αφού αξιολογηθεί η ανάγκη που εκφράζεται, το άτομο παραπέμπεται σε τακτικό ραντεβού, το οποίο δίνεται μετά τη συνάντηση της διακλαδικής ομάδας.

Ένας τρόπος οργάνωσης είναι να υπάρχει μέλος της διακλαδικής ομάδας άμεσα διαθέσιμο για την πρώτη επαφή που κάθε άτομο το οποίο θα υποβάλει αίτημα βοήθειας (οποιοδήποτε τύπου) στη μονάδα.

Το μέλος αυτό μπορεί να είναι οποιοσδήποτε επαγγελματίας της ομάδας που όμως θα πρέπει να γνωρίζει πως να κάνει την υποδοχή και το intake.

Σε τακτικές συναντήσεις (συνήθως ανά διήμερο), η διακλαδική ομάδα συνεδριάζει και κάθε μέλος παρουσιάζει τα νέα περιστατικά που έχει υποδεχθεί και συζητά στην ομάδα τα αιτήματα, τους τρόπους που υιοθετήθηκαν για την απάντηση σε αυτά τα αιτήματα, την προσωρινή διάγνωση (αν πρόκειται για ψυχιατρικό περιστατικό) και τη γενικότερη εκτίμηση. Σε αυτή τη συνάντηση, τα περιστατικά που δεν έχουν αντιμετωπιστεί ως

επείγοντα (και αναμένουν ραντεβού) μοιράζονται στους επαγγελματίες και αυτοί φροντίζουν να δώσουν το ραντεβού.

Άλλος τρόπος οργάνωσης είναι ο ακόλουθος: Η διακλαδική ομάδα είναι χωρισμένη σε υποομάδες και κάθε ημέρα μια υποομάδα (που αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοιν. λειτουργό και νοσηλευτικό προσωπικό) έχει το καθήκον να υποδέχεται όλα τα νέα αιτήματα (υποομάδα εφημερίας). Την ίδια ημέρα οι υπόλοιπες υποομάδες απασχολούνται με το προγραμματισμένο έργο τους. Στο τέλος της ημέρας η υποομάδα εφημερίας συζητά το σύνολο των αιτημάτων και κάνει το «μοίρασμα» των περιστατικών.

Ανεξάρτητα από τον ένα ή τον άλλο τρόπο, μια φορά την εβδομάδα όλη η διακλαδική ομάδα συνεδριάζει προκειμένου να συζητήσει το σύνολο των νέων περιστατικών της εβδομάδας που πέρασε (τουλάχιστον αυτά που απαιτούν περισσότερο σύνθετες παρεμβάσεις). Στην ίδια συνάντηση μπορεί να συζητιούνται παλιά περιστατικά τα οποία συνεχίζουν να είναι σε παρακολούθηση.

Μια κλινική συνάντηση το μήνα μπορεί να αφιερώνεται στην ανασκόπηση παλαιότερων περιστατικών που έχουν διακόψει τη συνεργασία με το Κέντρο παρά τις συστάσεις του θεράποντος. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να συζητιέται και να αποφασίζεται η επαναπροσέγγιση του ατόμου με πρωτοβουλία του Κέντρου. Η εμπειρία έχει δείξει ότι όταν αυτή η επαναπροσέγγιση με πρωτοβουλία της υπηρεσίας γίνει με τον προσήκοντα σεβασμό και την δέουσα προσοχή, οι πιθανότητες ο «πελάτης» να επανέλθει είναι μεγάλες.

Άρρωστοι με τη διάγνωση “σχιζοφρένεια” και “συναισθηματική διαταραχή”

Από τις ψυχοπαθολογικές οντότητες που εισέρχονται σε ένα ΚΨΥ, κυρίως σε προγράμματα αποκατάστασης, οι σχιζοφρενικές διαταραχές αποτελούν τον κύριο όγκο. Άλλες καταστάσεις αποτελούν οι συναισθηματικές διαταραχές, οι εξαρτήσεις από ουσίες, ο βρεφονηπιακός αυτισμός, η διαταραχή ελαττωματικής προσοχής των παιδιών και εφήβων, η διαταραχή διαγωγής των παιδιών και εφήβων και η διανοητική καθυστέρηση. Κρίνεται σκόπιμο αρχικά να αναφερθούν κάποια βασικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας ώστε τα προβλήματα που συναντώνται στην ψυχιατρική τους αντιμετώπιση να είναι περισσότερο κατανοητά.

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια αποτέλεσε και αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές και δύσκολες ψυχικές διαταραχές γιατί στην πορεία της, οι διαταραχές της σκέψης, της μνήμης, της προσοχής και της συνείδησης οδήγησαν πολλά άτομα σε άσυλα και ψυχιατρεία και αμαύρωσαν το τοπίο της ψυχιατρικής θεραπευτικής. Επιβαρυντικός είναι και ο χαρακτήρας της νόσου, ως προς τη

χρονιότητά της: μακρά διάρκεια – συχνές υποτροπές – προοδευτική βραδεία έκπτωση. Οι πέντε πιθανές εξελίξεις της νόσου είναι:

1. Πλήρης αποκατάσταση (αφορά το 9% των περιπτώσεων)
2. Πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων με μία ή δύο μελλοντικές υποτροπές
3. Έκπτωση στην προσωπικότητα αλλά ικανότητα για προσωπική αυτοεξυπηρέτηση ή εξάρτηση από άλλα άτομα
4. Σταθερή χρονιότητα
5. Αποργάνωση κατά το τελικό στάδιο

Μια σειρά από αιτίες αποδεικνύουν ότι οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις στην αντιμετώπισή τους συναντούν πολλά προβλήματα, ακόμη και στην αποκεντρωμένη πια οργανωτική δομή της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Θεραπευτικής και Αποκατάστασης. Αυτές συνοπτικά αφορούν στην ίδια τη συμπτωματολογία της νόσου, στη μη συμμόρφωση των ασθενών τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, στη στάση της οικογένειας απέναντι στη νόσο και τον άρρωστο ως ενοχική, αρνητική, απορριπτική, στίγματος ή εγκλεισμού, στην ανάγκη νοσηλείας λόγω υποτροπών, στη μείωση λειτουργικότητας λόγω φαρμάκων, νοσηλείας, εξάρτησης από την οικογένεια ή άλλα άτομα, στην ετικετοποίηση του ατόμου (Labeling) που δημιουργεί αμυντική αντιδραστική συμπεριφορά και τέλος σε κοινωνικούς, οικονομικούς, στεγαστικούς παράγοντες που πολυμορφοποιούν το σκηνικό προφίλ της νόσου και εντείνουν την ανάγκη αντιμετώπισής της στη βάση των θεραπευτικών αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής:

1. Αποφυγή εισαγωγής ή επανεισαγωγής – συνεργασία με την οικογένεια
2. Σύναψη ειλικρινούς σχέσης με τον άρρωστο

Άρρωστος που συνεργάζεται:

- ✓ Θεραπευτική προσέγγιση από την ομάδα

Άρρωστος που δε συνεργάζεται:

- ✓ Όχι θεραπευτική παρέμβαση
- ✓ Προσπάθεια ώστε να βοηθήσει η οικογένεια στην κατανόηση του προβλήματος και στις πιθανές πέρα από το ΚΨΥ δυνατότητες για βοήθεια

3. Εναρμονισμένη στάση του προσωπικού του ΚΨΥ με την ιδεολογία της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, σύμφωνα με την οποία, η ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τη σωματική.
4. Σχεδιασμός θεραπευτικής παρέμβασης και προγράμματα αποκατάστασης στην κοινότητα.
5. α) Εκτίμηση κινδύνου για τάσεις αυτοκαταστροφής ή επιθετικής πράξης
β) Ανάλυση ευθύνης & οργάνωση ενός σχεδίου αντιμετώπισης μιας πιθανής κρίσης από τη θεραπευτική ομάδα και εφαρμογή από την οικογένεια (σε 24ωρη βάση)
6. Συνδυασμός ψυχοθεραπείας και χρήσης ψυχοφαρμάκων μακράς δράσης, είναι το βασικό θεραπευτικό σχήμα.

Σημαντικό τμήμα στην επίλυση των προβλημάτων αντιμετώπισης αποτελεί η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης ή συμμαχίας κατά την οποία γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης αμοιβαίας εμπιστοσύνης όπου ο θεραπευτής δέχεται και ανέχεται το θεραπευόμενο άτομο όπως είναι στην πραγματικότητα, αμυντικός, επιθετικός, αρνητικός, ατημέλητος ή όχι, φοβισμένος και του αφήνει χρόνο και χώρο να αναπτυχθεί με όρια, σταθερότητα, ασφάλεια ώστε να “ομαλοποιηθεί” η ζωή του. Η θεραπευτική συμμαχία ενισχύεται από την ενθάρρυνση – ενίσχυση κάθε θετικής συμπεριφοράς (assertive community treatment & Token Economy).

Εναλλακτικές μορφές αποτελούν η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η ομαδική (υποστηρικτική) ψυχοθεραπεία, η οικογενειακή ψυχοθεραπεία και η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας. Η κλασική ψυχανάλυση και η εντατική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ακολουθήθηκε μέχρι το 1970 περίπου και η εμπειρία που αποκτήθηκε είναι πολύτιμη. Έγινε όμως φανερό ότι ερμηνείες, που αφορούσαν τόσο στο θεραπευόμενο όσο και στο θεραπευτή δεν βοηθούσαν αλλά μπορεί και να επιδείνωναν την κατάσταση με παλινδρόμηση του αδύνατου και ευάλωτου “εγώ” του σχιζοφρενούς. Σταδιακά οι θεραπευτικές προσεγγίσεις προχώρησαν προς τα άλλα είδη ψυχοθεραπείας, τα οποία ακολουθούνται.

Αποτελεσματική ψυχοθεραπεία θεωρείται η ομαδική υποστηρικτική όπου τα μέλη μοιράζονται κοινές θετικές και αρνητικές εμπειρίες με τον αρχηγό (leader) και προσπαθούν να μειώσουν την κοινωνική απομόνωση και να αυξήσουν τον έλεγχο της πραγματικότητας ενώ εκφράζονται συναισθηματικά.

Γενικότερα η αντιμετώπιση των προβλημάτων στις σχιζοφρενικές ψυχώσεις, απαιτεί μια συνδυαστική εργασία που αφορά στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του πάσχοντος ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας. Για το λόγο αυτό επισημαίνεται και πάλι ότι το βασικό

θεραπευτικό σχήμα είναι η εφαρμογή του κατάλληλου ψυχοθεραπευτικού προγράμματος ταυτόχρονα με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία.

Συναισθηματικές διαταραχές

Στην περίπτωση των συναισθηματικών διαταραχών προκύπτουν πολλές υποομάδες νοσολογικών οντοτήτων, ενισχύεται η θεραπευτική επιλογή και βελτιώνεται η πρόγνωση. Βέβαια το κεντρικό πρόβλημα στις συναισθηματικές διαταραχές, σε κοινοτικό επίπεδο πια, αποτελεί η επισημάνση στοιχείων αυτοκαταστροφής (έντονος ιδεασμός ή απόπειρες αυτοκαταστροφής). Όταν αυτό γίνει αντιληπτό είναι καλό να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα:

- 24ωρη επίβλεψη ατόμου από μέλος της οικογένειας στην υποψία κινδύνου αυτοκαταστροφής
- έλεγχος φαρμακευτικών ουσιών
- περιορισμός πιθανοτήτων για απόπειρα με άλλα μέσα (αιχμηρά αντικείμενα, όπλα, κλπ.)
- αναγκαία εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική όταν υφίσταται αδυναμία εποπτείας.

Η εισαγωγή επίσης γίνεται σε περίπτωση ανθιστάμενης κατάθλιψης και αφού έχουν αποτύχει όλα τα θεραπευτικά σχήματα.

Αντιμετώπιση συναισθηματικών διαταραχών

Η αντιμετώπιση συναισθηματικών διαταραχών σε επίπεδο κοινότητας πραγματοποιείται με τη συνδυαστική προσέγγιση φαρμακευτικής παρέμβασης, ψυχοθεραπείας και εργοθεραπείας όπου αυτή κρίνεται σκόπιμη. Μεγάλες κατηγορίες ψυχοφαρμάκων όπως θα αναφερθούν παρακάτω είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, και οι σταθεροποιητές συναισθήματος, ενώ οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι:

1. Γνωσιακή ψυχοθεραπεία (Aaron Beck), τεχνικές: ενσυναίσθηση (empathy), ο συνεργατικός εμπειρισμός και η διόρθωση γνωσιακών διαστρεβλώσεων. Απαιτούνται 15-25 συνεδρίες, μία φορά την εβδομάδα.
2. Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία: βασίζεται στη θεωρία της μάθησης και είναι βραχεία. Εδώ εντάσσεται το ψυχοεκπαιδευτικό πρότυπο του Falloon, σύμφωνα με

το οποίο ο άρρωστος αντιλαμβάνεται τι ακριβώς του συμβαίνει και μαθαίνει να διαχειρίζεται τα συμπτώματά του. Ενδείκνυται για μανιοκαταθλιπτική διαταραχή.

3. Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία: Αφορά σε μονοπολικές διαταραχές, είναι βραχυπρόθεσμη. Βασίζεται στη διαχείριση διαπροσωπικών σχέσεων σε σχέση με ασυνείδητα δυναμικά στοιχεία του αρρώστου. Ξεκίνησε με τον Adolf Meyer, τον Harry Stack Sullivan και άλλους και διαμορφώθηκε σε συγκεκριμένη θεραπευτική τεχνική της κατάθλιψης από τους Klerman, Weissman και συν. (1984).
4. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία: βασίζεται στην ερμηνεία ασυνείδητων συγκρούσεων και κινήτρων και μηχανισμών άμυνας.
5. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία: προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη και ενδείκνυται για καταστάσεις κρίσης.
6. Ομαδική ψυχοθεραπεία: ενδείκνυται για άτομα με κίνδυνο αυτοκαταστροφής όπου μέσα από την ομάδα επιχειρείται μείωση αυτού.
7. Οικογενειακή ψυχοθεραπεία: σε συνδυασμό με ψυχοεκπαιδευτική διαδικασία η προσπάθεια αφορά τη διαχείριση της κατάθλιψης μέσα από την οικογένεια όταν αυτή δυσλειτουργεί ή την ενισχύει.

