

Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΤΑΣΙΑΣ  
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΤΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ:**

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Ηρακλείου), ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Καταγραφή και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής πορείας ατόμων με σχιζοφρένεια στα πλαίσια της ένταξης τους στις αποκαταστασιακές υπηρεσίες (Ν.Η., Υ.Ε.Ε.Α.) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.



Συντάκτες: Δασκαλοπούλου Ολυμπία  
Επιτροπάκη Αικατερίνη  
Φιλιππίδη Αναστασία

Επόπτης: Τζανάκης Εμμανουήλ

Ηράκλειο 2005

*Διαμορφώνοντας την πτυχιακή μας εργασία, σκεφτήκαμε πως για όλους τους αποδέκτες η ενασχόληση με αυτήν θα μπορούσε να αποτελέσει ένα ταξίδι.*

*Για τους αμήτους στο περιεχόμενο και τα ζητήματα που θίγει, θα ήταν ένα ταξίδι γνώσης.*

*Για τους μνημένους μια ευκαιρία να ξαναδούν λεπτομέρειες που δεν πρόσεξαν προηγουμένους.*

*Για τους επαγγελματίες μονάδων υγείας, ένα ταξίδι αυτογνωσίας.*

*Για τους ασθενείς, ένα ταξίδι που ίσως κάνουν για πρώτη φορά.*

*Για τις οικογένειες τους ένα ταξίδι που βρίσκεται κάποιος να τους συνοδεύσει.*

*Για τους σχεδιαστές ένα ταξίδι που ξεφεύγει από τους χάρτες.*

*Για τους χρηματοδότες ένα ταξίδι που δεν έχει μόνο διόδια.*

*Στόχος μας είναι να κάνουμε αυτό το ταξίδι όλοι μαζί.....*

***Ευχαριστούμε** το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής που μας εμπιστεύτηκε και μας βοήθησε να διεξάγουμε την έρευνα μας, τον καθηγητή μας κ<sup>ο</sup> Τζανάκη, για τη στήριξη και την πολύτιμη καθοδήγηση του, τους εξυπηρετούμενους και τις οικογένειες τους που μας επέτρεψαν να υπεισέλθουμε στα προσωπικά τους δεδομένα.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΜΕΡΟΣ Α΄

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σ. 10
---------------	-------

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....</b>	<b>σ. 12</b>
--	--------------

1.1 Ορισμός της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.....	σ. 12
---	-------

1.2 Περιεχόμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.....	σ. 14
---	-------

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ</b>	
--	--

<b>ΥΓΙΕΙΝΗ.....</b>	<b>σ. 16</b>
---------------------	--------------

2.1 Τι είναι η Κοινοτική Ψυχιατρική – Ορισμοί.....	σ. 16
--	-------

2.2 Βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.....	σ. 17
---	-------

2.3 Τι είναι η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή.....	σ. 18
--	-------

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.....</b>	<b>σ. 21</b>
---	--------------

3.1 Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Ελλάδα	
--	--

τις τελευταίες δεκαετίες.....	σ. 21
-------------------------------	-------

3.2 Το Εθνικό πρόγραμμα Ψυχαργός.....	σ. 23
---------------------------------------	-------

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ</b>	
---	--

<b>ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>σ. 28</b>
--------------------	--------------

4.1 Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	σ. 28
--	-------

4.2 Θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	σ. 28
--	-------

4.3 Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	σ. 30
--	-------

4.4 Άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	σ. 32
---	-------

4.5 Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	σ. 33
---	-------

4.6 Ιδρυματικές Υπηρεσίες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.....	σ. 34
---	-------

4.7 Εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	σ. 34
--	-------

4.8 Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των εξειδικευμένων ιδρυματικών υπηρεσιών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.....	σ. 35
---	-------

4.9 Ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.....	σ. 37
---------------------------------------	-------

4.10 Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ψυχιατρικών νοσοκομείων.....	σ. 37
--	-------

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΡΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

<b>ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>σ. 39</b>
5.1 Αρχές οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	σ. 39
5.2 Εφαρμογή του βέλτιστου μείγματος των υπηρεσιών.....	σ. 41
5.3 Ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες γενικής υγείας....	σ. 43
5.4 Δημιουργία θεσμοθετημένων και άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	σ. 45

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....σ. 49**

6.1 Ορισμός.....	σ. 49
6.2 Ιστορική εξέλιξη.....	σ. 49
6.3 Επιδημιολογία.....	σ. 50
6.3.1 Γεωγραφική κατανομή.....	σ. 50
6.3.2 Κατανομή στο χρόνο.....	σ. 51
6.3.3 Φύλο και ηλικία.....	σ. 51
6.4 Αιτιολογία.....	σ. 51
6.4.1 Γενετικοί-βιολογικοί παράγοντες.....	σ. 52
6.4.2 Εκλυτικοί- ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	σ. 53
6.5 Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο της σχιζοφρένειας .....	σ. 59
6.6 Η πορεία της εμφάνισης της σχιζοφρένειας.....	σ. 60
6.7 Συμπτωματολογία.....	σ. 61

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ**

<b>ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....</b>	<b>σ. 66</b>
7.1 Η απλή σχιζοφρένεια.....	σ. 66
7.2 Η ηβηφρενική σχιζοφρένεια.....	σ. 66
7.3 Κατατονική σχιζοφρένεια.....	σ. 67
7.4 Παρανοειδής σχιζοφρένεια.....	σ. 68
7.5 Οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο.....	σ. 69
7.6 Λανθάνουσα σχιζοφρένεια.....	σ. 69
7.7 Ψευδονευρωσική σχιζοφρένεια.....	σ. 70

7.8 Ψευδοψυχοπαθητική σχιζοφρένεια.....	σ. 70
7.9 Υπολλειμματική σχιζοφρένεια.....	σ. 71
7.10 Σχιζοσυναισθηματική ψύχωση.....	σ. 71
7.11 Παιδική σχιζοφρένεια.....	σ. 72
7.12 Χρόνια, αδιαφοροποιητική σχιζοφρένεια.....	σ. 72
7.13 Ταξινόμηση.....	σ. 72
7.14 Πορεία και έκβαση της νόσου.....	σ. 74
7.15 Θεραπείες .....	σ. 76
7.15.1 Βιολογικές θεραπείες.....	σ. 76
7.15.2 Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις.....	σ. 79

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΤΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ.....σ. 86**

8.1 Η ίδρυση των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής.....	σ. 88
8.2 Λειτουργία και αρχές των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής.....	σ. 89
8.3 Προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.....	σ. 91
8.4 Σύνδεση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας με άλλους φορείς.....	σ. 92

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**

<b>ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....</b>	<b>σ. 94</b>
9.1 Η εξέλιξη που θεσμού.....	σ. 94

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ.....σ. 98**

10.1 Συμβουλευτική Ψυχιατρική Υπηρεσία Ενηλίκων.....	σ. 98
10.2 Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία.....	σ. 100
10.3 Υπηρεσία Αντιμετώπισης Ψυχολογικών Κρίσεων.....	σ. 103

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΜΟΡΦΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ -**

<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ.....</b>	<b>σ. 106</b>
Εισαγωγή.....	σ. 106
11.1 Η εξέλιξη του θεσμού.....	σ. 106
11.2 Λειτουργία.....	σ. 107

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....</b>	<b>σ. 111</b>
12.1 Η εξέλιξη του θεσμού.....	σ. 111
12.2 Λειτουργία.....	σ. 111
12.3 Κοινωνική ψυχιατρική Λέσχη.....	σ. 113
12.4 Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης.....	σ. 115
12.4.1 Η εξέλιξη του θεσμού.....	σ. 115
12.4.2 Λειτουργία των μονάδων επαγγελματικής εκπαίδευσης.....	σ. 120

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: Η ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

– ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ.....	σ. 121
13.1 Ορισμός –Λειτουργία.....	σ. 121
13.2 Ο ρόλος του Ψυχιάτρου.....	σ. 123
13.3 Ο ρόλος του Ψυχολόγου.....	σ. 124
13.3.1 Διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας.....	σ. 124
13.3.2 Διάγνωση - Θεραπευτική αντιμετώπιση - Αποκατάσταση.....	σ. 125
13.3.3. Εκπαίδευση –Έρευνα στα πλαίσια της Ψυχικής Υγείας.....	σ. 125
13.4 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.....	σ. 126
13.4.1. Πρωτοβάθμια Περίθαλψη- Πρόληψη.....	σ. 127
13.4.2.Δευτεροβάθμια Περίθαλψη- Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	σ. 127
13.4.3 Τριτοβάθμια Περίθαλψη- Αποκατάσταση.....	σ. 130
13.5 Ο ρόλος του Νοσηλευτή.....	σ. 132
13.6 Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή.....	σ. 133
13.7 Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας.....	σ. 134

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....**

14.1 Βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	σ. 136
14.2 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις επανένταξης χρόνιων ψυχικά πασχόντων.....	σ. 137
14.3 Πεδία ψυχοκοινωνικών αποκαταστασιακών παρεμβάσεων σε ατομικό επίπεδο.....	σ. 139
14.4 Η διαδικασία εφαρμογής της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	σ. 143
14.5 Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	σ.145

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15: ΟΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΧΡΟΝΙΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΙ.....σ. 146**

15.1 Το πρότυπο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα- Καισαριανής.....σ. 147

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16: ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ –**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ.....σ. 151**

16.1 Οι Υπηρεσίες που λειτουργούν στο Παράρτημα Ηρακλείου.....σ. 153

**ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΡΕΥΝΑ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....σ. 157**

17.1 Αντικείμενο.....σ. 157

17.2 Σκοπός.....σ. 158

17.3 Υποθέσεις Εργασίας.....σ. 159

17.4 Εξεύρεση και Επιλογή των Υλικών – Μέσων της Έρευνας.....σ. 160

17.5 Δείγμα και Μεθοδολογία.....σ. 161

17.6 Δημογραφικά – Κοινωνικά στοιχεία.....σ. 164

17.7 Συμπεράσματα Α΄ Ενότητας.....σ. 180

17.8 Ιατρικό Ιστορικό – Ιστορικό Νοσηλείας .....σ. 182

17.9 Συμπεράσματα Β΄ Ενότητας.....σ. 190

17.10 Αξιολόγηση κλειστών νοσηλείων πριν και κατά την διάρκεια ένταξης στα τμήματα (Υ.Ε.Ε.Ε.Α., Ν.Η.) του Κ.Ψ.Υ.....σ. 192

17.11 Συμπεράσματα Γ΄ Ενότητας.....σ.201

17.12 Αξιολόγηση Προγράμματος Νοσοκομείου Ημέρας .....σ. 203

17.13 Συμπεράσματα Δ΄ Ενότητας.....σ. 220

17.14 Αξιολόγηση Υπηρεσίας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Ε.Α.).....σ. 221

17.15 Συμπεράσματα Ε΄ Ενότητας.....σ. 227

17.16 Αξιολόγηση Επαγγελματικής Αποκατάστασης Εξυπηρετούμενων.....σ. 228

17.17 Συμπεράσματα Ζ΄ Ενότητας.....σ. 236

17.18 Συνολική Αποτίμηση Συμπερασμάτων – Επαλήθευση ή Απόρριψη Υποθέσεων Εργασίας.....σ. 238

17.19 Προτάσεις.....σ. 240

Βιβλιογραφία.....σ. 244

Παράρτημα.....σ. 250

I. Διάγραμμα Ερευνητικής Πρότασης Πτυχιακής Εργασίας. ....	σ. 250
II. Περίληψη.....	σ. 265
III. Ερωτηματολόγιο.....	σ. 268



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημασία της ψυχικής υγείας, η αλληλεξάρτηση της με τη σωματική υγεία και η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο αποκτά αυξανόμενη αναγνώριση τόσο από τους υπεύθυνους για τη διαμόρφωση πολιτικής όσο και από το ευρύ κοινό.

Ύστερα από προσπάθειες είκοσι χρόνων για τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας, βρισκόμαστε σε μία περίοδο ιδιαίτερα σημαντική, καθώς διαφαίνεται μια μετατόπιση του κέντρου βάρους από την ιδρυματικού τύπου περίθαλψη στη κοινοτική φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Η επιλογή του θέματος λοιπόν της πτυχιακής μας εργασίας, “ Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Ηρακλείου), ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Καταγραφή και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής πορείας ατόμων με σχιζοφρένεια στα πλαίσια της ένταξης τους στις αποκαταστασιακές υπηρεσίες (Ν.Η, Υ.Ε.Ε.Α) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής”, προέκυψε από την επιθυμία μας να προσεγγίσουμε την συγκεκριμένη ομάδα ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και να διερευνήσουμε μέσω των αποκαταστασιακών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής το βαθμό ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης τους. Σημαντικός παράγοντας για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος ήταν η ήδη ευαισθητοποίηση μας γύρω από τα θέματα ψυχικής υγείας.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Πιο συγκεκριμένα για το πρώτο μέρος ανατρέξαμε σε ένα πλούσιο βιβλιογραφικό υλικό προκειμένου να ξεχωρίσουμε το υλικό που μας ενδιαφέρει και να προχωρήσουμε στην εκπόνηση της.

Η δομή της εργασίας έχει διαρθρωθεί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να εισάγει τον αναγνώστη στο θέμα αφού πρώτα αποκομίσει κάποιες γνώσεις γύρω από γενικές έννοιες και ορισμούς.

Πιο συγκεκριμένα, ξεκινάμε με τον ορισμό και το περιεχόμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και συνεχίζουμε με τον ορισμό και τις βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και της Ψυχικής Υγιεινής.

Έπειτα, κάνουμε μια αναδρομή σε μεταρρυθμιστικές προσπάθειες κατά το παρελθόν γύρω από θέματα ψυχικής υγείας και μετά παρουσιάζουμε το «Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργός».

Στη συνέχεια, ένα μεγάλο μέρος της εργασίας μας αφορά την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο οργάνωσής τους.

Μετά το τέλος των κεφαλαίων αυτών κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε εκτενέστερα και πιο συγκεκριμένα γύρω από τη σχιζοφρένεια. Αρχικά, παρουσιάζουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική αυτή νόσο και την συμπτωματολογία της για να συνεχίσουμε με τις κυριότερες μορφές της σχιζοφρένειας.

Όπως προαναφέρθηκε από τον τίτλο του θέματος της πτυχιακής μας εργασίας, το ερευνητικό μέρος της εργασίας πραγματοποιήθηκε στις αποκαταστασιακές υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, στο Ηράκλειο.

Για το λόγο αυτό και πριν προχωρήσει ο αναγνώστης στο ερευνητικό μέρος, κάνουμε μια γενική παρουσίαση των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής καθώς και την ανάπτυξη των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα παρουσιάζοντας και τις υπηρεσίες που παρέχει.

Στη συνέχεια, αναφερόμαστε στις Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης καθώς και στη λειτουργία του Νοσοκομείου Ημέρας.

Έπειτα, στα επόμενα κεφάλαια, επισημαίνουμε τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας στην ομάδα ψυχοκοινωνικής υγείας και τον ρόλο που κάθε ειδικός κατέχει.

Το θεωρητικό μέρος της εργασίας ολοκληρώνεται με την παρουσίαση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (παράρτημα Ηρακλείου) προκειμένου να γίνει ομαλή η μετάβαση στο δεύτερο μέρος της εργασίας μας, το ερευνητικό, το οποίο και αναλύει το αντικείμενο, τον σκοπό, τη μεθοδολογία, το δείγμα, καθώς και την εξερεύνηση και επιλογή των υλικών μέσων της έρευνάς μας, προκειμένου να ολοκληρωθεί με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων και την έκθεση των συμπερασμάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

### 1.1 Ορισμός της Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Ο Αμερικανός ψυχίατρος Southart έδωσε πρώτος τον παρακάτω ορισμό της κοινωνικής ψυχιατρικής: «η κοινωνική ψυχιατρική προκύπτει από τη σύζευξη των εννοιών του κοινωνικού και της ψυχιατρικής, χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους για τη διερεύνηση της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και έχει σκοπό να χρησιμοποιήσει τις χαρακτηριστικές και ηθολογικές ταξινομήσεις και τα δεδομένα της ψυχολογίας και των συναφών κλάδων». Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση στην πρακτική πλευρά της κοινωνικής ψυχιατρικής.

Ο ορισμός του κοινωνιολόγου Brown, τοποθετεί την κοινωνική ψυχιατρική στη διερεύνηση της κοινωνικής προσαρμογής των ατόμων και ομάδων, ενώ από θεραπευτική σκοπιά η κοινωνική ψυχιατρική προσφέρει έναν κοινωνικό προσδιορισμό στις ψυχικές νόσους σε σχέση με την στάση του κοινού πάνω σε αυτές. Είναι φανερό ότι ο Brown, στον ορισμό του, περιλαμβάνει και τα δύο πεδία ενδιαφέροντος της Κοινωνικής ψυχιατρικής .

Το 1955 ο καθηγητής κοινωνικής ψυχιατρικής του πανεπιστημίου Cornell της Ν. Υόρκης, Rennie, δίνει τον ακόλουθο ορισμό στο πρώτο τεύχος του *international Journal of social Psychiatry* : « Η κοινωνική ψυχιατρική ενδιαφέρεται για την επίπτωση και την επικράτηση των ψυχολογικών παθήσεων και διερευνά βαθύτερα τους κοινωνικοπολιτιστικούς εκείνους παράγοντες που έχουν πιθανή σημασία στην αιτιολογία και την δυναμική των ψυχικών διαταραχών. Διερευνά τους σημαντικούς παράγοντες πάνω στην οικογένεια και τη κοινωνία, που επιδρούν στην προσαρμογή των ατόμων και των ομάδων στο φυσικό τους περιβάλλον. Η κοινωνική ψυχιατρική ασχολείται με τον ψυχικά άρρωστο αλλά και γενικότερα με όλα τα άτομα της κοινωνίας και τις προσαρμοστικές τους ικανότητες. Η κοινωνική ψυχιατρική πρέπει επίσης να ενδιαφέρεται για τα άτομα που δε ζητούν ψυχιατρική βοήθεια , ενώ αναπτύσσει παράλληλα τα κατάλληλα όργανα έρευνας για να ερμηνεύσει την ψυχοβιολογική και την κοινωνικοπολιτιστική απαρτίωση του ανθρώπου. Άρα, η κοινωνική ψυχιατρική διερευνά την αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον». (Μαδιανός 1989, σ. 21-22,

τόμος Α') Είναι προφανές ότι αναφέρεται μόνο στον τομέα της έρευνας που πράγματι τότε έλειπε.

Κατά τον Ruesch, η κοινωνική ψυχιατρική δεν είναι ενιαία αλλά ένα σύνολο δραστηριοτήτων που στρέφονται προς: 1) την κοινωνιολογική και ανθρωπολογική θεώρηση, δηλαδή τη μελέτη των κοινωνικών φαινομένων, λειτουργιών, αξιών, θεσμών και συναλλακτικών συμπεριφορών που υπεισέρχονται στην ψυχοπαθολογία, 2) την επιδημιολογική, οικολογική, άποψη με τη μελέτη των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, 3) την προληπτική άποψη μέσα από την διαμόρφωση της νομικής, κοινωνικής, και προσωπικής πολιτικής και 4) τη θεραπευτική άποψη απέναντι στη κοινωνική θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικά αρρώστων. (Μαδιανός 1989, σ. 23, τόμος Α')

Κατά τον Ruesch, η κοινωνική ψυχιατρική είναι μια θεώρηση και μια ιδεολογία, παρά μια λειτουργική μεθοδολογία, που στοχεύει στην κοινωνική λειτουργικότητα παρά στην ψυχοπαθολογία και προσπαθεί να επηρεάσει όχι μόνο άτομα αλλά και ομάδες ατόμων και κοινοτικές οργανώσεις με στόχο την αλλαγή της στάσης τους απέναντι στην ψυχική αρρώστια και την πολιτική της. Σύμφωνα με τον Βασιλείου, η κοινωνική ψυχιατρική είναι μια επιστημολογική προσέγγιση του Ανθρώπου θεωρώντας τον ως ένα βιοψυχοκοινωνικό σύστημα. Στη Μ. Βρετανία, με την παράδοση τη ανθρωπιστικής ψυχιατρικής του Tuke και άλλων, θεωρήθηκε ως κοινοτική ψυχιατρική, δηλαδή παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών πέρα από το παραδοσιακό σύστημα της ψυχιατρικής.

Κατά τον Joshua Bierer, η κοινωνική ψυχιατρική είναι η επιστήμη που έχει σκοπό την πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών του ατόμου, ή ομάδας, που υποφέρει ή είναι ελάχιστα ενσωματωμένο στο κοινωνικό σύνολο. Είναι προφανές ότι ο Bierer εννοεί τη Κοινωνική ψυχιατρική.

Κατά τον Bierer, η κοινωνική ψυχιατρική βασίζεται σε έξι αρχές :

1. Την αρχή της καθολικότητας
2. την αρχή της συσχέτισης
3. τη αρχή της συνειδητής βούλησης
4. την αλληλεπίδραση κέντρου και περιφέρειας
5. την πολυδιάστατη προσέγγιση
6. τη θεραπεία μέσα από την εμπειρία

Έναν ορισμό όπου μπορούμε να δώσουμε για την Κοινωνική Ψυχιατρική μετά από τα παραπάνω είναι ότι η Κοινωνική ψυχιατρική δεν ξεφεύγει από τις παραδοσιακές αρχές της Κλινικής Ψυχοπαθολογίας αλλά προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ιστορικές και κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται το άτομο ανά συγκεκριμένο χώρο. Δε διαφωνεί όπως ίσως πολλές φορές συγχέεται με τη βιολογική υπόσταση της ψυχικής αρρώστιας, διευρύνει, όμως, τις μεθόδους και τους τρόπους αντιμετώπισης της ψυχικής αρρώστιας, πέρα από το παραδοσιακό ψυχιατρείο, έχοντας μια σφαιρική θεώρηση των αιτιολογικών παραγόντων της εκδήλωσης της με τη βοήθεια των άλλων Επιστημών της Συμπεριφοράς του ανθρώπου.

Η κοινωνική ψυχιατρική αποτελείται από τη σύσμιξη των κλάδων της ψυχιατρικής και των κλάδων των Επιστημών της Συμπεριφοράς. Η κοινωνική ψυχιατρική ίσως αποτελεί ένα χαρακτηριστικό πρότυπο επιστημολογικής προσέγγισης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. (Μαδιανός 1989, σ. 24-25 τόμος Α')

## 1.2 Περιεχόμενο της κοινωνικής ψυχιατρικής

Το αντικείμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι: 1) το άτομο υγιές ή παθολογικό, 2) η οικογένεια του 3) ομάδες ατόμων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (ευάλωτοι πληθυσμοί, μειονότητες). Ιδιαίτερες περιοχές που ενδιαφέρουν την κοινωνική ψυχιατρική είναι η μελέτη των φαινομένων α) της κοινωνικής κινητικότητας μετανάστευσης, περιθωριακότητα, β) της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, γ) της πολιτιστικής αλλαγής και δ) της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης σε σχέση με τις διάφορες ψυχοπαθολογικές παραμέτρους.

Μερικά από τα ειδικά ερωτήματα που προσπαθεί να απαντήσει η κοινωνική ψυχιατρική τοποθετούνται πάνω στην ερμηνεία της παθολογικής συμπεριφοράς κάτω από διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες ή μέσα από διάφορα κοινωνικά φαινόμενα (κοινωνική αποδιοργάνωση, περιθωριακότητα, φτώχεια). Είναι φανερό ότι η σύγχρονη Κοινωνική Ψυχιατρική έχει πολλαπλασιάσει τα πεδία του ενδιαφέροντος της με αποτέλεσμα ένα ευρύ φάσμα ευρημάτων που, όμως αρκετές φορές αυξάνουν τα ερωτηματικά για τις διάφορες συσχετίσεις.

Είναι φανερό ότι η κοινωνική ψυχιατρική αποτελεί ιστορικά μια εξελικτική μορφή της ψυχιατρικής. Αυτό κάθε αυτό το περιεχόμενο της Κοινωνικής

Ψυχιατρικής κυμαίνεται από την καθαρή επιστημονική έρευνα. Μέχρι την παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών.

Το αντικείμενο της κοινωνικής ψυχιατρικής ήταν χρονικά συνδεδεμένες με επαναστάσεις, πολέμους και κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές. Ο Southard μιλάει για κοινωνική ψυχιατρική αμέσως μετά τη λήξη του Α' παγκοσμίου πολέμου, ενώ την εποχή της οικονομικής καταστροφής του 1929-30, που ήταν εποχή εργατικών διεκδικήσεων στις ΗΠΑ, στην Ευρώπη αρχίζει να θεμελιώνεται η κοινωνιοψυχιατρική έρευνα με τις εργασίες των Overgaard, Faris, και Dunham. (Μαδιανός 1989, σ. 29, τόμος Α) Η μη αποδοχή της κοινωνικής ψυχιατρικής, που ήταν αμάλγαμα παραψυχιατρικών και κοινωνικών κλάδων, από το αμερικανικό ψυχιατρικό κατεστημένο του 1920-40, που πήραν ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης και είχε σαν ιδεολογικό υπόβαθρο την εξατομικευμένη ψυχιατρική στάση, ήταν ένα αναμενόμενο γεγονός, όπως η αποδοχή της κοινωνικής ψυχιατρικής μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και το κύμα κοινωνικο-οικονομικών ανακατατάξεων.

Ο εσωτερικός φιλελευθερισμός των Kennedy στις ΗΠΑ και οι εξελίξεις με την επέμβαση στο Βιετνάμ, η αυξημένη κοινωνική παθολογία των μεγαλουπόλεων, παράλληλα με την επανάσταση στο τομέα της ψυχοφαρμακολογίας, δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για τη σημερινή έκταση της κοινωνικής ψυχιατρικής στις ΗΠΑ, ενώ στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού η συνειδητοποίηση των ατόμων και των ομάδων πίεσης ότι ο ψυχικά άρρωστος έχει ατομικά δικαιώματα οδήγησε ορισμένα κράτη στο άνοιγμα των πυλών των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο.

Ο Μάιος του 1968 υπήρξε ορόσημο στις κοινωνιοψυχιατρικές εξελίξεις και αμφισβητήσεις με κατάληξη στο «ιταλικό πείραμα». Αυτή η ίδια η Κοινωνική Ψυχιατρική, σαν «νέος» κλάδος της Ψυχιατρικής, αυξάνει τις στενές θεραπευτικές δυνατότητες της παραδοσιακής Ψυχιατρικής και πλαταίνει τα πεδία της ψυχιατρικής έρευνας σε χώρους ανεξερευνήτους.

Συμπερασματικά, η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι προϊόν ιστορικών εξελίξεων στις ανθρώπινες κοινωνικές σχέσεις και παράλληλων αναγκών για νέες, ψυχιατρικά αποδοτικότερες, μορφές θεραπείας και έρευνας της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ*

### 2.1 Τι είναι η Κοινοτική Ψυχιατρική - Ορισμοί

Σύμφωνα με το ψυχιατρικό γλωσσάριο της Α.Ψ.Ε. του 1954, η κοινοτική ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευνοούν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην κοινότητα του.

Η Κοινοτική ψυχιατρική στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικά διαταραχών όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα παρά όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο ή στις συγκεντρωτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Ειδική έμφαση αποδίδεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής αρρώστιας.

Κοινοτική ψυχιατρική, κατά τον Ruesch, είναι ένα σύνθετο επιχειρησιακό σύνολο το οποίο στοχεύει στην αλλαγή στάσεων, αύξηση της επίγνωσης, δυνατότητα θεραπείας σε όλους με κινητοποίηση των αναγκαίων δυνάμεων-πόρων που εφαρμόζεται σε κοινοτικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Duhl, η κοινοτική ψυχιατρική έχει ως στόχο την βελτιστοποίηση των προσαρμοστικών δυναμικών και των ψυχοκοινωνικών επιδεξιοτήτων, όπως και τη μείωση των επιπέδων της ψυχοπαθολογίας σε ομάδες πληθυσμών της κοινότητας με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ανίχνευσης περιπτώσεων, θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης. Το άτομο δεν παραμένει ως ένα ατομικό πρόβλημα αλλά ως η έκφραση μιας περισσότερο γενικής ψυχιατρικής ανάγκης μιας ομάδας πληθυσμού. ( Μαδιανός 1989, σ. 28, τόμος Β')

Ένας άλλος ορισμός θεωρεί ως Κοινοτική Ψυχιατρική κάθε προσπάθεια για την εφαρμογή τεχνικών της κλινικής Ψυχιατρικής για τη μείωση ή της αποσαφήνιση της ψυχοπαθολογίας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού μεγαλύτερης από το μέγεθος μιας οικογένειας.

Άλλος ορισμός που δόθηκε από το τμήμα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Columbia της Ν.

Υόρκης, αναφέρει: «Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αναφέρεται σε μια υποειδικότητα της ψυχιατρικής ειδικότητας. Ως υποειδικότητα βασίζεται στην Κλινική Ψυχιατρική αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρώστιας. Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού τους κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Η Κοινοτική ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμογή, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης υπηρεσιών. Η Κοινωνική δίνει αντίθετα, αποκλειστική έμφαση στη θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών».

Η Κοινοτική Ψυχιατρική αποτελεί ένα στοιχείο της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής και συνεισφέρει σε αυτή το κλινικό σκέλος μέσα σε ένα ευρύ φάσμα ποικίλων θεραπευτικών προληπτικών διαδικασιών από τη διακλαδική ομάδα της ψυχικής υγείας. (Μαδιανός 1989, σ. 29, τόμος Β')

## **2.2 Βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής**

1. ***Η αρχή της πλήρους παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα***, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή, υπάρχει η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικά πλαίσια εναρμονιζόμενα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

2. ***Η αρχή της τομεοποίησης***, δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, που χωρίς αυτή, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη.

3. ***Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς*** από τον ίδιο θεραπευτή που για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς.

4. ***Η αρχή της ανταποκριτικότητας***. Η προσέλευση του κοινού στο Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από την συνεργασία του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. (Μαδιανός 1989, σ. 40, τόμος Β')



### 2.3 Τι είναι η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή

Παράλληλα με τον όρο Κοινοτική Ψυχιατρική, στις αρχές του 1960, καθιερώνεται περισσότερο ο όρος Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή με την έννοια ότι περιέχει τον όρο «Υγιεινή», αφού απευθύνεται σε «υγιείς» πληθυσμούς με στόχο την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας (χωρίς να ψυχιατρικοποιεί τα ψυχοκοινωνικά τους προβλήματα).

**Ορισμός:** 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 ψυχικά διαταραχών.

Η κοινοτική ψυχική υγιεινή είναι ένας πολυκλαδικός τομέας που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δυνάμεων και δομών στην κοινότητα, που προάγουν θετικά την ψυχική υγεία των μελών μιας συγκεκριμένης ομάδας σε αντίθεση με την παραδοσιακά ψυχιατρική προσέγγιση που εστιάζει στο άτομο που βρίσκεται σε κρίση. (Μαδιανός, 1989 σ. 30, τόμος Β')

Ο βασικότερος στόχος των νέων αντιλήψεων στο χώρο της ψυχιατρικής είναι η αλλαγή των παραδοσιακών αντιλήψεων των μορφών θεραπείας, με την δημιουργία πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην κοινότητα. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην ψυχική υγεία ταυτίζεται με την Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή. Το δίκτυο της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής δεν περιορίζεται λοιπόν στο παραδοσιακό ρόλο της ιατρικής αντιμετώπισης, αλλά επεκτείνεται και σε θέματα πρόληψης και αποκατάστασης. Στην πράξη υπηρετεί μια νέα επιστημονική αντίληψη για τη σημασία και το ρόλο των κοινωνικών σχέσεων στην υγεία και την ανθρώπινη ευεξία.

Η αντίληψη της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής είναι διαφορετική εκείνης της παραδοσιακής ψυχιατρικής και στηρίζεται σε διαφορετικές αρχές για τα αίτια και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Ο πίνακας που ακολουθεί προσπαθεί να περιγράψει κατά τον Bloom τις διαφορές μεταξύ παραδοσιακής και κοινοτικής ψυχιατρικής.

Η σημασία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθορίζεται στη διακήρυξη της ALMA ATA. Η φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τονίζει τον εξανθρωπισμό του συστήματος υγείας, με αποκέντρωση της ευθύνης περίθαλψης

από τους μεγάλους νοσοκομειακούς οργανισμούς στην κοινότητα όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται.

Το δίκτυο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, πρέπει να είναι στενά συνδεδεμένο με τα συστήματα κοινωνικών υπηρεσιών, για εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς λόγους. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι προσιτές στο κοινό και να παρέχονται με ίδια κριτήρια για όλους.

1. Η εφαρμογή προγραμμάτων δημόσιας ψυχικής υγείας πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματική και παράλληλα όσο το δυνατό φτηνότερη.
2. Τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να ωφελούν ένα σημαντικό ποσοστό πληθυσμού για τον οποίο σχεδιάστηκαν να υπηρετήσουν.
3. Οι μέθοδοι και οι τεχνικές πρέπει να είναι απλές και εύκολες στη χρήση τους, έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από λιγότερο εκπαιδευμένα άτομα.
4. Τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να μπορούν να λειτουργούν με την χρησιμοποίηση ενός ελάχιστου αριθμού ειδικών υψηλής εκπαίδευσης. (Παπαδάτος, σ. 90-91)

<u>ΠΕΔΙΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ</u>	<u>ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ</u>	<u>ΠΑΡΑΔ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡ.</u>
<b>1. τόπος επέμβασης :</b>	Δράση στην κοινότητα	Δράση σε παραδοσιακά ψυχιατρικά ιδρύματα
<b>2. επίπεδο παρέμβασης:</b>	Έμφαση σε συνολική ή καθορισμένη κοινότητα	Έμφαση σε ξεχωριστά άτομα
<b>3. είδος υπηρεσιών:</b>	Έμφαση στην πρόληψη	Έμφαση στις θεραπευτικές Υπηρεσίες
<b>4. Τρόπος παροχής υπηρεσιών:</b>	Έμφαση σε έμμεσες υπηρεσίες μέσω συμβουλευτικής και εκπαίδευσης .	Έμφαση σε άμεσες κλινικές υπηρεσίες
<b>5. Στρατηγική υπηρεσιών:</b>	Οι στρατηγικές έχουν στόχο την εξυπηρέτηση μεγάλου αριθμού ατόμων, όπως με βραχεία ψυχοθεραπεία, και επέμβαση στην κρίση.	Έμφαση σε μακροχρόνιες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους
<b>6. Είδος σχεδιασμού:</b>	Ρεαλιστικός σχεδιασμός που που σκοπεύει σε εκπλήρωση των αναγκών σε πληθυσμούς. με ψηλό δείκτη επικινδυνότητας και με συντονισμό υπηρεσιών	Ξεχωριστές υπηρεσίες χωρίς σχεδιασμό και κοινοτικό συντονισμό: ένα σύστημα «ελεύθερης αγοράς»
<b>7. Προσωπικό:</b>	Επαγγελματίες ψυχικής υγείας μαζί με νέες πηγές προσωπικού και άτομα σχετικά με την υπό αντιμετώπιση ομάδα.	Επαγγελματίες παραδοσιακής ψυχικής υγείας( ψυχίατροι, ψυχολόγοι κ.α )
<b>8. Λήψη αποφάσεων:</b>	Μοιρασμένη ευθύνη για έλεγχο και λήψη αποφάσεων σε σχέση με προγράμματα Ψ.Υ μεταξύ κοινότητας – επαγγελματιών.	Επαγγελματικός έλεγχος όλων των υπηρεσιών
<b>9. Αιτιολογικές υποθέσεις:</b>	Περιβαλλοντικές αιτίες ψυχικής διαταραχής.	Ενδοψυχικές αιτίες ψυχικής διαταραχής

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

### 3.1 Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες

Ενώ άλλες ευρωπαϊκές χώρες ακολουθούν το δρόμο προς την ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως η πρωτοπόρα Γαλλία και οι γειτονικές της χώρες, η Ελλάδα καθυστερεί για αρκετές δεκαετίες την προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Και ενώ άλλα ευρωπαϊκά ψυχιατρεία κλείνουν, βλέπουμε στη χώρα μας να ιδρύεται το ψυχιατρείο της Λέρου. Θα πρέπει όμως να αναφέρουμε ότι από τη δεκαετία του '60 και για τα επόμενα τριάντα περίπου χρόνια η Ελλάδα κάνει μεγάλες προσπάθειες για αλλαγή και έτσι άρχισαν να πραγματοποιούνται πρωτοπόρες δραστηριότητες για τα μέχρι τότε δεδομένα.

Μία πρώτη προσπάθεια γίνεται το 1961 στο Παιδοψυχιατρική νοσοκομείο Νταού Πεντέλης και στο Σταθμό της οδού Σολωμού, όπου η τότε παιδοψυχιατρική ομάδα εφαρμόζει σύγχρονες μεθόδους διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης. Γίνεται μία προσπάθεια οργανώσεως του νοσοκομείου σε μία αντισυλιακή βάση, όμως αυτή αποτυγχάνει λόγω παρεμβάσεως της πολιτείας και λόγω αδυναμίας εκπαίδευσης του ευρύτερου προσωπικού (νοσηλευτικού, διοικητικού) για μία σύγχρονη αντιμετώπιση του παιδιού με ψυχιατρικά και νευρολογικά προβλήματα.

Στη συνέχεια, γίνονται κάποιες αξιόλογες προσπάθειες, όπως αυτή με το ίδρυμα Θεοτόκος – ένα οικοτροφείο που δίνει περισσότερο βάση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και έμμεσα στην πρόληψη με κατάλληλο και εξειδικευμένο προσωπικό.