Οι Ψυχογηριατρικοί άρρωστοι

Το γήρας δεν είναι νόσος, αλλά μια φυσιολογική κατάσταση, που αποτελεί μέρος της εξελικτικής διεργασίας της ζωής. Τη διεργασία αυτή περνούν όλοι οι άνθρωποι (ή, τουλάχιστον, όσοι προφταίνουν να την περάσουν). Υπάρχει ωστόσο μια παραδοξότητα στο γήρας. Ενώ εντάσσεται στο πλαίσιο της εξελικτικής διεργασίας της ζωής, εντούτοις αποτελεί κατέλιξη (συνεπάγεται δηλαδή έκπτωση λειτουργιών). Στην ψυχοδιανοητική σφαίρα, η έκπτωση αυτή αφορά κυρίως τις λειτουργίες της μνήμης (αρχικά της πρόσφατης μνήμης, αργότερα όμως και της παλαιάς), της προσοχής, της συγκέντρωσης και της νοημοσύνης. Η ικανότητα για μάθηση μειώνεται, ο χρόνος απάντησης στα ερεθίσματα επιβραδύνεται και η προσωπικότητα μεταβάλλεται.

Η σημασία και το μέγεθος της ψυχικής νοσηρότητας των ηλικιωμένων καταγράφεται, έμμεσα, από μια σειρά επιδημιολογικών παρατηρήσεων. Έτσι, περίπου 15% των ηλικιωμένων ατόμων χρειάζονται θεραπευτική αντιμετώπιση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, 20-40% των εισαγωγών σε ψυχιατρικά ιδρύματα αφορούν ηλικιωμένους, ενώ 20-25% των αυτοκτονιών πραγματοποιούνται από άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Όπως έχει προκύψει από έρευνες στην Ελλάδα, τα ηλικιωμένα άτομα έχουν χαρακτηριστικά ενός ατόμου με μεγαλύτερη πιθανότητα έκθεσης σε ψυχοπιεστικά ερεθίσματα (συνταξιοδότηση, απώλεια συζύγου, οικονομικές δυσκολίες, απομόνωση).

Έτσι τα ηλικιωμένα άτομα χρησιμοποιούν συχνότερα ιατρικές υπηρεσίες, ενώ υποφέρουν από πολλές χρόνιες παθήσεις και παρουσιάζουν ποικίλα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, που οξύνονται με την αλλαγή στη δομή της οικογένειας, η οποία συνήθως κρατούσε το υπερήλικο άτομο στους κόλπους της (έκθεση Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος των Ηνωμένων Εθνών). Από έρευνα του ΕΚΚΕ σε 550 ηλικιωμένους, προέκυψε ότι μόνο το 56% ζούσαν με τα παιδιά τους.

Από άποψη κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας, οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό του συνολικού αριθμού των πελατών του κέντρου που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή, επειδή εμφανίζουν κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά και ιατρικά προβλήματα.

Για να είναι αποτελεσματική η παροχή των υπηρεσιών στα άτομα αυτά, πρέπει:

- ✓ το προσωπικό να εξειδικεύεται στην ψυχιατρική αντιμετώπιση καταστάσεων με οργανικότητα ή χρόνια ψυχική νόσο, που απαιτούν ειδικούς θεραπευτικούς χειρισμούς
- ✓ να υπάρχει η δυνατότητα εναλλακτικών λύσεων από την ιδρυματική νοσηλεία ή διαμονή, ένα υποστηρικτικό σύστημα, να έχει προβλεφθεί η κοινωνική, ιατρική και φαρμακευτική ασφαλιστική κάλυψη στην κοινοτική παραμονή, χωρίς σοβαρά προβλήματα και περιορισμούς
- ✓ να εξασφαλίζεται η δυνατότητα επιτόπιας επίσκεψης της ψυχιατρικής ομάδας στο άτομο που δεν μπορεί να επισκέπτεται το ΚΨΥ.

Στην παροχή ψυχογηριατρικών υπηρεσιών σημαντική βοήθεια προσφέρει η συνεργασία με το ΚΑΠΗ (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων), ένα θεσμό που λειτουργεί με επιτυχία στη χώρα μας, όπου οι ηλικιωμένοι περνούν αρκετές ώρες μέσα σε ένα ομαδικό πρόγραμμα κοινωνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων και με ιατρική κάλυψη. Σκοπός του θεσμού είναι η επαναδραστηριοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ηλικιωμένων, η καλλιέργεια ειδικών ενδιαφερόντων, όπου μέσα από τη δημιουργική απασχόληση δημιουργείται το αίσθημα της ικανοποίησης και προσφοράς, η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, η δημιουργία συντροφικότητας και συνεργασίας. Θα ήταν ίσως αναγκαία η δημιουργία εξωτερικού ψυχιατρικού ιατρείου στο ΚΑΠΗ, που να μειώνει τα προβλήματα τα οποία προκύπτουν λόγω της απόστασης του κέντρου από τον τόπο διαμονής του κάθε

ηλικιωμένου ατόμου. Πρέπει να ληφθούν επίσης υπόψη οι δυνατότητες συνεργασίας με τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» που υλοποιούνται με ευθύνη πολλών οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και τα οποία συνεισφέρουν σημαντικά στη διατήρηση των ηλικιωμένων στην κοινότητα διαμέσου της εξασφάλισης ενός μίνιμουμ ποιοτικής φροντίδας στο χώρο ζωής τους.

Τα εξαρτημένα άτομα από ουσίες και αλκοόλ

Το ΚΨΥ μπορεί να προσφέρει ως ένα βαθμό τις υπηρεσίες του στο εξαρτημένο άτομο, στην περίπτωση της θεραπευτικής παρακολούθησης (follow up), με ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία με άλλα εξαρτημένα άτομα, ή με τη συμμετοχή του σε ομάδες αυτοβοήθειας, ή με την ψυχοθεραπευτική υποστήριξη στην οικογένειά του. Βασικές προϋποθέσεις είναι το πραγματικό κίνητρο του ατόμου να αποφασίσει για τη θεραπεία και η θετική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αυτού και του θεραπευτή. Το κέντρο προσφέρει όλη την υποδομή που διαθέτει στην επίλυση προβλημάτων και γενικά στην υποστήριξη του εξαρτημένου ατόμου, ενισχύοντας την αυτοεκτίμησή του, μειώνοντας τον κίνδυνο της απομόνωσης ή της κοινωνικής απόρριψης και θέτοντας τις βάσεις για μια μακροχρόνια αποκατάσταση.

Στην περίπτωση των εξαρτημένων ατόμων από οπιούχα, η παραμονή τους στην κοινότητα παρουσιάζει ιδιαίτερη κινητικότητα (αλλαγή στεκιών, κατοικίας) και συνδέεται με αξιόποινες πράξεις σχετικά με την αγορά, κατοχή και χρήση οπιούχων. Η ίδια η κοινότητα είναι αρνητική ή απορριπτική προς αυτούς, το δε κίνητρό τους για θεραπεία είναι μικρό ή ελάχιστο τις περισσότερες φορές, αφού καταφεύγουν στο κέντρο για την αναγραφή ηρεμιστικών ή οπιούχων σκευασμάτων.

Για τις καταστάσεις εξάρτησης από αλκοόλ, η υπηρεσία επειγόντων περιστατικών που λειτουργεί στο ΚΨΥ προσφέρει άμεση παρέμβαση στο άτομο με στόχο την αναδιάρθρωση της ισορροπίας του με την “επαναδιάταξη” των εσωτερικών και εξωτερικών του δυνάμεων στο πλαίσιο του υποστηρικτικού συστήματος του ατόμου, ενώ στον τομέα της αποκατάστασης η κοινωνική λειτουργός και η επισκέπτρια υγείας παρεμβαίνουν στην οικογένεια του ατόμου και στο ίδιο το άτομο με τη μορφή της καταγραφής των κοινωνικών, σωματικών, οικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων, καθώς και με την ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας του ατόμου και της υπηρεσίας. Στο ΚΨΥ μπορεί το άτομο να βοηθηθεί αποτελεσματικά μέσα από ομαδική ψυχοθεραπεία ή τη συμμετοχή του σε ομάδα αυτοβοήθειας του τύπου Alcoholic Anonymous, ή ακόμα και με την ατομική ψυχοθεραπεία.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η παρέμβαση του κέντρου στην αλλαγή της στάσης της κοινότητας απέναντι στο αλκοολικό άτομο.

Ο Νευρωσικός άρρωστος

Το μεγαλύτερο ποσοστό των κλινικών νοσολογικών οντοτήτων που επισκέπτονται ένα ΚΨΥ αποτελούν η ομάδα διαταραχών του άγχους (DSM-IV) ή των νευρωσικών διαταραχών (ICD-10).

Η θεραπευτική αντιμετώπισή τους στο ΚΨΥ δε διαφέρει από εκείνη των άλλων υπηρεσιών. Παρόλο που σε μεγάλα ποσοστά του πληθυσμού εμφανίζονται εκδηλώσεις άγχους καθώς και καταθλιπτικών και σωματικών ενοχλημάτων, ωστόσο τα συμπτώματα αυτά δε συνιστούν νοσολογική οντότητα, αλλά αποτελούν περιστασιακές καταστάσεις. Ένα ποσοστό από τα άτομα αυτά είναι κλινικές περιπτώσεις στο φάσμα των νευρώσεων.

Είναι σημαντικό να διαφοροδιαγνωστεί η υφή των σωματικών ενοχλημάτων, αν υποκρύπτουν καταθλιπτικό σύνδρομο ή ψυχοσωματική νόσο ή απλώς είναι σωματοποιημένο άγχος.

Ο νευρωσικός άρρωστος, εκτός από το άγχος, έχει και τεράστιες δυσκολίες προσαρμογής σε διάφορα προβλήματα της ζωής και ιδιαίτερα στον οικονομικό, επαγγελματικό και σεξουαλικό τομέα της ζωής και γενικότερα στις σχέσεις του με το κοινωνικό του περιβάλλον.

Σχετικά με τα σωματικά ενοχλήματα, που έχουν μελετηθεί από διαπολιτισμικές ψυχιατρικές έρευνες, εμφανίζονται σε γυναίκες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης, ιδιαίτερα σε μεσογειακές χώρες (Kirmayer, 1984).

Τα σωματικά ενοχλήματα αποτελούν επίσης την πιο συχνή αιτία της διασυνδεδετικής μεταξύ ενός Κέντρου και των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Οι Νευρώσεις τέλος αποτελούν το 40% όλων των διαγνωστικών κατηγοριών αρρώστων που καταφεύγουν σε ένα ΚΨΥ.

ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΕ ΚΡΙΣΗ

Ο ορισμός της κρίσης

Θεωρείται ως κρίση το σημείο της εξέλιξης μιας νόσου όπου η αλλαγή η οποία συντελείται είναι αποφασιστική για την ανάρρωση ή το θάνατο (Λεξικό Οξφόρδης, 1971). Κατά τον Caplan, η κρίση είναι μια περίοδος δυσαρμονίας που συνοδεύεται από ψυχολογική και σημαντική πίεση μιας σχετικά περιορισμένης διάρκειας, η οποία προσωρινά επιβαρύνει την ικανότητά του να αντιμετωπίσει ή να επιτύχει τον έλεγχό της (Caplan, 1963).

Η αντιμετώπιση των κρίσεων

Εκείνο που ενδιαφέρει την Κοινοτική Ψυχιατρική και την Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή είναι ο σχεδιασμός της πρόληψης της κρίσης και οι στρατηγικές της επίλυσής της.

Ο σχεδιασμός αυτός ακολουθεί τις εξής γενικές στρατηγικές:

- Τη συνεργασία με άλλους, π.χ., την οικογένεια, φορείς της κοινότητας, κλπ.
- Την ενίσχυση των εθελοντών για να βοηθήσουν μέσα από τη συμβουλευτική.
- Την υποστήριξη των υποστηρικτών με την παροχή τεχνικής και ψυχολογικής βοήθειας.
- Τη διαμόρφωση των κανόνων επικοινωνίας, π.χ., το σεβασμό στα όρια και την ανάπτυξη συντονισμού των σχέσεων, την ενίσχυση των παραπομπών από ένα φορέα σε άλλο φορέα.
- Τη διαμόρφωση προτύπων για αξιολόγηση της παρέμβασης.

Σε μια κρίση παρεμβαίνουν οι ακόλουθες παράμετροι:

- Το κοινωνικό περιβάλλον.
- Η οικογένεια και άλλα άτομα.
- Η προσωπικότητα, οι αξίες και οι ρόλοι.
- Οι στρατηγικές αντιμετώπισης από το άτομο και την οικογένεια.
- Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.
- Η κατάσταση της γειτονιάς και του σπιτιού του ατόμου που είναι σε κρίση.
- Οι εθελοντές της κοινότητας.
- Οι φορείς της κοινότητας.
- Ο τύπος της παρέμβασης (αν είναι δηλαδή βραχεία, από επαγγελματία ή από εθελοντή).

Το άτομο σε κρίση: παρέμβαση στο ΚΨΥ ή στο σπίτι

Αν το ΚΨΥ έχει, και πρέπει να έχει, υπηρεσία Άμεσης Προσπέλασης (Walk-in) ή Επείγοντων Περιστατικών (Emergency Service), τότε η επίλυση επειγόντων περιστατικών αποτελεί το βασικό έργο του προσωπικού της υπηρεσίας. Τα κυριότερα αίτια για προσέλευση στην υπηρεσία αυτή είναι: 1) η κρίση κατά την εφηβεία, 2) ο αλκοολισμός, 3) τα στερητικά συμπτώματα από φαρμακευτικές ουσίες (οπιούχα, βαρβιτουρικά), 4) η υπερβολική δόση ουσιών, 5) οι σωματόμορφες αντιδράσεις, 6) οι κρίσεις πανικού ή άγχους, 7) οι ανοϊκές διεγερτικές καταστάσεις, 8) οι τάσεις ή η απόπειρα αυτοκαταστροφής, 9) η αντίδραση πένθους, 10) η μανία, 11) η κρίση στη σχέση του ζευγαριού, 12) ο βιασμός ή η απόπειρα βιασμού, 13) οξύ ψυχωσικό επεισόδιο, 14) η συμπεριφορά με επιθετικότητα και κρίσεις καταστροφικές, 15) οι παρενέργειες από νευροληπτικά, 16) η επιληπτική κρίση, 17) η χρόνια σχιζοφρενική ψύχωση, 18) οι κοινωνικές επείγουσες καταστάσεις, πχ., εγκατάλειψη από τον ένα γονέα.