Την περίοδο του '63- '67 αρχίζει μία προσπάθεια μεταρρύθμισης στο χώρο του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Φοιτητές Ιατρικής, και κοινωνικοί λειτουργοί κάνουν προσπάθειες διατήρησης των κοινωνικών δεσμών των ασθενών από τις πρώτα κιόλας ημέρες της νοσηλείας τους. Ψυχωσικοί άρρωστοι σε κρίση νοσηλεύονταν σε ένα πλαίσιο θεραπείας του περιβάλλοντος. Βλέπουμε ότι εξανθρωπίζονται οι βιολογικές θεραπείες, τα κόματα ινσουλίνης και οι σπασματοθεραπείες και οργανώνονται πλέον θεραπευτικά προγράμματα ευρέου φάσματος που έχουν και εκπαιδευτικούς παραμέτρους για τα στελέχη της ψυχικής υγείας.

Η δικτατορία δυστυχώς αναστέλλει αυτές τις διαδικασίες, όμως εντυπωσιακό φαινόμενο αυτής της περιόδου είναι η αλλαγή της στάσεως του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο ενστερνίζεται τα δεδομένα της κοινωνικής ψυχιατρικής, την ψυχαναλυτική αναζήτηση της αιτιολογίας του συμπτώματος το σεβασμό και την ισοτιμία προς τον άρρωστο.

Στη συνέχεια και κατά τις δεκαετίες '70 και '80 δημιουργούνται νέες υπηρεσίες και μεγάλα δημόσια ιδρύματα εκτός Αθηνών. Επέρχεται λοιπόν η απομάκρυνση από τα παραδοσιακά κέντρα ψυχιατρικής και ξεκινάει η εργασία κοντά στην κοινότητα με εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και δομές. Τα επόμενα χρόνια η αποασυλοποίηση και η βελτίωση των άθλιων συνθηκών που επικρατούσαν στο ψυχιατρείο της Λέρου αποτέλεσε, με την προτροπή και των αρμόδιων επιτροπών της Ε.Ο.Κ., ένα σημαντικό στόχο της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.(Δαμίγος 2003, σ.36)

Οι εξελίξεις εκείνης της εποχής αφορούσαν στην ψήφιση του Νόμου 1397 του 1983 (άρθρο 21), που μπορεί να θεωρηθεί ορόσημο για τη μεταβατική τωρινή φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, και στον Κανονισμό 815 της 25/03/1984 του Ευρωπαϊκού Ταμείου για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, την μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μία χώρα. Η μεταρρύθμιση αφορά το νομικό, το οργανωτικό, το διοικητικό, το διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών. (Μαδιανός 1994, σ.25)

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83). Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84) άρχισε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο Νόμος 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει

μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση. Τα τελευταία χρόνια μιλάμε για ψυχιατρική μεταρρύθμιση, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους.

### **3.2 Το Εθνικό πρόγραμμα Ψυχαργός**

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία "Ψυχαργός".

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας.

Η πρώτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000 - 2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργός», ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001 - 2010. Η δεύτερη αναθεώρησή του έλαβε χώρα για το έτος 2004, οπότε και ισχύει για μια νέα δεκαετία.

Η Α' Φάση εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων). Η Α' φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιλάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

**Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» υπήρξαν τα εξής:**

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων κατάρτισης
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Στο πλαίσιο της Α' φάσης του «Ψυχαργός», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία «Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων υλοποίησης» του προγράμματος.

Ο στόχος της Μονάδας (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης.

Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας, ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό.

### **Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:**

1. Συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων
2. Σχεδιασμός και λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος
3. Εντοπισμός, ανάλυση και επικύρωση της καινοτομίας
4. Ενέργειες διάδοσης-ευαισθητοποίησης
5. Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας
6. Εμπύχωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπ. Υγείας – Πρόνοιας
7. Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών

Το έργο της Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύχωσης & Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ολοκληρώθηκε και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων - Αξιολογητών, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκομένων στο Πρόγραμμα Φορέων.

Η Β' Φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος "Υγεία - Πρόνοια" του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που προβλέπεται να αναπτυχθούν ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας, είναι ενδεικτικά οι κατωτέρω:



- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. Περιλαμβάνουν κλασσικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων. Άλλα πρόκειται να δημιουργηθούν εξ αρχής και άλλων πρόκειται να συμπληρωθεί η υπάρχουσα δομή και υποδομή.
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών
- Μονάδες Άμεσης Παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε Γενικά Νοσοκομεία.
- Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου. Περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (νησιά κυρίως και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).
- Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα.
- Μονάδες Επαγγελματικής Επανένταξης.
- Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την Οικογένεια.
- Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου.
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ).

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης επιτρέπει τη μείωση μεγέθους και του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους. Συγχρόνως,

- η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανεκπαίδευσης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη του ρόλου των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.),
- η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και
- αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης,

Εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων. Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη ειδικών μονάδων που ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των γενικών νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είτε κατά τη φάση της κρίσης είτε κατά το στάδιο υποστήριξης, διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών. (<http://www.msu.gr>)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **4.1 Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας**

Οι Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας υποδιαιρούνται σε θεσμοθετημένες και άτυπες. Θα ξεκινήσουμε αρχικά με την ανάλυση των θεσμοθετημένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

### **4.2 Θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας**

Αποτελούνται από ένα ευρύ φάσμα πλαισίων και διαφορετικών επιπέδων φροντίδας που παρέχονται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και πρόσωπα αποκατάστασης, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου, κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, θεραπευτικές και εσωτερικές εποπτευόμενες υπηρεσίες για ειδικές κατηγορίες, όπως θύματα τραυματικών εμπειριών, παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν στεγάζονται σε νοσοκομειακά πλαίσια, χρειάζονται όμως στενή συνεργασία με αυτά καθώς και με ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αυτή η συνεργασία περιλαμβάνει για παράδειγμα ένα αμφίδρομο σύστημα παραπομπών όπου τα γενικά ψυχιατρικά νοσοκομεία δέχονται ασθενείς με βραχύχρονη θεραπεία και παραπέμπουν τους ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι αποδοτικότερες όταν είναι στενά συνδεδεμένες με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και άτυπους φορείς υπηρεσιών που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει παραδείγματα θεσμοθετημένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

#### **Υπηρεσίες αποκατάστασης**

- Κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας / εξωτερικά ιατρεία
- Κοινοτικές λέσχες
- Κέντρα ημέρας
- Ανοιχτά κέντρα

- Ομάδες υποστήριξης
- Επαγγελματικά εργαστήρια αποκατάστασης
- Προστατευμένα εργαστήρια
- Εποπτευόμενες θέσεις απασχόλησης
- Συναιτεριστικά εργασιακά σχήματα
- Προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης

### **Προγράμματα αντιμετώπιση περιστατικών εκτός νοσοκομείου και κινητές μονάδες παρέμβασης στην κρίση**

- Κινητές μονάδες διάγνωσης και αντιμετώπισης κρίσεων (προσφέρουν υπηρεσίες και απογευματινές ώρες, καθώς και σαββατοκύριακα)

### **Υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων**

- Σπίτια στις γειτονιές όπου παρέχεται 24ωρη φροντίδα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- Εξειδικευμένο προσωπικό υποστήριξης που μπορεί να διανυκτερεύει στο σπίτι του ασθενούς, σε περιόδους κρίσεων
- Κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων

### **Θεραπευτικές και εποπτευόμενες στεγαστικές υπηρεσίες**

- Διαμερίσματα για πρώην ασθενείς (χωρίς εποπτεία)
- Διαμερίσματα με 2-3 ενοίκους (χωρίς εποπτεία)
- Σπίτια ομαδικής διαβίωσης (με ή χωρίς προσωπικό)
- Ξενώνες
- Σπίτια ημιδιαμονής
- Αγροτικά χωριά ψυχιατρικής αποκατάστασης
- Συνήθης στέγαση

### **Υπηρεσίες κατ' οίκον**

- Διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση που συντονίζονται από επαγγελματία του κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας.
- Ατομική αντιμετώπιση περιστατικού και εντατικοποιημένη κοινοτική θεραπεία.
- Κέντρα υποστήριξης υπηρεσιών κατ' οίκον.

### Λοιπές υπηρεσίες

- Κλινικές υπηρεσίες σε εκπαιδευτικά, εργασιακά και σωφρονιστικά πλαίσια
- Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας
- Προγράμματα αντιμετώπισης τραυματικών εμπειριών σε στρατόπεδα προσφύγων ή σε κοινοτικά πλαίσια.

### 4.3 Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των κοινοτικών υπηρεσιών

#### ψυχικής υγείας

1. **Ανθρώπινοι πόροι:** Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρήζουν κάποιων επαγγελματιών με υψηλό βαθμό δεξιοτήτων και εκπαίδευσης. Πολλές λειτουργίες όμως, μπορούν να διεκπαιρευθούν από επαγγελματίες υγείας με λιγότερη εκπαίδευση. Η εντατική φύση της εργασίας των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας υποδηλώνει πως απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού, από τις άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, για να μεγιστοποιηθεί η δυνατότητα επέκτασης των υπηρεσιών.
2. **Κλινικά αποτελέσματα:** Εξαρτώνται από την ποιότητα των παρερχομένων υπηρεσιών. Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας με επάρκεια προσωπικού, μέσων και χρηματοδότησης παρέχουν σε πολλά άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές την δυνατότητα να συνεχίσουν τη ζωή τους στην κοινότητα, προάγοντας την κοινωνική ενσωμάτωση. Πολλές τέτοιες υπηρεσίες, όπως τα κέντρα ημέρας, τα προστατευμένα εργαστήρια και η υποστηριζόμενη στέγαση, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή κοινωνικής φροντίδας στο άτομο με ψυχικές διαταραχές, γεγονός που έχει σημαντική θετική επίδραση στην έκβαση των κλινικών αποτελεσμάτων και στην ποιότητα ζωής τους.
3. **Αποδοχή:** Το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνδέεται με την εύκολη προσβασιμότητα τους, το μειωμένο στιγματισμό όταν ζητείται βοήθεια και την μειωμένη πιθανότητα παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
4. **Προσβασιμότητα:** Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πολύ εύκολα προσβάσιμες, ιδιαίτερα από τα άτομα με σοβαρές ψυχικές

διαταραχές που χρήζουν συνεχούς φροντίδα. Στιγματίζουν λιγότερο από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, γεγονός που βελτιώνει την προσβασιμότητα τους. Τα κύρια εμπόδια στην πρόσβαση εγείρονται από την έλλειψη αυτών των υπηρεσιών που οφείλονται στο υψηλό κόστος δημιουργίας και λειτουργίας τους και στην έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού. Αυτά τα εμπόδια ισχύουν ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου αυτές οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες μόνο σε μικρά τμήματα του πληθυσμού.

5. **Οικονομικό κόστος:** Πολλές φορές ο αποϊδρυματισμός, και η συνακόλουθη αναπροσαρμογή των υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο, πραγματοποιήθηκε με την προσδοκία ιδιαίτερα από την πλευρά των αρμοδίων για την δημόσια υγεία, της μείωσης του κόστους. Η εμπειρία της τελευταίας δεκαετίας όμως, υποδηλώνει πως η μείωση του κόστους είναι ελάχιστη, ιδιαίτερα βραχυπρόθεσμα. Οι παρέχοντες τις κοινοτικές υπηρεσίες πρέπει να προσαρτούν το επιπρόσθετο κόστος μετακίνησης, του προσωπικού, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Επιπροσθέτως, λιγότεροι χρήστες των υπηρεσιών μπορούν να βοηθηθούν, λόγω του απαιτούμενου χρόνου της μετακίνησης. Οι ποιοτικές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών για να καλύψουν τις διάφορες κλινικές ανάγκες, προαπαιτούν αυξημένης πόρους και προσωπικό. Επομένως, η εξοικονόμηση πόρων φαίνεται πιθανή μετά από αρκετά χρόνια. Αυτή η εξοικονόμηση, προέρχεται από την μειωμένη χρήση της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, που αποτελεί μια δαπανηρή λύση στις περισσότερες ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Εξοικονόμηση χρημάτων προκύπτει για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, καθώς μειώνονται τα έξοδα ταξιδιού και το έμμεσο κόστος, αφού οι υπηρεσίες τείνουν να «πηγαίνουν» προς τους χρήστες και όχι το αντίστροφο. (Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας 2005, σ. 18)

#### 4.4 Άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Εκτός των επαγγελματιών του τομέα υγείας και ψυχικής υγείας και των ατόμων με συναφή ενασχόληση, μέλη των τοπικών κοινοτήτων μπορούν να παρέχουν ποικίλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αν και αυτά τα άτομα έχουν λίγη ή και καθόλου επίσημη εκπαίδευση σε δεξιότητες ψυχικής υγείας, μπορούν να παρέχουν πολλή από την απαιτούμενη φροντίδα, ειδικά στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που ζουν στο σπίτι με τις οικογένειες τους. Η άτυπη φορέας υπηρεσιών ψυχικής υγείας ποικίλλουν, ανάλογα με τα διάφορα σενάρια παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της κοινωνιολογικής συνθήκης χώρων και περιοχών.

Οι φορείς των άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι απίθανο να αποτελούν τον πυρήνα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Χώρες εξαρτώμενες μόνο από αυτές τις υπηρεσίες αναλαμβάνουν τον σχετικό ρίσκο. Εντούτοις, αποτελούν ένα χρήσιμο συμπλήρωμα των θεσμοθετημένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. **Παραδείγματα φορέων άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών είναι:**

- Παραδοσιακοί θεραπευτές
- Εργαζόμενοι σε κοινοτικά προγράμματα
- Μέλη των οικογενειών
- Ομάδες αυτοβοήθειας και ομάδες χρηστών των υπηρεσιών
- Υπηρεσίες συνηγορίας
- Εθελοντές που παρέχουν επιμόρφωση σε γονείς και νέους για θέματα ψυχικής υγείας και θέματα πρόληψης των ψυχικών διαταραχών , σε σχολεία και κλινικές
- Θρησκευτικοί ηγέτες που παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη αντιμετώπιση τραυματικών καταστάσεων και άλλων έκτακτων γεγονότων.
- Υπηρεσίες που παρέχονται, σε ημερήσια βάση, από συγγενείς, γείτονες ή συνταξιούχους των τοπικών κοινοτήτων.
- Εθελοντές ανθρωπιστικής βοήθειας σε έκτακτες συνθήκες.

Οι παραδοσιακές θεραπευτές δεν εντάσσονται εύκολα σε μια συγκεκριμένη κατηγορία. Μπορεί να είναι θεραπευτές με υπόβαθρο που ποικίλλει από την πίστη, των πνευματισμό, την θρησκεία, ή θεραπευτές αυτοχθόνων, ή εναλλακτικών ιατρικών πρακτικών. Σε μερικές χώρες μπορεί να αποτελούν τμήμα του άτυπου

τομέα υγείας. Σε άλλες χώρες, όμως, πληρώνονται για τις υπηρεσίες τους και υπό αυτό το πρίσμα μπορούν να θεωρούνται ως τμήμα του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε αρκετές χώρες αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής για πολλά άτομα με ψυχικές διαταραχές και μερικές φορές. Οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι οι μόνες διαθέσιμες. Επίσης, χαίρουν μεγάλης αποδοχής και είναι γενικά, εύκολα προσβάσιμη, δεδομένου ότι είναι συνήθων μέλη των τοπικών κοινοτήτων στις οποίες προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Παρά το σημαντικό ρόλο των παραδοσιακών θεραπειών, στην παροχή υπηρεσιών στα άτομα με ψυχικές διαταραχές σε πολλές κοινωνίες, πρέπει να σημειωθεί ότι μερικές παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές έχουν συνδεθεί με παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ενδείξεις για παραβιάσεις δικαιωμάτων ευπαθών ομάδων όπως τα παιδιά, οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι. (Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 2005, σ. 19)

#### **4.5 Δυναμικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.**

1. **Ανθρώπινοι πόροι:** Είναι γενικά εφικτοί στις περισσότερες κοινότητες, ειδικά στις αγροτικές και απομονωμένες περιοχές, όπου οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες υγείας δεν είναι εύκολα διαθέσιμες.
2. **Κλινικά αποτελέσματα:** Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να παίξουν ένα σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο στη βελτίωση της έκβασης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Είναι σημαντικές για την διατήρηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης και την παροχή υποστηρικτικών δικτύων που μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπών. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες είναι η κύρια πηγή παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και χρησιμοποιούνται από άτομα με οξείες, βραχείες και ψυχοκοινωνικού τύπου ψυχικές διαταραχές
3. **Αποδοχή:** Είναι υψηλή καθώς οι κοινότητες τις προσλαμβάνουν ως πλέον ανταποκρινόμενες στις εκφρασμένες ανάγκες τους. Αυτές οι υπηρεσίες είναι συνήθως σύμφωνες με τις κοινοτικές αντιλήψεις και τα επεξηγηματικά μοντέλα των ψυχικών διαταραχών και της θεραπείας τους. Υπάρχουν, εντούτοις, κάποιες ενστάσεις και



παραβιάσεις ανθρωπίνου δικαιωμάτων που αφορούν ιδιαίτερα την χρήση τραυματικών θεραπευτικών μεθόδων και τον κίνδυνο παραβίασης ευπαθών ομάδων, όπως τα παιδιά, οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι. Οι παρεμβάσεις τους δεν μπορεί να υποβληθούν σε ποιοτικό έλεγχο, όπως συμβαίνει με τους δημόσιους φορείς.

4. **Προσβασιμότητα:** Υπάρχουν λίγα εμπόδια στην προσβασιμότητα καθώς αυτές οι υπηρεσίες εδράζονται, σχεδόν πάντα, στην κοινότητα και χαίρουν μεγάλης αποδοχής μειώνοντας έτσι τη πιθανότητα σιγματισμού, λόγω της χρήσης τους.
5. **Οικονομικό κόστος:** Οι άτυπες υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν γενικά ένα σημαντικό πλεονέκτημα σε σύγκριση με, σχεδόν όλες, τις θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Δεν παρέχονται πάντα δωρεάν και οι χρήστες πρέπει να επωμισθούν κάποιες δαπάνες. (Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 2005, σ 20)

#### 4.6 Ιδρυματικές υπηρεσίες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτών των υπηρεσιών είναι το ανεξάρτητο και μοναχικό στυλ τους, αν και μπορεί να έχουν κάποιες διασυνδέσεις με το σύστημα υγείας. Μπορεί να υποδιαιρεθούν στις εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

#### 4.7 Εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Είναι συνήθως εξειδικευμένες, δημόσιες ή ιδιωτικές, νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, που παρέχουν ποικίλες υπηρεσίες σε ενδονοσοκομειακά τμήματα και σε εξειδικευμένα πλαίσια που λειτουργούν με εξωτερικούς ασθενείς. Δεν αποτελούν εκσυγχρονισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά υπηρεσίες που εξυπηρετούν πού συγκεκριμένες ανάγκες οι οποίες απαιτούν ένα ιδρυματικό πλαίσιο. Επιπλέον, δεν προσδοκάται να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό, αλλά δρουν ως δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες παραπομπής. Περιλαμβάνουν μονάδες οξέων και μονάδες υψηλής

ασφαλείας, εξειδικευμένες μονάδες για παιδιά και ηλικιωμένους και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως ιατροδικαστικές ψυχιατρικές μονάδες.

**Παραδείγματα τέτοιων υπηρεσιών είναι:**

- Εξειδικευμένη ενδονοσοκομειακή φροντίδα  
Μονάδα μέσης ασφαλείας  
Μονάδες υψηλής ασφαλείας
- Εξειδικευμένες μονάδες / κέντρα για την θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών και αντίστοιχων προγραμμάτων αποκατάστασης, όπως μονάδες διαταραχών της διατροφής
- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών παιδιών και εφήβων
- Υπηρεσίες αποκατάστασης συγκεκριμένων διαταραχών παιδιών και εφήβων, όπως ο αυτισμός και οι ψυχωσικές διαταραχές
- Φροντίδα ανακούφισης
- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες για συγκεκριμένες διαταραχές των ηλικιωμένων όπως η νόσος Alzheimer (Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 2005, σ. 20-21)

**4.8 Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των εξειδικευμένων ιδρυματικών υπηρεσιών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.**

1. **Ανθρώπινοι πόροι:** Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες προαπαιτούν ένα ικανό αριθμό εξειδικευμένου προσωπικού στην ψυχική υγεία. Η έλλειψη αυτού του προσωπικού αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η απουσία εκπαιδευμένου προσωπικού δυσχεραίνει την τήρηση της επιθυμητής ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες και εγκυμονεί τον κίνδυνο μετατροπής των υπηρεσιών σε υπηρεσίες φύλαξης, με μικρή θεραπευτική δυνατότητα.
2. **Κλινικά αποτελέσματα:** Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες είναι συνήθως τριτοβάθμια κέντρα παραπομπής. Μεγάλη αναλογία των ασθενών τους είναι αυτοί με ψυχικές διαταραχές που είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν. Η επιτυχία των εξειδικευμένων υπηρεσιών εξαρτάται κατά πολύ από την ποιότητα των διαθέσιμων μέσων και

υποδομής. Στις αναπτυγμένες χώρες, όπου πολλές από τις υπηρεσίες αυτές είναι επαρκώς χρηματοδοτούμενες και στελεχωμένες, παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας με καλά αποτελέσματα, που δικαιολογούν τη διατήρησή τους. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η έλλειψη χρηματοδότησης, υποδομής και προσωπικού συνήθως συνεπάγεται την έλλειψη ή την ανεπάρκεια τους.

3. **Αποδοχή:** Όπως και όλα τα απομονωμένα ψυχιατρικά ιδρύματα, οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας εμπεριέχουν κοινωνικό στίγμα και ως εκ τούτου, μπορεί να μη χαίρουν μεγάλης αποδοχής. Οι χρήστες των υπηρεσιών συχνά διστάζουν να τις χρησιμοποιούν, εκτός αν δεν έχουν άλλη επιλογή. Αυτό, δεν αποτελεί απαραίτητως πρόβλημα καθώς οι εξειδικευμένες υπηρεσίες δεν επιθυμούν να χρησιμοποιούνται ως υπηρεσίες πρώτης ζήτησης.
4. **Προσβασιμότητα:** Σχεδόν όλες οι εξειδικευμένες υπηρεσίες παρουσιάζουν προβλήματα προσβασιμότητας, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Πολλές δεν είναι εύκολα διαθέσιμες ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ συνήθως δεν υπάρχουν στις αναπτυσσόμενες. Συνήθως χωροθετούνται στα περίχωρα μεγάλων αστικών κέντρων και μπορεί να μην έχουν καλή συγκοινωνιακή σύνδεση, γεγονός που συνεπάγεται υψηλό κόστος πρόσβασης. Το στίγμα που συνδέεται με τις απομονωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δρα ως εμπόδιο στη χρήση τους. Μερικά από τα προβλήματα προσβασιμότητας δεν έχουν εύκολα λύσεις.
5. **Οικονομικό κόστος:** Το κόστος δημιουργίας και λειτουργίας των εξειδικευμένων υπηρεσιών είναι υψηλό, συγκρινόμενο με αυτό των υπόλοιπων υπηρεσιών, λόγω των μεγάλων επενδύσεων που απαιτούνται, καθώς και του υψηλού κόστους για τις δαπάνες μισθοδοσίας. Επιπλέον το κόστος αυξάνει λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος παροχής φροντίδας. Σε αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες, το κόστος δεν είναι απαραίτητα ψηλό λόγω των χαμηλότερων δαπανών για το προσωπικό και χαμηλότερου κόστους επενδύσεων, μια και οι μονάδες λειτουργούν σε συνθήκες χωρίς υψηλές προδιαγραφές. Είναι λοιπόν φανερό ότι οι

εξειδικευμένες υπηρεσίες καλής ποιότητας είναι δαπανηρές λόγω των επενδύσεων σε υποδομές και προσωπικό. (Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 2005, σ. 20-21)

#### 4.9 Ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία

Είναι ψυχιατρεία παλαιού τύπου και παρέχουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φύλαξης. Σε πολλά μέρη του κόσμου αποτελούν είτε τις μόνες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή ένα ουσιώδες τμήμα τους. Αυτό μπορεί να φαίνεται αντιφατικό με τα στοιχεία του Άτλαντα που υποδεικνύουν ότι μόνο το 37% των χωρών δεν έχουν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, 87% των χωρών αναγνωρίζουν την ψυχική υγείας σαν μια δράση της Π.Φ.Υ. και ότι η εκπαίδευση του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας λαμβάνει χώρα στο 59% των χωρών. ( W.H.O 2001b στο Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 2005, σ. 22) Τα ποσοστά όμως αυτά δεν ανταποκρίνονται σε πληθυσμιακή κάλυψη. Η Ινδία για παράδειγμα, με πληθυσμό που ξεπερνά το ένα δισεκατομμύριο, έχει ένα κοινοτικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας, σε 22 περιφέρειες, που έχει ένα κοινοτικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας, σε 22 περιφέρειες, που καλύπτει πληθυσμό μόνο 40 εκατομμυρίων.

#### 4.10 Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ψυχιατρικών νοσοκομείων

1. **Ανθρώπινοι πόροι:** Σε πολλές χώρες, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία απορροφούν τους περισσότερους από τους διαθέσιμους πόρους ψυχικής υγείας. Αυτό αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στην ανάπτυξη εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, απώλειας κινήτρων και βαθμιαία φθορά των δεξιοτήτων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.
2. **Κλινικά αποτελέσματα:** Πολλά από αυτά τα ιδρύματα παρέχουν μόνο υπηρεσίες φύλαξης και συχνά πολύ κακής ποιότητας. Τα κλινικά αποτελέσματα είναι πενιχρά λόγω ενός συνδυασμού παραγόντων όπως η κακή κλινική φροντίδα, η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η φύση της ιδρυματοποιημένης διαδικασίας φροντίδας και η έλλειψη αποκαταστασιακών

δραστηριοτήτων. Το υψηλό κόστος και τα πενιχρά κλινικά αποτελέσματα υποδηλώνουν πως αυτά τα ιδρύματα αντιπροσωπεύουν τη χειρότερη αξιοποίηση των ανεπαρκών πόρων, που διατίθενται για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

3. **Αποδοχή:** Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, γενικά, δεν χαίρουν αποδοχής, από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και το ευρύ κοινό. Χρησιμοποιούνται ως τελευταία λύση λόγω του έντονου στιγματισμού που τα συνοδεύει. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας, που με τη σειρά της επιδρά δυσμενώς στα κλινικά αποτελέσματα. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες έχουν κακό παρελθόν αναφορικά με σοβαρές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Αυτό, κατά την διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας, οδήγησε στο κλείσιμο ή στη ριζική μεταρρύθμιση τους.
4. **Προσβασιμότητα:** Σχεδόν όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παρουσιάζουν προβλήματα προσβασιμότητας γιατί χωροθετούνται, συνήθως, σε κάποια απόσταση από τα αστικά κέντρα, με ελλιπή συγκοινωνιακή σύνδεση. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που φυλάσσονται σε αυτά τα ιδρύματα, απομονώνονται από τις οικογένειες τους γιατί είναι δύσκολο να δεχθούν επισκέψεις, ή να διατηρήσουν επαφή με τον έξω κόσμο. Η προσβασιμότητα επίσης εμποδίζεται από τις δυσκίνητες διαδικασίες εισαγωγή και εξόδου καθώς και από το σίγμα που τα συνοδεύει.
5. **Οικονομικό κόστος:** Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι δαπανηρά και σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, απορροφούν σημαντικό ποσοστό του προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία αφήνοντας λιγοστούς πόρους για κοινοτικές πρωτοβουλίες. Πολλά νοσοκομεία έχουν παγιωμένο χαρακτήρα με στατικούς μακροχρόνιους ασθενείς. (Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 2005, σ. 22-23)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΡΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δεν υπάρχει ένα και μόνο πρότυπο που να καλύπτει τις ποικίλες ανάγκες όλων των χωρών. Το κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσει συνοπτικά τις αρχές οργάνωσης των υπηρεσιών που πιθανόν να εφαρμόζουν στις περισσότερες χώρες. Κάθε χώρα όμως, οφείλει να τις προσαρμόζει στις ιδιαίτερες ανάγκες τις.

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν συχνά σύνθετες ανάγκες, που δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν από τι υπηρεσίες υγείας και μόνο. Επιπλέον, οι διάφοροι εμπλεκόμενοι στον τομέα, πιθανόν να έχουν τις απόψεις τους, στις οποίες μπορεί να στηριχθεί η ανάπτυξη των υπηρεσιών προς την ορθή κατεύθυνση. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, οι οικογένειες τους και οι κοινότητες είναι ίσοι εταίροι με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οπότε είναι σημαντικό όλοι αυτοί οι εμπλεκόμενοι να επικοινωνούν και να συνεργάζονται δραστήρια, ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες που προκύπτουν. Τα είδη των υπηρεσιών θα πρέπει να οργανώνονται έτσι ώστε να επιτυγχάνεται ο προαναφερόμενος στόχος. (W.H.O 2001 στο Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 2005, σ. 35)

### 5.1 Αρχές οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι κύριες αρχές που διέπουν την οργάνωση των υπηρεσιών είναι οι ακόλουθες:

1. **Προσβασιμότητα:** Η βασική φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμοι τοπικά, ώστε οι άνθρωποι να υποχρεώνονται να μετακινούνται μεγάλες αποστάσεις. Η φροντίδα αυτή πρέπει να αντιμετωπίζει τις ανάγκες εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών καθώς και να προσφέρει και άλλες υπηρεσίες, όπως η αποκατάσταση. Η απουσία τοπικών υπηρεσιών ορθώνει σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση στην φροντίδα ψυχικής υγείας, ιδίως για τα άτομα που κατοικούν σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Οι υπηρεσίες που βρίσκονται κοντά στα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι δυνατόν να παρέχουν συνεχή φροντίδα, με σχετικά ικανοποιητικό τρόπο. Πολλά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα είναι δύσκολο να

αντιμετωπιστούν εφόσον τα άτομα είναι υποχρεωμένα να καλύπτουν μεγάλες αποστάσεις προκειμένου να έλθουν σε επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2. **Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση:** Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να περιλαμβάνουν όλες τις εγκαταστάσεις και τα προγράμματα που απαιτούνται για να αντιμετωπιστούν οι βασικές ανάγκες φροντίδας κάθε πληθυσμού. Το ακριβές μείγμα των απαιτούμενων υπηρεσιών ποικίλλει κατά τόπους. Εξαρτάται από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, από το είδος των διαταραχών και από τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται και οργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας.
3. **Συντονισμένη και συνεχής φροντίδα.** Είναι εξαιρετικά σημαντικό και ιδίως για την φροντίδα ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, οι υπηρεσίες να συντονίζονται και να επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν όλο το φάσμα των κοινωνικών, ψυχολογιών και ιατρικών αναγκών των ατόμων αυτών. Απαιτούνται λοιπόν, υπηρεσίες οι οποίες δεν έχουν άμεση σχέση με την υγεία, όπως είναι οι στεγαστικές και οι κοινωνικές υπηρεσίες. Επομένως, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να λειτουργούν συντονισμένα και να προλαμβάνουν τον κατακερματισμό της φροντίδας.
4. **Αποτελεσματικότητα:** Η ανάπτυξη των υπηρεσιών πρέπει να στηρίζεται σε στοιχεία που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων παρεμβάσεων.
5. **Ισότητα αντιμετώπιση:** Η πρόσβαση των ατόμων σε υπηρεσίες καλής ποιότητας πρέπει να γίνεται βάσει των αναγκών τους. Για να διασφαλιστεί η ισότητα είναι ανάγκη να αντιμετωπιστούν θέματα που αφορούν την πρόσβαση, καθώς και τις ανισότητες που οφείλονται σε γεωγραφικούς αποκλεισμούς. Η δημιουργία ίσων ευκαιριών πρόσβασης στην παρεχόμενη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν τίθενται οι προτεραιότητες. Πολύ συχνά, τα άτομα με τις μεγαλύτερες ανάγκες σε υπηρεσίες έχουν τις λιγότερες ευκαιρίες πρόσβασης καθώς και τις λιγότερες δυνατότητες να διατυπώσουν σχετικά αιτήματα, οπότε είναι πιθανόν να αγνοηθεί η ύπαρξη τους όταν τίθενται οι προτεραιότητες.
6. **Σεβασμός ανθρωπίνων δικαιωμάτων:** Οι υπηρεσίες πρέπει να σέβονται την αυτονομία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, να ενδυναμώνουν και να ενθαρρύνουν τα άτομα αυτά, ώστε να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την

πορεία της ζωής τους. Οι υπηρεσίες οφείλουν να χρησιμοποιούν θεραπευτικές μεθόδους που περιορίζουν την αυτονομία όσο το δυνατό λιγότερο.

## **5.2 Εφαρμογή του βέλτιστου μείγματος των υπηρεσιών**

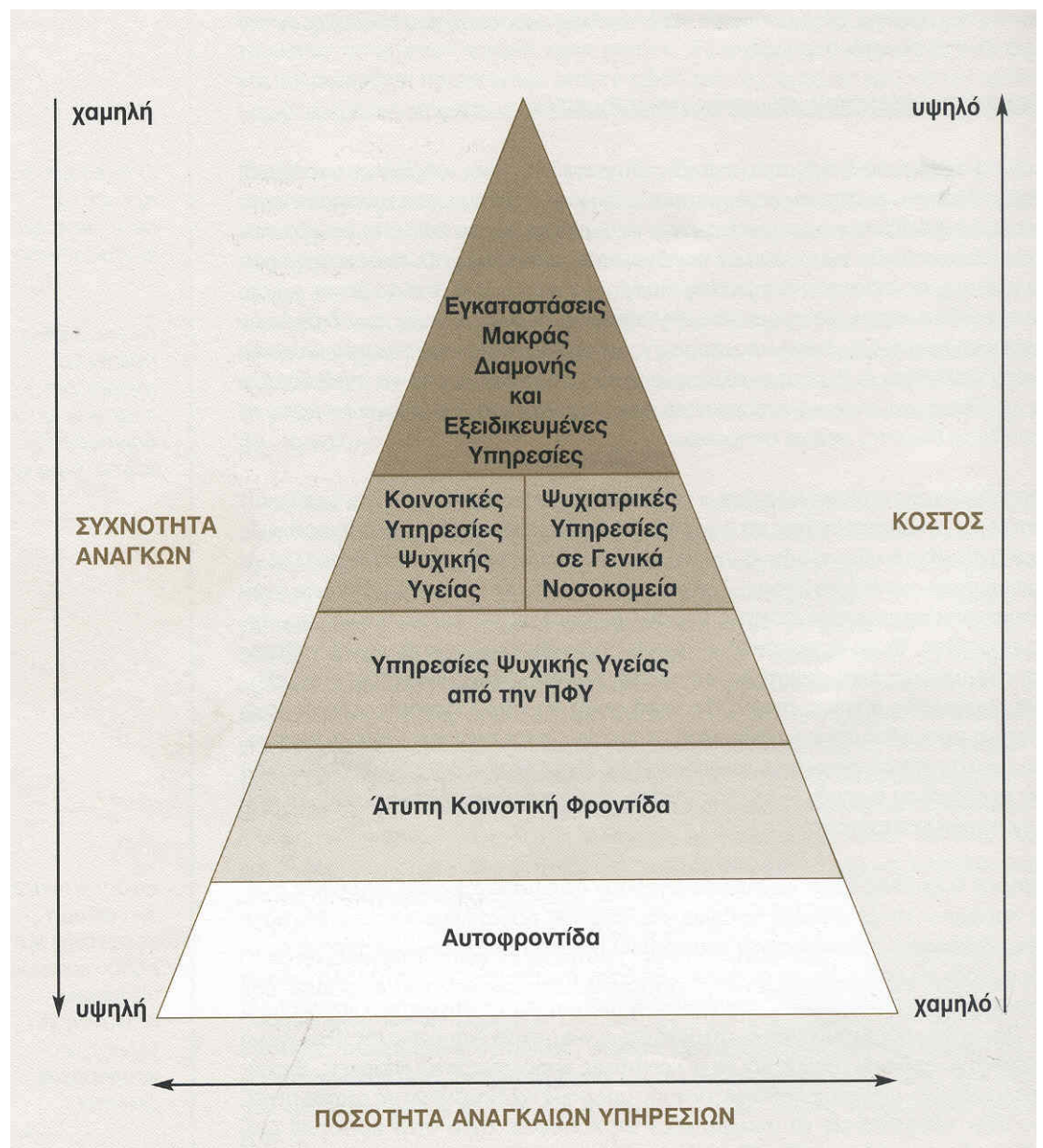
Το κύριο ζήτημα που πρέπει να απασχολεί όσους σχεδιάζουν τις υπηρεσίες είναι να καθορίσουν το μείγμα υπηρεσιών και το επίπεδο των παροχών των διαφόρων υπηρεσιών. Σε απόλυτους αριθμούς, οι ανάγκες σε διάφορες υπηρεσίες, δηλαδή οι αναλογίες μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών ως μέρος της συνολικής παροχής υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας, είναι κατά βάση οι ίδιες σε όλες τις χώρες. Οι υπηρεσίες πρέπει να σχεδιάζονται έχοντας ως οδηγό μια ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών, ώστε να δημιουργηθεί το βέλτιστο μείγμα υπηρεσιών.

Το παρακάτω σχήμα δείχνει τις σχέσεις που έχουν τα διάφορα είδη υπηρεσιών. Είναι σαφές, ότι οι περισσότερες υπηρεσίες πρέπει να αφορούν α) την αυτοφροντίδα, δηλαδή ασθενείς που στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις και προσεγγίζουν οι ίδιοι τις υπηρεσίες για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους, β) τις άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, γ) τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχει το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, δ) τις ψυχιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται στα γενικά νοσοκομεία και τις θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τέλος ε) τις εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το κατά πόσο βέβαια θα δοθεί έμφαση στην παροχή θεραπείας και φροντίδας στην ψυχική υγεία μέσω των υπηρεσιών των γενικών νοσοκομείων και των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας εξαρτάται από τις δυνατότητες του εκάστοτε συστήματος ψυχικής υγείας, όπως και από πολιτισμικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Δεν υπάρχουν ουσιώδεις λόγοι να συμπεριληφθούν στις παρερχόμενες υπηρεσίες εκείνες που παρέχουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, εφόσον αναφερόμαστε στο βέλτιστο μείγμα υπηρεσιών. Επομένως, εφόσον αναπτυχθεί ένα φάσμα κοινοτικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών, η ανάγκη για ψυχιατρικά νοσοκομεία εκλείπει. Πάντα θα υπάρχει ανάγκη εγκαταστάσεων για μακρά διαμονή ενός ποσοστού ασθενών, ακόμη και αν οι κοινοτικές υπηρεσίες είναι επαρκείς. Μπορούν



όμως να διαμένουν σε μικρές μονάδες μέσα στην κοινότητα και να συμμετέχουν ως κοινωνικά όντα στην κοινοτική ζωή κατά το δυνατόν περισσότερο. (Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 2005, σ.37)



ΠΗΓΗ: Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής Υγείας 2005, σ. 38

### **5.3 Ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες γενικής υγείας**

Προκειμένου να υπερπηδηθούν οι δυσκολίες που δημιουργούνται λόγω της απομονωμένης και ανεξάρτητης λειτουργίας των υπηρεσιών, είναι ανάγκη να ενταχθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις γενικές υπηρεσίες υγείας. Η ενταγμένη στο γενικό σύστημα υγείας φροντίδα, συμβάλλει στη μείωση του στίγματος που συνοδεύει την αναζήτηση φροντίδας από τις μεμονωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες που έχουν μεγάλες ελλείψεις προσωπικού στον τομέα της ψυχικής υγείας, η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της γενικής φροντίδας υγείας είναι η καλύτερη στρατηγική, ώστε να αυξηθεί η πρόσβαση των πληθυσμών που δεν εξυπηρετούνται επαρκώς, ως προς την φροντίδα της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, οι ψυχικές διαταραχές και τα σωματικά προβλήματα υγείας σχετίζονται στενά και συχνά αλληλοεπηρεάζονται. Για παράδειγμα άτομα με κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος συχνά, απευθύνονται στις υπηρεσίες γενικής υγείας με σωματικά συμπτώματα. Με ενσωματωμένες τις υπηρεσίες διευκολύνεται η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αυτών των διαταραχών και έτσι μειώνεται η ανικανότητα. Άλλα οφέλη που μπορούν να προκύψουν δυνητικά από την ένταξη των υπηρεσιών, είναι και η δυνατότητα παροχής φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας, καθώς και αυξημένες ευκαιρίες εμπλοκής της κοινότητας στην παροχή φροντίδας.

Η ένταξη είναι δυνατόν να επιδιωχθεί σε όλα τα επίπεδα. Στο κλινικό επίπεδο, η φροντίδα της ψυχικής υγείας μπορεί να ενταχθεί στο πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο της γενικής φροντίδας υγείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ανάγκη να υπάρξει στρατηγικός σχεδιασμός πριν επιχειρηθεί η δημιουργία ενσωματωμένων υπηρεσιών

### **Στρατηγικός σχεδιασμός για την ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας**

Μεταξύ των θεμάτων του στρατηγικού σχεδιασμού περιλαμβάνονται και τα εξής:

1. Λεπτομερής μελέτη του τρόπου ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στο σύστημα παροχής υπηρεσιών γενικής υγείας, όπου γίνεται περιγραφή των οργανωτικών αλλαγών και καθορισμός των αρμοδιοτήτων
2. Χρηματοδότηση των νέων θέσεων εργασίας, εγκαταστάσεων, εξοπλισμού και μεταφορικών μέσων
3. Σχεδιασμός των ομάδων ψυχικής υγείας και των αρμοδιοτήτων τους.
4. Προετοιμασία της περιγραφής του είδους της εργασίας διάφορων ειδικοτήτων και υποστηρικτικού προσωπικού, σε κάθε επίπεδο φροντίδας, όπως για εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα, στην φροντίδα ψυχικής υγείας και σε εποπτικές θέσεις. Πρέπει να καθορίζονται οι ρόλοι του προσωπικού σε σχέση με την κάλυψη που θα παρέχουν για την αντιμετώπιση των διάφορων ψυχικών διαταραχών.
5. Σχεδιασμός για την : θεσμική εκπαίδευση προσωπικού που χρειάζεται πρόσθετες δεξιότητες, εκπαίδευση στο χώρο της εργασίας, συνεχή ιατρική επιμόρφωση και σχεδιασμός για την εισαγωγή εκπαιδευτικού υλικού σχετικού με την ψυχική υγεία στα προγράμματα εκπαιδευτικών ιδρυμάτων που ασχολούνται με την υγεία και συναφείς ειδικότητες.
6. Στρατηγικές για την κινητοποίηση και εμπλοκή των μελών της κοινότητας και των χρηστών των υπηρεσιών σε κάθε επίπεδο δραστηριότητας.

ΠΗΓΗ: Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας 2005, *Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας*, σ.40

Κατά βάση, η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στη γενική υγεία απαιτεί:

- Την ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα.
- Την ένταξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία.
- Την ανάπτυξη δεσμών μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών που έχουν έδρα στα γενικά νοσοκομεία.

- Την ένταξη της φροντίδας ψυχικής υγείας σε άλλα εν λειτουργία προγράμματα υγείας και κοινωνικά προγράμματα.

#### **5.4 Δημιουργία θεσμοθετημένων και άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας**

Οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας αντιπροσωπεύουν στο κοινοτικό επίπεδο ότι και οι υπηρεσίες στα γενικά νοσοκομεία στο δευτεροβάθμιο επίπεδο. Αυτές περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, κέντρα ημέρας για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που έχουν λαμβάνει εξιτήριο από το νοσοκομείο, προγράμματα περιστατικών νοσοκομείου, ομάδες αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου, ομάδες αντιμετώπισης κρίσεων, σπίτια μόνιμης διαμονής ασθενών και υπηρεσίες ατομικής αντιμετώπισης ασθενών (case management services). Πολλές αναπτυσσόμενες χώρες όμως δεν έχουν την δυνατότητα να αναπτύξουν αμέσως όλες αυτές τις υπηρεσίες. Στις περιπτώσεις αυτές, οι έχοντες την ευθύνη του σχεδιασμού καλούνται να αποφασίσουν ποιες υπηρεσίες πρέπει να αναπτυχθούν κατά προτεραιότητα και να εστιάσουν εκεί τις προσπάθειες και τους διαθέσιμους πόρους. Οι άλλες υπηρεσίες μπορούν να αναπτυχθούν σταδιακά.

#### **Περιορισμός των ψυχιατρικών νοσοκομείων**

Η λειτουργία και η συντήρηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων απαιτούν μεγάλες δαπάνες. Τα νοσοκομεία αυτά δεν επιτυγχάνουν καλές κλινικές παρεμβάσεις, προκαλούν μάλλον μεγαλύτερη ανικανότητα παρά ελλάτωση της, στιγματίζουν τους ασθενείς, τις οικογένειες και όλα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και είναι συνδεδεμένα με καταπατήσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Είναι επομένως σημαντικό να μειωθεί η εξάρτηση της παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ο αποϊδρυματισμός αποτελεί, κατά συνέπεια μεγάλη προϋπόθεση για την μεταρρύθμιση του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Εντούτοις, η υπόθεση του αποϊδρυματισμού δεν εξαντλείται με το να λάβουν εξιτήρια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από νοσοκομεία μακράς διαμονής. Είναι μια διαδικασία που συνοδεύεται από σημαντικές συστηματικές αλλαγές, όπου η παροχή των υπηρεσιών γίνεται σε κοινοτική και όχι ιδρυματική

βάση. Η μείωση του αριθμού των ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πρέπει να συνοδεύεται, βήμα προς βήμα, από την ανάπτυξη της κοινοτικής παροχής υπηρεσιών. Μακροπρόθεσμα, η εξοικονόμηση πόρων από το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων αναμένεται να αντισταθμίσει τις αυξημένες δαπάνες για κοινοτικές υπηρεσίες.

Ο αποϊδρυματισμός πρέπει να αντιμετωπίσει τα δυνητικά αρνητικά αποτελέσματα της μετάβασης αρμοδιοτήτων από τα παραδοσιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία στην κοινότητα. Τα προβλήματα αυτά φαίνονται στο πίνακα που ακολουθεί.

Επιπλέον οι ακόλουθες δραστηριότητες και υπηρεσίες πρέπει να βρίσκονται ήδη σε λειτουργία πριν οι ασθενείς μεταφερθούν από τα νοσοκομεία στις κοινότητες.

- Στις εγκαταστάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να προσφέρονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμες κλίνες, εγκαταστάσεις και εξειδικευμένο προσωπικό στα γενικά νοσοκομεία ή στην κοινότητα, για την αντιμετώπιση οξέων υποτροπών που απαιτούν μικρής διάρκειας εισαγωγή στο νοσοκομείο
- Το προσωπικό των υπαρχόντων ψυχιατρικών νοσοκομείων πρέπει να επανεκπαιδευτεί, να αναλάβει θέσεις στη γενική φροντίδα υγείας και να συμπεριληφθούν στα καθήκοντα του η εποπτεία του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η παροχή ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία.
- Τα ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να είναι διαθέσιμα στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας μια των γενικών νοσοκομείων
- Πρέπει να δημιουργηθούν θεσμοθετημένες και άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που θα συμβάλλουν στη αποκατάσταση των ασθενών στο κοινοτικό περιβάλλον.

Εφόσον λοιπόν οι παραπάνω εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες βρίσκονται σε λειτουργία, μπορεί να προχωρήσει ο αποϊδρυματισμός σύμφωνα με τα ακόλουθα στάδια

- Το πρώτο βήμα είναι να σταματήσουν όλες οι νέες εισαγωγές τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και όλοι αυτοί οι ασθενείς να διοχετευτούν στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων.

- Πρέπει να υπάρχει συνεργασία με τις οικογένειες των ασθενών που πρόκειται να λάβουν εξιτήριο, ώστε να βοηθηθούν και να στηριχθούν και οι ασθενείς και οι οικογένειες, όταν οι ασθενείς βγουν από το νοσοκομείο.
- Η έξοδος πρέπει να αρχίσει με τους ασθενείς με τη μικρότερη ανικανότητα και να προχωρήσει σταδιακά στους ασθενείς με τη μεγαλύτερη ανικανότητα.

Ένας αριθμός ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές χρειάζεται συνεχή στήριξη σε εικοσιτετράωρη βάση. Οι ασθενείς αυτοί μπορούν να μεταφερθούν σε μικρές κοινοτικές μονάδες μόνιμης διαμονής με εικοσιτετράωρη παρακολούθηση από νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό, εφόσον υπάρχει τέτοια δυνατότητα. (Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 2005, σ. 47-48)

**Πίνακας : Αποτελέσματα της μετάβασης των λειτουργιών των παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων στην κοινοτική φροντίδα**

Λειτουργίες των παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων	Αποτελέσματα της μετάβασης στην κοινοτική φροντίδα
Αντικειμενική εξέταση και θεραπεία	Προσφορότερη θεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα ή στις υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων,
Ενεργή θεραπευτική παρέμβαση για ασθενείς σύντομης ή μέσης παραμονής	Ανάλογη ή και βελτιωμένη θεραπευτική παρέμβαση, αλλά τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι γενικεύσιμα,
Μακροχρόνια φύλαξη	Συνήθως βελτιωμένη σε σπίτια μόνιμης διαμονής για όσους έχουν ανάγκη εντατική μακροχρόνια υποστήριξη,
Προστασία από εκμετάλλευση	Μερικοί ασθενείς συνεχίζουν να είναι ευάλωτοι σε σωματική, σεξουαλικοί και οικονομική κατάσταση,
Φροντίδα ημέρας και υπηρεσίες	Μπορεί να βελτιωθούν εάν αναπτυχθούν

εξωτερικών ιατρείων	τοπικά προσβάσιμες υπηρεσίες ή να χειροτερέψουν εάν αυτό δεν συμβεί. Συχνά είναι αναγκαία η διευθέτηση των ευθυνών μεταξύ υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας,
Υπηρεσίες εργοθεραπείας, επαγγελματικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	Βελτίωση σε κανονικό περιβάλλον,
Στέγη, ρουχισμός, τροφή και βασικό επίδομα	Διακινδυνεύονται, οπότε υπάρχει ανάγκη διευκρίνησης αρμοδιοτήτων και συντονισμού,
Ανακούφιση στις οικογένειες και όσους παρέχουν φροντίδα	Συνήθως χωρίς αλλαγή. Η κατ'οίκον θεραπεία αντισταθμίζεται από δυνατότητα μεγαλύτερης υποστήριξης της οικογένειας από ειδικούς,
Έρευνα και εκπαίδευση	Προκύπτουν νέες ευκαιρίες λόγω της αποκέντρωσης.

ΠΗΓΗ: Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας 2005, *Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας*, σ. 49

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

### **Εισαγωγή**

Παραθέτοντας παραπάνω την έννοια της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Ελλάδα, τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής και τον τρόπο οργάνωσης αυτών, σκεφτήκαμε να εισαγάγουμε τα παρακάτω κεφάλαια που αναλύουν τη σχιζοφρένεια, αφού το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται από άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη ψυχική νόσο. Γι' αυτό το λόγο, θα ήταν χρήσιμό στον αναγνώστη να κατανοήσει πλήρως την φύση της ασθένειας, τη συμπτωματολογία της, τις κυριότερες κλινικές μορφές της καθώς και την αντιμετώπιση της μέσω διαφόρων θεραπειών.

### **6.1 Ορισμός**

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή της οποίας δεν έχει αναγνωριστεί μία συγκεκριμένη αιτία. Χαρακτηρίζεται από ψυχωτικά συμπτώματα τα οποία προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα και περιλαμβάνουν διαταραχές στη σκέψη, στη διάθεση και τη συμπεριφορά. Σημαντικό σημείο είναι η απουσία ελέγχου της πραγματικότητας. Η διαταραχή είναι χρόνια και γενικά πιστεύεται ότι έχει μία πρόδρομη φάση, μία ενεργό με παραληρητικές ιδέες - ψευδαισθήσεις και μία υπολειμματική φάση κατά την οποία η διαταραχή είναι σε ύφεση ή αποδρομή.

### **6.2 Ιστορική εξέλιξη**

Η σχιζοφρένεια περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Philippe Pinel. Ο όρος *σχιζοφρένεια*, δηλαδή *σχίσιμο* των φρένων (νεολογισμός), εισήχθη από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler, το 1911. Σύμφωνα με αυτόν, δεν υπάρχουν παθογνωμονικά σημεία και συμπτώματα αλλά μία ομάδα χαρακτηριστικών ευρημάτων που θέτουν τη διάγνωση.



Ο όρος σχιζοφρένεια του Bleuler, που έχει καθιερωθεί και χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα, αποτελεί από μόνος του πηγή ετικετοποίησης του ατόμου που πάσχει από τη νόσο αυτή. Είναι από τις λίγες φορές που η ίδια η ιατρική νοσολογία έχει «επιβλαβή δράση». Ο όρος εκφράζει μία αναπόδεικτη ψυχοπαθολογική διαδικασία, το «σχίσσιμο των φρένων», που κατά τον Bleuler συμβαίνει στον άρρωστο. Μέχρι σήμερα, καμία σοβαρή προσπάθεια για την αντικατάσταση του όρου αυτού δεν έχει τελεσφορήσει. Πρόσφατα αυτό το θέμα ήρθε προς συζήτηση σε μία επιτροπή εργασίας της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας, κύριο έργο της οποίας ήταν η διαμόρφωση εκπαιδευτικού υλικού για την «καταπολέμηση της σχιζοφρένειας και του στίγματος της». Ως προς τα συμπτώματα, ο Kurt Schneider στη δεκαετία του 1930 εισήγαγε τα λεγόμενα «first and second rank symptoms», συνολικά 14 συμπτώματα – κριτήρια «πρώτου και δεύτερου βαθμού». (Μαδιανός 2003, σ.186)

### **6.3 Επιδημιολογία**

Οι επιδημιολογικές μελέτες της σχιζοφρένειας πάσχουν από δυσκολία στην απομόνωση όλων των περιπτώσεων στον υπό μελέτη πληθυσμό, απροσδιοριστία της ακριβούς ημερομηνίας έναρξης και δυσκολίες στην σύγκριση των αποτελεσμάτων από μελέτη σε μελέτη λόγω της χρήσης διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων.

Παρόλα αυτά τρία συμπεράσματα είναι βέβαια :

- Η σχιζοφρένεια συμβαίνει σε όλες τις κουλτούρες με ένα σταθερό ρυθμό.
- Η επίπτωση της είναι 2 – 4 περιπτώσεις/χρόνο/10000 πληθυσμού.
- Ο κίνδυνος για εμφάνιση σχιζοφρένειας καθ' όλη την διάρκεια της ζωής ενός ατόμου είναι περίπου 1%.

#### **6.3.1 Γεωγραφική κατανομή**

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εξέτασε την εμφάνιση της σχιζοφρένειας σε 10 χώρες. Τα ευρήματα της μελέτης κατέληξαν στην υπόθεση ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας είναι η ίδια σε όλες τις χώρες. Η υπόθεση αυτή, χαρακτηρίστηκε

λανθασμένη, αφού η μελέτη δεν διέθετε αρκετή στατιστική ισχύ για να προσδιορίσει κατά πόσον η επίπτωση της αυστηρά - οριζόμενης σχιζοφρένειας ποικίλει.

### **6.3.2 Κατανομή στον χρόνο**

Παρόμοια διαφωνία υπάρχει και σχετικά με την χρονική κατανομή της σχιζοφρένειας. Μερικοί μελετητές ισχυρίζονται ότι η επίπτωση της αυξήθηκε σημαντικά κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι τώρα η επίπτωση δείχνει πτωτικές τάσεις. Οι πιο σκεπτικιστές υποστηρίζουν ότι αυτή η αύξηση και κατόπιν μείωση της επίπτωσης της νόσου είναι πλασματικές και δεν είναι άλλο παρά το αποτέλεσμα των μεταβαλλόμενων πολιτικών γύρω από το θέμα της φροντίδας των βαριά ψυχιατρικών ασθενών.

### **6.3.3 Φύλο και ηλικία**

Οι άνδρες αναπτύσσουν σχιζοφρένεια κατά μέσο όρο περίπου 5 χρόνια νωρίτερα από τις γυναίκες. Η μέγιστη επίπτωση του πρώτου επεισοδίου είναι στην ηλικία των 15 – 25 χρονών για τους άνδρες και 25 – 35 χρονών για τις γυναίκες. Μπορεί επίσης να υπάρχει και διαφορετικό ποσοστό κινδύνου ανάπτυξης σχιζοφρένειας από τους άνδρες στις γυναίκες. Η πιλοτική μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας δεν βρήκε διαφορά μεταξύ των δυο φύλων μέχρι τουλάχιστον την ηλικία των 54 χρονών, αλλά άλλες μελέτες αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αυστηρά – οριζόμενης σχιζοφρένειας στους άνδρες. (Μπίτσιος, σ.46)

## **6.4 Αιτιολογία**

Η σχιζοφρένεια έχει αποτελέσει το αντικείμενο μακρόχρονων ερευνών για την εξακρίβωση της αιτίας ή των αιτιών της δημιουργίας της. Η αιτία των σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι μέχρι σήμερα άγνωστη. Έχουν ενοχοποιηθεί πλήθος παραγόντων και έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις σχετικές με την αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών, χωρίς όμως να έχει εξακριβωθεί το ακριβές αίτιο. Οι έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η αιτιολογία της νόσου

είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, ψυχολογικών, ψυχοκοινωνικών, αλλά και βιολογικών.

#### **6.4.1 Γενετικοί - βιολογικοί παράγοντες**

##### **α. Νευροφυσιολογία- Παθολογία Ανατομία**

Έχουν παρατηρηθεί διάφορες αλλοιώσεις στον εγκέφαλο και στις λειτουργίες του, χωρίς όμως να θεωρηθούν και αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες για την σχιζοφρένεια, όπως αρχικά είχε ειπωθεί. (Παπαγεωργίου 2002, σ. 217)

##### **β. Κληρονομικότητα**

Τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί ως σήμερα υποστηρίζουν ότι υπάρχει πιθανότητα η νόσος να εμφανίζεται σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα.

Ακόμα όμως και οι υποστηρικτές της γενετικής άποψης δέχονται ότι ένα άτομο με «σχιζοφρενικά γονίδια» δεν είναι απαραίτητο να εμφανίσει σχιζοφρένεια. Η συμπτωματολογία της νόσου θεωρείτε απίθανο να οφείλεται σε κάποιο συγκεκριμένο γονίδιο που δεν υπάρχει στον «φυσιολογικό» πληθυσμό.

Σήμερα, η άποψη που επικρατεί είναι ότι εκείνο που κληρονομείται είναι μια προδιάθεση ανάπτυξης της νόσου, κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες και όχι η ίδια η νόσος. (Παπαγεωργίου 2002, σ. 218)

##### **γ. Βιοχημικοί - Ενδοκρινολογικοί Παράγοντες**

Ένας μεγάλος αριθμός βιοχημικών ερευνών οδήγησε στην έκφραση διαφόρων θεωριών για την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας. Οι έρευνες αυτές οδήγησαν στην δημιουργία φαρμακευτικών σκευασμάτων με αποτελέσματα εντυπωσιακά όσο αφορά την αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας.

Δεν μπορεί όμως να ενοχοποιηθεί κανένας βιοχημικός η ενδοκρινολογικός παράγοντας σαν αιτία, για τον λόγο αυτό οι έρευνες συνεχίζονται. (Παπαγεωργίου 2002, σ. 219)

#### **6.4.2 Εκλυτικοί – ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Η βιολογική προδιάθεση παρά τη σημαντικότητα της, δεν μπορεί να είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας από μόνη της. Επίσης, οι διακυμάνσεις της ψυχικής κατάστασης που βλέπουμε στους σχιζοφρενείς και οι υποτροπές της νόσου, δεν μπορεί να βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο γενετικών και μόνο παραγόντων. Ανάμεσα στους παράγοντες που έχουν υποτεθεί να επηρεάζουν την πορεία της σχιζοφρένειας είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, η επικοινωνία και τα γεγονότα ζωής.

##### **α. Οι οικογενειακοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες**

Γύρω από την αιτιακή σχέση της εμφάνισης της σχιζοφρένειας και της παθολογίας της οικογένειας στη δεκαετία του 1960 αναπτύχθηκαν οι ακόλουθες τέσσερις θεωρίες που δημιούργησαν αντίστοιχες «σχολές».

- Η θεωρία του διπλού δεσμού (Bateson )
- Η θεωρία της ψευδοαμοιβαιότητας στις σχέσεις (Wynne)
- Η διάσταση και μετατόπιση της δομής στο γάμο (Lids)
- Εξαπάτηση, σύγχυση, σύγκρουση και μυστικοπάθεια (Lacing)
- Αποδιοπομπαίοποίηση (Vogel)

Η πρώτη θεωρία αναπτύσσει την άποψη ότι τα αντιφατικά μηνύματα μεταξύ δύο μελών «τρελαίνουν» το «θύμα».

Η δεύτερη εκτιμά ότι στη «σχιζοφρενική» οικογένεια αναπτύσσονται σχέσεις ψευδοαμοιβαιότητας, κατάσταση που οδηγεί στην «τρέλα».

Στην οικογένεια με μέλος πάσχον από σχιζοφρένεια, σύμφωνα με την τρίτη θεωρία, οι ρόλοι πατέρα και μητέρας αντιστρέφονται.

Σύμφωνα με την τέταρτη θεωρητική άποψη του (Lacing), σε μία οικογένεια που ένα μέλος της νοσεί από σχιζοφρένεια υπάρχουν χαρακτηριστικές συμπεριφορές από μυστικοπάθεια, συγκρούσεις, σύγχυση στην επικοινωνία.

Τέλος σύμφωνα με την τελευταία θεωρία, το άρρωστο μέλος κατηγορείται για ότι «κακό» συμβαίνει στην οικογένεια, με αποτέλεσμα να παίζει το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου.

Οι θεωρίες αυτές μάλλον επιβαρύνουν την οικογένεια με ενοχές , αφού θεωρήθηκε ως η σχιζοφρενογόνος αιτία. Η κριτική απέναντι σε όλες αυτές τις θεωρίες είναι ότι αυτές αναπτύχθηκαν μέσα από την παρατήρηση – μελέτη οικογενειών των οποίων ήδη ένα μέλος νοσούσε από σχιζοφρένεια. Δε μελετήθηκαν «υγιείς» οικογένειες και τα χαρακτηριστικά τους, για να αναγνωριστούν εκείνες οι παθογόνες στις οποίες αργότερα κάποιο μέλος αρρώστησε από σχιζοφρένεια, έτσι ώστε η θεωρία να έχει ισχυρή προβλεπτική αξία.

Αυτά τα φαινόμενα που περιγράφηκαν στις πέντε αυτές υποθέσεις είναι το αποτέλεσμα και όχι η αιτία της γένεσης της σχιζοφρένειας. (Μαδιανός 2003, σ. 199)

### **β. Εκφραζόμενο συναίσθημα**

Άρρωστοι που ζουν σε οικογένειες με εκφραζόμενο σε υψηλό βαθμό συναίσθημα (high expressed emotion) παρουσιάζουν συχνότερα ποσοστά υποτροπών απ' ότι οι άρρωστοι που ζουν σε «ήρεμες οικογένειες». Όταν η ένταση τροποποιείται στην οικογένεια, τότε μειώνονται και τα αντίστοιχα ποσοστά των υποτροπών.

Και στην περίπτωση της υπόθεσης του εκφραζόμενου συναισθήματος ισχύει το ότι η διαταραχή της οικογενειακής ατμόσφαιρας είναι αποτέλεσμα της διαδρομής της σχιζοφρένειας μέσα στην οικογένεια.

Ανεξάρτητα από τη βασιμότητα ή όχι των παραπάνω υποθέσεων, έχουν περιγραφεί τα ακόλουθα χαρακτηριστικά προβλήματα που παρατηρούνται στις οικογένειες των οποίων ένα μέλος παρουσιάζει σχιζοφρένεια:

1. Έλλειψη κατανόησης της φύσης της σχιζοφρένειας και των συνεπειών της στη ζωή και στη λειτουργικότητα του ανθρώπου.
2. Έλλειψη δεξιοτήτων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των χρόνιων και οξέων συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.
3. Δυσκολίες στην έκφραση συναισθημάτων προς τον άρρωστο.
4. Δυσκολίες στη μείωση της έντασης μέσα στην οικογένεια.
5. Δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων.
6. Διαταραγμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία.
7. Βιώματα στιγματισμού και περιορισμός των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο.

Το εκφραζόμενο συναίσθημα καταγράφεται με την οικογενειακή συνέντευξη κατά Camberwell η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα :

1. Κριτικά σχόλια που περιγράφουν μια σαφή απέχθεια ή απόρριψη, σύμφωνα με τον τόνο της φωνής ή το περιεχόμενο του λόγου του συγγενούς .
2. Επιθετικότητα, που εκφράζεται απέναντι στο πρόσωπο του αρρώστου και όχι σε συμπεριφορά του. Επίσης μία γενικευμένη κριτική του τύπου «είναι ο χειρότερος άνθρωπος στον κόσμο» θεωρείται επιθετικότητα.
3. Δυσαρέσκεια. Καταγράφεται ως παρούσα ή απύουσα. Βασίζεται σε κριτικές ή επιθετικές παρατηρήσεις, αλλά δεν εκφράζεται ανοιχτά προς το άρρωστο μέλος .
4. Ζεστασιά. Βασίζεται στην έκφραση συναισθηματικής «ζεστασιάς» μέσα στο πλαίσιο των θετικών σχολίων και του τόνου της φωνής.
5. Συναισθηματική υπερεμπλοκή. Τα βασικά στοιχεία της διάστασης αυτής είναι οι συνεχείς φόβοι για μικρά προβλήματα, τάσεις για υπερπροστασία και φορτικότητα.
6. Συνολικός δείκτης εκφραζόμενου συναισθήματος συγγενών. Πρόκειται για μία συνολική εκτίμηση της μεγάλης συναισθηματικής έκφρασης που βασίζεται στην παρουσία ενός ή περισσότερων προαναφερθέντων στοιχείων. (Μαδιανός 2003)

### **γ. Η επιβάρυνση της οικογένειας**

Συχνά σε οικογένειες που έχουν ένα χρόνιο ψυχικά άρρωστο μέλος έχει παρατηρηθεί μία επιβάρυνση ως αποτέλεσμα των επιδράσεών τους στις συνήθειες, στις συναλλαγές στην επικοινωνία και την οικιακή οικονομία.

Ως επιβάρυνση λοιπόν θεωρούμε τα προβλήματα, τις δυσκολίες ή τα ανεπιθύμητα γεγονότα που συμβαίνουν σε μέλη της οικογένειας του αρρώστου ή σε οποιονδήποτε τρίτο ο οποίος συγκατοικεί με αυτόν.

Η επιβάρυνση αυτή συνήθως είναι υποκειμενική, το πώς δηλαδή τη βιώνουν τα μέλη, και αντικειμενική, το πώς δηλαδή ένας τρίτος την εκτιμά και την αξιολογεί.

Η επιβάρυνση συνήθως αφορά :

- α. στις οικογενειακές καθημερινές συνήθειες, π.χ του ελεύθερου χρόνου, της εργασίας των μελών.
- β. στη σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας.

γ. στα οικονομικά της οικογένειας.

δ. στην ανάπτυξη των παιδιών (αν υπάρχουν στο σπίτι).

Για την αξιολόγηση της επιβάρυνσης έχουν αναπτυχθεί από διάφορους ερευνητές αρκετά όργανα που μπορούν να αποδώσουν το φαινόμενο αυτό ποιοτικά και ποσοτικά. (Μαδιανός 2003, σ. 200)

#### **δ. Ψυχοπιεστικά γεγονότα στη σχιζοφρένεια**

Η έμφαση που έχει αποδοθεί στα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής βασίζεται σε δυο θεμελιώδεις υποθέσεις : ότι τέτοια γεγονότα είναι στρεσογόνα ανεξάρτητα από το αν είναι ευχάριστα ή δυσάρεστα και ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ευάλωτα στο στρες.

Η απρόσκοπτη, χωρίς υποτροπές, διαμονή των χρόνιων σχιζοφρενικών αρρώστων στην κοινότητα έχει αποδειχθεί από αρκετούς ερευνητές ότι επηρεάζεται από την ύπαρξη των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής.

Συγκεκριμένα, αρκετοί ερευνητές απέδειξαν τη σοβαρότητα της επίδρασης των ψυχοπιεστικών γεγονότων στην εξέλιξη της πορείας των σχιζοφρενικών αρρώστων ως προς τις υποτροπές της νόσου.

Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζεται ο «φαύλος κύκλος» των σταδίων της γένεσης μιας υποτροπής όπου παρεμβαίνουν οι μηχανισμοί αντιμετώπισης – π.χ. ικανότητα επίλυσης ενός προβλήματος και ψυχοφαρμακευτική αγωγή, καθώς και προειδοποιητικά σημεία, όπως είναι η διαταραχή του ύπνου. Στην ικανότητα αντιμετώπισης του στρες παρεμβαίνουν ιδιοσυστατικές ιδιότητες, η ευαλωσιμότητα του ατόμου και η αντοχή του.

Μηχανισμοί αντιμετώπισης

π.χ. επίλυση προβλήματος



Ψυχοπιεστικό γεγονός → ΣΤΡΕΣ → Μη ειδικά συμπτώματα → Υποτροπή

π.χ. διαταραχή του ύπνου



Ψυχοφαρμακευτική αγωγή

Αν δεχτούμε την υπόθεση ότι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα έχουν μία συσσωρευτική δράση, τότε ο συνολικός όγκος των στρες ερεθισμάτων ασκεί σημαντική επίδραση στην αύξηση της ευαλωσιμότητας του αρρώστου έτσι ώστε να υποτροπιάσει.

Τέλος, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα μπορεί να αποτελούν όχι μόνο τον εκλυτικό παράγοντα για την εμφάνιση μιας υποτροπής, αλλά και το αποτέλεσμα της παθολογικής συμπεριφοράς που εμφανίζουν οι ασθενείς κατά το πρόδρομο στάδιο της νόσου ή λίγο πριν την υποτροπή τους.

#### **ε. Κοινωνικοί – πολιτισμικοί παράγοντες**

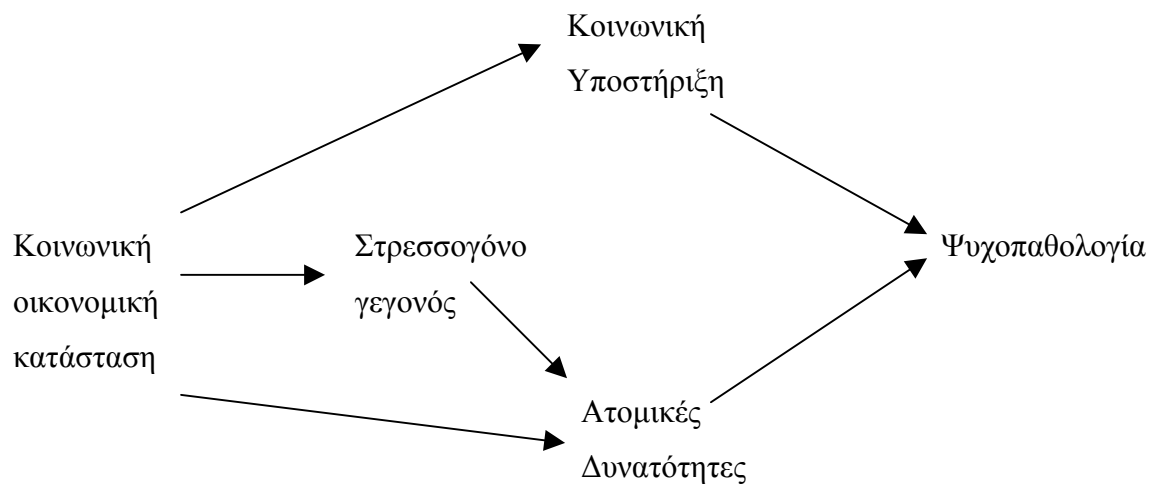
Έρευνες που έχουν διεξαχθεί συμπεράναν ότι στις βιομηχανοποιημένες χώρες υπάρχουν περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και ότι ο ρυθμός των εισαγωγών στο νοσοκομείο για σχιζοφρένεια είναι μεγαλύτερος στις πόλεις παρά στις αγροτικές περιοχές.

Τα πάσχοντα άτομα διολισθαίνουν σε κατώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη σαν αποτέλεσμα της κοινωνικής και εργασιακής έκπτωσης που προκαλεί η νόσος ή συμπεριλαμβανομένης και της προδρόμου φάση της. Οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια ζουν αρκετά περιορισμένη ζωή και σύντομα εξασθενούν οικονομικά.

Επίσης, διάφορα στρεσογόνα γεγονότα που συνδέονται με κοινωνικοοικονομική αποστέρηση, αποτελούν παράγοντες για την πρόκληση σχιζοφρένειας.



**Το πρότυπο της κοινωνικής αιτιότητας (social causation) :**



ΠΗΓΗ: Μαδιανός 2003, σ. 229

### 6.5 Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο της σχιζοφρένειας

Το σύνθετο πρότυπο της αιτιοπαθογένειας και της πορείας της σχιζοφρένειας σχηματοποιείται συνοπτικά με το ακόλουθο σχήμα.

#### Φάσεις της νόσου

		Προδιάθεση	Έναρξη	Πορεία
	βιολογικοί	Γενετικοί παράγοντες. Επιπλοκές κατά την γέννηση, φύλο.		
Παράγοντες	ψυχολογικοί		Ευαλωσιμότητα στις ψυχοπιέσεις (στρες)	
	κοινωνικοπολιτισμικοί			Στίγμα στην οικογένεια, Κοινωνικός αποκλεισμός, Ιδρυματισμός.

ΠΗΓΗ: Μαδιανός 2003, σ. 216

## 6.6 Η πορεία της εμφάνισης της σχιζοφρένειας

Ο τρόπος που εξελίσσεται η σχιζοφρένεια μπορεί να ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με την περίπτωση.