Οι βασικές αρχές για την επιτυχή αντιμετώπιση μιας επείγουσας περίπτωσης στο ΚΨΥ ή στο σπίτι είναι: 1) η αποφυγή της βίας, 2) η αναγνώριση και πρόληψη των τάσεων αυτοκαταστροφής, 3) η διαφοροδιάγνωση-εκτίμηση του προβλήματος, 4) η πραγματική ιεράρχηση των στόχων που περιλαμβάνει και την πιθανή εισαγωγή του ασθενούς σε ενδονοσοκομειακό τμήμα, 5) η συζήτηση με τους συγγενείς του αρρώστου και η συναπόφαση για το επόμενο βήμα, 6) η άνεση χρόνου που απαιτείται για την επίλυση της κρίσης, 7) η φαρμακευτική παρέμβαση στην κρίση, 8) η αμεσότητα της παρέμβασης ή της παραπομπής σε περίπτωση κωματώδους κατάστασης, 9) η δυνατότητα για το ξεκίνημα μιας χρονικά μακρύτερης ψυχοθεραπείας (ατομικής, ζεύγους ή οικογένειας), 10) η χρήση κάθε θεμιτού υποστηρικτικού μέσου για βραχυπρόθεσμα σχέδια αποκατάστασης της κρίσης, και 11) η ικανότητα του θεραπευτή να ελέγξει το δικό του άγχος.

Η υπηρεσία Άμεσης Προσπέλασης και η Υπηρεσία Παρέμβασης σε κρίση στον σπίτι ή στο ΚΨΥ αποτελούν τον πυρήνα των υπηρεσιών ενός ΚΨΥ με στόχο την πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια πρόληψη, αφού έτσι αντιμετωπίζεται έγκαιρα ένα ψυχολογικό πρόβλημα.

Η οικογένεια σε κρίση: τεχνικές παρέμβασης

Η έννοια της κρίσης είναι κεντρική σε όλα τα προγράμματα της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας. Η οικογένεια ως σύστημα είναι πιθανόν να εμφανίσει δυσλειτουργίες ή φαινόμενα απώλειας της ισορροπίας της.

Οι Parad και Parad (1986) μελέτησαν στις ΗΠΑ τη θεραπευτική παρέμβαση σε οικογένειες που βρίσκονταν σε κρίση και διαπίστωσαν ότι το 80% έως 90% όλων των προγραμματισμένων θεραπειών ήταν βραχείας διάρκειας, έως 12 συνεδρίες. Βρέθηκε επίσης μια αυξημένη αποτελεσματικότητα στη λύση της κρίσης, μια μείωση της συχνότητας εγκατάλειψης της θεραπείας και μια σημαντική οικονομική αποδοτικότητα στην υπηρεσία. Στις ΗΠΑ, αλλά και σε άλλες χώρες, η οργάνωση ΚΨΥ μπορεί να εστιάζει στην αντιμετώπιση των κρίσεων ή να είναι μεικτού τύπου.

Η οικογένεια σε κρίση προσεγγίζεται από την Υπηρεσία Παρέμβασης σε Κρίση (ΥΠΚ) ή αλλιώς η οικογένεια ή το άτομο προσεγγίζει την ΥΠΚ συνήθως στα πρώτα εικοσιτετράωρα της κρίσης. Υπάρχει κατά κανόνα ένας προγραμματισμένος χρόνος για την παρέμβαση, διάρκειας ημερών ή εβδομάδων, με κατευθυντήριους στόχους και τεχνικές και επικέντρωση στο υπόβαθρο της διαμόρφωσης της κρίσης (προϋπάρχοντα γεγονότα της κρίσης, αντίληψη της απειλής, ικανότητες αντίστασης και λύσης της κρίσης).

Οι ΥΠΚ είναι δυνατόν να εστιάζουν μόνο στην οικογένεια θεωρώντας ότι και αυτή βρίσκεται σε κρίση, αφού το μέλος της βρίσκεται σε κρίση. Η προσέγγιση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για οικογένειες με μέλος χρόνια ψυχικά άρρωστο και οι τυχόν υποτροπές της νόσου αποδιοργανώνουν την οικογένεια.

Ο θεραπευτής (ή η θεραπευτική ομάδα) πρέπει να ελέγξει τρία υποσυστήματα: τις αξίες της οικογένειας, τους τρόπους επικοινωνίας και το δίκτυο των ρόλων, που όλα μαζί συνθέτουν τον τρόπο ζωής της οικογένειας.

Έπειτα ο θεραπευτής εισέρχεται στον τομέα της ύπαρξης ή όχι μηχανισμών επίλυσης του προβλήματος και, τέλος, καταλήγει στην εκτίμηση των χαρακτηριστικών κάθε μέλους της οικογένειας ως προς τις ανάγκες του.

Στην πράξη οι περισσότεροι θεραπευτές είναι επιλεκτικοί ως προς τους χειρισμούς τους, διότι, όπως είναι αποδεκτό, δεν υπάρχει μόνο μια θεωρητική προσέγγιση του θέματος των κρίσεων.

ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΖΗΤΑΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ

Ο άρρωστος που δε συνεργάζεται και δε ζητάει βοήθεια αποτελεί τη σοβαρότερη κατάσταση μεταξύ του θεραπευτικού προσωπικού και του ατόμου που νοσεί και δε θέλει βοήθεια ούτε από την οικογένεια, ούτε από οποιονδήποτε άλλον. Τα άτομα αυτά, στην πλειονότητά τους, ανήκουν στη διαγνωστική κατηγορία των σχιζοφρενικών περιπτώσεων.

Στην προσέγγιση του προβλήματος, θα πρέπει κατ' αρχήν να ζητηθεί από την οικογένεια να περιορίσει τις απαιτήσεις της για άμεση ή βίαιη θεραπευτική παρέμβαση, ώστε ο άρρωστος να βλέπει κάποιους να τον υπερασπίζονται απέναντι στις οικογενειακές πιέσεις ή την υπερπροστασία. Με αυτόν τον τρόπο θεμελιώνεται μια πρώτη μικρή θεραπευτική συμμαχία. Γενικά, θα πρέπει τα όρια της παρέμβασης να είναι καθορισμένα. Θα πρέπει να τονίζονται στους ενδιαφερόμενους οι δυνατότητες του κέντρου, οι ευθύνες των ίδιων απέναντι στον ασθενή και την κοινότητα και οι κίνδυνοι που απορρέουν από τη συμπεριφορά του συγγενή τους ή τη δική τους.

Η επιθετική συμπεριφορά πρέπει να μειώνεται με διάφορους χειρισμούς, όπως με την υπευθυνοποίηση του αρρώστου, να συνειδητοποιήσει δηλαδή ότι πρέπει εκείνος να αναλάβει την ευθύνη της συμπεριφοράς του.

Μια επεξηγηματική στάση του ειδικού θα βοηθήσει πραγματικά στο να ελεγχθεί ο φόβος του αρρώστου μπροστά στο δίλημμα της εισαγωγής του ή όχι σε ψυχιατρική κλινική.

Σημαντική βοήθεια προσφέρουν οι χειρισμοί του τύπου “διαπραγματεύσεις” (“τι δέχεσαι, τι σου προσφέρω σε αντάλλαγμα”) στο πλαίσιο της δημιουργίας της μελλοντικής θεραπευτικής συνεργασίας, η οποία βοηθείται από μηχανισμούς ενίσχυσης (πχ. παρέμβαση σε μέλος της οικογένειας που διάκειται αρνητικά).

Στην Κοινωνική Ψυχιατρική, όπου η επιθυμία για θεραπεία ή όχι είναι σεβαστή, το πρόβλημα καθίσταται οξύτερο, γιατί:

- οι συγγενείς πιέζουν το προσωπικό να παρέμβει
- οι γείτονες ενοχλούνται από τη συμπεριφορά του ατόμου
- οι τοπικές αρχές (αστυνομία) παρεμβαίνουν αρνητικά πολλές φορές
- ο άρρωστος απειλεί να σκοτωθεί ή έχει επιθετικές τάσεις

Παρακάτω θα δούμε κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις, καθώς και το ποια θα μπορούσε να είναι η πιο κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση:

- Το άτομο νοσεί και δεν αντιλαμβάνεται τα προβλήματα που του δημιουργεί η νόσος - Η οικογένεια αρνείται κάθε βοήθεια.

Θα πρέπει να επισημανθεί το πρόβλημα στην οικογένεια κι έτσι να γίνει προσπάθεια να πεισθεί ο άρρωστος ώστε να έρθει στο ΚΨΥ. Παράλληλα, πρέπει να συζητηθεί στο ίδιο το σπίτι του αρρώστου το πρόβλημα, ώστε να καμφθεί η αντίστασή του. Αν, παρόλη την προσπάθεια, δε γίνεται δυνατή η θεραπευτική παρέμβαση, τότε θα πρέπει να εγκαταλειφθεί κάθε προσπάθεια και ούτε είναι επιτρεπτό να συνδεθεί το κέντρο με μια αναγκαστική νοσηλεία του ατόμου. Είναι πολύ πιθανό, αργά ή γρήγορα, το άτομο να αναζητήσει βοήθεια ή στην υπηρεσία του κέντρου ή σε ιδιώτη ψυχίατρο, ή με εισαγγελική εντολή να εγκλειστεί στο ψυχιατρείο στο πλαίσιο μιας αναγκαστικής νοσηλείας.

- Το άτομο νοσεί, αντιλαμβάνεται το πρόβλημα, αλλά δε θέλει βοήθεια

Εδώ τα πράγματα είναι πιο εύκολα. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να πεισθεί το άτομο να αναζητήσει βοήθεια, αν το διαβεβαιώσουν ότι δεν κινδυνεύει η προσωπική του ελευθερία και ότι είναι ελεύθερο να αποφασίσει για το χρόνο θεραπείας.

- Το άτομο νοσεί, ζητά βοήθεια, αλλά η οικογένειά του αρνείται το δικαίωμα αυτό μέσα από ενοχές ή άρνηση της πραγματικότητας ή για άλλους λόγους (πχ. συμβιωτική σχέση)

Θα πρέπει να τονιστεί στην οικογένεια η ευθύνη της απέναντι στον άρρωστο και στη θεραπεία του.

Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ένας ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να προσέλθει στην υπηρεσία ψυχικής υγείας συνήθως, στο πλαίσιο της κοινοτικής ψυχιατρικής πρακτικής, γίνεται επίσκεψη για τους εξής λόγους:

1. Εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του αρρώστου
2. Έλεγχος της ποιότητας των συνθηκών διαμονής
 - ✓ Ποιότητα κατοικίας
 - ✓ Διατροφή
 - ✓ Επικινδυνότητα
3. Έλεγχος της φαρμακευτικής αγωγής και των τυχόν παρενεργειών
4. Τακτική παρακολούθηση του ατόμου που δεν μπορεί να μεταβεί στο ΚΨΥ

Η προσέγγιση θα πρέπει να ακολουθεί τους εξής κανόνες:

- Τήρηση της δεοντολογίας
- Προηγούμενη συγκατάθεση του ίδιου του αρρώστου και όχι μόνο της οικογένειας
- Ανοιχτή επικοινωνία για το σκοπό της επίσκεψης
- Όχι «παιχνίδια» στην επικοινωνία (αν η πρόσκληση έγινε από σύζυγο ή γονείς)

Συνήθως η επίσκεψη γίνεται από δύο μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας (π.χ. από ένα ψυχίατρο και έναν κοινωνικό λειτουργό ή επισκέπτη υγείας ή νοσηλεύτη).

ΤΑ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Στη δεκαετία του 1990 έγιναν σημαντικές προόδους στην ψυχοφαρμακολογία ώστε οι πάσχοντες να ζουν πια έναν πιο «φυσιολογικό» τρόπο ζωής, ενώ οι συνεχείς προσπάθειες που γίνονται παρέχουν ελπίδα για την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών που οδηγούν τα πάσχοντα άτομα σε δυσλειτουργίες. Οι κατηγορίες φαρμάκων που αφορούν στην Κοινοτική Ψυχιατρική είναι:

Αντιψυχωσικά		<i>Σχιζοφρένεια, Διπολική διαταραχή</i>
Αντικαταθλιπτικά		<i>Μείζων κατάθλιψη, Αγχώδεις διαταραχές, Δυσθυμία</i>
Σταθεροποιητές διάθεσης		<i>Διπολική διαταραχή I , II κ.α. (Άλατα Λιθίου, Βαλπροϊκό, Καρβαμαζεπίνη)</i>

Οι βασικές αρχές φαρμακοθεραπείας στην Κοινοτική Ψυχιατρική είναι:

- Το φάρμακο πρέπει να ενισχύει την παραμονή του αρρώστου στην κοινότητα. Ο τρόπος λήψης πρέπει να είναι εύχρηστος
- Το φάρμακο δεν πρέπει να προκαλεί παρενέργειες που:
 - ❖ Να οδηγούν τον άρρωστο να διακόπτει την αγωγή
 - ❖ Να στιγματίζουν τον ψυχικά άρρωστο (π.χ. όψιμη δυσκινησία)

Ειδικότερα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, τα φάρμακα που διατίθενται είναι:

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΑ – ΚΛΑΣΙΚΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ		ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ – ΑΤΥΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
<i>Χλωροπρομαζίνη</i>		<i>ΡΙσπεριδόνη (1989)</i>
<i>Αλοπεριδόλη</i>		<i>Κλοζαπίνη (1990)</i>
<i>Θειοριδαζίνη</i>		<i>Ολανζαπίνη (1996)</i>
<i>Σουλπιρίδη</i>		<i>Κουετιαπίνη (1999)</i>
<i>Αμισουλπρίδη</i>		<i>Ζιπρασιδόνη (2000)</i>
		<i>Αριπιπραζόλη (2003)</i>

- Οι όροι «κλασσικά», «παραδοσιακά» ή «νευροληπτικά» αντιψυχωσικά, αφορούν φάρμακα στα οποία δεν μπορούμε να διαχωρίσουμε τις θεραπευτικές δράσεις από τις εξωπυραμидικές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Ο όρος «άτυπα» αναφέρεται σε παράγοντες που διαχωρίζουν αυτές τις δύο επιδράσεις..

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των κλασσικών αντιψυχωτικών είναι:

1. Οξείες εξωπυραμидικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται νωρίς
2. Ακαθυσία (ανησυχία, βηματισμός, κινήσεις μπρος - πίσω, επαναλαμβανόμενες)
 - Δυστονία (ακούσιοι μυϊκοί σπασμοί, μη φυσιολογικές στάσεις άκρων, κορμού, προσώπου, γλώσσας)
 - Παρκινσονισμός (τρόμος ηρεμίας, δυσκαμψία άκρων, επιβράδυνση κινήσεων με μείωση της αυθόρμητης κινητικής δραστηριότητας)
3. Όψιμη δυσκινησία
Εκδηλώνεται πολύ αργότερα, κατά τη διάρκεια ή και μετά τη διακοπή της χρόνιας θεραπείας με νευροληπτικά (0,5% - 40% ή 50% ασθενών).