Υπάρχουν τρεις ξεχωριστές φάσεις :

- **Πρόδρομη φάση** : πριν από την πραγματική έναρξη της αρρώστιας, μπορεί να παρατηρηθεί μία βαθμιαία αλλαγή στη διάθεση και τη συμπεριφορά. Το άτομο αρχίζει να περιορίζει τις κοινωνικές επαφές, να φέρεται περίεργα, να αισθάνεται κουρασμένο και ανήσυχο και να παραμελεί την εμφάνιση του και την προσωπική του υγιεινή. Το άτομο μπορεί να μην αισθάνεται ούτε ευτυχισμένο ούτε ιδιαίτερα δυστυχισμένο αλλά συναισθηματικά σα να μην έχει συναισθήματα (κατατονική διάθεση), (πίνακας 1). Πολλοί άνθρωποι που έχουν σχιζοφρένεια μαθαίνουν να αναγνωρίζουν αυτά τα συμπτώματα ως μία προειδοποίηση ότι ίσως πρόκειται να εμφανίσουν υποτροπή και η αρρώστια τους να μπει πάλι σε ενεργό φάση. Μία επανεξέταση της φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας σε αυτό το πρώιμο στάδιο μπορεί να προλάβει την υποτροπή.
- **Οξεία ή ενεργή φάση** : σε αυτό το σημείο το άτομο αδυνατεί να αγνοήσει την αρρώστια του. Συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και συγκεχυμένη σκέψη γίνονται πλέον εμφανή και το άτομο φτάνει σε ένα κρίσιμο σημείο. Σε αυτή τη φάση, το νοσοκομείο ενδέχεται να αποτελεί τον πιο ασφαλή τόπο διαμονής, όπου η κατάσταση αξιολογείται και χορηγείται η κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία.
- **Υπολειμματική φάση** : όταν η θεραπεία αρχίζει να έχει αποτέλεσμα, η κατάσταση σταθεροποιείται και τα οξέα συμπτώματα αρχίζουν να εξαφανίζονται. Ορισμένα συμπτώματα (έλλειψη ενεργητικότητας, κοινωνική απόσυρση κ.λ.π) ενδέχεται να παραμείνουν για κάποιο χρονικό διάστημα – σε μερικές περιπτώσεις εξαφανίζονται γενικά γρήγορα, σε άλλες μπορεί να επιμένουν. Αυτή η φάση μπορεί να έχει διάρκεια πολλών ετών, συχνά με παρεμβολή υποτροπών προς οξεία φάση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η τακτική λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με την υποστήριξη καταφέρνουν να περιορίσουν στο ελάχιστο αυτές τις υποτροπές. (Bristol – Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceuticals Europe 2004, σ. 23)

**Τα πρόδρομα συμπτώματα για τη σχιζοφρένεια (DSM-III-R) (πίνακας 1)**

- ο Έντονη απόσυρση / απομόνωση
- ο Έντονα περίεργη συμπεριφορά
- ο Σοβαρή έκπτωση στον τομέα της προσωπικής υγιεινής και περιποίησης
- ο Αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα
- ο Παρεκβατικός, ασαφής υπερπεριεκτικός ή περιστασιακός λόγος ή φτωχό περιεχόμενο του λόγου
- ο Περίεργες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη
- ο Ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες
- ο Σοβαρή έλλειψη κινήτρων και ενδιαφερόντων

## **6.7 Συμπτωματολογία**

Υπάρχουν πολλά και ποικίλα συμπτώματα και σημεία της σχιζοφρένειας, που είναι δυνατόν να εμφανισθούν σε διαφορετικούς συνδυασμούς και με ποικίλη βαρύτητα ανάλογα με το άτομο.

Αν και τα συμπτώματα είναι δυνατόν να εμφανισθούν σε σχεδόν οποιαδήποτε περίοδο της ζωής, συνήθως εκδηλώνονται για πρώτη φορά κατά το τέλος της εφηβείας ή την αρχή της ενήλικης ζωής. Η αναγνώριση αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολή αν η αρρώστια εκδηλωθεί στη διάρκεια της εφηβείας, καθώς οι μεταβολές της συμπεριφοράς είναι πολύ συνηθισμένες στη διάρκεια αυτής της περιόδου. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας επηρεάζουν τον τρόπο που το άτομο σκέπτεται, αισθάνεται και ενεργεί. Οι ειδικοί τα χωρίζουν σε τρεις κατηγορίες :

- «θετικά» συμπτώματα – όπως α) το να αντιλαμβάνεσαι, με την όραση, την ακοή, την όσφρηση ή τη γεύση, πράγματα που δεν υπάρχουν και β) οι παραληρητικές ιδέες, που μπορούν να έχουν πολλές μορφές, όπως διώξεις - τηλεπάθειας, μεγαλείου, θρησκευτικές, επιστημονικής φαντασίας ή παραφυσικές. Τα Θετικά Συμπτώματα είναι τόσο πραγματικά για το άτομο με σχιζοφρένεια όσο εξωπραγματικά είναι για την οικογένεια και τους φίλους του.

## ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

ΠΩΣ ΟΝΟΜΑΖΕΤΑΙ	ΠΩΣ ΣΕ ΚΑΝΕΙ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ
<b>ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΗ</b>	<p>Αντιλαμβάνεσαι με την όραση, την ακοή, την όσφρηση ή τη γεύση πράγματα που δεν υπάρχουν.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η πιο συχνή ψευδαίσθηση είναι να ακούς φωνές.</li> <li>• Ορισμένα άτομα, ιδίως στα αρχικά στάδια, μπορεί να βρίσκουν ανακούφιση σε αυτές τις φωνές, που δεν είναι τρομακτικές.</li> <li>• Σε άλλες περιπτώσεις, οι φωνές έχουν υβριστικό ή αρνητικό περιεχόμενο ή δίνουν διαταγές.</li> </ul>
<b>ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΗ ΙΔΕΑ</b>	<p>Η πεποίθηση ότι ισχύει κάτι που δεν μπορεί να είναι αληθινό. Για παράδειγμα:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• να νομίζεις ότι σε παρακολουθούν μέσω της τηλεόρασης</li> <li>• να πιστεύεις ότι είσαι διάσημος</li> <li>• να πιστεύεις ότι η τηλεόραση ή το ραδιόφωνο σου στέλνει μηνύματα</li> <li>• να έχεις παράξενες ή επίμονες θρησκευτικές πεποιθήσεις</li> </ul>
<b>ΠΑΡΑΝΟΕΙΑΔΗΣ ΣΚΕΨΗ</b>	<p><b>Ακραία καχυποψία. Για παράδειγμα:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• να θεωρείς ότι οι άλλοι συνωμοτούν εναντίον σου, προσπαθούν να σε βλάψουν ή σε παρακολουθούν</li> <li>• να πιστεύεις ότι σε παρακολουθούν εξωγήινοι κ.ά.</li> </ul>

ΠΗΓΗ: Bristol – Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd 2004, σ. 11

- «αρνητικά» συμπτώματα – όπως μειωμένη ενεργητικότητα ή διάθεση και απομάκρυνση από την οικογένεια και τους φίλους, μεταβολή στις συνήθειες του ύπνου, ακοινώνητη συμπεριφορά. Τα αρνητικά συμπτώματα σε κάνουν να αισθάνεσαι «τεμπέλης» και έχουν ως αποτέλεσμα να χάνεις το ενδιαφέρον σου για τους ανθρώπους και τα πράγματα γύρω σου.

## ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

ΠΩΣ ΟΝΟΜΑΖΕΤΑΙ	ΠΩΣ ΣΕ ΚΑΝΕΙ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ
<b>ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μπορεί να έχεις χάσει το ενδιαφέρον σου για κάθε πτυχή της ζωής σου</li> <li>• Η ενεργητικότητα σου μπορεί να χάνεται και να έχεις δυσκολία στην εκτέλεση ακόμη και βασικών δραστηριοτήτων, όπως να σηκωθείς από το κρεβάτι ή να καθαρίσεις το σπίτι</li> </ul>
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μπορεί να χάσεις το ενδιαφέρον σου για τους φίλους σου και να περνάς την περισσότερη ώρα σου μόνος, συχνά έχοντας έντονο αίσθημα απομόνωσης</li> </ul>
<b>ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μπορεί να σου φαίνεται πολύ δύσκολο να διαβάσεις ένα βιβλίο ή ακόμα και να παρακολουθήσεις ως το τέλος ένα πρόγραμμα τηλεόρασης</li> <li>• Μπορεί να σου φαίνεται αδύνατο να θυμηθείς ή να μάθεις νέα πράγματα</li> </ul>

ΠΗΓΗ: Bristol – Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd  
2004, σ. 11

- «γνωσιακά» συμπτώματα – όπως συγκεχυμένη σκέψη και αδυναμία ολοκλήρωσης μιας πρότασης. Τα γνωσιακά συμπτώματα σε κάνουν να αισθάνεσαι «θολωμένος», ή σαν να μην μπορείς να σκεφτείς σωστά.

## ΓΝΩΣΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

ΠΩΣ ΟΝΟΜΑΖΕΤΑΙ	ΠΩΣ ΣΕ ΚΑΝΕΙ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ
<b>ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συγκεχυμένη σκέψη που σου προκαλεί σύγχυση ή διαταραχή της συγκέντρωσης</li> </ul>
<b>ΠΤΩΧΕΙΑ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΣΚΕΨΗΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αρχίζεις να λες κάτι αλλά στη μέση της φράσης ξεχνάς αυτό που ήθελες να πεις</li> <li>• Η ολοκλήρωση μιας σκέψης μπορεί να απαιτεί μεγάλη προσπάθεια και να φαίνεται δύσκολη</li> </ul>

ΠΗΓΗ: Bristol – Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd 2004, σ. 12

Παρακάτω αναφέρουμε συνοπτικά τα κύρια χαρακτηριστικά, κλινικά γνωρίσματα της σχιζοφρένειας :

- Διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης : ο ψυχικά πάσχον διακατέχεται από μια λανθασμένη αντίληψη για την πραγματικότητα.
- Διαταραχή της σκεπτικής διεργασίας και του λόγου: ο ψυχικά πάσχον παρουσιάζει έκπτωση στον προφορικό και γραπτό λόγο και στην συνολική επικοινωνία του.
- Διαταραχή της αντίληψης: ο ψυχικά πάσχον έχει ψευδαισθήσεις (αισθητηριακού τύπου εμπειρίες) επί την απουσία εξωτερικού ερεθίσματος.
- Διαταραχή του συναισθήματος: ο ψυχικά πάσχον χαρακτηρίζεται από μειωμένη και απρόσφορη συναισθηματική έκφραση.
- Διαταραχές της κίνησης: παλαιότερα αποτελούσαν ένα βασικό συστατικό κομμάτι κάθε περιγραφής της κλινικής εικόνας της σχιζοφρένειας, αλλά σήμερα, οι εκδηλώσεις της διαταραχής της κίνησης, σπανίζουν στις δυτικές κοινωνίες.
- Διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών: ο ψυχικά πάσχον παρουσιάζει μειωμένη συγκέντρωση και μνήμη καθώς και μειωμένη ικανότητα για νέα μάθηση.

- Διαταραχή του κινήτρου/βούλησης: ο ψυχικά πάσχον παρουσιάζει έλλειψη ορμών, επιθυμιών, κινήτρων, πρωτοβουλίας, ενδιαφέροντος για το περιβάλλον του και τον κόσμο.
- Διαταραχή της εναισθησίας (επίγνωσης του παθολογικού): ο ψυχικά πάσχον δεν έχει καμία επίγνωση του παθολογικού της ψυχικής του κατάστασης, ή έχει μικρή και μεταβαλλόμενη επίγνωση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

### **7.1 Η απλή σχιζοφρένεια**



Στην απλή μορφή σχιζοφρένειας παρατηρείται μια προοδευτική πτώση του συναισθήματος που από απλή ρηχότητα οδηγείται σε πλήρη κατάργηση αυτού. (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 232)

Η νόσος εμφανίζεται νωρίς και έχει βραδύ ρυθμό εξέλιξης. Από τα πρώτα συμπτώματα εμφάνισης της νόσου είναι η πτώση της σχολικής επίδοσης, μείωση της πρωτοβουλίας, τεμπελιά, αναίτιες εκδηλώσεις βίας. Επίσης εμφανίζεται περιορισμός των σχέσεων φιλικών, έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή, μείωση των αναστολών.

Αποτέλεσμα της συναισθηματικής έκπτωσης του ατόμου είναι η απόσυρση από την κοινωνική ζωή και ο περιορισμός στην ικανοποίηση των ζωτικών βιολογικών αναγκών. Άλλοτε πάλι το άτομο αντί για απόσυρση οδηγείται σε ομάδες που αναπτύσσουν αντικοινωνική συμπεριφορά.

## 7.2 Η ηβηφορениκή σχιζοφρένεια

Από το όνομά της διαφαίνεται ότι η έναρξη της νόσου παρουσιάζεται στην εφηβική ηλικία ανάμεσα στο 13<sup>ο</sup> και 22<sup>ο</sup> έτος της ζωής.

Πρώιμο σύμπτωμα της νόσου αποτελεί η προοδευτική δυσχέρεια στη συγκέντρωση της σκέψης και η μείωση της αφομοιωτικής ικανότητας τόσο του γραπτού όσο και του προφορικού λόγου (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 203). Οι διαταραχές αυτές δημιουργούν έντονο το αίσθημα της δυσφορίας.

Το συναίσθημα περνάει από διάφορες κλίμακες πριν εκπέσει στο επίπεδο της απάθειας και αδιαφορίας.

Η συμπεριφορά πριν γίνει αυτιστική είναι περίεργη με επιτηδεύσεις στις κινήσεις, το λόγο με μορφασμούς, αναίτια γέλια, απρόβλεπτη στις αντιδράσεις.

Με την αύξηση του αυτισμού και την πτώση του συναισθήματος η συμπεριφορά οδηγείται σε δίχως στόχο εκδηλώσεις, οι ηθικές αναστολές μειώνονται σε σημείο που σε βαριά διαταραχή καταργείται το ταμπού της αιμομιξίας, με σεξουαλικές επιθέσεις σε συγγενικά πρόσωπα.

Παραληρητικές ιδέες εμφανίζονται συχνά είναι όμως επιπόλαιες και φευγαλέες σπάνια συστηματοποιημένες σε παραλήρημα οργανωμένο (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 205-206). Εμφανίζονται επίσης και ψευδαισθήσεις οι οποίες δεν ενοχλούν τον ασθενή ο οποίος ζει με αυτές.

Σε βαριές μορφές της νόσου στο τελικό στάδιο καταργείται κάθε συναίσθημα καθώς και σχέσεις που το απαιτούν. Το άτομο αδιαφορεί για τον εαυτό του, δεν ντύνεται, δεν πλένεται και σε περιπτώσεις φτάνει σε σημείο να ουρεί και να αφοδεύει πάνω του.

### 7.3 Κατατονική σχιζοφρένεια

Η κατατονική σχιζοφρένεια αφορά ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα επεκτεινόμενο κυρίως στις μεγάλες ηλικίες. Η νόσος δεν έχει βραδύ ρυθμό εξέλιξης, η εγκατάσταση των συμπτωμάτων γίνεται άμεσα ενώ έχει προηγηθεί κάποιο στάδιο κινητικής ανησυχίας, ευερεθιστότητας με τάση για απόσυρση ή κάποιο καταθλιπτικό συναίσθημα.

Χαρακτηριστικά της νόσου είναι τα κατατονικά συμπτώματα, οι ψευδαισθήσεις. Κύριο γνώρισμα της νόσου αποτελεί όμως η κατατονική εμβροντησία η οποία ποικίλλει σε ένταση από ασθενή σε ασθενή. (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 208)

Ο ασθενής προτού πέσει στην πλήρη εμβροντησία, περιορίζει αρχικά την ψυχοκινητική του δραστηριότητα. Παύει να μιλάει, να εκτελεί καθημερινές πράξεις συνηθισμένες (π.χ. να ντυθεί, να φάει, να πλυθεί), το πρόσωπό του δείχνει έλλειψη συναισθηματικής συμμετοχής σε ότι συμβαίνει γύρω του. Πολλές φορές συγκρατεί τα ούρα και τα κόπρανά του, το σάλιο του, παίρνει παράξενες μορφές και η ομιλία του διαταράσσεται.

Στις περιπτώσεις της πλήρης εμβροντησίας ο ασθενής μιμείται τον νεκρό. Δεν υπάρχει κανενός είδους αντίδραση, δεν κινεί κανένα μέρος του σώματός του, το πρόσωπό τους είναι ωχρο, τα άκρα ψυχρά, η πίεση χαμηλή, δεν λαμβάνει τροφή.

Στην κατάσταση αυτή μπορεί ο ασθενής να μείνει για μέρες και να επανέλθει άλλοτε αιφνίδια και άλλοτε σιγά-σιγά στη φυσιολογική κατάσταση. Η επανάκαμψη του μπορεί να γίνει ομαλά, μπορεί όμως να πέσει και σε μια κατάσταση έντονου αρνητισμού ή σε κατατονική διέγερση.

Όταν ο ασθενής επέλθει στη δεύτερη περίπτωση εμφανίζεται ανοργάνωτη και έξαλλη κινητική δραστηριότητα, η οποία στρέφεται εναντίον οποιουδήποτε. Δεν υπάρχει συναισθηματική έκφραση ή κάποιο σημείο που να συνοψίζει τη

συμπεριφορά του. Συχνά κατά τη διάρκεια της διέγερσης μπορεί ο ασθενής να διαπράξει φόνο ή να αυτοκτονήσει.

Τέλος, παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις εμφανίζονται ή προηγούνται της κατατονικής διέγερσης.

#### **7.4 Παρανοειδής σχιζοφρένεια**

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία παρανοειδής σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από την παρουσία παραληρητικών ιδεών διώξεως και μεγαλείου που συχνά συνοδεύονται με ψευδαισθήσεις. Μερικές φορές η νόσος συνδυάζεται με υπερβολική θρησκευτικότητα. Η στάση του αρρώστου είναι συχνά εχθρική και επιθετική και η συμπεριφορά του συντονίζεται με τις παραληρητικές του ιδέες. Γενικά η διαταραχή δεν παρουσιάζει την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας ίσως γιατί ο άρρωστος χρησιμοποιεί το μηχανισμό της προβολής που του επιτρέπει να αποδίδει στους άλλους τις ιδιότητες που δεν αποδέχτηκε ο ίδιος. Με βάση το κυριαρχούν σύμπτωμα είναι σε μερικές περιπτώσεις δυνατή η διάκριση της μορφής αυτής σε τρεις τύπους: τον πρώτο, όπου κυριαρχεί η εχθρικότητα, το δεύτερο όπου κυριαρχούν οι ιδέες μεγαλείου και τον τρίτο όπου κυριαρχούν οι ψευδαισθήσεις. (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 212)

Ηλικία έναρξης εντοπίζεται γύρω στα τριάντα. Η νόσος προσβάλλει τα άτομα σε χρόνο που έχουν ολοκληρώσει την κοινωνική τους προσαρμογή και έχουν ισχυροποιήσει αμυντικούς μηχανισμούς, περιορίζοντας έτσι τη διαταραχή σε τμήμα της προσωπικότητάς τους.

Ως βασικά χαρακτηριστικά της νόσου θεωρούνται το παραλήρημα, οι ψευδαισθήσεις, οι διαταραχές του συναισθήματος, της συμπεριφοράς και της δομής της σκέψης.

Η νόσος μπορεί να εγκατασταθεί αιφνίδια ή με βραχεία, σταδιακή εγκατάσταση. Στην πρώτη περίπτωση η αλλαγή που παρουσιάζεται στο άτομο γίνεται εύκολα αντιληπτή ενώ στη δεύτερη λαμβάνεται ως συμπεριφορές ενός ήδη «δύσκολου» χαρακτήρα.

#### **7.5 Οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο**

Διακρίνεται για την οξεία εγκατάσταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων που συνοδεύονται από σύγχυση, αμηχανία, ιδέες συσχέτισεως, συναισθηματική αναταραχή, ονειροειδείς διχαστικές εκδηλώσεις, διέγερση, κατάθλιψη ή φόβο. Η οξεία εγκατάσταση διαχωρίζει αυτή τη μορφή από τη απλή σχιζοφρένεια. Με τον καιρό οι άρρωστοι μπορεί να αναπτύξουν κλινική εικόνα που χαρακτηρίζει την κατατονική, την ηβηφρενική ή την παρανοειδή σχιζοφρένεια οπότε και η διάγνωση πρέπει να προσαρμοστεί ανάλογα. Σε πολλές περιπτώσεις ο άρρωστος αποκαθίσταται στο φυσιολογικό μέσα σε εβδομάδες αλλά μερικές φορές η αποργανωτική εξεργασία παίρνει εξελικτικό χαρακτήρα. Πολύ συχνά σημειώνονται υποτροπές (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 219) σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.

Στη μορφή αυτή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλλουν και δεν παρουσιάζονται ειδικά συμπτώματα. Αυτό που θεωρείται ως διακριτικό γνώρισμα είναι η οξεία εγκατάσταση, η ποικιλομορφία και η μεγάλη ένταση των συμπτωμάτων που προκαλούν ένα έντονο συναίσθημα αμηχανίας και σύγχυσης στο άτομο.

Σύμφωνα με τον Boisen η κλινική εικόνα του επεισοδίου εμφανίζεται κάτω από ψυχοπιεστικές συνθήκες που πυροδοτούνται από την ύπαρξη άλυτου προσωπικού προβλήματος. (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 220)

## **7.6 Λανθάνουσα σχιζοφρένεια**

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία η μορφή αυτή περιλαμβάνει άρρωστους που έχουν σαφή συμπτώματα σχιζοφρένειας αλλά χωρίς ψυχωσικό σχιζοφρενικό επεισόδιο. Εδώ περιλαμβάνονται οι διαταραχές εκείνες που χαρακτηρίζονται ως Ψευδονευρωσικές, Ψευδοψυχοπαθητικές ή Μεταιχμιακή Σχιζοφρένεια. (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 221)

## **7.7 Ψευδονευρωσική σχιζοφρένεια**

Βασικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι τα εξής: καθολικό άγχος, παντειονεύρωση, χαοτική σεξουαλική ζωή, με απουσία ψευδαισθήσεων και παραληρήματος αλλά παρουσία διαταραχών στη δομή της σκέψης.

Λέγοντας παντειονεύρωση αναφερόμαστε στην ύπαρξη πολλών συγχρόνως νευρωσικών συμπτωμάτων. Εμφανίζονται δηλαδή υστερικές κρίσεις, παραλύσεις, φυγές, λυκοφωτικές πράξεις, ιδεοληψίες και νευρωσική κατάθλιψη.

Το άγχος αφορά τη σταθερή παρουσία του στην καθημερινή ζωή του ανθρώπου σε τέτοια ένταση που φορές φτάνει και τις κρίσεις πανικού.

Η σεξουαλική ζωή χαρακτηρίζεται χαοτική με βασικό στοιχείο τη δυσκολία προσαρμογής σε φυσιολογικές ετερόφυλες ερωτικές σχέσεις. Η ίδια κατάσταση παρουσιάζεται και στην επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή, το άτομο δηλαδή έχει περιορισμένες και κατά κανόνα τυπικές σχέσεις μη σταθερές, με μικρή απόδοση στις απαιτήσεις.

## **7.8 Ψευδοψυχοπαθητική σχιζοφρένεια**

Στη μορφή αυτή σχιζοφρένειας βασικό χαρακτηριστικό είναι οι ποικίλου τύπου αντικοινωνικές εκδηλώσεις π.χ. αναίτιοι καυγάδες, αδικοπραξίες, εριστικότητα, αλκοολισμό, σεξουαλικές διαστροφές, κ.λ.π. Η κλινική εικόνα του ατόμου χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συμπεριφοράς παρόμοιες με εκείνες των ψυχανώμαλων, τα συμπτώματα αφορούν ψυχοπαθητικό τύπο και όχι νευρωσικό.

Διακρίνονται τρεις τύποι ψευδοψυχοπαθητικής προνοσηρής προσωπικότητας:

*α. Στον πρώτο τα βασικά χαρακτηριστικά είναι η σκληρότητα, εριστικότητα, επιθετική συμπεριφορά και η παρουσία υποχονδριακών ψυχαναγκαστικών και φοβικών συμπτωμάτων.*

*β. Στο δεύτερο τύπο εμφανίζεται έντονη ανάγκη εξάρτησης, παθητική επιθετικότητα, έμμονη τάση για προσκόλληση, άγχος έντονο και συνεχή ενασχόληση με το θάνατο.*

*γ. Τέλος, στον τρίτο τύπο εμφανίζεται η ανάγκη για απόσυρση και απομόνωση και τάση για χρήση αλκοόλ . (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 223-224)*

### **7.9 Υπολειμματική σχιζοφρένεια**

Αφορά, η υπολειμματική σχιζοφρένεια, τα άτομα εκείνα που έχουν παρουσιάσει στο παρελθόν σχιζοφρενικά επεισόδια αλλά μέσω της θεραπείας που τους έχει χορηγηθεί έχουν μια σταθεροποιημένη κατάσταση. (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 224)

Η ψύχωση έχει σταθεροποιηθεί στις περιπτώσεις αυτές ώστε να μην παρουσιάζονται τα παραγωγικά συμπτώματα όπου όμως είναι σαφείς οι πληγές που έχει αφήσει η ασθένεια.

### **7.10 Σχιζοσυναισθηματική ψύχωση**

Η σχιζοσυναισθηματική ψύχωση περιλαμβάνει σύμφωνα με την Α.Ψ.Ε. τους αρρώστους που παρουσιάζουν ένα μίγμα από σχιζοφρενικού τύπου συμπτώματα και έκδηλη ευφορία ή κατάθλιψη. Διακρίνουμε δύο τύπους: τον διεγερτικό σχιζοσυναισθηματικό και τον καταθλιπτικό. (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 224)

Χαρακτηριστικά της νόσου είναι οι μεταβολές του συναισθήματος είτε προς την ευφορία είτε προς την κατάθλιψη. Το συναίσθημα στη φάση της ευφορίας είναι στεγνό ενώ στη φάση της κατάθλιψης άχρωμο και ασαφές. Εμφανίζεται κυρίως στον ανδρικό πληθυσμό και το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στον σχιζοφρενικό τύπο.

### **7.11 Παιδική σχιζοφρένεια**

Η παιδική σχιζοφρένεια αφορά τις περιπτώσεις όπου τα σχιζοφρενικά επεισόδια εμφανίζονται πριν την εφηβεία. Τα χαρακτηριστικά είναι η απόσυρση ή αυτιστική άτυπη συμπεριφορά, αποτυχία στην ανάπτυξη ανεξάρτητης ταυτότητας με γενική ανισομέρεια, σημαντική ανωριμότητα και ανεπάρκεια στην ανάπτυξη, οι βλάβες

αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε νοητική καθυστέρηση. (Στεφανής και συνεργάτες 1990, σ. 226)

### 7.12 Χρόνια, αδιαφοροποιητική σχιζοφρένεια

Πρόκειται για μορφή της νόσου όπου η εικόνα του ασθενούς δεν είναι σαφής έτσι ώστε να επιτρέπεται η ένταξή της σε κάποια από τις παραπάνω μορφές. Οι ασθενείς παρουσιάζουν μικτά σχιζοφρενικά συμπτώματα καθώς και διαταραχές στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά.

### 7.13 Ταξινόμηση

Οι διεθνείς ταξινομήσεις της Π.Ο.Υ και της ΑΨΕ στα συστήματα ICD-10 και DSM-IV, αντίστοιχα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ICD-10	DSM-IV
F20-F29 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ, ΣΧΙΖΟΤΥΠΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ <b>F20 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b> F20.0 Παρανοειδής σχιζοφρένεια F20.1 Ηβηφρενική σχιζοφρένεια F20.2 Κατατονική σχιζοφρένεια F20.3 Αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια F20.4 Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη F20.5 Υπολειμματική σχιζοφρένεια F20.6 Απλή σχιζοφρένεια F20.8 Άλλη μορφή σχιζοφρένειας F20.9 Σχιζοφρένεια, μη καθοριζόμενη <b>F21 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ</b> <b>F22 ΧΡΟΝΙΖΟΥΣΕΣ</b> <b>ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	295.XX ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ  <b>295.XX ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b> Παρανοειδής τύπος Αποργανωτικός τύπος Κατατονικός τύπος Αδιαφοροποίητος τύπος Υπολειμματικός τύπος  <b>295.40 Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή</b>  <b>297.1 Παραληρητική διαταραχή</b>





F25.8 Άλλες σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές	
F25.9 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, μη καθοριζόμενη	
<b>F28 Άλλες μη οργανικές ψυχωσικές διαταραχές</b>	<b>293.XX</b> Ψυχωσική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση
<b>F29 Μη οργανική ψύχωση , μη καθοριζόμενη</b>	81 με παραλήρημα 82 με ψευδαισθήσεις <b>Ουσιοεπαγόμενη ψυχωσική διαταραχή</b> <b>289.9 Ψυχωσική διαταραχή MAK</b>

ΠΗΓΗ: Μαδιανός 2003, σ. 187

#### 7.14 Πορεία και έκβαση της νόσου

Για το μεγαλύτερο διάστημα αυτού του αιώνα η σχιζοφρένεια πιστευόταν πως ήταν μια νόσος με συνεχή έκπτωση. Σήμερα οι περισσότεροι κλινικοί συμφωνούν ότι αυτή η εξαιρετικά απαισιόδοξη άποψη δεν δικαιολογείται και ότι υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία όσον αφορά την πορεία της νόσου.

Ελάχιστες μελέτες παρακολούθησαν ασθενείς με σχιζοφρένεια πέρα από τη μέση ηλικία. Οι λίγες αυτές μελέτες υποδεικνύουν μια μικρή τάση για κλινική βελτίωση με μείωση των θετικών συμπτωμάτων. Παρόλα αυτά η σχιζοφρένεια τείνει να ακολουθεί χρόνια πορεία. Ακόμα και ασθενείς που ανένηψαν τελείως, μπορεί να παρουσιάσουν μια υποτροπή μετά από ακόμα και πολλά χρόνια. Η μεγαλύτερη ποικιλομορφία όσον αφορά τα κλινικά συμπτώματα εμφανίζεται στα πρώτα στάδια της νόσου. Σε ένα μεγάλο βαθμό, η πορεία ξεκαθαρίζει μέσα στα πρώτα πέντε χρόνια από την έναρξη.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η σχιζοφρένεια τείνει να ακολουθεί έναν από τους παρακάτω γενικούς τύπους πορείας

- Ομάδα 1 (22%) - Μοναδικό επεισόδιο/Καμία έκπτωση

- Ομάδα 2 (35%) - Πολλαπλά επεισόδια/Μικρή ή καθόλου έκπτωση στο ενδιάμεσο
- Ομάδα 3 (8%) – Σταθερή και μη προοιπούσα έκπτωση μετά το πρώτο επεισόδιο και τις συνακόλουθες υποτροπές χωρίς ποτέ επαναφορά στο φυσιολογικό
- Ομάδα 4 (35%) – Έκπτωση που αυξάνει με κάθε ένα από τα πολλαπλά επεισόδια χωρίς ποτέ επαναφορά στο φυσιολογικό

Οι περισσότερες μελέτες που εξετάζουν την μακροχρόνια έκβαση της νόσου πάσχουν από πολλά μεθοδολογικά προβλήματα, αλλά παρόλα αυτά οι πιο πολλές αναφέρουν παρόμοια ευρήματα. Το συνολικό πόρισμα είναι πως μπορούμε να δούμε την έκβαση της νόσου κάτω από δυο διαφορετικές αλλά συμπληρωματικές οπτικές γωνίες, τον βαθμό υποχώρησης των συμπτωμάτων και το επίπεδο της κοινωνικής λειτουργικότητας (ή έκπτωσης). Συνεπώς, η κλινική και η κοινωνική νοσηρότητα τείνουν να συμβαδίζουν.

Επίσης, διάφοροι παράγοντες έχουν βρεθεί να παίζουν στατιστικά σημαντικό ρόλο για μια καλή έκβαση της σχιζοφρένειας. Αυτοί διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες :

- Δημογραφικοί παράγοντες (θήλυ, έγγαμος κ.α)
- Προνοσηρή προσαρμογή (απουσία πρότερου ψυχιατρικού ιστορικού και διαταραχών της προσωπικότητας, καλές κοινωνικές και εργασιακές σχέσεις, καλό επίπεδο εκπαίδευσης) καθώς και
- Κλινικές παραμέτρους (οξεία έναρξη, πρόκληση από οξύ στρεσογόνο παράγοντα, μεγαλύτερη ηλικία κατά την έναρξη, βραχύ αλλά θορυβώδες επεισόδιο, ικανοποιητική απάντηση στην θεραπεία κ.ά.)

Οι σχιζοφρενείς ασθενείς ζούνε κατά μέσο όρο 10 χρόνια λιγότερα από τους συνομιλήκους τους υγιείς, ένα 10% περίπου αυτοκτονούν – κυρίως νεαροί στα αρχικά στάδια της νόσου με επίμονες ψευδαισθήσεις και παραλήρημα. Άλλες αιτίες θανάτου αποτελούν τα ατυχήματα και οι καρδιακές νόσοι. Η αιτία για την αυξημένη επίπτωση των καρδιακών νοσημάτων στους σχιζοφρενείς δεν είναι γνωστή, αλλά ενοχοποιούνται οι κακές συνθήκες διαβίωσης και διατροφής, το κάπνισμα, η μη προσέλευση τους στο γιατρό τους και οι εκ του καρδιαγγειακού

παρενέργειες των συνταγογραφούμενων αντιψυχωτικών φαρμάκων. (Μπίτσιος σ. 46)

### **7.15 Θεραπείες**

Η θεραπεία των αρρώστων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ακολουθεί τη βιολογική και την ψυχοκοινωνική προσέγγιση, οι οποίες τις περισσότερες φορές συνδυάζονται. Πριν από οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να τηρούνται οι παρακάτω αρχές:

- Εγκατάσταση σχέσης θεραπευτικής συμμαχίας.
- Σωστή διάγνωση και έλεγχος της βαρύτητας της εικόνας.
- Εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου.
- Εξατομίκευση κάθε θεραπείας.

#### **7.15.1 Βιολογικές θεραπείες**

- Ψυχοφαρμακοθεραπεία: αποτελεί το θεραπευτικό πυρήνα της αντιμετώπισης των ψυχικών συμπτωμάτων, κυρίως των παραληρητικών ιδεών (των ψευδαισθήσεων και της διέγερσης)
- Νευροληπτικά
- Νεότερα άτυπα αντιψυχωσικά
- Άλλα φάρμακα (Μαδιανός 2003, σ. 218 – 220)

## **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

<p><b>ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ</b> <b>1991 – ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1950</b></p>	<p>Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι γιατροί χρησιμοποιούσαν μια πρωτόγονη μορφή ηλεκτροσόκ για τη θεραπεία των ασθενών με σχιζοφρένεια. Η θεραπεία αυτή, προκαλούσε υψηλό πυρετό και επιληπτικές κρίσεις, που φαίνονταν να μειώνουν τα ψυχωσικά συμπτώματα. Επίσης, εφαρμοζόταν ινσουλινοθεραπεία για την καταστολή των ασθενών και τη μείωση του αριθμού των υπεύθυνων εγκεφαλικών κυττάρων. Μερικές φορές, γινόταν χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του τμήματος του εγκεφάλου που θεωρείτο υπεύθυνο για την επεξεργασία των συναισθημάτων. Γνωστή ως λοβοτομή, αυτή η επέμβαση βοηθούσε στον έλεγχο της επιθετικής συμπεριφοράς, είχε, όμως, ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται οι ασθενείς μειωμένη δραστηριότητα και μείωση της συναισθηματικής έκφρασης.</p>
<p><b>ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ – ΤΑ ΤΥΠΙΚΑ (ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1950 – ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1960)</b></p>	<p>Τα πρώτα αντιψυχωσικά φάρμακά κυκλοφόρησαν στη δεκαετία του 1950. Κατά τη δεκαετία του 1960, κυκλοφόρησαν πιο προηγμένα αντιψυχωσικά, όπως η αλοπεριδόλη και η φλουφαιναζίνη. Γνωστά ως κλασσικά αντιψυχωσικά, αυτά τα φάρμακα έγιναν η θεραπεία εκλογής για τα επόμενα 30 χρόνια. Τα κλασσικά αντιψυχωσικά εξακολουθούν ακόμη να χρησιμοποιούνται ως μια θεραπευτική</p>

	<p>επιλογή. Τα κλασσικά αντιψυχωσικά είναι αποτελεσματικά κατά των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, παρόλα αυτά όμως, έχουν αρκετές παρενέργειες και εμφανίζουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα ως προς τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Επιπλέον, δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα στα γνωσιακά συμπτώματα.</p>
<b>ΤΑ ΑΤΥΠΑ (ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1990)</b>	<p>Κυκλοφόρησαν το 1990 και ονομάστηκαν άτυπα αντιψυχωσικά. Είναι αποτελεσματικά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και έχουν μικρότερη πιθανότητα να προκαλέσουν ορισμένες από τις παρενέργειες που συνοδεύουν τη λήψη των παλαιότερων φαρμάκων. Είναι αποτελεσματικά κατά των θετικών, αρνητικών και γνωσιακών συμπτωμάτων.</p> <p>Υπάρχουν αρκετά άτυπα αντιψυχωσικά, από τα οποία το καθένα έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.</p> <p>Οι περισσότερες επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν πλέον να αποτελούν τα άτυπα αντιψυχωσικά τη θεραπεία πρώτης εκλογής για τη σχιζοφρένεια, αντί για τα παλαιότερα κλασσικά αντιψυχωσικά.</p>
<b>ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ</b>	<p>Οι γνώσεις μας σχετικά με τη σχιζοφρένεια αυξάνουν συνεχώς. Και καθώς κατανοούμε όλο και περισσότερο</p>

	τα αίτια που προκαλούν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, συνεχίζουν να προκύπτουν όλο και πιο σύγχρονες θεραπείες.
--	---

ΠΗΓΗ: Bristol – Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd 2004, σ. 43-44

#### **7.15.2. Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις**

Η επαφή του ψυχοθεραπευτή με το ψυχωσικό άτομο πρέπει να γίνεται μέσα από την ανάπτυξη μιας συναισθηματικής σχέσης μαζί του με την έναρξη διαλόγου, επικοινωνίας με το άτομο ως πρόσωπο και όχι μόνο με την κατανόηση της έννοιας της ψύχωσης. Πρόκειται για μία σχέση που συγκροτείται σε λογικό υποκείμενο, μία σχέση δέσμευσης στο χρόνο, που εισάγει το άτομο εμπειρικά στον κόσμο της αυτοσυνείδησης και της πραγματικότητας.

#### **Άμεση γνωστική παρέμβαση**

Οι σχιζοφρενείς εμφανίζουν μια σειρά από νευροψυχολογικές ανωμαλίες στην προσοχή, στη μνήμη και στην επεξεργασία πληροφοριών, οι οποίες πιστεύεται ότι είναι οι βασικά υπεύθυνες για την ανάπτυξη των συμπτωμάτων της νόσου. Με αυτήν την βασική προϋπόθεση, η γνωστική θεραπεία προσπαθεί να βελτιώσει τα κλινικά συμπτώματα και την συνολική λειτουργικότητα των ασθενών, με την διόρθωση αυτών των βασικών γνωστικών ανωμαλιών. Διάφορα θεραπευτικά προγράμματα έχουν κατασκευαστεί με βάση αυτό το θεωρητικό πλαίσιο. Ειδικά γνωστικά ελλείμματα προσδιορίζονται εξατομικευμένα σε κάθε ασθενή με την βοήθεια ειδικών νευροψυχολογικών τεστ και με την παρατήρηση της συμπεριφοράς του. Κατόπιν, διάφορες ασκήσεις, προοδευτικά αυξανόμενης δυσκολίας, «συνταγογραφούνται» στον ασθενή ανάλογα με τις ατομικές του ανάγκες. Τα αποτελέσματα τέτοιων κλινικών ερευνών δείχνουν πράγματι βελτίωση των ασθενών στην εκτέλεση των νευροψυχολογικών τεστ, αλλά δυστυχώς αυτό δεν συνεπάγεται και σημαντική βελτίωση στην κλινική εικόνα και συμπεριφορά.

### Γνωστική παρέμβαση απευθυνόμενη στην τροποποίηση των συμπτωμάτων

Αυτή βασίζεται σε δυο υποθέσεις α) ότι η σχιζοφρένεια προκύπτει σε άτομα, που εκτός από την βιολογική τους προδιάθεση, τείνουν να σκέπτονται με δυσλειτουργικό τρόπο για τον εαυτό τους και τον κόσμο και β) ότι ο τρόπος αυτός μπορεί να είναι τροποποιήσιμος (θεραπεύσιμος) με την βοήθεια παρεμβάσεων βασισμένων στη μάθηση. Η γνωστική παρέμβαση έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι τώρα στην τροποποίηση κυρίως των παραληρημάτων και των ψευδαισθήσεων με ενθαρρυντικά αποτελέσματα που δείχνουν βελτίωση των συμπτωμάτων ή μείωση της υποκειμενικής δυσφορίας που οδηγεί σε βραχύτερες ή λιγότερες εισαγωγές. Τα θεμελιώδη συστατικά αυτής της προσέγγισης είναι : α) ο επακριβής προσδιορισμός και μέτρηση της βαρύτητας του συμπτώματος – στόχου, β) εξέταση των συμπεριφορών, συναισθημάτων και σκέψεων που προηγούνται και έπονται του συμπτώματος – στόχου, γ) διαμόρφωση, σε συνεργασία με τον ασθενή, εναλλακτικών, πιο προσαρμοστικών και κοινωνικά (αλλά και υποκειμενικά) αποδεκτών επεξηγήσεων για το σύμπτωμα – στόχο από αυτές που δίνει ο ίδιος και δ) εκτίμηση της αλλαγής του συμπτώματος – στόχου. (Μπίτσιος σ. 56)

Από τις πλέον επιτυχείς προσεγγίσεις είναι η γνωσιακή θεραπεία με βάση την άποψη ότι στην ψύχωση υπάρχουν:

1. Γνωσιακές δυσλειτουργικές καταστάσεις, διαστρεβλώσεις από βιώματα, λάθη, αδυναμία του ατόμου για συμβολική σκέψη, δυσκολία διάκρισης νοημάτων, γνωσιακός εγωκεντρισμός, κατηγοριακή σκέψη, αυτόματες αρνητικές σκέψεις.
2. Μία αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων.

Εκλυτικό γεγονός	Πεποίθηση	Αποτέλεσμα
Ο άρρωστος ακούει φωνές ανθρώπων που τον βρίζουν	πιστεύει ότι όλοι οι άνθρωποι είναι εχθροί του και Θέλουν το κακό του	→ δε βγαίνει έξω από το σπίτι του

Ο θεραπευτής εστιάζει στη γνωσιακή αναδόμηση με τις ακόλουθες διαδικασίες:

- Ανάλυση του προβλήματος για να επισημανθούν οι αδυναμίες και η ισχύς των παραληρητικών ιδεών
- Καθημερινές καταγραφές των σκέψεων
- Εναλλακτικές ερμηνείες των δυσάρεστων σκέψεων
- Επινόηση απλών δοκιμασιών ελέγχου της εγκυρότητας των σκέψεων
- Στρατηγικές διακοπής μιας «παθολογικής» σκέψης με μια καλή
- Στρατηγικές κορεσμού, π.χ. ο άρρωστος κουράζεται από τις ιδέες του και συνεχώς αντικρούεται από το θεραπευτή
- Συνεχής παρακολούθηση της εξέλιξης

Τα ψευδαισθησιακά βιώματα, που συνήθως είναι συνδεδεμένα με παραλήρημα, αντιμετωπίζονται με λογικά επιχειρήματα των πεποιθήσεων που συνοδεύουν τις ψευδαισθήσεις. Σε δεύτερο στάδιο καταρρίπτονται οι πεποιθήσεις ότι οι φωνές δε φεύγουν. Τρίτο στάδιο είναι η «συμφιλίωση» του ατόμου με «φωνές» που δε φεύγουν.

Μπορεί ο άρρωστος να μάθει να αυξομειώνει την έντασή τους υποκειμενικά, έτσι ώστε να αντιλαμβάνεται ότι όποτε θέλει, μπορεί να τις ελέγχει, άρα αυτές δεν είναι προϊόν εξωτερικής δράσης αλλά εγκεφαλικής, η οποία και αντιμετωπίζεται. (Μαδιανός 2003, σ. 225)

### **Εκπαίδευση στο ρόλο και στις παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων**

Η χρήση των νευροληπτικών πρέπει να γίνεται στην περίπτωση που τα φάρμακα αυτά συμβάλλουν στην ευόδωση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Η λήψη τους δεν πρέπει να γίνεται αντιληπτή ως μία μορφή καταναγκασμού ή τιμωρίας, αλλά ως ένα πρόσθετο όπλο για την καταπολέμηση της νόσου. Μία βασική προϋπόθεση στη φαρμακευτική αγωγή είναι η αποφυγή δόσεων ή συνδυασμών φαρμάκων που προκαλούν παρενέργειες και «αρνητικοποιούν» τη σωματική εικόνα του ασθενή. Μερικές φορές ίσως είναι προτιμότερο ο θεραπευόμενος να αφεθεί να έχει φαρμακολογικά ένα ανεκτό επίπεδο ψυχοπαθολογίας προκειμένου να μπορεί να εργάζεται και να κινείται πιο άνετα σε



προγράμματα αποκατάστασης παρά να του χορηγηθεί μια ισχυρή αγωγή και έτσι να μειωθεί σημαντικά η λειτουργικότητα του εξαιτίας των παρενεργειών των φαρμάκων. Πρέπει να τονιστεί η κλινική σημασία των νεότερων άτυπων νευροληπτικών που δεν προκαλούν σημαντικές παρενέργειες και ενισχύουν την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Η επεξήγηση των οποιοδήποτε παρενεργειών γίνεται μόνο σε περίπτωση κατά την οποία εμφανιστούν κάποιες από αυτές, αν και κατά την έναρξη της χορήγησης των νευροληπτικών τονίζεται ότι είναι πιθανόν να εμφανιστούν ορισμένες παρενέργειες, αφού κάθε ουσία που χρησιμοποιείται έχει και πιθανές παρενέργειες.

Έτσι, ο θεραπευόμενος προειδοποιείται και δεν αιφνιδιάζεται από τις τυχόν εμφανιζόμενες παρενέργειες, μερικές από τις οποίες προκαλούν εμφανισιακά προβλήματα (μυϊκές δυσκαμψίες κ.λ.π.).

Η εκπαίδευση του αρρώστου που αφορά στη συναίνεση στη φαρμακευτική αγωγή εστιάζει στον τρόπο της λήψης της (π.χ. όλα τα φάρμακα λαμβάνονται το βράδυ, πριν ή μετά τα γεύματα), στη δοσολογία (π.χ. ένα χάπι μονίμως κάθε βράδυ) και σε μνημοτεχνικές μεθόδους υπενθύμισης της λήψης φαρμάκων (π.χ. κάθε Κυριακή βράδυ).

Ένα βασικό μήνυμα το οποίο πρέπει να συνοδεύει τη φαρμακευτική αγωγή είναι ότι η θεραπευτική δράση ενός φαρμάκου είναι προτιμότερη από οποιοδήποτε πρόβλημα που πιθανόν να προκαλεί. Εκτός αυτού, τονίζεται ότι κάθε παρενέργεια είναι παροδική. Καθ' όλη τη μακρόχρονη διαδικασία της Κοινοτικής Ψυχοθεραπείας η φαρμακευτική δοσολογία συνδέεται με το επίπεδο ελέγχου των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Η χρήση βιολογικών μεθόδων υποβοηθάει τη σύνδεση αυτή. (Μαδιανός 2003, σ. 227)

### **Οικογενειακή παρέμβαση**

Είναι γνωστό ότι ο τρόπος που αισθάνονται και εκφράζουν το συναίσθημα τους οι συγγενείς των ασθενών έχει μια σημαντική έκπτωση στην πορεία της νόσου. Η εχθρικότητα, τα επικριτικά σχόλια και η υπερεμπλοκή από την πλευρά των ασθενών είναι προγνωστικοί παράγοντες για συχνές υποτροπές και εισαγωγές των ασθενών στο νοσοκομείο, ενώ θερμά και προστατευτικά σχόλια ασκούν προστατευτική επίδραση. Αντιστρόφως, η σχιζοφρένεια έχει σημαντική επίπτωση στα υγιή μέλη της οικογένειας, τα οποία αναφέρουν συχνά υψηλά επίπεδα δυσφορίας, κοινωνικής απομόνωσης, φόβους για την προσωπική τους ασφάλεια και οικονομικές δυσκολίες.

Διάφορα μοντέλα οικογενειακής παρέμβασης έχουν αναπτυχθεί με σκοπό την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

- Συστημική οικογενειακή θεραπεία
- Ψυχοδυναμική οικογενειακή θεραπεία
- Συμπεριφορική οικογενειακή θεραπεία
- Ομάδες συγγενών
- Ομάδες διαφορετικών οικογενειών

Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και οικογενειακής θεραπείας μπορούν να μειώσουν τα ποσοστά υποτροπής μέχρι και κατά 50% συγκριτικά με την φαρμακοθεραπεία από μόνη της. Παρόλο ότι δεν είναι αποδεδειγμένο πως η οικογενειακή θεραπεία βελτιώνει την κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών, σίγουρα μειώνει το βάρος από τους ώμους των ασθενών. (Μπίτσιος, σ. 56-57)

### **Ψυχοεκπαίδευση**

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν σαν κύριο στόχο τους την παροχή πληροφοριών γύρω από την φύση και την θεραπεία της σχιζοφρένειας και απευθύνονται στους ασθενείς μόνους τους, στους ασθενείς και στους συγγενείς μαζί ή στους συγγενείς μόνους τους ή σε ομάδες συγγενών διαφορετικών ασθενών.

Τα αποτελέσματα της ψυχοεκπαίδευσης φαίνονται κυρίως στη συμμόρφωση του ασθενούς με την θεραπεία και στην υποστήριξη των συγγενών προς αυτήν. Η ψυχοεκπαίδευση γύρω από τη φύση και την θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι καλή θεραπευτική τεχνική αλλά για να έχει αποτέλεσμα χρειάζεται συνεχή υποστήριξη.

### **Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες**

Αυτή είναι η πλέον ευρέως διαδεδομένη ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην κλινική πράξη, καθώς τα ελλείμματα της κοινωνικής λειτουργικότητας επιμένουν ακόμα και μετά την ύφεση των συμπτωμάτων. Αυτή η εκπαίδευση προσπαθεί να βοηθήσει τους ασθενείς στην διαπροσωπική τους συμπεριφορά, αυτοφροντίδα και προσαρμογή στην ζωή στην κοινότητα. Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές όπως βιντεοταινίες, έντυπο υλικό και συμπεριφορικές μεθόδους όπως θετική ενίσχυση, modeling και παίξιμο ρόλου. Οι δεξιότητες διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα αλλά η γενίκευσή τους σε πραγματικές κοινωνικές περιστάσεις δεν είναι θεαματική.

### Στοιχεία κοινωνικών δεξιοτήτων

Εκφραστικά μέσα:	<ul style="list-style-type: none"><li>-περιεχόμενο λόγου</li><li>-παραγωγικά στοιχεία</li><li>- τόνος και ένταση της φωνής</li><li>-ρυθμός και χροιά του λόγου</li></ul>
Εξωλεκτική συμπεριφορά :	<ul style="list-style-type: none"><li>-προσεγγισιμότητα</li><li>- θέση του σώματος</li><li>-έκφραση προσώπου</li><li>- χειρονομίες</li></ul>
Αντιληπτικά στοιχεία :	<ul style="list-style-type: none"><li>- προσοχή</li><li>-δυνατότητα αποκωδικοποίησης πληροφοριών</li><li>-γνώση του περιβάλλοντος</li></ul>
Συναλλακτική ισορροπία:	<ul style="list-style-type: none"><li>- χρονική απαντητικότητα</li><li>- κοινωνική ενίσχυση</li><li>- συμπεριφορά σε δημόσιο χώρο και συνηθισμένες καταστάσεις</li></ul>

ΠΗΓΗ: Μαδιανός 2003, σ. 225

### Τεχνικές στην εκπαιδευτική διαδικασία των κοινωνικών δεξιοτήτων

Οδηγίες : προφορικές και γραπτές
Μίμηση προτύπου : παράσταση ρόλου (role playing)
Ανάδραση (feedback) και κοινωνική ενίσχυση

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΤΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ***

Παραθέτοντας παραπάνω το κεφάλαιο σχιζοφρένεια, σκεφτήκαμε ότι η παρουσίαση του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και των υπηρεσιών του, θα έδινε μια πλήρη εικόνα της υπάρχουσας εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των χρόνιων ψυχικά ασθενών και πιο ειδικά θα ανέλυε τη δομή του συγκεκριμένου Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στα πλαίσια του οποίου διεξάγεται η έρευνα μας.

Το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής είναι καθιερωμένος θεσμός μέσα από τον οποίο κατέστη δυνατή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η αποκέντρωση, αναμφισβήτητα, συνέβαλλε στην έγκαιρη παρέμβαση στο άτομο που νοσεί και στην διατήρηση της λειτουργικότητας του στα πλαίσια της κοινότητας. Ένα αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, περιλαμβάνει προληπτικά προγράμματα που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής.

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής θα πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις εναλλακτικές μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης και τις υπηρεσίες που εξυπηρετούν τους σκοπούς πρόληψης και βελτίωσης της ψυχικής υγιεινής των κατοίκων μιας κοινότητας. Είναι ευνόητο πως όλες αυτές οι υπηρεσίες δεν μπορούν να λειτουργούν στο ίδιο κτίριο, αλλά θα πρέπει να κατανέμονται γεωγραφικά, έτσι ώστε να διευκολύνεται η πρόσβαση των κατοίκων της κοινότητας που εξυπηρετούν. Αλλιώς, υπάρχει κίνδυνος της εξομοίωσής τους με τα ψυχιατρικά ιδρύματα, τα οποία ακριβώς προσπαθούν να αντικαταστήσουν. Είναι, επίσης, ευνόητο πως θα πρέπει να υπάρχει ένας κύριος συντονιστικός φορέας αυτών των υπηρεσιών. Η αποτελεσματικότητα αυτών των υπηρεσιών έχει ως βασική προϋπόθεση την λειτουργία τους ως τμημάτων ενός ολοκληρωμένου συστήματος ψυχικής υγιεινής, καθώς οποιαδήποτε υπηρεσία αδυνατεί να προσφέρει μεμονωμένα τις απαραίτητες συνθήκες για σωστή ψυχιατρική φροντίδα. Ένα κέντρο ψυχικής υγιεινής φαίνεται να είναι ο πιο κατάλληλος συντονιστικός φορέας, εφόσον τα μεγάλα νοσοκομειακά ιδρύματα είναι προσανατολισμένα σε παραδοσιακά ιατροκεντρικά μοντέλα και απομακρυσμένα από τις κοινότητες τις οποίες εξυπηρετούν. (W.H.O.,1987)

Ένα Κ.Κ.Ψ.Υ συνήθως περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών, όπως Κλινική Άμεσης Προσπέλασης και Επανεξετάσεων, Τμήμα Συμβουλευτικής και Ψυχοθεραπειών, Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης και Αποκατάστασης, Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαθέτει μικρό αριθμό κρεβατιών. Είναι διασυνδεδεμένο με ενδονοσοκομειακή μονάδα και άλλες υπηρεσίες, όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα εργαστήρια ή διαμερίσματα που συνήθως καλύπτουν τις ανάγκες χρόνιων ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.

Το ευρύ φάσμα υπηρεσιών ενός Κ.Κ.Ψ.Υ καλύπτει όλες τις ψυχιατρικές νοσολογικές οντότητες και όλες τις ηλικίες. Όπως είναι επόμενο, στο Κ.Κ.Ψ.Υ εργάζεται ένας αριθμός ατόμων διαφόρων επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Η κλινική εργασία οργανώνεται και εφαρμόζεται στα πλαίσια της Ομάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία συμμετέχουν ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας και άλλοι ειδικοί θεραπευτές. Βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχή λειτουργία της Διεπιστημονικής Ομάδας είναι η κοινή ιδεολογία και το πνεύμα συνεργατικότητας.

Οι κλινικές δραστηριότητες σε ένα Κ.Κ.Ψ.Υ περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων όπως: η χρήση ψυχοφαρμάκων, ψυχοθεραπειών (υποστηρικτική, ατομική, βραχεία δυναμική, γνωσιακή /συμπεριφορική, ομαδική, οικογενειακή), ομαδικών κοινωνιοθεραπειών και εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων.

Κάθε Κ.Κ.Ψ.Υ περιλαμβάνει ένα σύστημα κλινικής παρακολούθησης χρόνιων ψυχικά αρρώστων ή ατόμων υψηλού κινδύνου και αναπτύσσει κοινοτικά υποστηρικτικά συστήματα για τα άτομα αυτά με την εκμετάλλευση κάθε πόρου της κοινότητας.

### **8.1 Η ίδρυση των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής**

Σταθμός στην ιστορία των κέντρων ψυχικής υγιεινής αποτελεί ο νόμος που ψηφίστηκε στις Η.Π.Α το 1963 για την ίδρυση των «Καθολικών Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας». Ο όρος «Καθολικός» είχε διττή σημασία: ότι όλες οι υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής πρέπει να είναι διαθέσιμες και ότι όλα τα μέλη μιας κοινότητας μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν. Ο νόμος επέβαλε την ύπαρξη πέντε ειδών υπηρεσιών τις οποίες έπρεπε να διαθέτει ένα κέντρο ώστε να θεωρείται «καθολικό» : α) ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, β) εξωτερική θεραπεία, γ) μερική νοσηλεία, δ) 24ωρη υπηρεσία επειγόντων περιστατικών και

ε) συμβουλευτικές και επιμορφωτικές δραστηριότητες για τις κοινοτικές υπηρεσίες και το επαγγελματικό προσωπικό. (Παπαδάτος – Στογιαννίδου 1988, σ. 122)

Ο νόμος του 1963 πέτυχε τη μεταφορά της ψυχιατρικής περίθαλψης από τα μεμονωμένα ψυχιατρεία στα εγκατεστημένα στην κοινότητα κέντρα ψυχικής υγιεινής.

Η παροχή βοήθειας σε επείγοντα περιστατικά, η ενθάρρυνση για συμβουλευτικές υπηρεσίες, η μεταθεραπευτική φροντίδα, η εκπαίδευση και η έρευνα ήταν μερικά από τα πλεονεκτήματα που προέκυψαν από την εφαρμογή του νόμου.

Το 1956 ιδρύθηκε στην Ελλάδα το πρώτο κοινοτικό κέντρο από το Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα, το οποίο μετονομάστηκε αργότερα σε Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Για δυο περίπου δεκαετίες αποτελούσε τη μόνη κοινοτική υπηρεσία ψυχικής υγιεινής στην Ελλάδα. (Παπαδάτος – Στογιαννίδου 1988, σ. 123) Τα τελευταία χρόνια, το Κ.Ψ.Υ έχει μετατρέψει τις υπηρεσίες του σε κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγιεινής με συγκεκριμένη γεωγραφική και κοινοτική ευθύνη. Παράλληλα, πριν από λίγα χρόνια ψηφίστηκε ο νόμος του 1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ο οποίος καθορίζει σε γενικές γραμμές ότι τα κέντρα ψυχικής υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες οι οποίες βρίσκονται σε λειτουργική σύνδεση με τα νοσηλευτικά ιδρύματα. 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)

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με το άρθρο 30 του νόμου που ψηφίστηκε το Μάρτιο του 2005, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής μετονομάζεται σε Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

## **8.2 Λειτουργία και αρχές των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής**

Η Ομάδα Ψυχικής Υγιεινής του ΚΕΣΥ (1984) καθόρισε τις εξής αρχές που πρέπει να κατευθύνουν τη λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής.

- Να προσφέρουν υπηρεσίες στους ασθενείς μέσα στην κοινότητα, έτσι ώστε να μην απομακρύνονται οι ασθενείς από το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Να προσφέρουν πρωτοβάθμια ψυχιατρική φροντίδα πριν από την εισαγωγή του ασθενούς σε κλειστή ψυχιατρική μονάδα. Εάν η εισαγωγή θεωρηθεί απαραίτητη, θα πρέπει να γίνεται στη συνδεδεμένη ψυχιατρική μονάδα του γενικού νοσοκομείου. Η παραμονή του ασθενούς θα πρέπει να είναι βραχύχρονη. (Παπαδάτου-Στογιαννίδου 1988, σ. 123)

Συγκεκριμένα, μερικές από τις υπηρεσίες που παρέχονται από τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής είναι η διάγνωση και θεραπεία ενός μεγάλου φάσματος ψυχικών διαταραχών, προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, Κέντρα Ημέρας για τους ψυχικά πάσχοντες, προγράμματα με στόχο την εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού αλλά και ειδικών ομάδων, οργάνωση ερευνητικών προγραμμάτων κ.ά.

Η αποτελεσματική λειτουργία ενός Κ.Ψ.Υ εξαρτάται άμεσα από την ύπαρξη ενός ενιαίου συστήματος κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, το οποίο θα πρέπει να λειτουργεί κάτω από τις εξής αρχές:

1. Η παρεχόμενη περίθαλψη θα πρέπει να στοχεύει στο μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα και στο μικρότερο δυνατό κόστος (Comprehensive Care). Η θεραπεία θα πρέπει να οριοθετείται από συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα και να οργανώνεται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε εξυπηρετούμενου.
2. Την αρχή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, δηλαδή της τομεοποίησης (Sectorization). Οι περιοχές θα πρέπει να αποτελούν αυτοτελείς κοινότητες με δημοτικές αρχές και καθορισμένα όρια και ο πληθυσμός των περιοχών θα πρέπει να πλησιάζει αριθμητικά τις προδιαγραφές της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας σχετικά με τα πληθυσμιακά όρια των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής, έτσι ώστε να εξυπηρετούνται από αυτά.
3. Την αρχή της συνεχούς παροχής υπηρεσιών (Continuity of Care) από την ίδια ομάδα ψυχικής υγιεινής. Οι υπηρεσίες των διαφόρων ειδικοτήτων θα προσφέρονται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου, αλλά πάντοτε σε πλαίσια συνεργασίας με όλη την ομάδα των ειδικών.



4. Την αρχή της ανταποκριτικότητας. Η προσέλευση του κοινού εξαρτάται άμεσα από την ανάπτυξη δικτύου παραπομπών, που δημιουργείται από τη συνεργασία των Κέντρων με τις υπόλοιπες υπηρεσίες της κοινότητας.

Συνοπτικά, οι βασικοί στόχοι των Κ.Ψ.Υ μπορούν να ορισθούν από τις παρακάτω παραμέτρους :

1. Την πρωτογενή πρόληψη, με στόχο την μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά ασθενών.
2. Τη δευτερογενή πρόληψη, που συντελείται με παραπομπή, διάγνωση και θεραπεία.
3. Την τριτογενή πρόληψη, που αναφέρεται στις προσπάθειες για πρόληψη υποτροπών και κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.
4. Τη μείωση των απορριπτικών στάσεων της οικογένειας προς το ασθενές μέλος.
5. Την οικονομική ωφέλεια για το κοινωνικό σύνολο, από την άσκηση της προληπτικής και θεραπευτικής ψυχιατρικής σε κοινοτικό επίπεδο. (Παπαδάτου – Στογιαννίδου 1988, σ. 125)

### **8.3 Προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής**

Ο αριθμός των ειδικών που στελεχώνουν ένα Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής εξαρτάται από το μοντέλο λειτουργίας και από τον αριθμό των κατοίκων της κοινότητας που εξυπηρετεί. Συνήθως, ο πληθυσμός της κοινότητας κυμαίνεται μεταξύ 60 και 120.000 κατοίκων. Υπάρχουν όμως και ακραία όρια λειτουργίας Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής σε κοινότητες με πληθυσμούς από 25.000 μέχρι 1.500.000 κατοίκους. (W.H.O., 1987)

Τα μέλη της ομάδας της ψυχικής υγιεινής είναι η/ο ψυχολόγος, η/ο κοινωνικός λειτουργός, η/ο επισκέπτης υγείας και η/ο εργοθεραπευτής που μαζί με τον ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο αποτελούν την διεπιστημονική/θεραπευτική ομάδα.

Αρχικά, ο/η κοινωνική λειτουργός αναλαμβάνει τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, που θα εξετάσει και θα διερευνήσει την ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει το περιστατικό σε κοινωνικό και ψυχιατρικό επίπεδο. Στη συνέχεια θα εκτιμηθεί: α) σε ατομικό επίπεδο διαγνωστικά από τον ψυχίατρο και, αν είναι αναγκαίο, ψυχομετρικά από τον ψυχολόγο και β) σε οικογενειακό ή συγγενικό επίπεδο θα συνεκτιμηθούν οι πληροφορίες απέναντι στη συμπεριφορά του ατόμου με τους τρίτους και θα εκτιμηθεί το βάθος του υποστηρικτικού συστήματός του, ώστε να προγραμματιστεί η θεραπευτική παρέμβαση. Αν κριθεί αναγκαίο, ο/η κοινωνικός λειτουργός παρεμβαίνει στο οικογενειακό περιβάλλον, όπως και ο εργοθεραπευτής όταν η κοινωνική έκπτωση του ατόμου παρουσιάζεται μειωμένη.

Η θεραπευτική ομάδα εργάζεται σε τρία επίπεδα 1) το επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης που μπορεί να έχει τη μορφή της παρέμβασης σε κρίσεις ή της παρέμβασης με ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς μέσα στα πλαίσια της δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένεια, 2) το επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας, όπου το άτομο ακολουθεί τη θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του και 3) το επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης του ατόμου. (Μαδιανός 1989, σ. 120)

Η αποδοτική και αποτελεσματική εργασία της ομάδας εξαρτάται από πολλά στοιχεία, μερικά από τα οποία μπορεί να είναι οι δεξιότητες και η προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία που μεσολαβεί για την επαφή μεταξύ κοινότητας και ατόμου, η εκπαίδευση-εξειδίκευση στον τομέα της Κοινωνικής – Κοινοτικής Ψυχιατρικής, η διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση, η τήρηση των επαγγελματικών ορίων και τέλος η διάθεση για συνεργασία και ομαδική δουλειά.

#### **8.4 Σύνδεση των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής με άλλους φορείς**

Κεντρικός στόχος της λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής είναι η πλήρης ανάπτυξη όλων των διαδικασιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης του ψυχικά ασθενούς, γεγονός που προϋποθέτει διαρκή και πολύπλευρη

συνδιαλλαγή με το σύνολο των κοινωνικών λειτουργιών της κοινότητας. Η μόνιμη συνεργασία με τους μαζικούς φορείς της κοινότητας μπορεί να πετύχει την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής. Για το λόγο αυτό, προτείνεται η δημιουργία Συμβουλίων Ψυχικής Υγιεινής στις κοινότητες στις οποίες λειτουργεί ήδη κάποιο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. (Παπαδάτος , 1987)

**1. Στόχοι του Συμβουλίου Ψυχικής Υγιεινής είναι:**

- α. Η ανάπτυξη και προώθηση προληπτικών ενημερωτικών προγραμμάτων για την ψυχική υγιεινή.
- β. Η συνεχής ροή πληροφοριών για τις ανάγκες και τα προβλήματα της κοινότητας , ώστε η ανάπτυξη των προγραμμάτων να προσαρμόζεται ανάλογα.
- γ. Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας πάνω σε θέματα πρόληψης , έγκαιρης διάγνωσης της ψυχικής διαταραχής και άμεσης παραπομπής για την αποτελεσματική θεραπεία της.
- δ. Η εκπαίδευση εθελοντών της κοινότητας, με σειρά μαθημάτων πάνω σε θέματα ψυχικής υγιεινής , ώστε να ασχοληθούν αργότερα με θέματα πρόληψης.

**2. Τρόπος λειτουργίας του Συμβουλίου Ψυχικής Υγιεινής**

- α. Στο Συμβούλιο Ψυχικής Υγιεινής συμμετέχουν εκλεγμένοι αντιπρόσωποι όλων των μαζικών φορέων της περιοχής , που συνεδριάζουν σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- β. Συναποφασίζουν για προγράμματα διαφώτισης του κοινού με σειρά ομιλιών – συζητήσεων.
- γ. Διοργανώνουν ειδικά προγράμματα μέσω του Δήμου για ειδικές κατηγορίες δημοτών όπως π.χ. οι υπερήλικες
- δ . Διοργανώνουν προγράμματα ευαισθητοποίησης για μαθητές γυμνασίου και λυκείου. (Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ. 137 – 138)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **9.1 Η εξέλιξη του θεσμού**

Η κίνηση για συστήματα ανοικτής περίθαλψης, εξελίχθηκε ραγδαία ιδιαίτερα στις Η.Π.Α στην δεκαετία του '60 και '70. Στις επόμενες δεκαετίες δημιουργούνται περισσότερα από 700 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, τα οποία καλύπτουν το 50% του γενικού πληθυσμού. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι ο αριθμός των ψυχιάτρων μειώνεται κατά την δεκαετία '70 και '80 κατά 50%, ενώ

αντίθετα αυξάνεται παράλληλα ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών και διπλασιάζεται ο αριθμός των ψυχολόγων.

Ανάλογη είναι και η εξέλιξη σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ηπείρου. Στον Ελλαδικό χώρο, οι εξελίξεις αυτές άρχισαν να πραγματοποιούνται από το 1984 μέσα στα πλαίσια του νόμου 1320, παράγραφος 20, για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, που ευνοούσε μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στο χώρο της ψυχικής υγιεινής. Βέβαια, το ζήτημα δεν ήταν μόνο οι νομοθετικές ρυθμίσεις αλλά κυρίως η δημιουργία μιας άλλης αντίληψης για την ψυχική υγεία, που διαμορφώνεται από την κοινωνική εξέλιξη και πραγματοποιείται μέσω υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1990 λειτουργούσαν είκοσι εννέα κέντρα ψυχικής υγείας του Δημόσιου Τομέα. Τα περισσότερα από αυτά διέθεταν και ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, ενώ τα κέντρα που απευθύνονταν αποκλειστικά σε παιδιά και εφήβους ανέρχονταν σε εννέα.

Το 1992 πραγματοποιήθηκε μια διοικητική μεταβολή η οποία χαρακτηριζόταν από τη διασύνδεση των κέντρων αυτών με τις νομαρχίες, ενώ το 1994 τα κέντρα επανήλθαν στο σημερινό διοικητικό καθεστώς, δηλαδή στη διασύνδεση τους με τα γενικά νοσοκομεία. Το 1999 ο Ν. 2716 θέτει τις προϋποθέσεις για την τομεοποίηση τους.

Όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα, το 2002 υπήρχαν σαράντα ένα κέντρα ψυχικής υγείας. Από αυτά, τα οκτώ παρέμεναν κλειστά (είχαν κατασκευαστεί με το Καν. 815/84), τα τέσσερα ήταν ιδιωτικά, πέντε ανήκαν σε ΝΠΙΔ, δυο ήταν πανεπιστημιακά και τα υπόλοιπα ανήκαν σε γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ.

#### **Περιφερειακή κατανομή των Κ.Κ.Ψ.Υ ανά φορείς (2002)**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Κ.Κ.Ψ.Υ.	ΦΟΡΕΑΣ
Ανατολική Μακεδονία Θράκη	570.469	1. Κ.Ψ.Υ. Αλεξανδρούπολης  2. Κ.Ψ.Υ. Αλεξανδρούπολης	ΕΣΥ

		3. Κ.Ψ.Υ. Κομοτηνής 4. Κ.Ψ.Υ. Ξάνθης 5. Κ.Ψ.Υ. Καβάλας 6. Κ.Ψ.Υ. Κομοτηνής (κλειστό) 7. Κ.Ψ.Υ. Ξάνθης (κλειστό)	ΙΨΥΠΕ  ΙΨΥΠΕ ΙΨΥΠΕ ΕΣΥ ΕΣΥ  ΕΣΥ
Κεντρική Μακεδονία	1.708.977	8. Κ.Ψ.Υ. Σερρών 9. Κ.Ψ.Υ. Θεσ/νίκης (Κεντρικό) 10. Κ.Ψ.Υ. Θεσ/νίκης (Δυτικού Τομέα) 11. Κ.Ψ.Υ. Θεσ/νίκης (Βορειοδυτικού) 12. Κ.Ψ.Υ. Θεσ/νίκης (Νοτιοδυτικού) 13. Κ.Ψ.Υ. Παράρτημα Θεσ/νίκης 14. Κ.Ψ.Υ. Κατερίνης	ΕΣΥ ΕΣΥ ΕΣΥ ΕΣΥ ΕΣΥ ΝΠΙΔ ΕΣΥ
Ήπειρος	339.728	15. Κ.Ψ.Υ. Ιωαννίνων	ΕΣΥ
Θεσσαλία	734.846	16. Κ.Ψ.Υ. Βόλου 17. Κ.Ψ.Υ. Λάρισας 18. Κ.Ψ.Υ. Παράρτημα Βόλου	ΕΣΥ ΕΣΥ ΝΠΙΔ
Ιόνια Νησιά	193.734	19. Κ.Ψ.Υ. Ζακύνθου	ΝΠΙΔ

Δυτική Ελλάδα		20. Κ.Ψ.Υ. Αργινίου (κλειστό)	ΕΣΥ
		21. Κ.Ψ.Υ. Πατρών (κλειστό)	ΕΣΥ
		22. Κ.Ψ.Υ. Παράρτημα Πατρών	ΝΠΙΔ
Στερεά Ελλάδα		23. Κ.Ψ.Υ. Χαλκίδας	ΕΣΥ
		24. Κ.Ψ.Υ. Καρπενησίου (κλειστό)	ΕΣΥ
Αττική	3.523.407	25. Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής	ΠΑΝ/ΜΙΟ
			ΝΠΙΔΔ
		26. Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου	ΕΣΥ
		27. ΚΨΥ Αγ.Παρασκευής Χαλανδρίου	ΕΣΥ ΕΣΥ
		28. Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου	ΝΠΙΔ ΝΠΙΔ
		29. Κ.Ψ.Υ. Αθηνών	ΝΠΙΔ ΕΣΥ
		30. Κ.Ψ.Υ. Αιγάλεω	ΠΑΝ/ΜΙΟ ΝΠΙΔΔ
		31. Κ.Ψ.Υ. Πειραιά	ΙΨΥ
		32. Κ.Ψ.Υ. Κορυδαλλού	
		33. Κ.Ψ.Υ. Ζωγράφου	
Πελοπόννησος	604.428	34. Πολυδύναμο Κ.Ψ.Υ. Καλλιθέας	
		35. Κ.Ψ.Υ. Τρίπολης	ΕΣΥ
		36. Κ.Ψ.Υ. Καλαμάτας (κλειστό)	Δημοτικό
Βόρειο Αιγαίο	199.231	37. Κ.Ψ.Υ. Σάμου	ΕΣΥ

Κρήτη	540.054	38. Κ.Ψ.Υ. Χανίων	ΕΣΥ
		39. Κ.Ψ.Υ. Ηρακλείου(κλειστό)	ΕΣΥ
		40. Κ.Ψ.Υ. Ηρακλείου	ΝΠΙΔ
		41. Κ.Ψ.Υ. Ρεθύμνου (κλειστό)	ΕΣΥ

ΠΗΓΗ: Μαδιανός 2003, σ. 536-537

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**

### **10.1 Συμβουλευτική Ψυχιατρική Υπηρεσία Ενηλίκων :**

Η συγκεκριμένη υπηρεσία εξυπηρετεί άτομα, που η σοβαρότητα των ψυχολογικών τους προβλημάτων δεν απαιτεί εντατική και αυστηρά εποπτευόμενη ψυχιατρική παρακολούθηση.



Τα άτομα αυτά, συνήθως αντιμετωπίζουν ενδοοικογενειακά και διαπροσωπικά προβλήματα, δυσκολίες προσαρμογής σε κοινωνικές καταστάσεις, νευρωσικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, αντιδράσεις προσαρμογής κάτω από την επίδραση stress κ.ά. Συνεπώς, έχουν ανάγκη από ψυχολογική θεραπευτική βοήθεια. Επίσης, υπάρχουν περιστατικά με ψυχωσική συμπτωματολογία, η οποία είναι συμβατή με την παραμονή τους στο οικείο υποστηρικτικό σύστημα της κοινότητας. Σκοπός της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας είναι να εξασφαλίσει την επαφή της κοινότητας με ειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγιεινής, αποφεύγοντας παράλληλα το υψηλό κόστος που απαιτεί η ψυχοθεραπεία σε ιδιωτική βάση.