Νευρομυϊκή Διαταραχή του ελέγχου των εκούσιων μυϊκών κινήσεων (δυστονίες κλπ)

Εκδηλώσεις	Ακούσιες κινήσεις των περιστοματικών μυών, χαρακτηριστικές ανώμαλες κινήσεις του στόματος, της κάτω γνάθου, των χειλών, της γλώσσας, των παρειών. (μασητικές ή θηλασμού με προβολή της γλώσσας μέσα)
Αίτια	Υπερευαισθησία στη ντοπαμίνη και αύξηση ντοπαμινεργικού τόνου
Προδιαθεσικοί Παράγοντες	Ηλικία > 40 ετών, Διάρκεια αγωγής, δόση και φάρμακο
Αντιμετώπιση	• Εκ νέου έναρξη αγωγής με νευροληπτικά ή αύξηση της δόσης (προσωρινή ή θεραπευτική δράση) • Χορήγηση μεικτής, αντιχολινεργικών και χολινεργικών φαρμάκων. Χρήση διαζεπάμης, τετραμπεναζίνης

Η πραγματική επανάσταση στην Κοινωνική Ψυχιατρική έγινε με τα μακράς δράσης νευροληπτικά όπως: Υδροχλωρική φλουφαιναζίνη, Φλουοροσπιριλένη, Δεκανοϊκή αλοπεριδόλη, Φλουπενθιζόλη, Πενφλουριδόλη, Ζουκλοπενθιζόλη, (σε Depot 1ml διάρκεια

2-4 εβδομάδες). Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται ενδομυϊκά μία ή δύο φορές το μήνα σ' ένα ΚΨΥ ή σ' ένα εξωτερικό ιατρείο, έχουν παρατεταμένη δράση και τις ίδιες ιδιότητες των νευροληπτικών, αλλά βοηθούν ώστε το άτομο να είναι λειτουργικό χωρίς να χρειάζεται να είναι εξαρτημένο από την καθημερινή λήψη δισκίων. Με τη χρήση τους ενισχύεται η δευτερογενής πρόληψη και υπάρχει έλεγχος της θεραπευτικής πορείας. Από τα άτυπα αντιψυχωσικά η ρισπεριδόνη Consta προσφέρεται σε Depot μορφή (μια ένεση ανά 150ήμερο).

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις διαταραχές διάθεσης

Αντικαταθλιπτικά			Σταθεροποιητές Διάθεσης
Αμιτριπτυλίνη Χλωριμιπραμίνη Νορτριπτυλίνη Δοξεπίνη Μαπροτιλίνη Τραζοδόνη • Αναστολείς ΜΑΟΑ • Ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (φλουοξετίνη, σερταλίνη, σιταλοπράμη) • Ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης (Βενλαφαξίνη, Ντουλοξετίνη) • Νοραδρενεργικά & ειδικά σεροτονινεργικά (Μιρταζαπίνη)		Τρικυκλικά	ΛΙΘΙΟ ΚΑΡΒΑΜΑΖΕΠΙΝΗ ΒΑΛΠΡΟΪΚΟ ΟΞΥ ΤΟΠΙΡΑΜΑΤΗ ΛΑΜΟΤΡΙΓΙΝΗ ΓΚΑΜΠΑΠΕΝΤΙΝΗ ΑΤΥΠΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ (Ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη)

Ειδικότερα για το λίθιο, αναφέρεται ότι είναι φάρμακο εκλογής της διπολικής διαταραχής, ενώ μειώνει και προφυλάσσει από τις υποτροπές. Χρησιμοποιείται επίσης στις σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές με βελτίωση στην κλινική εικόνα και μείωση των υποτροπών, σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά ή αντιψυχωσικά.

Η θεραπευτική δοσολογία του λιθίου καθορίζεται από τη στενή παρακολούθηση των επιπέδων φαρμάκου στο αίμα. Οι Κλινικές Λιθίου είναι συνδεδεμένες με κοινοτικές ψυχιατρικές ιατρικές υπηρεσίες ή εξωτερικά ιατρεία ώστε να μετράται και να ρυθμίζεται το επίπεδο του λιθίου στο αίμα για την αποφυγή παρενεργειών.

Συμπερασματικά, είναι καλό να τονιστεί ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των συναισθηματικών διαταραχών.

Δομές σε επίπεδο Κοινότητας μπορούν να ελέγξουν ικανοποιητικά τις διαταραχές διάθεσης, εκτός από κάποιες δύσκολες καταστάσεις διπολικής διαταραχής με ταχεία εναλλαγή επεισοδίων οι οποίες απαιτούν κεντρικού τύπου δομές (ψυχιατρικές κλινικές).

Ο ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Με τον όρο **ιδρυματισμός** (Wing, 1962) ή **ιδρυματική νεύρωση** (Barton, 1966), εννοούμε μια ψυχοπαθολογική κατάσταση που εμφανίζεται μετά από μακρόχρονη νοσηλεία ενός ασθενούς σε άσυλο. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από απάθεια, παθητική συμπεριφορά, αδιαφορία για τον εαυτό του και εμφανίζει ομοιότητες με το **σύνδρομο της κοινωνικής αποδόμησης** (social breakdown syndrome, Gruenberg et al., 1962, 1967), το οποίο περιλαμβάνει άρνηση εργασίας και διασκέδασης, απομόνωση, επιθετικότητα ή τάσεις αυτοκαταστροφής, αδυναμία συζήτησης, άρση αναστολών. Εμφανίζεται σε χρόνιους ψυχωσικούς αρρώστους που διαμένουν μόνοι τους στην κοινότητα και σταματά με την εισαγωγή τους στο ψυχιατρείο. Τα βασικά του στοιχεία είναι:

- Προδιάθεση με τη μειωμένη εκτίμηση του Εγώ
- Εξάρτηση σε ερεθίσματα και αδυναμία διάκρισής τους
- Κοινωνική ετικετοποίηση του αρρώστου ως ατόμου «τρελού»
- Αποδοχή του ρόλου του αρρώστου
- Μάθηση του ρόλου του χρόνιου αρρώστου
- Αδυναμία εργασίας και δεξιοτήτων
- Ταύτιση με το περιθώριο

Η εικόνα του συνδρόμου διαρκεί για ολόκληρη τη ζωή του ατόμου (χρόνιοι εκπαιδευτικοί άρρωστοι που ζουν στους δρόμους, σε ακατοίκητα κτίρια, έχοντας μαζί τους άχρηστα αντικείμενα και φορώντας υπολείμματα ρούχων). Το φαινόμενο είναι ένα πρόβλημα όχι μόνο για το ίδιο το άτομο (που δε δείχνει ενοχλείται από την κατάσταση στην οποία ζει), αλλά και για τον κοινωνικό του περίγυρο, ο οποίος αρνητικοποιείται περισσότερο απέναντι σε θέματα ψυχικής υγείας.

Ο ρόλος λοιπόν, των μελών ενός ΚΨΥ συνίσταται στα εξής:

- Αναγνώριση τέτοιων ιδρυματικών αρρώστων
- Προσπάθεια δημιουργίας μιας σχέσης με ένα μέλος
- Προοδευτική ένταξη του αρρώστου σε ένα ρυθμό ζωής διαφορετικό από τον προηγούμενο
- Οργάνωση στοιχειώδους υποστηρικτικού συστήματος (εξασφάλιση φαγητού, ρούχων, καθαρισμός χώρου όπου ζει, αναζήτηση «χαμένων» συγγενών κ.λ.π.)

Η εργασία με τέτοιες περιπτώσεις είναι επίπονη και απαιτεί συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, το θετικό όμως αποτέλεσμα αποτελεί ενίσχυση στην όλη προσπάθεια.

Η ΠΟΛΥΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ο όρος «πολυπροβληματική οικογένεια» (ΠΟ) (multi-problem family), χρησιμοποιήθηκε από ορισμένους κοινοτικούς ψυχιάτρους για εκείνες τις οικογένειες που παρουσιάζουν σύνθετα και ποικίλου μεγέθους προβλήματα.

Η έννοια του όρου, που εμείς θεωρούμε ότι καλύπτει την οικογένεια αυτή, είναι ευρεία και περιλαμβάνει τα εξής προβλήματα:

- Κοινωνικά: υποβάθμιση συνθηκών διατροφής και διαβίωσης, διαμονή με αυξημένο κίνδυνο ατυχήματος ή σωματικής αρρώστιας ιδιαίτερα των παιδιών, ανεργία ή υποαπασχόληση, πορνεία, επαιτεία ή χρήση ναρκωτικών ουσιών, αυξημένη επικράτηση διαζυγίων, άρση αναστολών στις σεξουαλικές σχέσεις.
- Ψυχολογικά: απουσία ή σύγχυση ρόλων των γονέων, εκμετάλλευση, μαιταιώσεις.
- Κοινωνικοπολιτιστικά: υποकुουλτούρα, περιθωριοποίηση, χαρακτηριστικός τρόπος ζωής
- Ψυχιατρικά: αυξημένη γενική ψυχοπαθολογία σ' ένα ή δύο μέλη, αυξημένη πιθανότητα σοβαρής διαταραχής της ψυχικής υγείας των υπολοίπων μελών της οικογένειας.

Είναι φανερό ότι η πολυπλοκότητα των προβλημάτων μιας τέτοιας οικογένειας την αποσυνθέτει σιγά-σιγά, ενώ το υποστηρικτικό σύστημα είναι ανύπαρκτο.

Συνήθως ο σύζυγος-πατέρας είναι απών, έχει εγκαταλείψει την οικογένεια, υπάρχουν παιδιά από διαφορετικούς δεσμούς και συνήθως η γιαγιά, μητέρα της συζύγου, παίζει κάποιο μητριαρχικό ρόλο εξουσίας στην όλη οικογενειακή δομή. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η αιμομιξία αποτελεί κύριο πρόβλημα. Τα παιδιά, συνήθως πάνω από τριών ετών, υποφέρουν από ψυχολογικά ή σωματικά προβλήματα (π.χ. υποβιταμίνωση, αν και φαινομενικά είναι ευτραφή, αφού σιτίζονται με αμυλούχες τροφές), είναι επιθετικά νευρωσικά και το πνευματικό τους επίπεδο είναι αρκετά χαμηλό, αφού στερούνται πολιτιστικών ερεθισμάτων και προτύπων. Άλλο σημαντικό πρόβλημα είναι η συχνά διαπιστωμένη κακοποίηση μελών της οικογένειας από άλλα μέλη, ιδίως των παιδιών. Συνήθως διακόπτουν τη φοίτηση κατά τις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου. Η μητέρα συνήθως είναι άνεργη και καλύπτει τις στοιχειώδεις οικονομικές της ανάγκες με κάποιο βοήθημα της κοινωνικής πρόνοιας ή με την αναζήτηση παρασιτικών ή παρανόμων οικονομικών πόρων. Ο τύπος αυτός ΠΟ είναι ο συνηθέστερος.

Υπάρχουν βέβαια και οικογένειες, όπου οι δύο σύζυγοι-γονείς παρουσιάζουν κοινωνικά, οικονομικά και ιατρικά προβλήματα, ενώ τα παιδιά ίσως εμφανίζουν σοβαρές μαθησιακές ή

συμπεριφορικές διαταραχές ή ειδικές ανάγκες. Παράλληλα, συνυπάρχουν έντονα προβλήματα στέγασης, διατροφής, κ.λ.π.

Συμπερασματικά, η ΠΟ εμφανίζει προβλήματα σε ένα ευρύ φάσμα, τα οποία για να επιλυθούν πρέπει να αντιμετωπιστούν από πολλούς ειδικούς με διαφορετικό επαγγελματικό υπόβαθρο.

Η πολυπροβληματική οικογένεια και οι υπηρεσίες Κοινοτικής Ψυχιατρικής

Στην επίλυση των προβλημάτων μιας Πολυπροβληματικής Οικογένειας (ΠΟ), εκτός από τις υπηρεσίες Κοινοτικής Ψυχιατρικής εμπλέκονται και όλες οι υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας, Πρωτοβάθμιας Υγείας και Ψυχικής Υγείας.

Κύριο ρόλο παίζουν οι υπηρεσίες Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας, που αναλαμβάνουν ίσως τον κεντρικό συντονισμό όλων των υπηρεσιών για την επίτευξη της καλύτερης δυνατής αποτελεσματικότητας στην επίλυση των προβλημάτων. Σε μια περίπτωση ΠΟ εμπλέκονται ο κοινωνικός λειτουργός και ο επισκέπτης υγείας της Υπηρεσίας Κοινωνικής Πρόνοιας, ο παιδίατρος και η νοσηλεύτρια της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής υπηρεσίας. Επίσης, ο δάσκαλος και οι αρμόδιες υπηρεσίες του σχολείου, ο παιδοψυχίατρος, ο ψυχίατρος, ο επισκέπτης υγείας, ο ψυχολόγος, ο ειδικός ψυχοπαιδαγωγός και ο λογοθεραπευτής του ΚΨΥ. Τέλος, ίσως να συμμετάσχει και ο εκπρόσωπος ενός τοπικού κοινωνικού φορέα και μερικές φορές και άλλοι φορείς μέσα και έξω από την κοινότητα (Δήμος, Εκκλησία, Αστυνομία, Νοσοκομείο, Οικοτροφείο, Γραφείο Απασχόλησης, εργοδότης). Είναι φανερό το πρόβλημα συντονισμού όλων αυτών και η ανάγκη ύπαρξης κοινής φιλοσοφίας στην ιεράρχηση των αναγκών, όπως η πρόταξη του άμεσου υγειονομικού προβλήματος από το επισιτιστικό ή το στεγαστικό πρόβλημα.

Το κόστος, από πλευράς απασχόλησης του επιστημονικού δυναμικού, είναι μεγάλο και δεν είναι λίγες οι φορές που το αποτέλεσμα είναι πενιχρό, γιατί τα προβλήματα της ΠΟ δεν έχουν μία ή δύο αιτίες που πρέπει να θεραπευτούν, αλλά τα αίτια είναι κοινωνικά, πολιτικά και πολιτιστικά, γι' αυτό και τα μέλη της ΠΟ διαμορφώνουν μια ιδιότυπη θεώρηση της ζωής.

Στρατηγικές παρέμβασης στην πολυπροβληματική οικογένεια

- Άμεση παρέμβαση:

Ως άμεση παρέμβαση θεωρείται η αντιμετώπιση του πιο επείγοντος προβλήματος (π.χ. ιατρική περίθαλψη ενός μέλους της οικογένειας, επείγουσα στεγαστική ανάγκη κ.λ.π.) στη φάση αυτή κινητοποιούνται οι υπηρεσίες εκείνες που έχουν ως αντικείμενο την επίλυση του επείγοντος προβλήματος της ΠΟ.