Το δίκτυο παραπομπών συνδέεται άμεσα με την λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας. Φορείς όπως, νοσοκομεία, σχολεία, ιδιωτικές κλινικές είναι δυνατόν να παραπέμπουν άτομα που κρίνεται ότι χρίζονται μακρόχρονη και περισσότερο εξειδικευμένη ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός εξυπηρετούμενων προσέρχονται στην Συμβουλευτική Υπηρεσία και από την υπηρεσία Άμεσης Ψυχολογικής Υποστήριξης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Οι βασικοί στόχοι της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας δεν διαφέρουν ουσιαστικά από τους στόχους οποιασδήποτε ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Στόχος της είναι η προσφορά της δυνατότητας στο άτομο, ώστε να αναπτύξει την προσωπική του ταυτότητα, όλες του τις δυνατότητες, καθώς και την ωριμότητα και σταθερότητα που θα του επιτρέψουν να λειτουργήσει με ένα τρόπο κοινωνικά αποδεκτό και προσωπικά ικανοποιητικό. (Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ. 129)

Η διαδικασία της Συμβουλευτικής ακολουθεί το πνεύμα της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και οργανώνει τη δράση της σύμφωνα με τις αρχές του συστήματος αυτού. Η θεωρία που ακολουθεί, υποστηρίζει ότι η εμφάνιση οποιασδήποτε ψυχολογικής διαταραχής είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατομικών και κοινωνικών παραγόντων. Έτσι, η θεραπευτική - συμβουλευτική παρέμβαση στοχεύει, όχι μόνο στην ατομική ολοκλήρωση αλλά και στην βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου.

Η Συμβουλευτική Υπηρεσία είναι αυτή που ασχολείται κατ' αρχήν με την «κλινική παρέμβαση». Σε γενικά πλαίσια, το είδος της παρέμβασης αυτής περιλαμβάνει κατά τον Korchin τις εξής προσπάθειες:

1. Τη διαδικασία αξιολόγησης και διάγνωσης, να κατανοηθεί δηλαδή η παρούσα κατάσταση του ατόμου.

2. Τη θεραπευτική διαδικασία, να μεταβληθεί δηλαδή η προσωπικότητα και η λειτουργικότητα του ατόμου.

3. Τη διαδικασία ελέγχου των κοινωνικών μεταβλητών, να μεταβληθούν δηλαδή οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι διαμορφώνουν ή οξύνουν τη διαταραχή του ατόμου. (Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ. 129 – 130)

Η κλινική παρέμβαση μπορεί να είναι ατομική (π.χ. ατομική ψυχοθεραπεία ή θεραπεία συμπεριφοράς), ομαδική (π.χ. θεραπεία οικογένειας ή ομαδική θεραπεία), ή κοινοτική (π.χ. κοινωνική και κοινοτική παρέμβαση).

Οι στόχοι της παρέμβασης είναι ανάλογοι με τις υπάρχουσες θεραπευτικές τεχνικές και θεωρητικές κατευθύνσεις. Οι στόχοι, δηλαδή, αυτοί εξαρτώνται από τη θεώρηση που υιοθετείται από την ομάδα ψυχικής υγιεινής της Συμβουλευτικής υπηρεσίας, σχετικά με την ανάπτυξη του ατόμου και τις εκδηλώσεις των ανθρώπινων προβλημάτων. 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. Τα εμπειρικά δεδομένα δεν έχουν αποδείξει την ανωτερότητα κάποιας προσέγγισης απέναντι σε άλλες. Εκείνο που μπορεί να λεχθεί με βεβαιότητα είναι το ότι διαφορετικές προσεγγίσεις έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε διαφορετικά άτομα ή διαταραχές. Οι Συμβουλευτικές Υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα εφαρμογής ενός ευρύτατου φάσματος προσεγγίσεων στις ανάγκες του κοινού που εξυπηρετούν. (Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ. 130)

Η ανάγκη ύπαρξης τέτοιων υπηρεσιών για συμβουλευτικές – υποστηρικτικές – θεραπευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις είναι αναμφισβήτητη μεγάλη στα πλαίσια ενός οποιουδήποτε κοινοτικού πλαισίου. Οι κύριες ειδικότητες που ασχολούνται στις Συμβουλευτικές Υπηρεσίες είναι αυτές των ψυχιάτρων, κλινικών ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και ψυχιατρικών νοσοκόμων. Μια

τέτοια υπηρεσία λοιπόν, θα πρέπει να δώσει μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση του προσωπικού τόσο στους τρόπους κοινοτικής παρέμβασης όσο και στις σύγχρονες προσεγγίσεις και εφαρμογές της ψυχιατρικής και κλινικής ψυχολογίας.

## **10.2 Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία :**

Οι αρχές της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής περιλαμβάνουν όλους τους τομείς της ψυχικής υγιεινής και το σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας, επιτάσσουν λοιπόν, την λειτουργία ιατροπαιδαγωγικού τμήματος στα πλαίσια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, το οποίο αναπτύσσει κατάλληλες στρατηγικές και αντιμετωπίζει προβλήματα που σχετίζονται με την παιδική ηλικία.

Όλοι γνωρίζουμε, πόσο σημαντική είναι η παιδική ηλικία στη μετέπειτα ψυχική υγεία του ατόμου. Για το λόγο αυτό, από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι έρευνες και οι επιστημονικές μελέτες συνεχίζουν να εξετάζουν τα ιδιαίτερα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Ο W. Healey, πρωτοπόρος στον τομέα αυτό, ίδρυσε την πρώτη «ιατροπαιδαγωγική κλινική» (Child Guidance Clinic) στις Η.Π.Α. Πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, εμπνεόμενες από την κίνηση αυτή, ίδρυσαν αντίστοιχες κλινικές, με βασικό προσωπικό αποτελούμενο από παιδοψυχίατρο, παιδοψυχολόγο και ψυχιατρικό κοινωνικό λειτουργό. Με την πάροδο του χρόνου στη βασική αυτή ομάδα προστέθηκαν και άλλες ειδικότητες.

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνονται οι Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες αποτελείται από τα νεογέννητα έως και τα άτομα που βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας τους. Είναι φανερό πως τα παιδιά δεν αποτελούν μικρογραφίες των ενηλίκων έτσι, και οι υπηρεσίες που απευθύνονται σε αυτά δεν πρέπει να αποτελούν μικρογραφία των υπηρεσιών για ψυχικά ασθενείς ενήλικες. Είναι σημαντικό να μην θεωρούνται οι δυσπροσάρμοστες συμπεριφορές των παιδιών ως εκδηλώσεις χρόνιων ψυχικών παθήσεων, αλλά να αντιμετωπίζονται πάντοτε σε συνάρτηση με το επίπεδο της ανάπτυξης και τις κοινωνικές συνθήκες που περιβάλουν τις εκδηλώσεις τέτοιων συμπεριφορών. (Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ. 131)

Οι στόχοι και τρόποι λειτουργίας των ιατροπαιδαγωγικών κέντρων μπορούν να συνοψιστούν στους εξής:

1. Διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική παρέμβαση. Τρεις βασικές προϋποθέσεις ισχύουν εδώ για την επίτευξη αυτών των στόχων: η κατανόηση της λειτουργίας και φυσικής κατάστασης του παιδιού σε ατομική βάση, η κατανόηση της λειτουργικότητας του σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό του στάδιο και η κατανόηση των αλληλεπιδράσεων στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού.

Στις περιπτώσεις που χρειάζεται παιδοψυχιατρική παρέμβαση, οι φυσιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες βρίσκονται σε στενή αλληλεπίδραση σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό τι συναντάται στις ψυχιατρικές περιπτώσεις ενηλίκων. Η ανάγκη, δηλαδή, της αντιμετώπισης ενός παιδοψυχιατρικού προβλήματος κάτω από ένα καθολικό πρίσμα είναι πολύ μεγαλύτερη από τις άλλες περιπτώσεις.

Οι Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής είναι επιφορτισμένες με το καθήκον της σωστής διάγνωσης των παραγόντων που δρουν σε κάθε περίπτωση και της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Θεωρείται λοιπόν απαραίτητη η στελέχωση των υπηρεσιών με διεπιστημονική ομάδα, η οποία θα καλύπτει όλο το φάσμα των επιστημόνων υγείας: παιδίατρος και παιδοψυχίατρος, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς. Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να περιλαμβάνει συμβουλευτική παιδιών και οικογένειας, ψυχοθεραπεία (ατομική, ομαδική και οικογένειας), θεραπεία συμπεριφοράς, φαρμακοθεραπεία, κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένειες και ομάδες.

2. Κοινοτική παρέμβαση, σε σχολεία, παιδικούς σταθμούς, ιδρύματα, ιατροκοινωνικούς φορείς, συλλόγους γονέων κ.λ.π.

Η κοινοτική παρέμβαση αποσκοπεί κατ'αρχήν στην εκπαίδευση των ατόμων που απασχολούνται στους παραπάνω φορείς, ώστε να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τυχόν προβλήματα και απαιτήσεις της ηλικίας αυτής. Η εκπαίδευση και ενημέρωση ατόμων για τις ιδιαίτερες ανάγκες της παιδικής ηλικίας αποτελεί ουσιαστικότατο μέτρο πρόληψης ψυχικών διαταραχών.

Δεύτερος στόχος της κοινοτικής παρέμβασης είναι η έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων τα οποία ίσως προειδοποιούν για την ύπαρξη σοβαρότερων

διαταραχών. Στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά, ώστε να ενεργήσουν για την παραπομπή στους ειδικούς επαγγελματίες της ψυχικής υγιεινής. (Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ. 133)

3. Η εκπαίδευση του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας και της ψυχικής υγείας ειδικότερα. Η έλλειψη ατόμων κατάλληλα εκπαιδευμένων να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα αυτής της ηλικίας είναι εμφανής στη χώρα μας. Ανάλογα με τους τομείς στους οποίους απασχολείται το προσωπικό, η εκπαίδευση μπορεί να παρέχει γνώσεις για την παρέμβαση σε διάφορα επίπεδα, όπως στην έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή στην εξειδικευμένη ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, αλλά και στην άμεση θεραπευτική παρέμβαση στο παιδί και την οικογένεια του.

4. Έρευνα στο αντικείμενο της ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας. Στα αντικείμενα εξειδικευμένων ερευνών που αφορούν στην παιδική ηλικία, είναι αναγκαίο να περιλαμβάνονται οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της παιδικής προσωπικότητας, οι ιδιαίτερες δυνατότητες και τα προβλήματα κάθε σταδίου ανάπτυξης, η δημιουργία κατάλληλων μέσων αξιολόγησης και διάγνωσης, καθώς και οι αποτελεσματικοί τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης. (Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ. 133)

### **10.3 Υπηρεσία Αντιμετώπισης Ψυχολογικών Κρίσεων:**

Τα προγράμματα άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης (Crisis Intervention) έχουν ως στόχο την προσφορά βοήθειας σε εκείνα τα άτομα της κοινότητας τα οποία βρίσκονται σε «κρίση». (Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ. 134) Η «κρίση» δεν είναι ταυτόσημη με την ψυχική ασθένεια, μπορεί, όμως, να αποτελέσει το αρχικό στάδιο κάποιας πιθανής μελλοντικής παθολογικής κατάστασης. Έτσι, όταν αναφερόμαστε σε χειρισμό ή παρέμβαση στην «κρίση», αναφερόμαστε σε δυο έννοιες : στη θεραπευτική αντιμετώπιση των παθολογικών αντιδράσεων του ατόμου

κατά την κρίσιμη κατάσταση και, κυρίως, στην πρόληψη πιθανών σοβαρότερων μελλοντικών επιπλοκών.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κατάστασης κρίσης είναι η αυξημένη σύγχυση του ατόμου, τα επίπονα συναισθήματα, η αυξημένη ανάγκη του για βοήθεια και συμβουλευτική. Τα άτομα που προσφεύγουν στις Υπηρεσίες Άμεσης Ψυχολογικής Υποστήριξης επιζητούν άμεση ανακούφιση από το άγχος τους και συμβουλές για την επαναφορά της ψυχικής τους ισορροπίας. Συνήθως, δεν είναι ψυχολογικά ευαισθητοποιημένα άτομα και δεν επιθυμούν ουσιαστικές αλλαγές της προσωπικότητάς τους. Επομένως, οι στόχοι της παρέμβασης στην κρίση είναι περιορισμένοι, σε αντίθεση όμως με τις δυνατότητες επίδρασης της, διότι το άτομο σε κρίση είναι ανεκτικότερο σε αλλαγές.

Απαραίτητες συνθήκες για την λειτουργία των υπηρεσιών του είδους αυτού είναι οι παρακάτω:

**1. Εγγύτητα στην κοινότητα.** Η εγγύτητα εννοείται και γεωγραφικά αλλά και ψυχολογικά. Αυτή η αναγκαία συνθήκη ισχύει και για τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, τα οποία πρέπει να είναι γνωστά και, κυρίως, σεβαστά στο πληθυσμό της κοινότητας τον οποίο εξυπηρετούν. Ειδικότερα, σε σχέση με τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, είναι ευνόητο πως τα άτομα που βρίσκονται σε κρίση δύσκολα θα διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να αναζητήσουν βοήθεια.

Σημαντικό παράγοντα, επίσης, αποτελεί το ίδρυμα με το οποίο τα προγράμματα χειρισμού κρίσεων είναι συνδεδεμένα. Πολλές φορές τα ιδρύματα αυτά είναι πανεπιστημιακά ή μεγάλα νοσοκομειακά ιδρύματα. Παρόλο που μια ανάλογη σύνδεση προσδίδει κύρος στα προγράμματα αντιμετώπισης κρίσεων, είναι πιθανό να εμπνέει συγχρόνως φόβο και να αποτρέπει πολλά άτομα από το να αναζητήσουν βοήθεια. Αυτός είναι ένας πρόσθετος λόγος για την λειτουργία τέτοιων προγραμμάτων μέσα στα πλαίσια κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγιεινής, αφού τα κέντρα εμφανίζονται πιο οικεία στους κατοίκους μιας συγκεκριμένης κοινότητας.

**2. Άμεση διαθεσιμότητα υπηρεσιών.** Οι υπηρεσίες άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης θα πρέπει να λειτουργούν στην καλύτερη περίπτωση σε 24ωρη βάση, ώστε να ελαχιστοποιείται το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την αναζήτηση βοήθειας από το άτομο σε κρίση, μέχρι την παροχή της βοήθειας αυτής.

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. Συνήθως τέτοιες παρεμβάσεις γίνονται με την συνοδεία συγγενούς, ή ακόμη και των τοπικών αρχών, όταν οι αρχές αυτές κρίνουν απαραίτητη την παρέμβασή τους.

4. **Ευελιξία και πολυμορφία των επαγγελματικών ρόλων.** Είναι φανερό πως η λειτουργία ενός προγράμματος χειρισμού κρίσεων δεν στηρίζεται στις παραδοσιακές μεθόδους ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής και, για το λόγο αυτό, οι επαγγελματίες θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα. Οι επαγγελματίες που προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες – ψυχίατροι και ψυχολόγοι – θα πρέπει να λειτουργούν χωρίς ραντεβού, καθορισμένη χρονική διάρκεια θεραπείας, αναλυτικά ιστορικά και αξιολογήσεις. Ένα άλλο σημαντικό σημείο είναι ότι στις υπηρεσίες αυτές, τα άτομα που αναζητούν βοήθεια έρχονται σε πρώτη επαφή συνήθως με μη-ειδικευμένα άτομα, τα οποία προσφέρουν πληροφορίες και κανονίζουν τις συναντήσεις με τους ειδικούς. Αυτή, όμως, η πρώτη επαφή αποτελεί και το πιο σημαντικό στάδιο στην αντιμετώπιση ατόμων σε κρίση. Οι ειδικοί θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν αυτές τις πληροφορίες και να συνεργαστούν άμεσα με τους «πελάτες» σε θέματα που σχετίζονται με την κατάσταση τους, ακόμη και αν αυτό σημαίνει εργασία έξω από τα όρια της κλινικής και άμεση επαφή με άλλες κοινοτικές υπηρεσίες.

Η εφαρμογή προγραμμάτων χειρισμού κρίσεων ως αποτελεσματικής μορφής παρέμβασης και ως ενός από τα κύρια προληπτικά μέτρα κατά σοβαρών ψυχικών διαταραχών, δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι αποτελεί προληπτική και θεραπευτική μέθοδο η οποία μπορεί να λειτουργεί πάντοτε αυτόνομα από τις υπόλοιπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής. Αυτός είναι και ένας από τους κυριότερους λόγους για την ανάγκη της προσφοράς αναλόγων υπηρεσιών μέσα από ένα «καθολικό» Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, όπου και θα υπάρχει η δυνατότητα παραπομπής των ατόμων σε πιο εξειδικευμένες διαγνωστικές ή συμβουλευτικές μονάδες.

5. **Ύπαρξη τεχνικής χειρισμού των κρίσεων.** Δεν είναι δυνατό να ορισθεί ένα και μοναδικό μοντέλο βοήθειας ατόμων που βρίσκονται σε κρίση. 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 της προσωπικότητας του ατόμου που υποφέρει. Συνήθως, οι τεχνικές αποτελούν διασκευές των βραχύχρονων ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και των μεθόδων κοινωνικής εργασίας. Τα κύρια στοιχεία τους είναι δανεισμένα από θεραπείες που χαρακτηρίζονται ως υποστηρικτικές προσανατολισμένες σε διαδικασίες «επί του παρόντος». Εκτός από την άμεση επαφή με το άτομο που πάσχει, περιλαμβάνουν συνήθως και επαφές με το άμεσο περιβάλλον του, όπως επίσης και προσπάθειες για βελτίωση των συνθηκών του κοινωνικού του περιβάλλοντος. (Παπαδάτου – Στογιαννίδου 1988, σ.134-137)

Παρακάτω, περιγράφονται μερικοί γενικοί στόχοι της διαδικασίας της άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης :

- α. καταπολέμηση των συμπτωμάτων της κρίσης όπως άγχος, σύγχυση και αδυναμία με σκοπό να ανακουφιστεί το άτομο από τη δυσφορία που αισθάνεται.
- β. επαναφορά του ατόμου στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας του.
- γ. ενημέρωση του ατόμου και της οικογένειας του για τις εναλλακτικές πιθανές λύσεις και για την ύπαρξη άλλων κοινωνικών υπηρεσιών.
- δ. κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στην παρούσα κρίση και σε προηγούμενες εμπειρίες, καθώς και σε μονιμότερα ψυχολογικά προβλήματα.
- ε. ανάπτυξη νέων συμπεριφορών και τρόπων αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων, με παράλληλη εξάσκηση για την πλήρη υιοθέτηση τους, προκειμένου οι εξυπηρετούμενοι να τους επιστρατεύσουν σε μελλοντικές παρόμοιες κρίσεις.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΜΟΡΦΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ***

### ***- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ***

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η Ημερήσια Περίθαλψη αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο θεραπείας των οξέων φάσεων των ψυχικών διαταραχών. Η θεραπεία συνήθως διαρκεί εβδομάδες ή λίγους μήνες. Ο συνδυασμός της φαρμακοθεραπείας και της θεραπείας



περιβάλλοντος στοχεύουν στη μείωση και στον έλεγχο των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Ο ψυχικά πάσχον παρουσιάζει περιόδους όξυνσης και περιόδους ύφεσης των συμπτωμάτων, για το λόγο αυτό η περίθαλψη πρέπει να στοχεύει σε όλες τις περιόδους των διαταραχών, με παράλληλη κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Οι ασθενείς, θα πρέπει να επαναπροσαρμοστούν στο κοινωνικό τους περιβάλλον και να επανέλθουν σε ένα λειτουργικό επίπεδο, μέσω των υποστηρικτικών προγραμμάτων της ημερήσιας περίθαλψης, ώστε να διατηρήσουν τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας.

Η περίθαλψη με τη μορφή μερικής νοσηλείας εκφράζει την προσπάθεια για την παροχή της ελάχιστα αναγκαίας αλλά και αποτελεσματικής μέριμνας για τον ψυχικά ασθενή πληθυσμό. (WHO, 1978) Οι ψυχικά ασθενείς έχουν ανάγκη από εντατική ιατρική, ψυχιατρική και ψυχολογική παρακολούθηση, που προσφέρονται κατά τη διάρκεια της ημέρας, αποφεύγοντας έτσι την πλήρη ιδρυματοποίηση με όλες τις επιπτώσεις της. Τέτοιες μορφές μερικής νοσηλείας αποτελούν τα Νοσοκομεία Ημέρας, οι Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης και οι Ψυχιατρικές – Κοινωνικές Λέσχες.

### **11.1 Η εξέλιξη του θεσμού**

Το πρώτο νοσοκομείο ημέρας ιδρύθηκε στη Σοβιετική Ένωση το 1933 από τον Ζαχάρωφ. Το νοσοκομείο αυτό κάλυπτε τις ανάγκες ασθενών με σχιζοφρενικές και νευρολογικές διαταραχές, προσφέροντας σημαντική εξοικονόμηση κλινών οι οποίες ήταν απαραίτητες στις παραδοσιακές μορφές ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Το πρώτο νοσοκομείο ημέρας στη Δύση λειτούργησε το 1946 στο Μόντρεαλ του Καναδά. Οι βασικοί του στόχοι ήταν τρεις : να εξυπηρετεί ψυχιατρικούς ασθενείς χωρίς απαραίτητα να τους τοποθετεί σε κλίνες, να μην υποχρεώνει τους ασθενείς να παραμένουν στο νοσοκομείο έως ότου ολοκληρωθεί πλήρως η θεραπεία τους και να λαμβάνει υπόψη το φυσικό περιβάλλον του ασθενούς κατά τη θεραπευτική αγωγή.

Στη μεγάλη Βρετανία, ιδρύθηκε το 1947 ένα νοσοκομείο ημέρας από τον J. Bieher με την ονομασία «Κοινωνικό Κέντρο Ψυχοθεραπείας». Η έμφαση της περίθαλψης δινόταν στην «αυτοδιαχείριση» του ασθενούς έτσι ώστε να είναι σε θέση να προκαλέσει ο ίδιος αλλαγές στην πορεία της ασθένειάς του, παρά να

εξαρτάται πλήρως από τους φορείς περίθαλψης. Το ίδρυμα αυτό παρείχε κυρίως ψυχοθεραπευτική φροντίδα με έμφαση στις ομαδικές δραστηριότητες. Το 1948 ιδρύθηκε και στις Η.Π.Α το πρώτο νοσοκομείο ημέρας. (Παπαδάτου – Στογιαννίδου 1988, σ.145)

## **11.2 Λειτουργία**

Αμερικάνικη Ένωση Μερικής Νοσηλείας, ορίζει το νοσοκομείο ημέρας ως «ένα πρόγραμμα θεραπείας που περιλαμβάνει τις κύριες διαγνωστικές, ιατρικές, ψυχιατρικές, ψυχοκοινωνικές, και προεπαγγελματικές μεθόδους περίθαλψης, σχεδιασμένο για ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που απαιτούν καθολική και διεπιστημονική μέριμνα η οποία δεν μπορεί να παρασχεθεί από μονάδες εξωτερικών ιατρείων ή κέντρων ψυχικής υγείας». (Παπαδάτου – Στογιαννίδου 1988, σ.145)

Συνήθως είναι μικρές μονάδες 30 – 40 ατόμων και λειτουργούν από τις 9 το πρωί έως τις 5 το απόγευμα. Οι ασθενείς προσέρχονται μόνοι τους και επιστρέφουν στο τέλος της ημέρας είτε στα σπίτια τους είτε σε ξενώνες. Η μέση διάρκεια παραμονής είναι 2 – 3 μήνες αλλά υπάρχουν διαφορές μεταξύ των διαφόρων μονάδων, ανάλογες με τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετείται.

Το Νοσοκομείο Ημέρας πρέπει να περιλαμβάνει μια σειρά από δραστηριότητες και υπηρεσίες, οι οποίες να αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της ίδιας της ψυχικής διαταραχής καθώς και στη μελλοντική επανένταξη των ασθενών στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Συγκεκριμένα, οι παρακάτω υπηρεσίες είναι χρήσιμες αλλά και απαραίτητες για μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση.

**Αξιολόγηση και διάγνωση:** Σήμερα είναι γενικά αποδεκτό πως η ταξινόμηση μιας ψυχικής διαταραχής σε μία συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία δεν αποτελεί ικανοποιητική αξιολόγηση τόσο της σοβαρότητας της διαταραχής, όσο και της δυνατότητας αντιμετώπισης της. Οι διαγνωστικές μέθοδοι πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ασθενή, έτσι ώστε να σχεδιάζεται το κατάλληλο πρόγραμμα περίθαλψης. Συνήθως, απαιτείται μια περίοδος παρακολούθησης των νέων περιστατικών πριν την απόφαση για την

κατάλληλη θεραπεία. Το Νοσοκομείο Ημέρας είναι κατάλληλο για μια τέτοια εντατική θεραπεία. Εκτός των κλινικών και διαγνωστικών παρατηρήσεων, η συμπεριφορά του νεοφερμένου δίδει πολύτιμες πληροφορίες για το βαθμό λειτουργικότητας σε ομαδικό επίπεδο καθώς και την δυνατότητα για αυτοδιαχείριση και αυτοέλεγχο. Συγχρόνως, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση του κοινωνικού – υποστηρικτικού δικτύου που διαθέτει ο εξυπηρετούμενος. Η απόφαση για περίθαλψη στο Νοσοκομείο Ημέρας δεν εξαρτάται μόνο από την σοβαρότητα της διαταραχής, αλλά κυρίως από την δυνατότητα να περνά ο εξυπηρετούμενος, το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας του στο οικογενειακό περιβάλλον ή σε κάποια μορφή προστατευμένης στέγας.

**Φαρμακοθεραπεία:** Τα τελευταία χρόνια, όπως γνωρίζουμε η ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας έχει δώσει την δυνατότητα ελέγχου ενός μεγάλου φάσματος ψυχικών διαταραχών (κυρίως των ψυχώσεων), ιδιαίτερα στο επίπεδο ελέγχου των περιόδων όξυνσης των διαταραχών. Στο Νοσοκομείο Ημέρας, η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, συνοδεύεται από κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών ή σε ιδιαίτερες περιπτώσεις από έλεγχο για την συστηματική λήψη των φαρμάκων ώστε να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

**Ψυχοθεραπεία:** Η μορφή ψυχοθεραπείας θα επιλεγεί, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Η ατομική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για άτομα με σοβαρές ψυχικές παθήσεις, στα πλαίσια όμως του Νοσοκομείου Ημέρας οι ομαδικές τεχνικές μπορούν να έχουν τα ίδια αποτελέσματα. Η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει επίσης το πλεονέκτημα της ύπαρξης συνθηκών κοινωνικής αλληλεπίδρασης, γεγονός που συμβάλει στην κοινωνική επανένταξη των νοσηλευόμενων ατόμων. Κυρίως τεχνικές θεραπείας της συμπεριφοράς είναι αποτελεσματικές σε πολλές περιπτώσεις, όπως μείωση αυτοτραυματισμών, μείωση επιθετικής συμπεριφοράς, εκμάθηση δεξιοτήτων, σωστή λήψη φαρμάκων, καθημερινή προσέλευση στο νοσοκομείο ημέρας κ.ά.

**Εργασιοθεραπεία:** Η εργασιοθεραπεία αποτελεί μια σημαντική προσπάθεια αποφυγής της παθητικότητας των ψυχιατρικών ασθενών. Αποτελεί, παράλληλα, ένα μέσω ψυχαγωγίας – αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου αλλά και το αρχικό στάδιο της προεπαγγελματικής κατάρτισης για τα άτομα που είναι σε θέση να αποκατασταθούν επαγγελματικά στο μέλλον.

**Οικογενειακή - Κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα:** Οι εξυπηρετούμενοι περνούν το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας στα πλαίσια του Νοσοκομείου Ημέρας. Αυτό, τους επιτρέπει να παραμένουν στο φυσικό – κοινωνικό τους περιβάλλον, χωρίς να απομακρύνονται και να αποξενώνονται από τα πλαίσια της κοινότητας. Η εκπαίδευση για τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενούς και η υποστηρικτική βοήθεια, συντελούν στην κατάλληλη προετοιμασία της οικογένειας και στη μείωση του βάρους – οικονομικού και ψυχολογικού – που προέρχεται από την συμβίωση με ένα χρόνια ψυχικά πάσχοντα άτομο. Οι δε κοινωνικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου Ημέρας, μπορούν να κατευθύνουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους και σε άλλες υπηρεσίες της κοινότητας που προσφέρουν ιατρική κάλυψη, οικονομική βοήθεια κ.λ.π.

**Διδακτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες:** Πολλοί χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες εξαιτίας της πρώιμης έναρξης της νόσου, πιθανόν να έχουν περιορισμένο μορφωτικό επίπεδο, χωρίς απαραίτητα να στερούνται των αναγκαίων νοητικών ικανοτήτων. Η εκπαίδευση μπορεί να αφορά θέματα πρακτικής φύσης και καθημερινότητας, όπως η χρήση κοινωνικών υπηρεσιών, μετακίνησης, συμπλήρωση αιτήσεων κ.ά., αλλά και γενικότερα θέματα ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητες των μελών της ομάδας του Νοσοκομείου Ημέρας.

Οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία, καθώς προωθούν τις κοινωνικές επαφές όχι μόνο μεταξύ των ασθενών, αλλά και με το προσωπικό του νοσοκομείου ημέρας και τον ευρύτερο πληθυσμό της κοινότητας. Οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες μπορούν να πραγματοποιούνται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου ημέρας αλλά και έξω από αυτό, με τη μορφή εκδρομών, επισκέψεων σε εκθέσεις, μουσεία, κινηματογράφο, δημόσιους χώρους κ.λ.π. (Παπαδάτου – Στογιαννίδου 1988, σ.146 - 148)

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ***

### **12.1 Η εξέλιξη του θεσμού**

Οι Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης για ενήλικες αναπτύχθηκαν μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Πριν από αυτή την περίοδο υπήρχαν ορισμένες μονάδες με τη μορφή απασχολησιακών κέντρων για νοητικά καθυστερημένα άτομα και προστατευμένων εργαστηρίων για ανάπηρα άτομα. Αρχικά, οι υπηρεσίες αυτές

δημιουργήθηκαν από την ανάγκη της ημερήσιας περίθαλψης ατόμων τα οποία έβγαιναν από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα μετά από μακρόχρονη παραμονή.

Στόχος των μονάδων ημερήσιας περίθαλψης είναι η βοήθεια προς τα ψυχικά ασθενή άτομα ώστε να παραμείνουν και να λειτουργήσουν στην κοινότητα σε όσο το δυνατό ικανοποιητικότερο βαθμό, παράλληλα με τη βοήθεια για τη σταδιακή μετάβαση αποϊδρυματοποιημένων ασθενών από τα κλειστά ιδρύματα σε ανοικτές κοινοτικές υπηρεσίες.

Στην Ελλάδα, οι πρώτες μονάδες ημερήσιας περίθαλψης δημιουργήθηκαν από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το 1972 στην Αθήνα και το 1971 στη Θεσσαλονίκη.

## **12.2 Λειτουργία**

Η κύρια διαφοροποίηση μεταξύ του νοσοκομείου ημέρας και των μονάδων ημερήσιας περίθαλψης είναι ότι, στις δεύτερες η περίθαλψη των ασθενών έχει συνήθως τη μορφή αποκατάστασης και διατήρησης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και όχι την παροχή νοσηλείας σε περιορισμένο χρόνο, όπως συμβαίνει στα νοσοκομεία ημέρας. Το Νοσοκομείο Ημέρας ασχολείται με οξεία περιστατικά, ενώ οι Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης (Μ.Η.Π.) ασχολούνται περισσότερο με ασθενείς των οποίων οι χρόνιες διαταραχές απαιτούν μακρόχρονη περίθαλψη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το είδος των υπηρεσιών και δραστηριοτήτων που προσφέρεται από τις δυο μορφές ημερήσιας περίθαλψης δεν διαφέρει ουσιαστικά. Οι στόχοι του Νοσοκομείου Ημέρας εστιάζονται στις θεραπευτικές διαδικασίες, ενώ οι στόχοι στις Μ.Η.Π. εστιάζονται στις κοινωνικές δραστηριότητες.

Οι Μ.Η.Π. λειτουργούν σε καθημερινή βάση και απασχολούν τους ασθενείς στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Η μέση διάρκεια παραμονής είναι μεγαλύτερη από αυτή του νοσοκομείου ημέρας – μπορεί να πλησιάζει τους 12 μήνες – ενώ για πολλά άτομα μπορεί να απαιτείται ακόμη πιο μακρόχρονη παραμονή. Οι δραστηριότητες έχουν ως στόχο την κοινωνική εκπαίδευση των εξυπηρετούμενων

και τη σταδιακή μετάβαση τους σε λιγότερο προστατευμένες δομές στα πλαίσια της κοινότητας.

Οι Μ.Η.Π. έχουν ως κύριο ρόλο τη φροντίδα και αποκατάσταση των χρόνια ψυχικά ασθενών, προσφέροντας ένα μεγάλο φάσμα κοινωνικών δραστηριοτήτων οι οποίες περιλαμβάνουν βοήθεια και υποστήριξη σε πρακτικά ζητήματα, όπως οικονομική βοήθεια, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κ.λ.π. Η διασύνδεση των Μ.Η.Π. με άλλους φορείς της κοινότητας και η πλήρη ενημέρωση του προσωπικού για τις διαθέσιμες υπηρεσίες, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχή και αποτελεσματική λειτουργία τους.

Η στελέχωση των Μ.Η.Π. απαιτεί επαγγελματίες ψυχικής υγιεινής, κατάλληλους καταρχήν για τη διαγνωστική αξιολόγηση και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, καθώς όμως η έμφαση δίνεται στην κοινωνική εκπαίδευση των ασθενών, το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας στις μονάδες αυτές αφιερώνεται στην κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα, με τη διδασκαλία βασικών κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η χρήση μέσων συγκοινωνίας, αγορές αναγκαίων ειδών, φροντίδα του εαυτού κ.λ.π. Οι διδακτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες είναι παρόμοιες με αυτές που περιγράφονται στο νοσοκομείο ημέρας και ο σημαντικότερος στόχος τους είναι η βαθμιαία επανένταξη των ψυχικά ασθενών και η απόκτηση μεγαλύτερης ανεξαρτησίας για τη λειτουργία τους στην κοινότητα. (Παπαδάτου – Στογιαννίδου 1988, σ.154 - 156)

### **12.3 Κοινωνική ψυχιατρική Λέσχη**

Η Κοινωνική Ψυχιατρική Λέσχη αποτελεί μία μορφή ημερήσιας περίθαλψης που στοχεύει στην κοινωνική ένταξη και στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης των ψυχικά ασθενών.

Οι πρώτες λέσχες δημιουργήθηκαν στην Αγγλία, στη δεκαετία του '50. Από την εποχή αυτή αναφέρονται προσπάθειες δημιουργίας τους σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων οι ΗΠΑ, η Ν.Ζηλανδία και το Ισραήλ.

Οι λέσχες λειτουργούν ως ένα πλαίσιο, όπου οι ψυχικά ασθενείς συναναστρέφονται και αλληλεπιδρούν υπό την εποπτεία ειδικευμένου προσωπικού (ψυχίατροι, ψυχολόγοι και ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί). Οι ασθενείς συναντιώνται 2-3 φορές την εβδομάδα για να λάβουν μέρος σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα σημαντικότερα οφέλη που προσφέρει η κοινωνική ψυχιατρική λέσχη στους ψυχικά ασθενείς :

1. Διατήρηση συνεχούς επαφής με τους ψυχιατρικούς ασθενείς, μετά την περίθαλψη τους σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα. Η επαφή αυτή, στοχεύει στην πρόληψη υποτροπών και στην αποφυγή της επανένταξης των ασθενών σε μονάδες κλειστής εντατικής περίθαλψης.
2. Μείωση της κοινωνικής απόσυρσης. Οι ασθενείς, που παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα, είναι φυσικό να αποξενώνονται και να απομονώνονται από την κοινότητα, η οποία διατηρεί συνήθως επιφυλακτική και αρνητική στάση απέναντι στην επανένταξή τους και στην παραμονή τους στο φυσικό περιβάλλον. Για το λόγο αυτό, οι κοινωνικές ψυχιατρικές λέσχες προσπαθούν με διάφορες δραστηριότητες να μειώσουν τον κοινωνικό στιγματισμό και την κοινωνική απομόνωση.
3. Εκμάθηση και εξάσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων και αισθημάτων αυτάρκειας. Δίδεται η δυνατότητα στους ασθενείς. Οι ψυχικά ασθενείς δημιουργούν επαφές με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα παρόμοια με τα δικά τους, ενώ παράλληλα ενισχύονται από το προσωπικό της λέσχης, το οποίο προσφέρει κοινωνική φροντίδα και εκπαίδευση.
4. Η Κοινωνική Λέσχη αποτελεί ερέθισμα κοινωνικών επαφών μεταξύ των ασθενών, πέρα από τα πλαίσια των επίσημων συναντήσεων τους κατά τις ώρες λειτουργίας της.
5. Προσφορά ενός κατάλληλου περιβάλλοντος, όπου τα μέλη και οι οικογένειες τους επισκέπτονται με μεγαλύτερη άνεση σε σύγκριση με τα ψυχιατρικά ιδρύματα.



6. Κινητοποίηση μελών ώστε να λάβουν μέρος και σε άλλες μη-ψυχιατρικές δραστηριότητες στην κοινότητα.
7. Δυνατότητα παρακολούθησης της σωστής και συνεπούς χρήσης των φαρμάκων από τα μέλη. (Παπαδάτου – Στογιαννίδου 1988, σ.156 - 158)

## **12.4 Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης**

### **12.4.1 Η εξέλιξη του θεσμού**

Η αντίληψη της επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει περάσει από διάφορες φάσεις για να καταλήξει στη σημερινή της μορφή.

Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα αναγνωρίστηκε η σημασία της εργασίας για τους ψυχικά ασθενείς και προτάθηκε η δημιουργία υπηρεσιών που συνέβαλαν στην κοινωνική επανένταξη των ατόμων που έβγαιναν από ψυχιατρικά άσυλα. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα υιοθετούνται προσεγγίσεις που στηρίζονται κυρίως σε εμπειρικά δεδομένα και στις πραγματικές ανάγκες των ψυχικά ασθενών. Η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια προσφοράς επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης ανέτειλε μέσα από τις ανάγκες περίθαλψης απόμαχων του Α΄ Παγκόσμιου Πολέμου. Πιο συγκεκριμένα, δημιουργήθηκε ένα εργοστάσιο που απασχολούσε αποκλειστικά βετεράνους που έπασχαν από ψυχικά νοσήματα λόγω της συμμετοχής τους στον πόλεμο. Αργότερα ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος επέφερε σημαντική αύξηση στο ποσοστό των ατόμων που απολύονταν από το στρατό και υπέφεραν από ψυχικές διαταραχές και τα οποία ήταν ανίκανα να εργασθούν. Έτσι, σε συνδυασμό με την τεράστια έλλειψη εργατικού δυναμικού λόγω πολέμου, ξεκίνησε η συνεργασία μεταξύ ψυχιατρικών ιδρυμάτων και εργασιακών φορέων (κυρίως βιομηχανικών μονάδων) για την απασχόληση των τροφίμων στις μονάδες αυτές. Στη δεκαετία του 1950, οι ψυχικά ασθενείς αποϊδρυματοποιούνται και προσπαθούν να ενταχθούν στο φυσικό τους περιβάλλον. Τα άτομα όμως αυτά, δεν διέθεταν τις απαραίτητες επαγγελματικές και κοινωνικές δεξιότητες ώστε να απορροφηθούν από την ελεύθερη αγορά. Σαν αποτέλεσμα της παραπάνω διαπίστωσης, άρχισαν να διαμορφώνονται επιστημονικές απόψεις και τεχνικές με στόχο τη δημιουργία προγραμμάτων επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης.

Η επαγγελματική αποκατάσταση ορίζεται ως την επιτυχημένη τοποθέτηση του ατόμου σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον, όπου θα έχει τη δυνατότητα να αξιοποιήσει όλες τις κοινωνικές, επαγγελματικές και προσωπικές ικανότητες του. Ο ορισμός αυτός αντικατοπτρίζει και τις προδιαγραφές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για την προσφορά ψυχιατρικής βοήθειας σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό για το άτομο περιβάλλον. (WHO, 1978, στο Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ.166)

Η διαδικασία της επαγγελματικής αποκατάστασης αποτελεί το μακροπρόθεσμο στόχο της πλήρους αποκατάστασης ενός ψυχικά αρρώστου μέσα από την έκθεση του σε επαγγελματικού τύπου εργασιακά πλαίσια και προκαταρκτική εκπαίδευση σε διάφορες επαγγελματικές περιοχές για την ανάπτυξη ή απόκτηση νέων επαγγελματικών επιδεξιοτήτων. (Μαδιανός 1994, σ.102)

Οι στόχοι της επαγγελματικής και κοινωνικής εκπαίδευσης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής :

- 1) Επαγγελματική κατάρτιση. Αποτελεί την εκμάθηση βασικών τεχνικών δεξιοτήτων σε τομείς ανάλογους με τις ικανότητες των εκπαιδευομένων ατόμων.
- 2) Εκπαίδευση σε βασικές εργασιακές γνώσεις. Εκπαίδευση σε δεξιότητες όπως η ικανότητα τήρησης ωραρίου, η υπευθυνότητα, ο χειρισμός χρημάτων κ.ά., ώστε το άτομο να μπορεί να λειτουργήσει στους ελεύθερους ανταγωνιστικούς χώρους.
- 3) Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι κοινωνικές δεξιότητες βοηθούν τα άτομα να αντιμετωπίζουν καθημερινές κοινωνικές καταστάσεις και έξω από τον εργασιακό τους χώρο.
- 4) Δεξιότητες που αφορούν την εύρεση εργασίας. Οι ψυχικά ασθενείς πληροφορούνται για τις θέσεις εργασίας που μπορούν να απορροφηθούν, υποβάλουν αιτήσεις και έρχονται σε επαφή με εργοδότες.

Οι Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης διαχωρίζονται σε πέντε κύριες μορφές :

**Α) Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης – Αποκατάστασης (Προεπαγγελματικά εργαστήρια):** Στόχος της προεπαγγελματικής αποκατάστασης είναι ο έλεγχος, κυρίως από τον εργοθεραπευτή, των ικανοτήτων και επιδεξιοτήτων του ατόμου με το ειδικό πρόβλημα και η προσαρμογή του σε συνθήκες εργασίας. Η ικανότητα και αποδοτικότητα του ατόμου ελέγχεται σε συνθήκες εργασίας, έτσι ώστε να παραπεμφθεί αργότερα στα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης ή

σε άλλες επαγγελματικές μονάδες. Βασικές προϋποθέσεις για τη συμμετοχή του ατόμου σε προγράμματα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι η ηλικία (να μην υπερβαίνει τα 35 – 49 χρόνια), η ψυχοπαθολογική κατάσταση, το κίνητρο συμμετοχής και το επίπεδο λειτουργικότητας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο χρόνος της εκπαίδευσης διαρκεί λίγους μήνες.

**Β) Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης – Αποκατάστασης (Επαγγελματικά εργαστήρια):** Ένα ποσοστό ατόμων που ακολούθησαν την προεπαγγελματική εκπαίδευση, αλλά δεν βρέθηκε ότι ήσαν ικανά να απορροφηθούν από την ελεύθερη αγορά εργασίας, παραπέμπονται στο Κ.Ε.Ε. όπου η εκπαίδευση επικεντρώνεται σε ένα επαγγελματικό αντικείμενο. Συνήθως ένα Κ.Ε.Ε. περιλαμβάνει 2 ή 3 επαγγελματικά αντικείμενα. Η χρονική διάρκεια της εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερη (γύρω στους 12 έως 18 μήνες). Το μεγαλύτερο βάρος της εκπαίδευσης πέφτει στους ειδικούς εκπαιδευτικούς – τεχνίτες που εισάγουν τον εκπαιδευόμενο στα μυστικά του επαγγέλματος. Τα κριτήρια για την παρακολούθηση στο Κ.Ε.Ε. είναι τα ίδια με εκείνα που ήδη αναφέρθηκαν προηγουμένως, η λειτουργικότητα όμως των μελών είναι χαμηλότερη αφού τα άτομα αυτά δεν μπόρεσαν να εργαστούν στην ελεύθερη αγορά και χρειάστηκαν ειδική παρατεταμένη επαγγελματική εκπαίδευση.

Το διάστημα της εκπαίδευσης διαιρείται: α) στο προκαταρκτικό στάδιο, όπου το άτομο εξοικειώνεται με το αντικείμενο της εκπαίδευσης του και β) στο κύριο στάδιο, όπου το άτομο εξειδικεύεται στην παραγωγική εργασία μέσα στα πλαίσια του εκπαιδευτικού του αντικειμένου. Η εκπαιδευτική διαδικασία αξιολογείται συνεχώς, ώστε να ελέγχεται η πρόοδος της εκπαίδευσης.

Μετά το τέλος της εκπαίδευσης, οι εκπαιδευόμενοι τοποθετούνται σε εργασίες παρόμοιες με το αντικείμενο εκπαίδευσης τους ή, σε περιπτώσεις δυσκολίας προσαρμογής του ατόμου στο εργασιακό πλαίσιο, σε προστατευμένα εργαστήρια.

**Γ) Προστατευμένη Εργασία - Προστατευμένα Εργαστήρια:** Πρόκειται για παραγωγική εργασία που επιχορηγείται, ενώ η αμοιβή του εργαζόμενου είναι ανάλογη με την παραγωγή του. Η προστατευμένη εργασία μπορεί να γίνεται στο σπίτι, στο Προστατευμένο Εργαστήριο ή ακόμα και μέσα στο Εργοστάσιο σε ειδικό τμήμα όπως γίνεται στη Μ.Βρετανία, Ολλανδία, τις Σκανδιναβικές χώρες, Ιταλία και αλλού. Το Προστατευμένο Εργαστήριο προσφέρει τη δυνατότητα για δουλειά

σε άτομα που εμφανίζουν σοβαρά μειονεκτήματα στην αποδοτικότητα τους και δεν μπορούν να είναι ανταγωνιστικοί σε σύγκριση με άλλους συναδέλφους τους. Την ευθύνη του εργαστηρίου συνήθως έχει ο εργοθεραπευτής. Σε μερικές περιπτώσεις το εργαστήριο παίρνει τη μορφή Συνεργατικής Επιχείρησης με περισσότερο ανεξάρτητο χαρακτήρα.

**Δ) Συνεργατικές Επιχειρήσεις ή Παραγωγικά Εργαστήρια ή Κοινωνικές Επιχειρήσεις:** Αποτελούν τυπικές μικρές ή μεγάλες επιχειρήσεις. Στοχεύουν στην προώθηση της αυτόνομης ή ημιαυτόνομης αποκατάστασης και επανένταξης του ατόμου με ειδικές ανάγκες. Τα προϊόντα πρέπει να είναι τυποποιημένα και ποιοτικά υψηλά, ώστε να είναι ανταγωνιστικά προς εκείνα του ελεύθερου εμπορίου. Η αμοιβή γίνεται ανάλογα με το ποσοστό παραγωγής του προϊόντος και όχι σύμφωνα με τις ανάγκες των εργαζομένων. Συνήθως όλη η παραγωγή βασίζεται ή σε αυτόνομη κατασκευή προϊόντων ή σε υπεργολαβίες ιδιωτικές ή κρατικές (εξειδίκευση στην κατασκευή επίπλων, χαρτικών, ρούχων, παιχνιδιών, χειροποίητων αντικειμένων λαϊκής τέχνης, ανταλλακτικών ή συναρμολόγηση υλικού, π.χ. η Philips στην Ολλανδία (συσκευασίες).

Βασικές προϋποθέσεις μιας επιτυχημένης συνεργατικής επιχείρησης είναι η σωστή διοικητική στελέχωση, οι διαθέσιμοι πόροι κεφαλαίου, η μελέτη της αγοράς, το χαμηλό κόστος διαχείρισης, ο προγραμματισμός και οι στρατηγικές των στόχων, ο έλεγχος και η αξιολόγηση, η ικανότητα των διαρθρωτικών παρεμβάσεων και τέλος ο ευχαριστημένος πελάτης.

Στο διεθνή χώρο υπάρχουν σημαντικά παραδείγματα οργάνωσης συστήματος συνεργατικών. Στην Ιταλία στις αρχές του 1980 υπήρχαν 50 συνεργατικές, 19 στο Βορρά, 23 στην Κεντρική Ιταλία και 8 στο Νότο. Σε όλες τις συνεργατικές υπήρχαν 1420 μέλη, από τα οποία 127 μέλη παραμένουν σε ψυχιατρεία, 431 δεν πήγαν ποτέ σε ψυχιατρείο και 431 ζουν στην κοινότητα, ενώ 208 είναι μέλη τα οποία δεν είχαν ποτέ ψυχική νόσο. Το εισόδημα τους κυμαίνεται γύρω στις 200.000 έως 500.000 λιρέτες (25.000 έως 60.000 δρχ. το μήνα). Στη Βρετανία το Remploi λειτουργεί ως βιομηχανική μονάδα με 95 διαφορετικά παραρτήματα όπου απασχολούνται πάνω από 5000 άτομα. Το Remploi προμηθεύει με διάφορα είδη κρατικούς οργανισμούς της Βρετανίας. Οι συνθήκες εργασίας δεν διαφέρουν από εκείνες της ελεύθερης αγοράς. Στη Σουηδία λειτουργεί η αλυσίδα των μονάδων Samhall για άτομα με ειδικές ανάγκες, όπου το 1986/87 οι εξαγωγές

των Samhall έφθασαν το ποσό των 300 εκατομμυρίων κορωνών. Στη χώρα μας υπάρχουν ελάχιστα παραδείγματα συνεργατικών για άτομα με χρόνιο ψυχικό νόσημα, με εξαίρεση στη Θεσσαλονίκη (Πρόγραμμα Επανάταξης του Ψυχιατρείου), στην Αθήνα (Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής και Κ.Ε.Π του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, στο Δρομοκαΐτειο) και στο ψυχιατρείο Χανίων.

**Ε) Η τοποθέτηση σε θέση εργασίας:** Αποτελεί την τελική και πιο λεπτή φάση όλης της διαδικασίας της αποκατάστασης. Η ευθύνη ανήκει κυρίως στον επαγγελματικό σύμβουλο, στον κοινωνικό λειτουργό και στον εργοθεραπευτή. Πριν από την τοποθέτηση του ατόμου σε μία θέση εργασίας, θα πρέπει να δίδεται έμφαση σε ορισμένες λεπτές διαδικασίες όπως η επιλογή των θέσεων εργασίας, η ευαισθητοποίηση – προετοιμασία του εργοδότη και των μελλοντικών συναδέλφων του, η ρύθμιση των γραφειοκρατικών διαδικασιών κ.α. Βασική υποχρέωση της ομάδας είναι να παρακολουθεί το εργαζόμενο άτομο και να βρίσκεται σε τακτική επαφή με τους συναδέλφους ή τους εργοδότες ή τον προϊστάμενο του ατόμου που τοποθετήθηκε στη δουλειά. Η τοποθέτηση σε μία θέση εργασίας θεωρείται επιτυχημένη, όταν το άτομο υπερβαίνει το χρονικό διάστημα των έξη μηνών στη θέση εργασίας. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ομάδα της αποκατάστασης συνεργάζεται με φορείς της κοινότητας με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου γύρω από το θέμα της αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων.( Μαδιανός 1994, σ. 103 – 108)

#### **12.4.2 Λειτουργία των μονάδων επαγγελματικής εκπαίδευσης**

**Εγκαταστάσεις:** Τα εργαστήρια θα πρέπει να μοιάζουν όσο το δυνατόν με αυθεντικούς επαγγελματικούς χώρους. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει ένας χώρος, ανοικτός προς το κοινό, όπου θα διατίθενται τα προϊόντα που οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι κατασκευάζουν.

**Εξοπλισμός και διδασκόμενες ειδικότητες:** Οι ειδικότητες των εργαστηρίων πρέπει να είναι ποικίλες και σχεδιασμένες με τρόπο τέτοιο ώστε να ανταποκρίνονται στις δυνατότητες εκμάθησης των εκπαιδευομένων, αλλά και στις ανάγκες της αγοράς στην οποία πρόκειται να διοχετευθούν οι απόφοιτοι των εργαστηρίων. Παραδείγματα ειδικοτήτων αποτελούν η κορνιζοποιία, ταπητουργία,

ξυλουργική, γραμματειακή απασχόληση κ.λ.π . Είναι απαραίτητο να εξοπλίζονται τα εργαστήρια με κατάλληλα εργαλεία και υλικά, παρόμοια με αυτά που χρησιμοποιούνται στους πραγματικούς επαγγελματικούς χώρους.

**Τρόπος καθημερινής λειτουργίας:** Το ωράριο λειτουργίας των εργαστηρίων πρέπει να είναι παρόμοιο με αυτό των αντίστοιχων επαγγελμάτων, στους αυθεντικούς χώρους εργασίας. Επίσης, θα πρέπει να βρίσκονται σε περιοχές με εύκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση.

**Προσωπικό:** Το προσωπικό προέρχεται από τον χώρο της ψυχικής υγείας αλλά και από άλλους επαγγελματικούς τομείς. Συνήθως αποτελείται από τεχνικούς εκπαιδευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχιάτρους και ψυχολόγους.(Παπαδάτου - Στογιαννίδου 1988, σ.169)

### ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ -ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ -***

Η δημιουργία των πρώτων ομάδων ψυχικής υγείας εμφανίζεται στις Η.Π.Α. γύρω στο 1920 με 1930. Ο H. Modlin (1980) ψυχίατρος αναφέρει ότι η αρχική μορφή της ομάδας είχε σαν μέλη τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχίατρο, αργότερα προστέθηκαν στις ομάδες και άλλες ειδικότητες. (Παπαδάτος - Στογιαννίδου 1988, σ. 219)

Αρχικά η ομάδα η οποία αποτελείτε από τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο λειτούργησε σε ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, στη συνέχεια μεταφέρθηκε σε ιδρύματα, σε μονάδες εξωτερικής νοσηλείας, σε

φοιτητικές εστίες, σε κέντρα ψυχικής υγιεινής. Ανάλογα με τη φύση της εργασίας και το σκοπό της κάθε υπηρεσίας προστέθηκαν και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, εργοθεραπευτές κ.λ.π.

### **13.1 Ορισμός – Λειτουργία**

Ο ορισμός που δόθηκε από το Ινστιτούτο του Brunel έχει ως εξής: ομάδα αποτελεί μια κατάσταση όπου οι επιστήμονες που εργάζονται σε αυτή:

- α. γνωρίζονται προσωπικά μεταξύ τους,*
- β. είναι αποδεκτοί από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας,*
- γ. έχουν την πρόθεση να δουλέψουν μαζί επ' αόριστο,*
- δ. εργάζονται πρόσωπο με πρόσωπο σε μικρούς ή μεγάλους αριθμούς.*

*Το να είναι κανείς μέλος της ομάδας προϋποθέτει:*

- α. το δικαίωμα των προϋπαρχόντων μελών να έχουν βαρύνουσα γνώμη στη διερεύνησή της,*
  - β. το δικαίωμα να συμπεριλαμβάνονται σε όλες τις γενικές συζητήσεις ομάδας,*
  - γ. την υποχρέωση να ακολουθούν τους υπάρχοντες κανόνες και διαδικασίες.*
- (Παπαδάτος -Στογιαννίδου 1988, σ. 220)

Η θεραπευτική ομάδα θα εργαστεί σε τρία επίπεδα:

- α. στο επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης,*
- β. στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας,*
- γ. στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης. (Μαδιανός 2000, σ. 150)*

Η σωστή λειτουργία της ομάδας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά σημαντικός είναι ο παράγων άνθρωπος και η προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία – μέλους της ομάδας, η εκπαίδευση και μάλιστα η εξειδίκευση του κάθε μέλους, η αντίληψη της ομαδικότητας, η τήρηση των επαγγελματικών ορίων. Προϋποθέτει την αμοιβαία αποδοχή των μελών των διαφόρων ειδικοτήτων και την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη του ασθενούς.



Είναι ακόμα απαραίτητη για την καλή και αποδοτική λειτουργία της ομάδας η ύπαρξη αλληλεγγύης, υποστήριξης μεταξύ των μελών καθώς και ο καθορισμός ενός κοινού και αποδεκτού σκοπού. Σημαντικό επίσης είναι ο διαχωρισμός των ρόλων του κάθε επαγγελματία και η ρεαλιστική αντίληψη των επαγγελματικών ορίων για την αποφυγή συγκρούσεων μέσα στην ομάδα. Ο κάθε ειδικός προσφέρει στην ομάδα με βάση τις δικές του γνώσεις, τις ιδέες και προτάσεις, έτσι π.χ. ο κοινωνικός λειτουργός θα πληροφορήσει την ομάδα για τις συνθήκες τις κοινωνικές στις οποίες το άτομο διαβιεί, ο ψυχίατρος θα προβεί στην ψυχιατρική διάγνωση, ο ψυχολόγος θα ερμηνεύσει τις ψυχομετρικές διαδικασίες, κ.λ.π.

Όλα τα μέλη της ομάδας θεραπεύουν, ερευνούν, διδάσκουν και διδάσκονται μέσα από την εμπειρία η οποία προκύπτει από την καθημερινή επαφή με τον ασθενή και τα προβλήματα που τον απασχολούν.

Οι στόχοι της ομάδας εξαρτώνται από το θεραπευτικό πλαίσιο στο οποίο ανήκει και λειτουργεί η ομάδα. Ανεξάρτητα από αυτό όμως κατευθύνονται στα εξής επίπεδα:

*α. στη διάγνωση της ψυχικής νόσου,*

*β. στην αναζήτηση των παραγόντων τόσο από το άμεσο όσο και από το ευρύτερο περιβάλλον που οδήγησαν στην εκδήλωση της νόσου,*

*γ. στη δημιουργία ενός σχεδίου δράσης για τη θεραπεία του ασθενούς. (Παπαδάτος - Στογιαννίδου 1988, σ. 221)*

Κατά συνέπεια η λειτουργία της ομάδας δεν αφορά μόνο τη διάγνωση και τη θεραπευτική στρατηγική αντιμετώπιση αλλά και την περαιτέρω θεραπευτική στρατηγική. Βασικό πλεονέκτημα της ολιστικής και πολύπλευρης αυτής προσέγγισης του ασθενούς είναι ο υπολογισμός όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία και διατήρηση της ψυχικής νόσου, όπως π.χ. ενδοοικογενειακές σχέσεις, εργασιακές, κοινωνικές, κ.λ.π.

Η ομάδα ψυχικής υγείας αξιοποιώντας σωστά τις γνώσεις, τις ικανότητες και τις δεξιότητες των μελών της έχει δυνατότητες να κατανοήσει τις ανάγκες και τα προβλήματα του ατόμου σφαιρικά. Μπορεί έτσι να επιτύχει πληρέστερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του ατόμου μέσα από μία πιο αποτελεσματική σχέση και παρέμβαση.

Μια θεραπευτική ομάδα ψυχικής υγείας μπορεί να αποτελείται όπως έχει ήδη αναφερθεί από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, το

νοσηλευτή, τον εργοθεραπευτή, τον επισκέπτη υγείας καθώς και από άλλες ειδικότητες ανάλογα με τις ανάγκες του πλαισίου αναφοράς του της ομάδας. Θα προσπαθήσουμε λοιπόν στη συνέχεια να αναφερθούμε στις ειδικότητες των επαγγελματιών που αποτελούν τη διεπιστημονική ομάδα και να προσδιορίσουμε το ρόλο τους μέσα σε αυτή.

### **13.2 Ο ρόλος του Ψυχιάτρου**

Έχει υποστηριχθεί ότι ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι να κάνει τη διάγνωση, να δίνει τη φαρμακευτική αγωγή στο άτομο και να παρακολουθεί την πορεία της υγείας του. (Παπαδάτος - Στογιαννίδου 1988, σ. 223)

Ο ρόλος όμως του ψυχιάτρου σήμερα, είναι πιο σύνθετος δεν περιορίζεται στη νοσολογική προσέγγιση αλλά επεκτείνεται τόσο στη συμμετοχή του στη διαδικασία της πρόληψης αλλά και της αποκατάστασης. Εκτός από την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς, ο ψυχίατρος μπορεί να αναγνωρίσει και να αξιολογήσει τις κοινωνικές παραμέτρους της νόσου. Πέρα λοιπόν από τον προσδιορισμό των ιατρικών συνδρόμων ή των ιατρικών πλευρών μιας νόσου, ο ψυχίατρος εμπλέκεται στην κοινότητα, ενημερώνοντας, ευαισθητοποιώντας και κινητοποιώντας την. Εργάζεται κατά συνέπεια ο ψυχίατρος σε δύο επίπεδα σε αυτό του ατόμου που χρειάζεται βοήθεια και σε αυτό της κοινότητας. (Μαδιανός 2000, σ. 151)

Τον ρόλο και τη δράση του ψυχιάτρου μπορούν να ενισχύσουν ή να ατονήσουν διάφοροι παράμετροι και παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι η γενικότερη πολιτική ψυχικής υγείας που ισχύει στη χώρα την οποία δρα ο επαγγελματίας υγείας, το ποσοστό των διαθεσίμων πόρων, ο ορισμός της νόσου και η ιδεολογία, στάσεις που υπάρχουν μέσα στην κοινότητα για τη νόσο, καθώς και άλλοι παράγοντες. (Μαδιανός 2000, σ. 152)

Το έργο και ο ρόλος του ψυχιάτρου στο χώρο της αποκατάστασης είναι πολύπλευρος, πολυδιάστατος με την εμφάνιση ποικίλων προβλημάτων, αλλά και θετικών ενισχύσεων.

### **13.3 Ο ρόλος του Ψυχολόγου**

Ο ρόλος του ψυχολόγου στο χώρο της ψυχικής υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολύπλευρος. Αφορά τόσο τη συμμετοχή του στη διάγνωση της ψυχικής νόσου, όσο και στη θεραπεία αυτής καθώς και στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενούς. Επιπλέον ένα ακόμα μέρος που καλύπτει η συμμετοχή του ψυχολόγου στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι η διατήρηση, η προαγωγή αυτής αλλά και η αντιμετώπισή της (πρόληψη).

### **13.3.1 Διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας**

Ο ψυχολόγος συμμετέχει στη διατήρηση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας τόσο σε μικρό όσο και σε μεγάλο επίπεδο. Το επίπεδο της παρέμβασης σε μικρό επίπεδο αφορά το άτομο και την οικογένεια. Προσπαθεί δηλαδή ο ψυχολόγος να επιτύχει την ύπαρξη σωστής επικοινωνίας μεταξύ των γονέων και παιδιών μέσα από την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση κυρίως των γονέων.

Η παρέμβαση του ψυχολόγου σε μεγάλο επίπεδο αφορά την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την εφαρμογή προγραμμάτων ενημέρωσης, συμβουλευτικής υποστήριξης τόσο στα σχολεία, όσο σε ομάδες της κοινότητας που χρήζουν τέτοιου είδους παροχές.

Τα παραπάνω είδη παρέμβασης έχουν σαν σκοπό την έγκυρη αντιμετώπιση προβλημάτων και την αποφυγή εκδήλωσης ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών καθώς και την όσο το δυνατόν ομαλότερη προσαρμογή των μελών μιας κοινότητας στον κοινωνικό τους ρόλο.

### **13.3.2 Διάγνωση - Θεραπευτική αντιμετώπιση – Αποκατάσταση**

Στον τομέα ο οποίος αφορά τη διάγνωση της ψυχικής νόσου, ο ρόλος του ψυχολόγου είναι η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς μέσω των διαφόρων ψυχολογικών δοκιμασιών (τεστ).

Μέσω του ελέγχου των γνωσιακών λειτουργιών και της προσωπικότητας του ατόμου επιτυγχάνεται πλην της αξιολόγησης του ατόμου, η διαφορική διάγνωση της περίπτωσης απαραίτητη για το «σχεδιασμό» της παρέμβασης.

Όσον αφορά τον τομέα της θεραπευτικής αντιμετώπισης ο ρόλος του ψυχολόγου έγκειται στη παροχή ψυχολογικής υποστήριξης τόσο στο ίδιο το άτομο που νοσεί όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον, μέσω της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης. (Χριστοδούλου και συνεργάτες 1999, σ. 909-912)

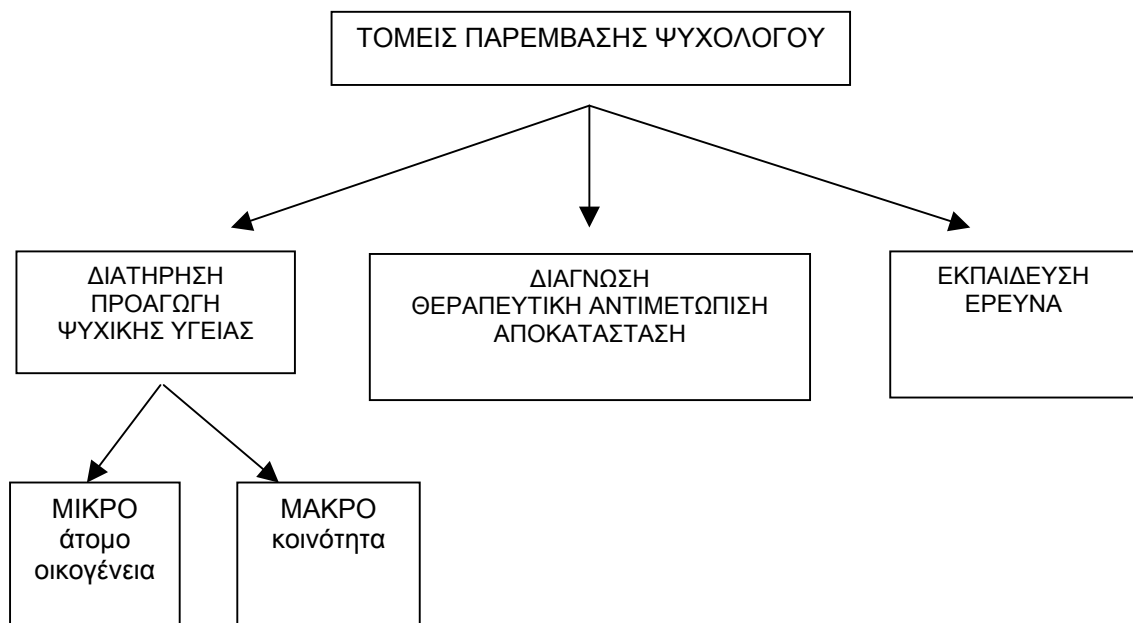
Τέλος, στη διαδικασία της αποκατάστασης ο ψυχολόγος βοηθά το άτομο μέσα από τη συνεχή υποστήριξη να ενταχθεί όσο το δυνατόν καλύτερα στο κοινωνικό περιβάλλον.

### 13.3.3 Εκπαίδευση – Έρευνα στα πλαίσια της Ψυχικής Υγείας

Ο ψυχολόγος έχει τη δυνατότητα, εφόσον ο ίδιος έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα, να παρέχει εκπαιδευτικού χαρακτήρα μαθήματα πάνω στις βασικές αρχές της Ψυχολογίας ή μαθήματα με στόχο την καλύτερη κατανόηση των αντιδράσεων, της συμπεριφοράς τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του στους επαγγελματίες υγείας.

Επιπρόσθετα η συμβολή του ψυχολόγου στην έρευνα είναι σημαντική. Ο ψυχολόγος μπορεί να κατασκευάσει μεθόδους ψυχολογικών δοκιμασιών που εφαρμόζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και βοηθούν στην αξιολόγηση του ατόμου, π.χ. δημιουργία ερωτηματολογίων, τεστ κλιμάκων μετρήσεων, κ.λ.π.

Μπορεί επίσης να πραγματοποιήσει έρευνες που αφορούν την αποτελεσματικότητα των διαφόρων θεραπειών που εφαρμόζονται, να εντοπίσει ελλείψεις και να προτείνει λύσεις.



### **13.4 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού**

Η κοινωνική εργασία ορίζεται ως η εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που αποσκοπεί στη διερεύνηση, μελέτη και αντιμετώπιση ενός ευρέως φάσματος προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων, που η διαπλοκή τους επηρεάζει δυσμενώς άτομα ή σύνολο ατόμων. (Χριστοδούλου και συνεργάτες 1999, σ. 931)

Ο χώρος της ψυχικής υγείας προσφέρει ένα ευρύ πεδίο δράσης και εφαρμογής των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της ψυχικής υγείας αφορά κυρίως τη συλλογή και αξιολόγηση στοιχείων σχετικές με την κοινωνική πλευρά του ασθενούς, την οικογένεια και να προσφέρει στη θεραπευτική διαδικασία μέσα από μεθόδους και τεχνικές εναρμονισμένες στις αρχές της κοινωνικής εργασίας. (Παπαδάτος - Στογιαννίδου 1988, σ. 225)

Προκειμένου για την επίτευξη των παραπάνω ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί όλες εκείνες τις παραδεκτές μεθόδους προσέγγισης της κοινωνικής εργασίας οι οποίες είναι οι εξής:

- α.** Κοινωνική εργασία με άτομο.
- β.** Κοινωνική εργασία με ομάδα, οικογένεια.
- γ.** Κοινωνική εργασία με κοινότητα.
- δ.** Κοινωνική έρευνα.
- ε.** Κοινωνικός σχεδιασμός.

Με τη χρήση των μεθόδων αυτών, ο κοινωνικός λειτουργός επιτυγχάνει τη συμμετοχή και δράση του και στα τρία επίπεδα περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια).

#### **13.4.1 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη – Πρόληψη**

Στο πρώτο επίπεδο περίθαλψης που αφορά την πρόληψη ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έχει να κάνει κυρίως με την προαγωγή της πρόληψης και την ενημέρωση της κοινότητας.

Ο κοινωνικός λειτουργός στο στάδιο αυτό συμμετέχει σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα με σκοπό να εντοπίσει τα ανεπιθύμητα κοινωνικά φαινόμενα. Στη συνέχεια, προτείνει λύσεις για τη δημιουργία, οργάνωση

προγραμμάτων πρόληψης με στόχο τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας της κοινότητας.

Επιπρόσθετα, τα παραπάνω προάγονται και με τη συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού, αλλά και ολόκληρης της διεπιστημονικής ομάδας, με φορείς της κοινότητας. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να παρέμβουν στους θεσμούς και τους φορείς με σκοπό την προαγωγή της πρόληψης. Οι φορείς με τους οποίους μπορεί να συνεργαστεί ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να είναι δημόσιοι οργανισμοί, εκκλησία, υγειονομικές υπηρεσίες, σχολεία, εργοδότες, κ.λ.π.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει σε προγράμματα τα οποία αφορούν την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση για την έγκαιρη αποτροπή, εκδήλωση της νόσου.

#### **13.4.2 Δευτεροβάθμια Περίθαλψη – Θεραπευτική αντιμετώπιση**

Στο δεύτερο επίπεδο περίθαλψης ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στη διαδικασία παρακολούθησης του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία και στη διαδικασία εισαγωγής του στο νοσοκομείο.

Στο στάδιο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός είναι το μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που θα μπορεί να παρέχει ψυχοκοινωνική στήριξη, φροντίδα στον ασθενή και θα αναζητήσει λύσεις στα πρακτικά προβλήματα του ασθενούς.

Οι παρεμβάσεις του κοινωνικού λειτουργού στο στάδιο αυτό επικεντρώνονται τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος στο οποίο λόγω της ασθένειας θα υπάρχει έντονη πίεση και ένταση.

Με την εισαγωγή του ασθενούς στο ψυχιατρικό νοσοκομείο ο κοινωνικός λειτουργός θα προβεί σε μια σειρά ενεργειών, με σκοπό την ανίχνευση και συγκέντρωση πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή, την έναρξη και την πορεία της νόσου με σκοπό το σχεδιασμό της παρέμβασης.

Οι ενέργειες στις οποίες θα προβεί ο κοινωνικός λειτουργός είναι οι ακόλουθες. Αρχικά, ο κοινωνικός λειτουργός θα προβεί στη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, είτε από τον ίδιο τον ασθενή, εάν υπάρχει η δυνατότητα αυτή, ή από το οικογενειακό του περιβάλλον.

Στη συνέχεια, εμπλέκει τον ασθενή με βασικό συνεργάτη την οικογένεια, σε ένα σχέδιο δράσης – θεραπείας. Το σχέδιο δράσης αυτό διαμορφώνεται με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενή και τις παρεμβάσεις οι οποίες απορρέουν από τη μοναδικότητα της κάθε περίπτωσης. Αναγνωρίζοντας τα παραπάνω ο κοινωνικός λειτουργός, δουλεύει με τον ασθενή και τον βοηθά να αναπτύξει τους μηχανισμούς του ώστε να κατορθώσει να ανταποκριθεί στην καθημερινότητά του. Πραγματοποιείται επίσης παρέμβαση και στο οικογενειακό περιβάλλον με σκοπό την τροποποίηση και ελαχιστοποίηση των συνθηκών που προκαλούν το πρόβλημα.

Ακόμα, ο κοινωνικός λειτουργός με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού οδηγείται στην ιεράρχηση των προβλημάτων του ασθενούς και στην επικέντρωση για την άμεση αντιμετώπισή τους, ώστε να μειωθούν οι παράγοντες εκείνοι που εμποδίζουν την υγιή λειτουργία του ατόμου και του προκαλούν έντονο άγχος. (Χριστοδούλου και συνεργάτες 1999, σ. 914)

Βασικό «σύμμαχο» στις παραπάνω ενέργειες ο κοινωνικός λειτουργός έχει την οικογένεια του ασθενούς. Η συνεργασία με την οικογένεια υπήρξε πάντα ένα από τα κύρια μελήματα του κοινωνικού λειτουργού. Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο αναπτύσσεται, υιοθετεί συμπεριφορές, αρχές, στάσεις και πολλές φορές τα αισθήματα και οι συμπεριφορές των ατόμων είναι αποτέλεσμα είτε της πίεσης από τις άσχημες ενδοοικογενειακές σχέσεις είτε της υποστήριξης που προκύπτει από καλές ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Ο κοινωνικός λειτουργός, λοιπόν μαζί με την οικογένεια και σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς οργανώνει τη θεραπευτική διαδικασία που θα ακολουθήσει. Ταυτόχρονα, λόγω του ότι και για την οικογένεια η ασθένεια αποτελεί ένα ισχυρό σοκ που ίσως την αποδιοργανώσει, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει να ενημερώσει, να υποστηρίξει, να ευαισθητοποιήσει, να κάνει κατανοητή την ασθένεια και να βοηθήσει το οικογενειακό περιβάλλον να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες.

Επιπρόσθετα ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί στο στάδιο αυτό και με της μεθόδου κοινωνική εργασία με ομάδα.

Ο σκοπός, το είδος και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού καθορίζεται κυρίως από τη φιλοσοφία και τους στόχους της υπηρεσίας στην οποία εργάζεται. Μπορεί έτσι ο κοινωνικός λειτουργός να οργανώσει ομάδες επικοινωνίας κατά θάλαμο ή ανάπτυξης δεξιοτήτων ή ομάδες αυτοβοήθειας, κ.λ.π.