- Έμμεση παρέμβαση με μακροπρόθεσμους στόχους:

Απαιτεί την κινητοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων (recourses) της κοινότητας, για την αναδιάρθρωση του υποστηρικτικού συστήματος της ΠΟ, μέσα από το οποίο θα μπορέσει ίσως να ξεπεράσει τα προβλήματα και τον φαύλο κύκλο τους. Ως διαθέσιμες δυνατότητες μπορεί να θεωρηθούν οι κοινωνικές υπηρεσίες (μόνιμο οικονομικό επίδομα), οι κοινοτικές οργανώσεις (τροφή, ρουχισμός), η τοπική αυτοδιοίκηση (στεγαστικό πρόγραμμα, σχολικές υπηρεσίες), οι ειδικές υπηρεσίες (ΚΑΠΗ, ΠΙΚΠΑ).

Συμπερασματικά, η ΠΟ απαιτεί επίπονο έργο, συντονισμό και έξυπνες λύσεις, υψηλή αποδοτικότητα στους χειρισμούς, ενώ μερικές φορές το αναμενόμενο αποτέλεσμα δεν προσφέρει ικανοποιήσεις στα μέλη του ΚΨΥ Βέβαια, η ΠΟ κατά βάση αποτελεί πρόκληση για κάθε υπηρεσία Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής.

ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ. Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ

Τα άτομα με υψηλό κίνδυνο νόσησης από ψυχική διαταραχή ή αρρώστια είναι άτομα:

1. Με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των αγάμων, ηλικίας άνω των 40 ετών, σε χηρεία ή διάσταση, ή που αντιμετωπίζουν δυσμενή οικονομική κατάσταση
2. Με διαλυμένες γονεϊκές οικογένειες (έφηβοι)
3. Με έναν ή δύο γονείς που νοσούν ψυχικά
4. Με την ύπαρξη τάσεων υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ ή ουσιών
5. Με προβλήματα προσωπικότητας και δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων
6. Με ιστορικό προηγούμενης νόσησης ή και νοσηλείας για ψυχικό νόσημα
7. Με χρόνιο σωματικό νόσημα\

Η προσέγγισή τους γίνεται με βάση το μηχανισμό του δικτύου παραπομπών μέσα από την κοινότητα, που ήδη έχει περιγραφεί. Η αναγνώριση των ατόμων αυτών και η επαφή με αυτά εντάσσεται στο προληπτικό πρόγραμμα ενός ΚΨΥ. Η κανονική διαμονή των ατόμων αυτών που είναι απαλλαγμένα από ψυχοπαθολογικές καταστάσεις αποτελεί ένα δείγμα της πετυχημένης προστασίας που προσφέρει ένα ΚΨΥ.

Το πρόβλημα που εγείρεται στην περίπτωση της αναζήτησης των ατόμων αυτών, τα οποία δεν νοσούν οπωσδήποτε αλλά ίσως κινδυνεύουν να αρρωστήσουν, είναι η δεοντολογία της προσέγγισής τους, με ποιο δικαίωμα το κέντρο παρεμβαίνει και με ποιο στόχο. Υπάρχει κίνδυνος να ψυχιατριοποιηθεί το πρόβλημα;

Το θέμα είναι λεπτό και δύσκολο από πλευράς χειρισμών, όμως υπάρχουν τρόποι που ίσως αξίζει να αναφερθούν. Η δυσκολία δεξν προκύπτει όταν ένας συγγενής ή φίλος συνιστά στο άτομο το κέντρο ή έρχεται μαζί του σε αυτό, αλλά όταν το άτομο παραπέμπεται από κάποια υπηρεσία, χωρίς εκείνο να το γνωρίζει.

Ο πιο ορθός χειρισμός είναι η ευθύτητα στην παρέμβαση, π.χ., λέγοντας τους σκοπούς της επίσκεψης στο σπίτι του ατόμου, ποια υπηρεσία μας πληροφόρησε, πως κατά την εκτίμησή της το κέντρο θα μπορούσε να βοηθήσει στην επίλυση του προβλήματος. Έτσι η πιθανότητα θετικής ανταπόκρισης είναι μεγαλύτερη από οποιονδήποτε άλλο χειρισμό. Σε περίπτωση άρνησης για συνεργασία, η άρνηση αυτή πρέπει να γίνει σεβαστή. Η επιτυχία, στην περίπτωση αυτή, είναι ότι το κέντρο έκανε γνωστή την ύπαρξή του στο άτομο αυτό και ίσως αργότερα (κι αυτό στην πράξη έχει επιβεβαιωθεί) επισκεφθεί το κέντρο.

Το ΚΨΥ πρέπει να έχει μια διαμορφωμένη πολιτική προστασία των ατόμων με υψηλό κίνδυνο νόσησης, μια πολιτική που έχει ήδη περιγραφεί σε προηγούμενα σημεία.

Η περίπτωση της ακούσιας (αναγκαστικής) νοσηλείας

Αν και η συνήθης πρακτική (αλλά και πρόσφατες θεσμικού χαρακτήρα ρυθμίσεις) δε δίνει ένα ρόλο στο ΚΨΥ αναφορικά με την εμπλοκή του σε περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας (πλην λίγων εξαιρέσεων οι προσαγωγές ασθενών για ακούσια εξέταση γίνονται απευθείας στις μονάδες νοσηλείας – Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων ή Ψυχιατρικά Νοσοκομεία) η τομεοποιημένη λειτουργία των μονάδων ψυχικής υγείας πρέπει να ακολουθεί διαφορετικές διαδικασίες. Έτσι λοιπόν, σ' ένα αναπτυγμένο δίκτυο μονάδων ψυχικής υγείας, το ΚΨΥ εμπλέκεται στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας αφού σε αυτό το επίπεδο μπορεί να γίνεται η εκτίμηση περί της αναγκαιότητας ή μη της ακούσιας νοσηλείας (δηλ., η εισαγγελική εντολή για ακούσια εξέταση, όταν ο ασθενής δε συνεργάζεται, να εκτελείται στο ΚΨΥ). Σημαντική επίσης είναι η συμβολή του ΚΨΥ στη μετανοσοκομειακή φροντίδα, όπου ισχύουν όσα έχουν ήδη αναφερθεί για τον ασθενή που πρέπει να νοσηλευτεί για κάποιο διάστημα και τη διασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας.

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ ΚΨΥ

Στην Κοινωνική Ψυχιατρική, στο πλαίσιο των ψυχοθεραπειών, η ψυχανάλυση έχει υποκατασταθεί από τις ατομικές ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες με βάση τις ψυχαναλυτικές αρχές. Τέτοιες ψυχοθεραπείες είναι η εναισθητική, η υποστηρικτική και η βραχεία ψυχοθεραπεία.

Στην Κοινωνική Ψυχιατρική, πέρα από τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες, ευρύτατη εφαρμογή έχουν ορισμένες *θεραπείες της συμπεριφοράς*, όπως η συστηματική απευαισθητοποίηση, η κατακλυσμική, η θετική ενίσχυση με την παροχή κουπονιών (token economy) και η *προσωποκεντρική ψυχοθεραπεία*. Υπάρχουν και άλλες μορφές θεραπειών, όπως η Gestalt, η γνωσιακή θεραπεία (Cognitive), και η συναλλακτική θεραπεία (transactional analysis), που δεν χρησιμοποιούνται ευρύτατα, αλλά έχουν σημαντική εφαρμογή σε κοινωνική βάση, κυρίως σε ειδικά ψυχοθεραπευτικά ινστιτούτα.

Βασικοί Στόχοι της ατομικής (υποστηρικτικής) ψυχοθεραπείας

Οι στόχοι της ψυχοθεραπείας (κυρίως της υποστηρικτικής) είναι:

1. Αναγνώριση και Σχεδιασμός της παρέμβασης
2. Σύναψη συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή – θεραπευόμενου
3. Κάθαρση, Χειρισμός σωματικών συμπτωμάτων, Αποδοχή αρχών ψυχικής υγιεινής, Ανάλυση προσωπικότητας
4. Θεραπευτική καθοδήγηση

Τα κεντρικά σημεία της ψυχοθεραπείας είναι:

- Η διαβεβαίωση του αρρώστου ότι η κατάσταση μπορεί να ξεπεραστεί με το χρόνο και
- Η ανάγκη αποδοχής της θεραπευτικής παρέμβασης

Τα αποτελέσματα της θεραπευτικής καθοδήγησης είναι:

Α. Αλλαγή συνηθειών ατόμου:

- Υιοθετεί νέες συμπεριφορές με δομημένο χαρακτήρα και συγκεκριμένους στόχους
- Αποφεύγει παλινδρομήσεις, συγκρούσεις με τρίτους, πεσιμιστική διάθεση

- B. Αύξηση αντοχής σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις
- C. Εκμάθηση τρόπων για την αντιμετώπισή τους

Ατομικές ψυχοθεραπείες

1. *Εναισθητική Ψυχοθεραπεία (ΕΨ)*

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η λύση των συγκρούσεων και ο περιορισμός των παθολογικών μηχανισμών άμυνας. Η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου περιλαμβάνει λιγότερη έμφαση στους ελεύθερους συνειρμούς και μεγαλύτερη στη συζήτηση με έμφαση στην ερμηνεία της μεταβίβασης στις σχέσεις με άλλα πρόσωπα. Αποφεύγεται η νεύρωση της μεταβίβασης και ενισχύεται η θεραπευτική συμμαχία. Η παλινδρόμηση δεν ενισχύεται, εκτός αν επιτρέπει την ανάκληση υλικού από το ασυνείδητο. Είναι δυνατή η χρήση ψυχοφαρμάκων και ο χρόνος των συνεδριών ποικίλλει από μία έως τρεις φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα που κυμαίνεται από ένα μήνα έως μερικά χρόνια. Τα κριτήρια επιλογής για την εναισθητική ψυχοθεραπεία είναι η σχετικά ώριμη προσωπικότητα, η ικανότητα για θεραπευτική συμμαχία και η ανοχή σε ματαιώσεις, καθώς και ένα ισχυρό κίνητρο για θεραπεία.

2. *Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία (ΥΨ)*

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία διαφέρει σε έναν αριθμό θεραπευτικών σημείων από την εναισθητική. Οι θεραπευτικοί στόχοι περιλαμβάνουν και την έννοια της αναδιοργάνωσης της ισορροπίας, της μείωσης του άγχους και της βοήθειας στην ανοχή καταστάσεων που δεν μπορούν να αλλάξουν. Ο θεραπευόμενος διαβεβαιώνεται για τους εξωπραγματικούς του φόβους.

Ο θεραπευτής παρεμβαίνει ενεργητικά, ελέγχει τη συζήτηση ή συμβουλεύει με καθαρικά αποτελέσματα. Η ερμηνεία των μεταβιβάσεων δεν είναι πάντα αναγκαία. Η επικέντρωση ανάγεται στα εξωτερικά γεγονότα.

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία δέχεται την προσφορά άλλων θεραπευτικών μεθόδων, όπως τα ψυχοφάρμακα, η εργοθεραπεία, η οικογενειακή συμβουλευτική. Υπάρχει συνήθως συμμετοχή και άλλων θεραπευτικών φορέων. Ο χρόνος που απαιτείται κυμαίνεται από μία συνεδρία την εβδομάδα, το δεκαπενθήμερο ή το μήνα, διάρκειας από λίγα λεπτά ή και μία ώρα. Τα άτομα που μπορεί να θεωρηθούν κατάλληλα για την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία εμφανίζουν μια ώριμη έως χαοτική δομή προσωπικότητας. Το μόνο που απαιτείται είναι η δυνατότητα σύναψης θεραπευτικής συμμαχίας. Ύστερα από κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν και άλλα επαγγέλματα της ψυχικής υγείας να ασκήσουν αυτού του τύπου την ψυχοθεραπεία.

3. *Βραχεία Ψυχοθεραπεία*

Η βραχεία ψυχοθεραπεία είναι προσανατολισμένη σε συγκεκριμένο στόχο, διαρκεί δύο έως δώδεκα μήνες ή περιλαμβάνει είκοσι έως σαράντα συνεδρίες. Οι βασικές της αρχές, όπως αυτές έχουν αναπτυχθεί από τον Sifneos, περιλαμβάνουν την πρακτική αντιμετώπιση μεγαλύτερου εύρους ατόμων στην κοινότητα, στην επικέντρωση στο Εγώ με έμφαση στην πρόληψη και την άμεση παρέμβαση, και τον περιορισμό των στόχων στους αναγκαίους.

Το κατάλληλο άτομο για βραχεία ψυχοθεραπεία πρέπει να αναφέρει ένα πρωταρχικό ενόχλημα, να μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματά του, να συναλλάσσεται με το θεραπευτή, να έχει κίνητρο για να θεραπευτεί, να αλλάζει, και την ικανότητα να αναγνωρίζει τα συμπτώματά του.

Η τεχνική της πρόσωπο με πρόσωπο συνεδρίας περιλαμβάνει:

- I. Την αρχική αξιολόγηση του υλικού που παρουσιάζει ο θεραπευόμενος
- II. Την εστίαση στις συναισθηματικές συγκρούσεις που υποκρύπτονται από το σύμπτωμα ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (εξάρτηση, σαδομαζοχισμός, παθητικότητα)
- III. Το υλικό αποτελεί τη βάση για τη διαμόρφωση των στόχων, την ανάδυση των προσαρμοστικών ικανοτήτων, ώστε να δοθεί μια κατεύθυνση προς την επίλυση του προβλήματος
- IV. Τη συνεχή πρόκληση άγχους από το θεραπευτή (με τη μορφή επίμονων ερωτήσεων), που έχει βασικό στόχο την κινητοποίηση των συναισθημάτων του ατόμου, ώστε αυτό να τα εκφράζει
- V. Τη μάθηση του ελέγχου των συγκρούσεων. Σιγά - σιγά ο θεραπευόμενος μαθαίνει να ελέγχει τις συγκρούσεις – με αποτέλεσμα την αύξηση της αυτοπεποίθησης – και έτσι να αποκτά αυτοδυναμία
- VI. Την αύξηση της ταύτισης με το θεραπευτή

Η θεραπευτική παρέμβαση τελειώνει με τη δυνατότητα του θεραπευόμενου να ελέγξει το αρχικό πρόβλημά του. Η τεχνική της βραχείας ψυχοθεραπείας είναι αναμφισβήτητη θεραπεία εκλογής στην Κοινωνική Ψυχιατρική, αφού είναι *comprehensive* και αποδοτική, όπως αυτό έχει αποδειχτεί από ερευνητικά προγράμματα για την αξιολόγησή της.

4. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία

Η γνωσιακή θεραπεία βασίζεται σε ένα πρότυπο σύμφωνα με το οποίο η επεξεργασία των πληροφοριών είναι παραμορφωμένη σε αρνητικές γνωσιακές καταστάσεις (*cognitive constructs*) οι οποίες αποκαλούνται «γνωσίες».

Ο όρος «γνωσία» (*cognition*) περιλαμβάνει όλες τις νοητικές λειτουργίες – διεργασίες με τις οποίες κάθε άτομο επεξεργάζεται, αποθηκεύει, ανακαλεί, χρησιμοποιεί τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Οι διεργασίες αυτές επιτρέπουν στο άτομο να σκέπτεται, να εξερευνά, να διερωτάται, να προσδοκά, να προβλέπει, να επιλύει προβλήματα.

Κατά τον Beck, η γνωσία είναι μια εκτίμηση των γεγονότων από το παρελθόν, το παρόν ή το μέλλον.

Στις γνωσίες περιλαμβάνονται οι προσδοκίες (*expectations*), οι προβλέψεις (*anticipations*), οι εξηγήσεις (*explanations*), οι αποδόσεις (*attributions*), οι στάσεις (*attitudes*), οι εκτιμήσεις (*appraisals*), οι κρίσεις (*judgments*), οι επιδιώξεις, οι στόχοι ή σκοποί (*goals*), τα σχήματα (*schemata*).

Οι διαταραχές των γνωσιακών διεργασιών είναι τα γνωσιακά λάθη (errors) ή διαστρεβλώσεις (disortions) τα οποία παρατηρούνται στην κατάθλιψη και την παρανοειδή ψύχωση σχιζοφρενικού τύπου.

Δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές είναι δευτερεύουσες και συνακόλουθες των στερεότυπων σκέψεων οι οποίες οδηγούν σε γνωσιακές παραμορφώσεις ή λαθεμένες απόψεις.

Η θεραπεία αυτή είναι βραχεία και καλύπτεται σε δεκαπέντε έως είκοσι συνεδρίες για δώδεκα μήνες, κατά τις οποίες ο θεραπευόμενος γνωρίζει τις δικές του παραμορφωμένες γνωστές. Ο θεραπευόμενος ακολουθεί πρόγραμμα κατ' οίκον έργου (home assignment) με το να καταγράφει ό,τι σκέπτεται σε ψυχοπιστικές καταστάσεις (αυτόματες σκέψεις).

Η γνωσιακή τριάδα περιλαμβάνει τις εσφαλμένες ιδέες (υποτίμησης) για τον εαυτό του, παρερμηνείες της εκτίμησης των άλλων ατόμων γι' αυτόν και εσφαλμένες απόψεις για το μέλλον.

Οι παθολογικοί γνωσιακοί μηχανισμοί είναι συνήθως η υπεργενίκευση των συμπερασμάτων, η προσωποποίηση των γεγονότων, η καταστροφολογία, η μεγιστοποίηση, η ελαχιστοποίηση της σημασίας των γεγονότων, ο διχοτόμος τρόπος σκέψης, η αυθαίρετη προσοχή/αφαίρεση.

Η γνωσιακή θεραπεία έχει επιδείξει αποτελεσματικότητα στην κατάθλιψη, στις φοβίες και άλλες αγχώδεις διαταραχές, στις διαταραχές προσωπικότητας, στις διαταραχές λήψης τροφής και τις διαταραχές σχιζοφρένειας.

Η γνωσιακή προσέγγιση βοηθά τον θεραπευόμενο να καταγράφει και να αντιλαμβάνεται τις παθολογικές / αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις, να αναγνωρίζει τη διάσταση ανάμεσα σε αυτές και στα καθημερινά του βιώματα και, τελικά, να μεταβάλλει αυτά τα αρνητικά γνωσιακά κατασκευάσματα μέσα από διαδοχικές προσπάθειες, ασκήσεις που εμπεριέχουν συμπεριφορικό και γνωσιακό προσανατολισμό, πάντα στα πλαίσια της πραγματικότητας. Τέλος, ο θεραπευόμενος οργανώνει ένα ορθολογικό και πραγματιστικό περιεχόμενο σκέψης με επιχειρήματα εναντίον των γνωσιακών διαστρεβλώσεων.

Η γνωσιακή αναδόμηση (restructuring), οι συμπεριφορικές ασκήσεις (assignments) και ο «μαιευτικός» διάλογος είναι οι κύριες τεχνικές. Οι γνωσιακές θεραπείες εμπεριέχουν συμπεριφορικές τεχνικές, γι' αυτό και έχουν καθιερωθεί πια ως ενιαία θεραπευτική προσέγγιση.

Η διαχείριση του στρες (stress management): Η διαχείριση του στρες, σύμφωνα με συμπεριφορικές στρατηγικές, περιλαμβάνει την εξακρίβωση του αιτίου που προκαλεί το στρες, την εφαρμογή της τεχνικής επίλυσης προβλήματος (problem solving) όπου ιεραρχείται η πλέον ρεαλιστική λύση του προβλήματος που προκαλεί στρες, καθώς και την in vivo προσπάθεια εφαρμογής της λύσης επιλογής μετά από εκπαίδευση και δοκιμαστική εφαρμογή. Η τεχνική της διαχείρισης του στρες έχει εφαρμογή σε οικογένειες με μέλος που πάσχει από σχιζοφρένεια, σε κρίσεις πανικού και σε γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

Θεραπείες συμπεριφοράς

Στην ομάδα θεραπειών αυτού του τύπου ανήκουν συστηματική απευαισθητοποίηση από συγκεκριμένο φοβογόνο ερέθισμα, η κατακλυσμική (flooding), η αρνητική πρακτική, η μίμηση προτύπου (modeling) και η συντελεστική μάθηση. Από αυτές τις πέντε θεραπείες οι τέσσερις εφαρμόζονται στην κοινότητα, ενώ η συντελεστική μάθηση με τη θετική ενίσχυση με μορφή κουπονιών (token economy) εφαρμόζεται σε άτομα που ζουν σε κλειστά ιδρύματα και εμφανίζουν μειωμένη λειτουργικότητα.

Οι θεραπείες συμπεριφοράς στοχεύουν στην εξάλειψη του προβλήματος – συμπτώματος, όπως είναι ο φόβος απέναντι σε ένα αντικείμενο συγκεκριμένο, π.χ. έντομο, ερπετό, ύψος, κλειστός ή ανοιχτός χώρος, ή μια ιδεοληπτική ψυχαναγκαστική κατάσταση. Οι θεραπείες συμπεριφοράς είναι σε σύντομο χρόνο αποτελεσματικές, στοιχίζουν λιγότερο από άλλου είδους θεραπείες, συνδυάζονται με ψυχοφάρμακα, ενώ οι θεραπευτές δεν είναι απαραίτητο να είναι ψυχίατροι.

Ομαδική Ψυχοθεραπεία (ΟΨ)

Μαζί με την οικογενειακή θεραπεία αποτελεί την ταχύτερα αναπτυσσόμενη μορφή θεραπείας στο δυτικό κόσμο. Η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί εκείνο τον τύπο ψυχοθεραπείας όπου, ύστερα από επιλογή, άτομα με σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα διαμορφώνουν μια ομάδα καθοδηγούμενη από ένα θεραπευτή με σκοπό την αλληλοβοήθεια μέσα από ποικίλους χειρισμούς, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή αλλαγή στο άτομο.

Η ομάδα έτσι καθίσταται το πεδίο όπου μπορεί να ελεγχθούν οι ψυχοπαθολογικές διαδικασίες μέσα από τις αλληλεπιδράσεις των μελών. Τα στάδια της ανάπτυξης μιας ομάδας είναι τρία: 1) το στάδιο της αποδοχής των μελών που προσπαθούν να γίνουν αρεστά στο θεραπευτή, 2) το στάδιο της απόκτησης αυτονομίας από το θεραπευτή, και 3) το στάδιο όπου τα μέλη δίνουν και δέχονται βοήθεια. Έχουν περιγραφεί περισσότερες από διακόσιες ομαδικές διαδικασίες των οποίων έχουν προσδιοριστεί οι παράγοντες: 1) διανοητικοί (γενίκευση, ταύτιση, διανοητικοποίηση, μίμηση), 2) συναισθηματικοί (αποδοχή, αλτρουισμός, μεταβίβαση), και 3) παράγοντες δράσης (έλεγχος πραγματικότητας, αλληλεπίδρασης και κάθαρση).

Στην Κοινοτική Ψυχιατρική, δηλαδή στο ΚΨΥ, οι υποστηρικτικού και οι αναλυτικού προσανατολισμού ομαδικές θεραπείες είναι οι πλέον διαδεδομένες, ενώ η συναλλακτική αποτελεί την ομαδική ψυχοθεραπεία της δεκαετίας του '70.

Υπάρχουν εμφανείς βασικές διαφορές ως προς τις παραμέτρους του περιεχομένου, της επικοινωνίας, της ερμηνείας, τις μείζονες ομαδικές διαδικασίες των κοινωνικών σχέσεων των μελών και των στόχων σε ομάδες ψυχωσικών και νευρωσικών μελών.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία ψυχωσικών ατόμων με παράλληλη τη χρήση νευροληπτικών έχει διαπιστωθεί ότι υπερέχει από κείνη της ατομικής ή της φαρμακοθεραπείας ως προς τη βελτίωση της κατάστασης του ψυχωσικού ατόμου.

Από πλευράς διαγνωστικών οντοτήτων, η ομοιογένεια των νευρωσικών ή εκείνων με ποικίλα προβλήματα προσωπικότητας μπορεί να αμβλυνθεί με την εισδοχή ενός ή δύο μελών που υποφέρουν από μεθοριακές καταστάσεις.

Η ομοιογένεια απαιτείται πάντα για τις καταστάσεις: 1) κρίσεων ή άλλων μορφών ψυχοπαθολογίας κατά την εφηβεία, 2) εξάρτησης από ουσίες, 3) σεξουαλικών προβλημάτων, 4) ψυχοσωματικών καταστάσεων, και 5) άλλων καταστάσεων, όπως είναι οι διαταραχές του λόγου, της ακοής, της όρασης κ.λ.π.

Θεραπεία της οικογένειας (family therapy)

Η θεραπεία της οικογένειας είναι η νεότερη ψυχοθεραπευτική τεχνική που κατεξοχήν ασκείται στην Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή από ειδικά εκπαιδευμένα μέλη της ομάδας ψυχικής υγιεινής, όχι απαραίτητα ψυχιάτρους, καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας (νεύρωση – σχιζοφρένεια) και διαταραχών στην επικοινωνία μέσα στην οικογένεια και δεν έχει ένα συγκεκριμένο μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης ή παρέμβασης αλλά περισσότερο, τα οποία προέρχονται από τις διάφορες σχολές και θεωρίες γύρω από την ερμηνεία της ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια και τη θεραπεία της (Bowen, 1978).

Βασική αρχή που όλοι πιστεύουν είναι το ότι η οικογένεια ως σύνολο είναι «άρρωστος». Οι βασικές προσεγγίσεις έχουν ψυχοδυναμικό (Ackerman), συστημικό (systems approach) (Jackson), δομικό (structural), ή αναπτυξιακό (Minuchin) χαρακτήρα. Οι τεχνικές της παρέμβασης ποικίλλουν, όλες όμως απαιτούν από το θεραπευτή ενεργητική στάση. Έχουν αναπτυχθεί τεχνικές όπου η θεραπευτική συνεδρία σχεδιάζεται (Haley), άλλοτε αφήνεται ασεδιάστη (Whitaker), άλλοτε περιλαμβάνει δυο ή τρεις οικογένειες μαζί (Laqueur) και άλλοτε λαμβάνουν μέρος και φίλοι ή γείτονες ή οποιοδήποτε άτομο περιλαμβάνεται στο οικογενειακό σύστημα (Speck and Attneave).

Ορισμένοι θεραπευτές οικογένειας προσπαθούν να αλλάξουν τη δομή της (Minuchin), άλλοι τη θεωρούν ως το χώρο όπου εκφορτίζονται τα συναισθήματα των μελών της (Paul) και, τέλος, όπως ο Haley, εστιάζουν στην επίλυση των προβλημάτων (problem solving).

Η κάθε συνεδρία ποικίλλει από σαράντα πέντε λεπτά έως και περισσότερες ώρες, ενώ η συχνότητά τους είναι συνήθως μία ή δύο φορές την εβδομάδα, μπορεί μάλιστα να φτάνει τον αριθμό των είκοσι (βραχεία) ή και πενήντα συνεδριών.

Οι ενδείξεις για τη θεραπεία της οικογένειας προέρχονται από τη θέση ότι κάθε ατομική αλλαγή στη συμπεριφορά απαιτεί την αλλαγή στη συμπεριφορά των μελών της οικογένειας.

Η συμβουλευτική

Η πρακτική της συμβουλευτικής αναπτύχθηκε λίγο μετά αφότου οι Lindemann και Caplan, στις δεκαετίες '40 και '50, έθεσαν τις βάσεις και τις θεωρητικές γνώσεις.

Η προσέγγιση της συμβουλευτικής είναι το άτομο και το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον όπου αυτό ζει με στόχο να δημιουργηθεί ένα ψυχολογικά ώριμο άτομο.

Η συμβουλευτική είναι, από μια άποψη, η προσπάθεια να βοηθηθεί το άτομο για να λύσει ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας στο επίπεδο του συνειδητού, με ταυτόχρονη μείωση της διάρκειας του προβλήματος και με παράλληλη τροποποίηση του περιβάλλοντος (κοινωνικού, συναισθηματικού).

Η διαφορά της συμβουλευτικής από την ψυχοθεραπεία έγκειται στο ότι αυτός που ζητά συμβουλευτική βοήθεια δεν έχει εξαρτημένη σχέση (θεραπευόμενου – θεραπευτή) με το συμβουλευόντα.

Εκείνος που παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες πρέπει όμως να γνωρίζει τις ενδοψυχικές διαδικασίες του συμβουλευόμενου, ώστε να προσαρμόσει την τεχνική της συμβουλευτικής στην επίλυση του προβλήματος.

Η συμβουλευτική μπορεί να παρέχεται άμεσα σε άτομα ή έμμεσα σε υπηρεσίες της κοινότητας (σχολεία, αστυνομία, κλπ). Βασική συμβουλευτική τεχνική είναι εκείνη που στοχεύει στην αλλαγή και βασίζεται στα ακόλουθα: 1) ανάπτυξη της ανάγκης για αλλαγή, 2) εγκατάσταση μιας σχέσης για αλλαγή, 3) διευκρίνιση της διάγνωσης της φύσης του προβλήματος του ατόμου, 4) εξέταση εναλλακτικών λύσεων και προθέσεων, 5) μετατροπή των προθέσεων σε προσπάθειες για πραγματική αλλαγή, 6) σταθεροποίηση αλλαγής, και 7) δημιουργία μιας σχέσης.

Οι παράγοντες που πρέπει να ελέγχονται για μια επιτυχημένη συμβουλευτική παρέμβαση είναι οι εξής: 1) συγκρούσεις αξιών (values), και 2) προσδοκίες στο ρόλο του συμβουλευόντος.

Η συμβουλευτική εμφανίζει έναν έντονα προληπτικό χαρακτήρα, αφού έχει σχέση με την παροχή βοήθειας σε νέες περιπτώσεις (επίπτωση ψυχικής αρρώστιας), τον αριθμό των οποίων μειώνει.

ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Στα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η λειτουργία των ομάδων αυτοβοήθειας (self help groups) ως ομάδων αμοιβαίας βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης. Με την ευρεία έννοια του όρου, τέτοιες ομάδες είναι η βοήθεια που μαθητές προσφέρουν εθελοντικά σε άλλους μαθητές, ηλικιωμένα άτομα (χήρους) που βοηθούν άλλους ηλικιωμένους, ομοφυλόφιλοι που βοηθούν άλλους ομοφυλόφιλους. Κλασικό παράδειγμα η πρακτική των ομάδων Ανώνυμων Αλκοολικών.

Στην Κοινωνική Ψυχιατρική οι ομάδες αυτοβοήθειας αμοιβαίας υποστήριξης λειτουργούν στο περιθώριο της παροχής υπηρεσιών από επαγγελματίες. Στοχεύουν: 1) στην προαγωγή της ανάπτυξης του Εγώ των μελών της ομάδας και 2) στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού συστήματος όπου το μέλος αναζητά καταφύγιο (ψυχολογικό ή και υλικό).

Πολλές φορές οι ομάδες αυτές διαμορφώνουν μια τελετουργική διάρθρωση με βάση τον τύπο της παραθρησκευτικής οργάνωσης. Ο Gellman, όπως και άλλοι, θεωρεί κλασικό παράδειγμα τέτοιας ομάδας τους Ανώνυμους Αλκοολικούς.

Γενικά οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορεί να θεωρηθούν προϊόν του δυτικού κράτους πρόνοιας, ως μια αντίδραση – εναλλακτική λύση στον προσφερόμενο καταναλωτισμό των υπηρεσιών υψηλού κόστους. Η συμμετοχή σε μια τέτοια ομάδα τροποποιεί τη συμπεριφορά του ατόμου προς μια υποπολιτιστική συμπεριφορά. Τέλος, η συμμετοχή στην ομάδα αυτοβοήθειας αποτελεί ένα σημαντικό μέσο επανακοινωνικοποίησης (ομάδες με πρώην ψυχικά αρρώστους) που δρα προληπτικά στην πιθανότητα υποτροπής της νόσου. Οι ομάδες αυτές μπορεί να θεωρηθούν ως κοινωνικές ομάδες έκφρασης και πάλης ενάντια στην αλλοτρίωση και την απομόνωση.

Η θεραπευτική πρακτική της λειτουργίας της ομάδας αυτοβοήθειας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σε σύγκριση με την κλασική ψυχοθεραπεία.

ΚΛΑΣΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ
1. Επαγγελματίας: Θεραπευτής εξουσιαστικός	Δεν υπάρχει επαγγελματίας
2. Αμοιβή	Δωρεάν
3. Λήψη ιστορικού – ραντεβού	Καμία
4. Η θεραπεία γίνεται στο ιατρείο	Η θεραπεία γίνεται σε κάποιο χώρο της κοινότητας
5. Απουσιάζει η οικογένεια	Η οικογένεια ενισχύεται
6. Ο θεραπευτής δεν ταυτίζεται με τον άρρωστο	Τα μέλη ταυτίζονται μεταξύ τους
7. Ο θεραπευτής είναι ουδέτερος, ακούει	Τα μέλη είναι ενεργά, κρίνουν, υποστηρίζουν, καθοδηγούν
8. Ο θεραπευτής δεν είναι πρότυπο	Τα μέλη αποτελούν πρότυπα καθεαυτά

Στην πράξη, τα μέλη της Διακλαδικής Ομάδας ενός ΚΨΥ μπορούν να ενισχύσουν και να εποπτεύουν τη λειτουργία μιας Ομάδας Αυτοβοήθειας με μέλη με κοινή διάγνωση αφού γνωρίζουν θεραπευτικά τα άτομα αυτά για καιρό και έχουν διαπιστώσει τις ανάγκες τους για αυτοβοήθεια.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Το Κοινωνικό Υποστηρικτικό Σύστημα (ΚΥΣ) ορίζεται ως ένας ιστός, ένα δίκτυο (network) υπεύθυνων ατόμων και τοπικών δυνάμεων (resources), που συντονίζονται για την επίτευξη του κοινού στόχου ο οποίος συνίσταται στην προσφορά βοήθειας σε άτομα υψηλού κινδύνου⁵ στην κάλυψη των αναγκών τους και τη φροντίδα, ώστε να διαβιούν όσο το δυνατόν φυσιολογικά.

Ένα αποτελεσματικό ΚΥΣ πρέπει να έχει τα εξής βασικά χαρακτηριστικά:

1. Να έχει εξακριβωθεί ο αριθμός των ατόμων υψηλού κινδύνου
2. Να είναι γνωστές οι ανάγκες τους
3. Να υπάρχουν νομικές και οικονομικές διαδικασίες, ώστε να ευοδώνουν τη χρήση υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες αυτές.

Ως ειδικές ανάγκες των ατόμων αυτών θεωρούνται:

1. Η συνοπτική αξιολόγηση των αδυναμιών και των δυνατοτήτων των ατόμων στο να συμμετέχουν, με στόχους συγκεκριμένους, σε προγράμματα αποκατάστασης
2. Η παροχή συνεχών ψυχιατρικών, ψυχολογικών και κοινωνικών υπηρεσιών
3. Η δυνατότητα αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς σε περίπτωση κρίσης
4. Η δυνατότητα εκπαίδευσης για την απόκτηση δεξιοτήτων, ώστε να μπορούν να ζουν φυσιολογικά στην κοινότητα
5. Η δυνατότητα ύπαρξης ενός ατόμου που υπεύθυνα θα τα καθοδηγεί σε περίπτωση κρίσης ή πιθανής εκμετάλλευσης
6. Η δυνατότητα στέγασης σε οίκημα που δε θα διαφέρει από τα άλλα της κοινότητας, όμως η στέγαση αυτή θα προσφέρει υποστήριξη, συναισθηματική και πρακτική
7. Η δυνατότητα παροχής βοήθειας: α) στην οικογένεια του ατόμου σε σχέση με τις οποιεσδήποτε δυσκολίες που έχουν ως αποτέλεσμα την αρρώστια του μέλους, και β) στους γείτονες, στους εργοδότες ή σε οποιονδήποτε τρίτο που ενοχλείται από τη συμπεριφορά του ατόμου

⁵ Με τον όρο «άτομα υψηλού κινδύνου» εννοούμε άτομα με χρόνιο ψυχικό νόσημα τα οποία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποτροπιάσουν και να επανεισαχθούν σε ψυχιατρείο. Δεν περιλαμβάνονται ευάλωτα άτομα, όπως έφηβοι, υπερήλικες ή άλλα άτομα.

8. Η δυνατότητα παροχής επαγγελματικού προσανατολισμού, ώστε το άτομο να μπορεί να εργαστεί, ή παροχή μιας προστατευμένης εργασίας σε εκείνα τα άτομα που δεν μπορούν να εργαστούν κανονικά.

Τα στοιχεία ενός ολοκληρωμένου ΚΥΣ

Ένα ολοκληρωμένο κοινοτικό υποστηρικτικό σύστημα περιλαμβάνει:

1. Την υπηρεσία ανίχνευσης των ατόμων υψηλού κινδύνου και εκτίμησης των άμεσων και μακροπρόθεσμων αναγκών τους
2. Την υπηρεσία παρέμβασης σε κρίση που λειτουργεί επί είκοσι τέσσερις ώρες όλη την εβδομάδα
3. Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν:
 - I. Ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό επίπεδο με τη μορφή της άμεσης προσπέλασης (walk-in), της επανεξέτασης (follow-up) ή της παροχής ψυχοθεραπειών
 - II. Εποπτευόμενη διαβίωση όπου το άτομο είναι υπεύθυνο για τον τρόπο διαβίωσής του
 - III. Μετανοσοκομειακό ξενώνα όπου τα άτομα παραμένουν για μικρό χρονικό διάστημα και είναι υπεύθυνα για τη λειτουργία του ή υπάρχει ειδικό προσωπικό υπεύθυνο γι' αυτήν
 - IV. Δυνατότητα για επαγγελματική αξιολόγηση και τοποθέτηση σε εργασία
4. Υπηρεσίες μακροπρόθεσμης κοινοτικής υποστήριξης, που περιέχουν βασικά στοιχεία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με τη δυνατότητα για:
 - I. Προστατευμένα διαμερίσματα όπου η ευθύνη της ομαδικής διαβίωσης ανήκει σε ειδικευμένο προσωπικό
 - II. Προστατευμένη εργασία. Με τον τύπο αυτό υποστηρικτικού συστήματος το άτομο που έχει εμφανή προβλήματα λειτουργικότητας από τη μακρόχρονη διαδρομή μιας ψυχικής νόσου μπορεί να αρχίσει να παράγει έργο μέσα από την εποπτεία ειδικών (εργοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών, ειδικών

δασκάλων), ώστε κάποια στιγμή το έργο αυτό να του αποδίδει οικονομικό όφελος

5. Υπηρεσίες που βοηθούν την κοινότητα να δεχθεί ή να ενσωματώσει το άτομο με ψυχικά προβλήματα ή αρρώστια. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα:

- I. Υποστήριξης της οικογένειας σε συμβουλευτικό επίπεδο
- II. Υποστήριξης της οικογένειας σε στάδιο κρίσης
- III. Συμβουλευτικής και επιμόρφωσης της κοινότητας
- IV. Κοινοτικής ευαισθητοποίησης

Πρέπει να υπάρξουν μέθοδοι για να διασφαλίζονται τα δικαιώματα των πελατών. Ένας ειδικός πρέπει να είναι υπεύθυνος για το άτομο με το χρόνιο νόσημα, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ειδικών των υπηρεσιών που υπεισέρχονται στην αποκατάστασή του. Αυτή η μορφή χειρισμού αναφέρεται και ως case management.

Αρχές για ένα Ολοκληρωμένο Κοινοτικό Υποστηρικτικό Σύστημα

Οι βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθεί ένα ΚΥΣ είναι οι εξής:

- 1. Ανθρώπινη αξιοπρέπεια (human dignity): Ό,τι παρέχεται θα πρέπει να διασφαλίζει και να προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και το απόρρητο της κάθε περίπτωσης
- 2. Αυτοκαθορισμός (self-determination): Οι πελάτες πρέπει να ελέγχουν ότι αφορά στο παρόν και το μέλλον τους στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό (ως προς τους στόχους τους και τη δυνατότητα επίτευξής τους)
- 3. Ομαλοποίηση (normalization): Οι υπηρεσίες του συστήματος πρέπει να χρησιμοποιούν μεθόδους και τεχνικές μέσα στο πλαίσιο των μέσων ικανοτήτων, ώστε να προαχθεί η φυσιολογική συμπεριφορά του ατόμου. Τελικοί στόχοι είναι η εξάλειψη του στίγματος – πχ , να μη ζουν σε ομαδικά και απομονωμένα οικήματα και να λειτουργούν στην κοινότητα με φυσιολογικούς ρόλους
- 4. Εξατομίκευση (individualization) κάθε περίπτωσης σύμφωνα με τις ανάγκες της

5. Ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών (comprehensiveness)
6. Έλλειψη περιοριστικότητας, με παράλληλη εγγύηση της ασφάλειας του πελάτη και του προσωπικού
7. Συντονισμός: Τα διάφορα στοιχεία του συστήματος πρέπει να συντονίζονται για το «καλό» του πελάτη. Έτσι, ο ρόλος του υπευθύνου ή του επιμελητή της περίπτωσης (case manager) έχει συντονιστικό χαρακτήρα. Ο συντονισμός απαιτεί κοινό προγραμματισμό των υπηρεσιών σε πολλά επίπεδα (κοινοτικά, νομαρχιακά, κεντρικά)
8. Διαθεσιμότητα και προσεγγισιμότητα των υπηρεσιών από τον πελάτη. Έτσι οργανώνονται προγράμματα αναζήτησης περιπτώσεων (out-reach), ώστε να γίνει γνωστό ότι οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες σε εκείνα τα άτομα που τις χρειάζονται περισσότερο
9. Ευελιξία (flexibility): Πάντα αξιολογείται το κατά πόσο οι υπηρεσίες μπορούν να προσαρμόζονται στις ανάγκες του πελάτη.

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ: Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Τι είναι η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή;

Περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η κοινότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών.

Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή διαχωρίζεται από την Κοινοτική Ψυχιατρική πρακτική με βάση τους εξής τέσσερις τομείς:

1. Την θεωρία της πρόληψης των νόσων
2. Τους ειδικούς πληθυσμιακούς στόχους στους οποίους απευθύνονται οι υπηρεσίες
3. Την έρευνα
4. Την κοινοτική προσέγγιση

Προληπτική Ψυχιατρική

Πρόκειται για ένα παλαιότερο όρο που έχει αντικατασταθεί με την Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή από τη δεκαετία του '70. Σύμφωνα με τον Caplan (1964), ο όρος αυτός αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιείται για το σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων που μειώνουν:

- Την επίπτωση: νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτογενής πρόληψη)
- Τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία περιπτώσεων
- Την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από την χρονιότητα της νόσου (τριογενής πρόληψη) π.χ. η μείωση του χρόνου νοσηλείας, μετανοσοκομειακή παρακολούθηση

Ο Caplan, μέσα από τη διαπίστωση της ανάγκης για ένα καθοδηγητικό μοντέλο προληπτικής εργασίας, προσφέρει από το 1963-1964 ένα γενικά αποδεκτό πρότυπο εργασίας στην Προληπτική Ψυχιατρική στο οποίο ενσωματώνονται:

- Η συνεχείς συμβολή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που διαμορφώνουν την ανάπτυξη και τον τρόπο ζωής ενός ατόμου

- Η συμβολή των κρίσεων που εμφανίζονται στην διάρκεια της συνεχούς επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και οι οποίες διαμορφώνουν την ζωή του ατόμου

Σύμφωνα με τον Caplan, μια κρίση από εξωτερικό στρες θεωρείται ως ο βασικός παράγοντας της δημιουργίας εσωτερικής έντασης λόγω της προσπάθειας να επιλυθεί η κρίση μέσα από τους ομοιοστατικούς μηχανισμούς του ατόμου. Στη συνέχεια η ένταση κάτω από το συνεχές ερέθισμα μετατρέπεται σε πρόβλημα αντοχής του ατόμου και επιφέρει την εξάντληση της αντοχής και τη γενικότερη αποδιοργάνωση της ψυχικής του κατάστασης. Οι οικογενειακοί, κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες (μικρο - μακρο περιβάλλον) επιδρούν αμφίδρομα στη λύση ή τη διαιώνιση μιας κρίσης.

Οι βαθμίδες της πρόληψης:

- Πρωτογενής πρόληψη
- Δευτερογενής πρόληψη
- Τριτογενής πρόληψη

Πρωτογενής πρόληψη

- Έχει το πιο ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων, στην οποία εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και φορείς της υγείας εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και φορείς της υγείας και ψυχικής υγείας και καλύπτουν όλες τις φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου , από την προγεννητική, την νεογνική, την παιδική, την εφηβική, την ενηλικίωση και το γήρας.
- Η οργάνωση αυτού του τύπου συνήθως είναι κρατική, κοινωνική, πολιτική και αφορά σε άτομα και οικογένειες υψηλού κινδύνου νόσησης, όπως γυναίκες με ιστορικό προηγούμενης ψυχικής νόσου ή οι ανήλικες έγκυες ή οι οικογένειες με πολλά προβλήματα ή με γονείς ή άλλα μέλη που είναι ψυχικά άρρωστα ή άτομα με κρίση π.χ., επικείμενο διαζύγιο, ανεργία, πένθος, ή έφηβοι που εγκαταλείπουν το σπίτι ή το σχολείο λόγω παραπτωματικής συμπεριφοράς.

Οι ειδικές προσεγγίσεις των θεμάτων της Προληπτικής Ψυχιατρικής περιλαμβάνουν:

- Την ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα με την επισήμανση προβλημάτων στην κύηση και την οργάνωση της μητρικής υγείας
- Την παροχή σωστής μαιευτικής φροντίδας

- Τον έλεγχο της διατροφής και του περιβάλλοντος
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό
- Την οργάνωση κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος
- Εναλλακτικές λύσεις στις ανήλικες μητέρες
- Έγκαιρη επισήμανση συγγενών διαμαρτιών στα νεογνά ή νήπια

Δευτερογενής πρόληψη

- Ο τύπος αυτός της πρόληψης στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν, ώστε να βοηθήσουν έγκαιρα π.χ. παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ή συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, άτομα σε οξεία έναρξη ψυχικής νόσου ή νοσηλευόμενα για σωματική πάθηση.
- Το βάρος της δευτερογενούς πρόληψης πέφτει στις αποκεντρωμένες υπηρεσίες ΚΨΥ. Το κύριο προληπτικό έργο περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά, την τακτική τους παρακολούθηση με πρόληψη των υποτροπών τους και την λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία.

Τριτογενής πρόληψη

- Την πρόληψη αυτού του τύπου αναλαμβάνει ο τομέας της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (rehabilitation), που είναι αυτόνομη επιστήμη και περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία της αρρώστιας- ανικανότητας-αναπηρίας παράλληλα με την κοινωνική ενσωμάτωση του αναπήρου
- Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια συνεχής δυναμική διαδικασία που αρχίζει με τη διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής.

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ: Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

Σύμφωνα με **το χάρτη της Οτάβα** του Καναδά, ο πυρήνας της επίτευξης της παραγωγής της υγείας είναι το τρίπτυχο «*διευκολύνω - μεσολαβώ - υποστηρίζω*» με την ενίσχυση της κοινοτικής δράσης (ακτιβισμού) και τη διαμόρφωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος, τον

αποπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας παράλληλα με τη διαμόρφωση μιας κοινοτικής πολιτικής που να στοχεύει στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

Σύμφωνα με την Modolo (1982), η διαδικασία της συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας στην επίλυση προβλημάτων υγείας μιας κοινότητας και την προαγωγή υγείας επιτυγχάνεται με τη σταδιακή οργάνωση ενός μοντέλου που ακολουθεί μια ιεραρχημένη δομή.

Η παρέμβαση ξεκινάει από την επισήμανση των αναγκών και τη διαπίστωση των στόχων με τη χρήση των επιδημιολογικών μεθόδων και των αντικειμενικών στοιχείων. Με την επισήμανση των κινήτρων αλλά και των αντιστάσεων οι επαγγελματίες της υγείας προχωρούν στην κινητοποίηση των πληροφοριών και στο σχεδιασμό των αποφάσεων. Η αξιολόγηση συμπληρώνει τη διαδικασία με την ενίσχυση ή την τροποποίηση του προγράμματος όπου τα υποκείμενα στοιχεία του πληθυσμού μετατρέπονται σε αντικείμενα, τα οποία μετρούνται και αποτελούν τους δείκτες υγείας.

Οι μεταβλητές που αποδεικνύουν την επίτευξη ή όχι της πρόληψης είναι:

- Η πρόληψη των κρίσεων στα άτομα της κοινότητας
- Η μείωση της χρονιότητας ενός ψυχιατρικού προβλήματος
- Ο περιορισμός των υποτροπών
- Η διατήρηση της λειτουργικότητας

Η αγωγή υγείας ως μέθοδος προαγωγής της ψυχικής υγείας της κοινότητας

Η αγωγή υγείας αποτελεί το συνδυασμό κάθε μαθησιακής εμπειρίας που έχει σχεδιαστεί για να διευκολυνθεί μια εκούσια προσαρμογή της συμπεριφοράς του ατόμου ή της ίδιας της κοινότητας. Η αγωγή υγείας προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο ώστε να ελέγξει την υγεία του με την ενίσχυση ή τη βοήθεια σε αποφάσεις και δραστηριότητες που είναι συμβατές με τις αξίες και τους στόχους του. Η προαγωγή υγείας προϋποθέτει το συνδυασμό κάθε εκπαιδευτικής, οργανωτικής, οικονομικής και περιβαλλοντικής υποστήριξης για την εκδήλωση συμπεριφορών που οδηγούν στην υγεία. Η προαγωγή υγείας περιλαμβάνει την αγωγή υγείας ως την εκπαιδευτική διαδικασία για την επίτευξη των στόχων της.

Μέθοδοι ανάπτυξης της αγωγής υγείας

Μέθοδοι μαζικής επικοινωνίας:

- Διαλέξεις με ή χωρίς οπτικοακουστικά μέσα

- Μηνύματα ή προγράμματα από τα Μαζικά Μέσα Επικοινωνίας (τηλεόραση, ραδιόφωνο, κινηματογράφος, τύπος)
- Έντυπα και ειδικό οπτικοακουστικό υλικό

Μέθοδοι ατομικής επικοινωνίας:

- Ατομική διδασκαλία ή συμβουλευτική
- Προγραμματισμένη μάθηση, αυτομόρφωση
- Ατομικά προληπτικά προγράμματα για την ανάπτυξη δεξιοτήτων

Μέθοδοι ομαδικής επικοινωνίας:

- Ομάδες συζήτησης
- Μικρές ομάδες
- Ομάδες ευαισθητοποίησης

Παρέμβαση και συμβουλευτική στα σχολεία

Τα προληπτικά προγράμματα του ΚΨΥ σε ένα σχολικό πληθυσμό στοχεύουν:

- Στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των μαθητών μέσα από την αλλαγή του περιβάλλοντος και του συστήματος
- Στην προστασία ειδικών ομάδων
- Στην έγκαιρη αναγνώριση και επίλυση προβλημάτων με ψυχοκοινωνικό περιεχόμενο

Η παρέμβαση μπορεί να απευθύνεται:

- Στους ίδιους τους μαθητές
- Τους δασκάλους
- Τους διοικητικούς
- Τις οικογένειες

Προγραμματισμός ικανοποίησης αναγκών υγείας στο περιβάλλον του σχολείου

Ο προγραμματισμός ικανοποίησης αναγκών που έχουν εντοπιστεί στο περιβάλλον του σχολείου, λαμβάνει μέρος δύο επίπεδα:

- Το *μακροεπίπεδο* στο οποίο προγραμματίζεται η γενική προσέγγιση παροχής υπηρεσιών σχολικής υγείας
- Το *μικροεπίπεδο* στο οποίο τα προγράμματα αφορούν ειδικές ανάγκες του σχολικού πληθυσμού π.χ. θέματα εφηβείας, χρήσης αλκοόλ, καπνού κ.λ.π.

Γενικά προγράμματα υγείας- μακροεπιπέδου

- Αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας
- Υπηρεσίες χειρισμού προβλημάτων
- Υπηρεσίες άμεσης φροντίδας
- Γενικά προγράμματα εμβολιασμών
- Γενικά προληπτικά και διαφωτιστικά προγράμματα
- Προγράμματα που καθορίζουν το προσωπικό και τους πόρους για την υλοποίηση των στόχων υγείας
- Προγράμματα που καθορίζουν τη φύση των αρχείων που πρέπει να τηρούνται
- Προγράμματα αξιολόγησης
- Προϋπολογισμός

Στα προγράμματα αυτά πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένα στοιχεία όπως:

- Ο πληθυσμός που θα εξυπηρετηθεί
- Το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Το προσωπικό που θα δώσει τις υπηρεσίες
- Οι πόροι που υπάρχουν
- Το σύστημα αρχειοθέτησης
- Ο τρόπος αξιολόγησης των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων
- Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων

Ειδικά προγράμματα αναπτύσσονται σε τρία επίπεδα

Ειδικά προγράμματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης:

- 1. Εμβολιασμοί.** Πρόκειται για διαδικασία στα πλαίσια της Δημόσιας Υγείας
- 2. Ασφάλεια.** Αφορά την αξιολόγηση κινδύνων και την αναφορά τους στους υπεύθυνους. Επίσης περιλαμβάνει την αγωγή ασφάλειας και τη συνεργασία με άλλους φορείς για τη μείωση ατυχημάτων και των κινδύνων στη γύρω περιοχή π.χ.

συνεργασία με την αστυνομία για την τροχαία κίνηση, για την κυκλοφορία ναρκωτικών και άλλα.

3. **Αγωγή υγείας** η οποία δημιουργεί τα θεμέλια για την υγιή συμπεριφορά στην ενήλικη ζωή. Η απόκτηση γνώσεων και σωστής συμπεριφοράς διδάσκεται αρχικά μέσα στην οικογένεια, αλλά συστηματοποιούνται και εμπεδώνονται στο σχολείο. Η αγωγή που προσφέρεται στο σχολείο πρέπει να είναι προγραμματισμένη και να γίνεται για διάφορα θέματα ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των μαθητών.
4. **Διατροφή.** Σε περίπτωση που δεν υπάρχει διαιτολόγος η νοσηλεύτρια αξιολογεί την κατάσταση των παιδιών και δίνει συμβουλές αν παρέχονται γεύματα στο σχολείο. Μπορεί επίσης να συμβουλευσει τους γονείς και τα παιδιά για τη σωστή διατροφή και τις καλές διαιτητικές συνήθειες.
5. **Η αυτοεικόνα.** η οποία αναπτύσσεται κατά τη παιδική ηλικία προάγει την καλή ψυχική υγεία. Γι' αυτό και η προαγωγή της υγείας θα επικεντρώνεται τόσο στην ανάπτυξη μιας θετικής και ισχυρής αυτοεικόνας, όσο και στη φυσική υγεία του παιδιού.
6. **Δεξιότητες αντιμετώπισης του στρες.** Το προσωπικό και οι μαθητές μπορούν να βοηθηθούν να αναπτύξουν στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων που θα προάγει την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις.
7. **Διαπροσωπικές δεξιότητες.** Η ικανότητα αποτελεσματικής αλληλεπίδρασης με τους άλλους ανθρώπους αποτελεί βασικό στοιχείο της πολιτισμένης κοινωνίας. Τέτοιες ικανότητες δεν είναι έμφυτες και θα πρέπει ο άνθρωπος να τις μάθει, γι' αυτό και η εκπαίδευση για αποτελεσματικές διαπροσωπικές σχέσεις αποτελεί ακόμα ένα στοιχείο για πρωτοβάθμια πρόληψη. Εξάλλου αυτές οι σχέσεις υποβοηθούν την ψυχική και την κοινωνική υγεία.



ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Barker, P., *Basic Child Psychiatry*, Fifth Edition, Chapter 3, *Assessing children and their families*, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1988, pp: 42-70
- Pervin, L.A. & Oliver P.J., *Θεωρίες προσωπικότητας (Ερευνα και Εφαρμογές)*, Δαρδανός/Τυπωθήτω, Αθήνα, 2001
- Rutter, M., Hersov, L., *Child and adolescent Psychiatry - Modern Approaches*, Second Edition, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1985
- Thornicroft, G & Szukler, G., *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 2001
- Μαδιανός, Μιχ., *Κλινική Ψυχιατρική*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2004
- Μαδιανός, Μιχ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2000
- Μαδιανός, Μιχ., *Η μηλιά κάτω από το μήλο. Άτομο και οικογένεια στην κοινοτική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
- Μαδιανός, Μιχ., *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2000.
- Μαδιανός, Μιχ., *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2005
- Στεφανάτος, Γ., *Η παιδοψυχιατρική θεραπευτική ομάδα. Αρχές και πλαίσια λειτουργίας της*, στο Τσιάντης, Γ., Μανωλόπουλος, Σ., *Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής*, Τρίτος τόμος Θεραπευτικές προσεγγίσεις, Καστανιώτης, Αθήνα, 1989, σελ. 341-361
- Στυλιανίδης, Στ., *Ο ρόλος και οι σκοποί του ΚΨΥ: οι ιδιαιτερότητες της ελληνικής πραγματικότητας*. Στο Κωνσταντόπουλος, Α. (επιμ.) *Η ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και οι Νέες Δομές Ψυχιατρικής Φροντίδας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα*, Αθήνα, 1995
- Τριχόπουλος, Δ., *Κοινωνική και ιατρική σημασία της αγωγής υγείας στους νέους*. Στο Πολυχρονοπούλου – Τριχοπούλου, Α., *Αγωγή Υγείας*, Παρισιανός, Αθήνα, 1983
- Τσιάντης, Γ., *Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας*, Τεύχος Α', 'Η σημασία του σχολείου για την πρόληψη των διαταραχών της ψυχοκινητικής εξέλιξης του παιδιού', Καστανιώτης, Αθήνα, 1991, σσ 97-110
- Τσιάντης, Ι., *Θέματα παιδοψυχιατρικής*, 1ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο στην Παιδοψυχιατρική, Αθήνα 1984, Εισαγωγική ομιλία, σελίδες 7-15
- Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, *Ψυχαργός: Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Αθήνα, 2001
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Κονταξάκης, Β.Π., *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής*. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994
- Χριστοδούλου, Γ.Ν., Αλεβίζος, Β., Μαυρέας, Β. *ICD-10, Οι ψυχικές διαταραχές στην Πρωτοβάθμια φροντίδα*. Π.Ο.Υ., Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1998