Με την ένταξη του ατόμου στην ομάδα ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να επιτύχει την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου με την ανάπτυξη των υπαρχόντων δεξιοτήτων ή την απόκτηση νέων. Ενισχύεται επίσης η διαπροσωπική επικοινωνία και η δημιουργία σχέσεων μεταξύ των μελών, ενθαρρύνεται η συνύπαρξη, η συνεργασία, η ανάληψη προσωπικής ευθύνης, η ανάληψη πρωτοβουλιών και η ανάδειξη ικανοτήτων. (Καλλινικάκη 1998, σ.142)

Επιτυγχάνοντας τα παραπάνω επέρχεται η συναισθηματική ωρίμανση του ατόμου, ενισχύεται η αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθησή του και γίνεται μια προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων που αφορούν τη διαπροσωπική επικοινωνία των μελών καθώς και τη βελτίωση της συνολικής κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου.

Τέλος και στο στάδιο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός κάνει χρήση των πόρων και πηγών της κοινότητας με σκοπό την επίλυση των πρακτικών θεμάτων του ατόμου. Έρχεται έτσι σε επαφή με οργανισμούς χορήγησης επιδομάτων, στεγαστικά προγράμματα, κέντρα ημερήσιας φροντίδας και γενικά με δίκτυα υπηρεσιών που αφορούν τη παροχή βοήθειας στο άτομο και την οικογένειά του.

#### **13.4.3 Τριτοβάθμια Περίθαλψη – Αποκατάσταση**

Στο στάδιο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με την έξοδο του ασθενούς από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και με την ένταξή του στην κοινότητα.

Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού για την αποκατάσταση του ατόμου είναι δύσκολη. Ο κοινωνικός λειτουργός αλλά και ο κάθε επαγγελματίας που ασχολείται με την αποκατάσταση θα συναντήσει πολλά εμπόδια και δυσκολίες λόγω άγνοιας, προκαταλήψεων και αδικαιολόγητων φόβων που έχει η κοινότητα για την ψυχική ασθένεια.

Βασικό μέλημα του κοινωνικού λειτουργού είναι στο στάδιο αυτό η διατήρηση του ασθενή αλλά και η θεμελίωση και διατήρηση από τον ασθενή μιας σειράς δεξιοτήτων που θα τους προσφέρουν ένα ικανοποιητικό και αξιοπρεπές επίπεδο ζωής. (Χριστοδούλου και συνεργάτες 1999, σ. 915) Για να επιτευχθούν τα παραπάνω είναι απαραίτητη η ύπαρξη και λειτουργία ενδιάμεσων δομών και



προγραμμάτων με σκοπό την αποκατάσταση των ατόμων. Οι ενδιάμεσες αυτές δομές είναι ξενώνες μεταβατικοί ή μακράς διαρκείας παραμονής, κοινωνικές λέσχες, κέντρα επαγγελματικής προεργασίας και κατάρτισης, εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης, παραγωγικά εργαστήρια και καταστήματα προώθησης των προϊόντων τα οποία κατασκευάζονται. Οι παραπάνω μονάδες μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μεμονωμένα είτε αλληλένδετα.

Στόχος του κοινωνικού λειτουργού είναι η στήριξη και η διατήρηση του ασθενή και της οικογένειάς του μέσα στον κοινωνικό ιστό. Έτσι ο κοινωνικός λειτουργός ευαισθητοποιεί σε θέματα πρόληψης της υποτροπής την οικογένεια, αναλαμβάνει επίσης για ένα χρονικό διάστημα την παρακολούθηση του ασθενή (follow-up) και την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας. Ενθαρρύνει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου και τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών.

Σε επίπεδο συνεργασίας με τους φορείς της κοινότητας αναζητά πηγές βοήθειας, υποστηρίζει φορείς που ασχολούνται με την αποκατάσταση και εργάζεται για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου.

Η συμβολή – συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση έγκειται και στα εξής:

**α.** στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας για την ψυχική νόσο και τον ασθενή. Η αγωγή της κοινότητας είναι απαραίτητη γιατί αν τα μέλη της κοινότητας δεν είναι έτοιμα να αποδεχθούν το άτομο όσα προγράμματα αποκατάστασης και να γίνουν δεν θα έχουν επιτυχία.

Σημαντικό είναι επίσης εκτός από την αποδοχή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας και των μελών της στη παραμονή και αποκατάσταση την γενικότερη των ατόμων αυτών.

**β.** στην κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση του πολιτικού κόσμου για τη δημιουργία περισσότερων δομών ενδιάμεσων που θα προετοιμάζουν κατάλληλα τον ασθενή, αναπτύσσοντας τη λειτουργικότητα, ώστε να ενταχθεί στην κοινότητα.

**γ.** προσπάθεια για τη βελτίωση των υπαρχόντων δομών και τη συνεχή βελτίωση και ενημέρωσή τους για νέες θεραπευτικές μεθόδους και για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, βασισμένες στην αρχή του σεβασμού, της προσωπικότητας του ατόμου.

## **ΡΟΛΟΣ – ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

### **A. ΠΡΟΛΗΨΗ**

### **B.**

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ Γ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

• Ενημέρωση της κοινότητας	• Ψυχοκοινωνική στήριξη	• Διατήρηση των δεξιοτήτων του ατόμου
• Ευαισθητοποίηση της κοινότητας	• Επίλυση των πρακτικών θεμάτων του ατόμου	• Συνεχής στήριξη του ατόμου για τη διατήρηση του ασθενούς στον κοινωνικό ιστό
• Εντοπισμός παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση της νόσου	• Αναγνώριση και τροποποίηση των παραγόντων που συντέλεσαν στην εμφάνιση και διατήρηση της νόσου	• Ενημέρωση της κοινότητας για την ψυχική νόσο
• Οργάνωση προγραμμάτων με σκοπό τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας	• Προετοιμασία για την επανένταξη του ατόμου στην κοινότητα	• Επαφή με φορείς της κοινότητας
		• Εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς περιβάλλοντος διαβίωσης στο άτομο

### Δ. ΕΡΕΥΝΑ

- Αφορά την κοινωνική πλευρά της ασθένειας (επιπτώσεις στο άτομο, περιβάλλον, κ.λ.π.)

ΠΗΓΗ : Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, σελ. 916

### 13.5 Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Τα τελευταία χρόνια ο ρόλος του νοσηλευτή έχει διαφοροποιηθεί στον ψυχιατρικό χώρο. Έχει πάψει πλέον ο νοσηλευτής να έχει τον «παραδοσιακό ρόλο που κατείχε μέχρι τώρα του «φύλακα» ασθενών και του «εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών και απέκτησε μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης και εξειδίκευσης ενεργό ρόλο στη θεραπευτική ομάδα.

Το έργο του νοσηλευτή αφορά την προσφορά και ανάπτυξή του τόσο μέσα στην κλινική όσο και στην κοινότητα. Ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας μιας και βρίσκεται σε καθημερινή και τακτική επαφή με τον ασθενή. Μπορεί έτσι να συγκεντρώσει πληροφορίες τόσο για τον ασθενή, τη συμπεριφορά του αλλά και για το οικογενειακό περιβάλλον αυτού, χρήσιμες για τον προγραμματισμό του πλάνου της θεραπείας του κάθε ασθενή.

Ο ρόλος του μπορεί να αφορά ποικίλα αντικείμενα και το ενδιαφέρον του να εστιάζεται τόσο στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην παροχή φροντίδας όσο και στην αποκατάσταση. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου διαφαίνεται μέσα από τις δραστηριότητες που αναπτύσσει στους παραπάνω τομείς.

Μπορεί έτσι ο νοσηλευτής να συμβάλλει στη θεραπεία του ασθενούς μέσα από τους παρακάτω ρόλους που αναπτύσσει κάθε φορά:

***α. Θεραπευτικός.** Μέσα από τη δημιουργία και τη διατήρηση μιας ειλικρινούς διαπροσωπικής σχέσης η οποία υποστηρίζει και ενισχύει τον ασθενή, η παρουσία του νοσηλευτή έχει θεραπευτικό χαρακτήρα. Ο νοσηλευτής δημιουργεί ένα σταθερό, ασφαλές περιβάλλον στον ασθενή με έντονη την ύπαρξη σεβασμού και αποδοχής ώστε να διασφαλίζεται η αξιοπρέπειά της.*

***β. Συμβουλευτικός.** Ο νοσηλευτής παρέχει συμβουλευτική τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του με σκοπό την ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, την κατανόηση της νόσου και την αναγνώριση των συμπτωμάτων ώστε να υπάρχει έγκαιρη παρέμβαση.*

***γ. Εκπαιδευτικός – Ερευνητικός.** Μέσα από το ρόλο αυτό ο νοσηλευτής οργανώνει προγράμματα εκπαιδευτικού χαρακτήρα με σκοπό την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση, κινητοποίηση των μελών της κοινότητας αλλά και των άλλων επαγγελματιών υγείας σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία.*

*Επιπρόσθετα, σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και λαμβάνει μέρος σε προγράμματα διερευνητικού χαρακτήρα. (Χριστοδούλου και συνεργάτες 1999 σ. 917-918)*

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να πραγματοποιήσει τους στόχους του και να είναι επαρκής στο ρόλο του θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες αρχές και γνώσεις. Επίσης θα πρέπει να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες, ευελιξία, δυνατότητα επικοινωνίας, παρατηρητικότητα, συνέπεια και να έχει ευκαιρίες συνεχούς ενημέρωσης και επιμόρφωσης.

### **13.6 Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή**

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενούς είναι επίσης σημαντικός.

Η δραστηριότητα του εργοθεραπευτή ξεκινά μέσα από την αξιολόγηση του ασθενούς κάνοντας μια εκτίμηση των καθημερινών και προσωπικών του δεξιοτήτων. Μέσα από την εκτίμηση αυτή ο εργοθεραπευτής προσπαθεί να αντιληφθεί το γενικό επίπεδο συμπεριφοράς του ασθενούς, τις κινητικές γνωστικές δεξιότητες, τις εργασιακές και κοινωνικές δεξιότητες καθώς και τις συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω στοιχεία ο εργοθεραπευτής ανάλογα με το επίπεδο και τις δυνατότητες του ατόμου θέτει μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους, οι οποίοι θα πραγματοποιηθούν μέσα από κάποιες δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να είναι:

**α.** σωματικές (γυμναστική, σπορ)

**β.** καθημερινής επιβίωσης (προσωπική φροντίδα, οικιακές ασχολίες, χρήση M.M.M.)

**γ.** κοινωνικές (εκμάθηση τέχνης, π.χ. ζωγραφικής, θεάτρου, κ.λ.π.)

**δ.** εργασιακές (εκμάθηση H/Y, κηπουρική, κ.λ.π.)

Η επιλογή των παραπάνω δραστηριοτήτων γίνεται με βάση τη δομή, τη φιλοσοφία και τους στόχους της υπηρεσίας στην οποία εργάζεται ο εργοθεραπευτής.

Βασικός στόχος του έργου του εργοθεραπευτή είναι να επιτύχει:

**α.** την ατομική ανεξαρτητοποίηση του ατόμου ώστε λειτουργικά να φροντίζει τον εαυτό του, να κινείται στην κοινότητα και γενικά να αυτοεξυπηρετείται,

**β.** στην εργασιακή αποκατάστασή του και

**γ.** στην κοινωνικοποίησή του μέσα από κοινωνικοθεραπευτικές δραστηριότητες (Μαδιανός 2000, σ. 158)

Κλείνοντας, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι η εργασιακή απασχόληση των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο έχει σημαντική συμβολή στις θεραπευτικές προσπάθειες, καθώς προσφέρει ευκαιρίες για τη βελτίωση της αυτό-αντίληψης, των μηχανισμών λήψης αποφάσεων και των ικανοτήτων αυτοπειθαρχίας και υγιούς αλληλεπίδρασης με τους υπόλοιπους εκπαιδευόμενους. (Παπαδάτος - Στογιαννίδου 1988, σ. 226)

### **13.7 Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας**

Ο επισκέπτης υγείας εργάζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με την κοινότητα. Μπορούμε να πούμε ότι αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ της κλινικής – ιατρού – ασθενούς – οικογένειας.

Η δράση του επισκέπτη υγείας κινείται σε τρία επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο το οποίο αναφέρεται στην πρόληψη συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές, τους φορείς και οργανώνει προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, με στόχο την έγκαιρη αντιμετώπιση της ασθένειας.

Στο δεύτερο επίπεδο έχει τη δυνατότητα να ελέγχει το χώρο διαβίωσης του ασθενούς, ο οποίος βρίσκεται πλέον στην κλινική και παρακολουθείται. Επίσης συντονίζει και ελέγχει τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιεί ο ασθενής σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Τέλος, στο τρίτο επίπεδο ο ρόλος του αφορά την παρακολούθηση του ασθενούς από πλευράς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και των πιθανών παρενεργειών τους. Σε συνεργασία επίσης με το γιατρό του ασθενούς και την οικογένεια οργανώνουν την οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. (Μαδιανός 2000, σ. 154) Βασικός στόχος στο στάδιο αυτό είναι η καλύτερη δυνατή και ομαλή αποκατάσταση του ασθενούς και επανένταξή του.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ***

### **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Αποκατάσταση είναι μία δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει σκοπό να υποβοηθήσει το άτομο να φτάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1981). (Μαδιανός 2003, σ. 567)

Με το όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μία φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή ακόμα και μέσα στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μία συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή και συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία

αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (ορισμός που δόθηκε από το Συμβούλιο Ευρώπης 1958).

Ένας άλλος ορισμός της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης που δόθηκε από το Κέντρο της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α. είναι ο εξής: Η Ψυχιατρική Αποκατάσταση έχει σκοπό να αυξήσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του με την μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς (Anthony et al. 1988, 1983).

Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο όρος Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (psychosocial rehabilitation), που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών. Ως συγγενής όρος χρησιμοποιείται η κοινωνική θεραπεία ή κοινωνιοθεραπεία.

#### **14.1 Βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Κατά τον Zussman, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διέπεται από τις οκτώ ακόλουθες βασικές αρχές:

- Η ψυχική ασθένεια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμα και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε ένα τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς.
- Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις. Το μόνο πρόβλημα είναι ο χρόνος που απαιτείται για να αποκτηθούν αυτές οι νέες ικανότητες.
- Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα.

Είναι εμφανές ότι η αρχή αυτή βασίζεται στις έννοιες των θετικών ή αρνητικών ενισχύσεων όπως αυτές θεμελιώθηκαν από τον B.F. Skinner.

- Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό. Η επιδίωξη των ψυχοθεραπευτών και εργοθεραπευτών να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να δρα «φυσιολογικά», αντανακλά τα κοινωνικά στοιχεία που οριοθετούν τη συμπεριφορά.
- Η επιδίωξη της ψυχιατρικής αποκατάστασης ως διαδικασίας για την επανένταξη είναι να προσφέρει συνθήκες στο άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές. Εδώ καταγράφεται και το μειονέκτημα των ψυχιατρείων να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα παρόμοια με τις κοινωνικές συνθήκες που θα ζήσει ο ασθενής έξω στην κοινότητα.
- Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδραση του με τα άλλα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μία θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που το άτομο είναι δεμένο με την ομάδα και του βαθμού στον οποίο εκείνη το επηρεάζει.
- Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει την συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρέπει να αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών, γι' αυτό στην ομάδα της ψυχιατρικής αποκατάστασης συμμετέχουν άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο, η συμπεριφορά των οποίων μπορεί να αποτελέσει σημείο ενίσχυσης της φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωσικών μελών.
- Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης πάντοτε ακολουθεί μία ιεραρχημένη διαδικασία στους τρεις βασικούς τομείς (εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες). (Μαδιανός 1994, σ. 55)

#### **14.2 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις επανένταξης χρόνιων ψυχικά πασχόντων**

Ουσιαστικά οι παρεμβάσεις επανένταξης πρώην ψυχιατρικών νοσηλευόμενων έχουν σημαντικά συνδεθεί με το πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (WHO-WAPR, 1996) «*η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μία διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα – με έκπτωση λειτουργικότητας ανάκαμα ή ανάπηρα από μία ψυχική διαταραχή – να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχοκοινωνική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχοκοινωνικής τους ικανότητας τέτοια, που να έχει παραγάγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας*».

Ο παραπάνω ορισμός καλύπτει δυο βασικούς άξονες που αφορούν : α) τη βελτίωση της λειτουργικότητας του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα και την ανάπτυξη των λανθανουσών δεξιοτήτων του και β) την εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος του οποίου οι πόροι θα πρέπει να συμβαδίζουν με τις ανάγκες του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα. Οι άξονες αυτοί περιγράφουν, κατά κάποιο τρόπο, τη μετάβαση από τη βιοϊατρική προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής σε μια περισσότερο ψυχοκοινωνική προσέγγιση, όπου ο ψυχικά πάσχων χαρακτηρίζεται όχι μόνο από συμπτώματα και κοινωνικές μειονεξίες αλλά και από δυνατότητες και συγκεκριμένες ανάγκες οι οποίες μπορούν να αναγνωσθούν και να απαντηθούν. (Ζήση 2002, σ. 36 - 37)

Σύμφωνα με τον Anthony, Cohen και Farkas, οι πολιτικοί σχεδιασμοί της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θα πρέπει να στοχεύουν :

1. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας όπου τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες να προσεγγίζονται με έναν τρόπο ολιστικό που αναγνωρίζει όχι μόνο τις ψυχιατρικές τους μειονεξίες αλλά και τα θετικά τους χαρακτηριστικά και έτσι να αντιμετωπίζονται ανάλογα.

2. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο δεσμεύεται για τη βελτίωση του στεγαστικού, επαγγελματικού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού επιπέδου του κάθε ψυχικά πάσχοντα.



3. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, στο οποίο οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες θα μπορούν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό αλλά και στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

4. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο αναγνωρίζει τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών αποκατάστασης σε τεχνικές και τεχνογνωσίες απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

5. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας το οποίο πιστεύει στην ανάρρωση του ψυχικά πάσχοντα.

Οι βασικές αυτές αρχές αναδεικνύουν τον ψυχικά πάσχοντα σε άτομο με αυτονόητες ανάγκες και θετικά χαρακτηριστικά, το οποίο μπορεί να αναρρώσει της χρόνιας ψυχικής διαταραχής και να συμβάλει με ενεργητικό τρόπο στο σχεδιασμό και στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, υπογραμμίζουν τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών της αποκατάστασης σε ειδικές τεχνικές και τέλος επικεντρώνονται στη δέσμευση του συστήματος ψυχικής υγείας για κάλυψη των ατομικών, κοινωνικών, στεγαστικών και επαγγελματικών αναγκών του ψυχικά πάσχοντα. (Ζήση 2002, σ. 37 - 38)

#### **14.3 Πεδία ψυχοκοινωνικών αποκαταστασιακών παρεμβάσεων σε ατομικό επίπεδο**

Κεντρικά ζητούμενα των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων με στόχο την κοινωνική επανένταξη των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε ατομικό επίπεδο είναι :

**Α) Το Κλινικό**, το οποίο αναφέρεται στη μείωση της κλινικής συμπτωματολογίας, στον καλύτερο χειρισμό και αντιμετώπιση της, στη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, στη μείωση των υποτροπών, στον καλύτερο χειρισμό των κρίσεων και στη μείωση των εισαγωγών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Οι παρεμβάσεις σε κλινικό επίπεδο αποβλέπουν όχι μόνο στην ύφεση της συμπτωματολογίας με τις ελάχιστες δυνατές παρενέργειες αλλά και στην εξασφάλιση μιας εξατομικευμένης προσέγγισης, ενός θεραπευτικού συνεχούς, της εμπλοκής των ίδιων των ψυχικά πασχόντων μέσα από την επαρκή ενημέρωσή τους, της έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης των κρίσεων και των υποτροπών τους μέσα από τη συνεχή λειτουργία μονάδων κρίσης και, τέλος της παροχής μιας

ενεργητικής, υποστηρικτικής και ολοκληρωμένης φροντίδας μέσα στο φυσικό πλαίσιο ύπαρξης και δράσης του πάσχοντα.

Το Ενεργητικό Υποστηρικτικό Ολοκληρωμένο Κοινοτικό Πρόγραμμα Φροντίδας (Ε.Υ.Ο.Κ.Π.Φ) (Assertive Community Treatment) αποτελεί ένα από τα πιο πειστικά κλινικά προγράμματα εξατομικευμένης και συνεχούς φροντίδας που παρέχεται στο φυσικό πλαίσιο του ατόμου με ψύχωση από κινητές μονάδες που απαρτίζονται από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών, στοχεύοντας στην εκπαίδευση του πάσχοντα σε βασικές δεξιότητες της καθημερινής ζωής και στην κοινωνική του στήριξη. Σε μια ανασκόπηση που διεξήχθη από τον Στυλιανίδη σχετικά με την αποτελεσματικότητα του προγράμματος βρέθηκε πως η εφαρμογή του συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του αριθμού των νοσηλίων, στη μείωση της διάρκειας παραμονής στο ψυχιατρείο, στη μείωση των επισκέψεων στα ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία, στην ύφεση της συμπτωματολογίας, στην αύξηση του χρόνου παραμονής στην κοινότητα, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και των επιπέδων της λειτουργικότητας (κοινωνικής και εργατικής) και στη σταθερότητα της αυτόνομης διαβίωσης.

**Β) Το Λειτουργικό**, το οποίο αναφέρεται στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στην ανάδειξη των λανθανουσών δεξιοτήτων, προκειμένου να είναι σε θέση το άτομο να ανταποκριθεί σε συμπεριφορές και ρόλους και παράλληλα να αξιοποιήσει όσο το δυνατόν καλύτερα πόρους και ευκαιρίες.

Οι επιδράσεις των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων στη λειτουργικότητα του ψυχικά πάσχοντα μπορούν να συνοψιστούν ως εξής :

- 1) Η μετάβαση χρόνιων ψυχικά πασχόντων από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε κοινοτικές στεγαστικές δομές βελτιώνει τη λειτουργικότητα τους ενώ περιορίζει αποκλίνουσες συμπεριφορές τους.
- 2) Εξειδικευμένες παρεμβάσεις με στόχο την ανάπτυξη ή/και την ανάκτηση χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων δείχνουν πως μπορεί να εξασφαλίσουν θετικά αποτελέσματα.
- 3) Η λειτουργικότητα έχει βρεθεί να επηρεάζει διαδικασίες επιλογής και τοποθέτησης ψυχικά πασχόντων σε διαφορετικού τύπου στεγαστικές δομές: οι ψυχικά πάσχοντες με πιο φτωχές κοινωνικές δεξιότητες διαμένουν σε στεγαστικές δομές υψηλής επίβλεψης ενώ, αντίθετα, εκείνοι με τις καλύτερες κοινωνικές δεξιότητες διαμένουν σε αυτόνομες στεγαστικές δομές.

4) Η λειτουργικότητα έχει βρεθεί να συνδέεται με την ποιότητα αλληλεπιδράσεων με μέλη της οικογένειας και του προσωπικού: οι λιγότερο λειτουργικοί ψυχικά πάσχοντες βρέθηκαν να έχουν τις πιο αρνητικές αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό αλλά και με μέλη της οικογένειας.

5) Η λειτουργικότητα έχει βρεθεί να συνδέεται με διαδικασίες φροντίδας και θεραπευτικά χαρακτηριστικά στεγαστικών δομών : δομές που εξασφάλιζαν καθημερινές πρακτικές διευκολύνσεις είχαν θετικές επιδράσεις σε πάσχοντες με χαμηλή λειτουργικότητα ενώ, αντίθετα, είχαν αρνητικές επιδράσεις σε πάσχοντες με υψηλή λειτουργικότητα.

Γ) **Το Ψυχολογικό**, το οποίο αναφέρεται στην επανασυγκρότηση της ταυτότητας με θετικούς συνειρμούς και χαρακτηριστικά ενισχύοντας την αυτό – εικόνα μέσα από συνθήκες, διαδικασίες και ρόλους που να ενθαρρύνουν εμπειρίες και αισθήματα αυτοελέγχου, αυτό-αποτελεσματικότητας, αυτονομίας και ενεργούς εμπλοκής.

Η γνώση σχετικά με την επίδραση των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων στις εσωτερικές ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου με ψυχιατρικές δυσκολίες είναι αρκετά περιορισμένη. Ωστόσο, από το μικρό αυτόν αριθμό μελετών έχει βρεθεί πως παρεμβάσεις που αποβλέπουν στην ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας και του αισθήματος ελέγχου έχουν θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής και στην αυτοεικόνα. Γίνεται φανερό πως πολλά από τα ερωτήματα που αφορούν τη δόμηση εαυτού μετά την εμφάνιση της σχιζοφρένειας και τις επιδράσεις των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων σε εσωτερικές ψυχολογικές εκτιμήσεις δεν έχουν λάβει εμπεριστατωμένες απαντήσεις.

Δ) **Το Διαπροσωπικό**, το οποίο αναφέρεται στην ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, μέσα από το οποίο το άτομο θα μπορεί να λαμβάνει συναισθηματική αλλά και πρακτική υποστήριξη από συγγενείς, ερωτικούς συντρόφους και φίλους.

Υπάρχει ένα εκτενές σώμα εμπειρικών ερευνών που δείχνει πως η κοινωνική υποστήριξη ή, διαφορετικά, η ύπαρξη διαθέσιμων και ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων είναι προστατευτική της υγείας, ενώ η κοινωνική απομόνωση είναι απειλητική τόσο για τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία του ατόμου.

Μια έρευνα που διεξήχθη από την Π.Ο.Υ με 1.371 ψυχικά πάσχοντες με κλινική διάγνωση σχιζοφρένειας έδειξε πως λιγότερα επεισόδια υποτροπών παρατηρήθηκαν σε αυτούς που ήταν έγγαμοι και είχαν συχνότερες κοινωνικές

επαφές με στενούς φίλους ενώ αυτοί που είχαν περιορισμένες κοινωνικές επαφές είχαν λιγότερο θετικό αποτέλεσμα.

Ψυχικά πάσχοντες που είχαν πιο μακροχρόνια επαφή με πρόγραμμα θεραπευτικής ομάδας του οποίου η φιλοσοφία υποστηρίζει πως όσο πιο διευρυμένο είναι το κοινωνικό δίκτυο του πάσχοντα τόσο καλύτερη θα είναι η προσαρμογή του στην κοινότητα, βίωσαν σημαντικές αλλαγές στο κοινωνικό τους δίκτυο : απέκτησαν περισσότερες αλλά και ποιοτικότερες διαπροσωπικές σχέσεις.

Παρόμοια ήταν τα εμπειρικά ευρήματα και από τη μελέτη των TAPS που έδειξαν πως η μετάβαση χρόνιων ψυχικά πασχόντων από το ψυχιατρικό νοσοκομείο στην κοινότητα είχε ως συνέπεια τη σημαντική διεύρυνση του κοινωνικού τους δικτύου : κάθε ψυχικά πάσχων κέρδισε κατά μέσον όρο ένα φίλο κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου. Οι Segal και Holschuch το 1991 εξέτασαν την επίδραση δυο διαφορετικών τύπων στεγαστικών δομών περίθαλψης στην ανάπτυξη κοινωνικού δικτύου των ψυχικά πασχόντων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως τα υποστηρικτικά στεγαστικά περιβάλλοντα και όχι τα υψηλών προσδοκιών μεταβατικά, συνέβαλαν σημαντικά στην ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων τα οποία χαρακτηρίζονταν από συναισθηματική αλλά και πρακτική υποστήριξη. Εύρημα το οποίο επιβεβαιώθηκε και από τη μελέτη των Levin και Brekke το 1993 που έδειξαν πως οι ψυχικά πάσχοντες που αξιολογούσαν τις σχέσεις τους με το προσωπικό ως υποστηρικτικές, βρέθηκαν να έχουν πιο έντονη κοινωνική δραστηριότητα.

Ε) **Το Στεγαστικό**, το οποίο αναφέρεται στην εξασφάλιση ενός στεγαστικού περιβάλλοντος το οποίο να αντανakλά ή να προσεγγίζει όσο το δυνατόν περισσότερο τις επιθυμίες και τις προσωπικές επιλογές του ίδιου του ψυχικά πάσχοντα.

Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων από το ψυχιατρείο σε στεγαστικές δομές στην κοινότητα, όπως ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα, αποβλέπει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους μέσα από την εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, θετικών αλληλεπιδράσεων με μέλη του προσωπικού και σύνδεσης με το περιβάλλον της κοινότητας. Στις νέες δομές είναι σημαντικό ο πρώην νοσηλευόμενος να αισθανθεί το νέο του περιβάλλον ως ένα δικό του χώρο και όχι ως μια μεταβατική θεραπευτική δομή που του διασφαλίζει μόνο «στέγη».

Στ) **Το Επαγγελματικό**, το οποίο αναφέρεται στην εξασφάλιση επαγγελματικών συνθηκών που να αντιστοιχούν όχι μόνο στις πραγματικές ικανότητες και

δεξιότητες του ατόμου, αλλά και στις εν δυνάμει ικανότητες του καθώς και στα εργασιακά του ενδιαφέροντα.

Η εργασία, αυτονόητα, έχει αποτελέσει έναν από τους κυριότερους άξονες στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με χρόνιες και σοβαρές ψυχιατρικές δυσκολίες. Η εργασία εκτός από την εξασφάλιση ενός σταθερού εισοδήματος μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην ανάκτηση της χαμένης αυτό-εικόνας και γενικότερα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, η οποία είναι αδιάρρηκτα συνδεδεμένη με την εξάσκηση του δικαιώματος στην εργασία.

Δεν υπάρχει, ωστόσο, αμφιβολία πως τα άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως οι ψυχικά πάσχοντες, έχουν ελάχιστες ευκαιρίες απασχόλησης και είναι αντιμέτωπα με την ανεργία. Επομένως, η επαγγελματική τους αποκατάσταση αποτελεί ένα πεδίο καίριας σημασίας για την κοινωνική τους επανένταξη.

Ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα των ερευνητών του Κέντρου Ψυχιατρικής Αποκατάστασης του Πανεπιστημίου της Βοστώνης οι οποίοι συλλέγοντας μακροχρόνια δεδομένα από 275 ψυχικά πάσχοντες με πιο συχνή κλινική διάγνωση τη σχιζοφρένεια, που συμμετείχαν, ωστόσο, σε επαγγελματικά αποκαταστασιακά προγράμματα, έδειξαν πως εάν ένα άτομο έχει την επιθυμία να εργαστεί, έχει θέσει έναν επαγγελματικό στόχο και συμμετέχει σε επαγγελματικό αποκαταστασιακό πρόγραμμα μπορεί να πετύχει θετικά εργασιακά αποτελέσματα, ανεξάρτητα των κλινικο – δημογραφικών του χαρακτηριστικών.

Ο Lehman το 1995 ανασκοπώντας τα αποτελέσματα των επαγγελματικών αποκαταστασιακών παρεμβάσεων για τα άτομα με κλινική διάγνωση σχιζοφρένεια, διατυπώνει τα ακόλουθα συμπεράσματα :

- α) οι επαγγελματικές αποκαταστασιακές παρεμβάσεις επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην πειραματική ομάδα (πάσχοντες που μετέχουν στις παρεμβάσεις) – καθ' όλη τη διάρκεια συμμετοχής τους σε αυτές – σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (πάσχοντες που δεν μετέχουν σε παρεμβάσεις). Τα θετικά αποτελέσματα αφορούν: αύξηση της εργασιακής λειτουργικότητας, βελτίωση των εργασιακών δεξιοτήτων, εύρεση απασχόλησης και διατήρησή της,
- β) οι επαγγελματικές αποκαταστασιακές παρεμβάσεις πέρα από τη βελτίωση της εργασιακής λειτουργικότητας προωθούν και άλλα θεραπευτικά αποτελέσματα,

όπως μείωση των ψυχιατρικών εισαγωγών, καλύτερη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και καλύτερη κοινωνική δραστηριότητα,

γ) η άμεση και όχι η σταδιακή προσχώρηση σε αμειβόμενες εργασίες επιφέρει θετικότερα αποτελέσματα. Το τελευταίο αυτό εύρημα ενισχύει το μοντέλο της υποστηριζόμενης απασχόλησης ως μια πολλά υποσχόμενη δυνατότητα επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης. (Ζήση 2002, σ. 38 - 55)

#### **14.4 Η διαδικασία εφαρμογής της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Η διαδικασία εφαρμογής της μεθοδολογίας της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης περιλαμβάνει τη διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση.

##### **Η αποκαταστασιακή διαδικασία**

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Επιλογή του στόχου ή των στόχων</li><li>➤ Εκτίμηση της λειτουργικότητας</li><li>➤ Αιτιολόγηση των διαθέσιμων πόρων</li></ul>
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Επιλογή προτεραιοτήτων ως προς τις δεξιότητες και τους πόρους</li><li>➤ Οργάνωση ευθυνών</li><li>➤ Τοποθέτηση χρονικών ορίων</li><li>➤ Παρακολούθηση της εξέλιξης</li></ul>

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ανάπτυξη δεξιοτήτων</li> <li>➤ Άμεση διδασκαλία</li> <li>➤ Προγραμματισμός άσκησης δεξιοτήτων</li> <li>➤ Ανάπτυξη πόρων</li> <li>➤ Συντονισμός πόρων</li> <li>➤ Τροποποίηση πόρων</li> </ul>
-----------	---

ΠΗΓΗ : Farkas, 1989 στο Μαδιανός 2003, σ.571.

Σύμφωνα με τους Farkas και Anthony, η διάγνωση στην αποκατάσταση είναι συνώνυμη με τους όρους «εκτίμηση» και «αξιολόγηση». Εκτιμώνται δηλαδή οι δεξιότητες, η οργανωτικότητα στους στόχους, η ανταπόκριση στις απαιτήσεις άλλων, η προσαρμοστικότητα και η αποδοτικότητα και αξιολογούνται οι πόροι ως προς την ικανότητα του ατόμου να τους εκμεταλλευτεί και η διαθεσιμότητα τους.

Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι ένα πολυδιάστατο «συνεχές» που αρχίζει με τη διάγνωση – αξιολόγηση – αρχική εκτίμηση του προβλήματος κατά το χρόνο της παραπομπής του εξυπηρετούμενου και λήγει με την τοποθέτηση του σε εργασία.

Οι στόχοι συνήθως είναι μακροπρόθεσμοι και άμεσοι με ιεραρχημένη δομή. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει συνολικά πέντε στάδια : την αρχική εκτίμηση των δεξιοτήτων που υπάρχουν, το σχεδιασμό των στόχων, την πραγματοποίηση των στόχων, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου.

#### 14.5 Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Οι φάσεις της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης διακρίνονται :

Α) **στη μεταβατική φάση**, με τη μορφή της μερικής νοσηλείας στο Νοσοκομείο Ημέρας ή στο Κέντρο Ημέρας (Day Care Center), όπου ο πυρήνας της αποκατάστασης είναι η ψυχιατρική εργοθεραπεία και οι ομαδικές διεργασίες. Ως μεταβατική φάση θεωρείται η περίοδος από την έξοδο ενός ατόμου από το ψυχιατρείο ή την κλινική έως και την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής του. ο χρόνος αυτός μπορεί να καλύπτεται με τη μορφή της μερικής

νοσηλείας, ημερήσιας ή νυχτερινής, σε ειδική υπηρεσία, το Νοσοκομείο Ημέρας ή Νύχτας (Day Hospital) ή το Κέντρο Ημέρας (Day Care Center), (Μαδιανός 1994, σ. 71) και

**B) στην κύρια φάση** της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπου περιλαμβάνονται :

1. Η κοινωνική αποκατάσταση αποτελεί το πρώτο στάδιο της κύριας φάσης της αποκατάστασης (μακροπρόθεσμος στόχος). Ως φορείς περιλαμβάνονται η κοινωνική λέσχη, οι στεγαστικές εναλλακτικές υπηρεσίες (ξενώνας, οικοτροφείο, θετές οικογένειες, προστατευμένη διαμονή) και η κοινωνική πρόνοια – υποστηρικτικό σύστημα.

2. Η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί το μακροπρόθεσμο στόχο της πλήρους αποκατάστασης ενός ψυχικά αρρώστου μέσα από την έκθεση του σε επαγγελματικού τύπου εργασιακό πλαίσιο και προκαταρκτική εκπαίδευση σε διάφορες επαγγελματικές περιοχές για την ανάπτυξη ή απόκτηση νέων επαγγελματικών δεξιοτήτων. Στον τομέα αυτό ανήκουν το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης, το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και η Προστατευμένη Εργασία σε διάφορα εργασιακά πλαίσια.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15: ΟΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΧΡΟΝΙΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΙ***

Ένας από τους πιο σημαντικούς θεραπευτικούς στόχους του Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι η επανένταξη/αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων και ιδιαίτερα των χρόνιων σχιζοφρενικών αρρώστων, ώστε να λειτουργούν στα επίπεδα της κοινωνικής ζωής μέσα στην κοινότητα και να μην επανεισάγονται στο ψυχιατρείο.

Κατά τον Mosher, στα τέλη της δεκαετίας του 1960 στις ΗΠΑ μόνο το 10% των πελατών των κέντρων ανήκαν στη διαγνωστική κατηγορία των σχιζοφρενικών ψυχώσεων.

Στη δεκαετία του 1970 ίσως το πρόβλημα έγινε οξύτερο, αφού στους ήδη ελάχιστα εξυπηρετούμενους χρόνιους ψυχωσικούς προστέθηκαν και εκείνοι που βγήκαν από τα ψυχιατρεία στο πλαίσιο της πολιτικής του αποϊδρυματισμού



(Deinstitutionalization), ενώ παράλληλα ο αριθμός των Κ.Κ.Ψ.Υ. στην Ελλάδα δεν αυξήθηκε.

Έτσι, εκατοντάδες χρόνια ψυχικά άρρωστοι ζουν απομονωμένοι σε υποβαθμισμένες συνθήκες διαμονής, με ανεπαρκή διατροφή και αυξημένα προβλήματα υγείας και συνήθως περιφέρονται στους δρόμους.

Σειρές ερευνών έχουν αποδείξει ότι η κοινωνικοπολιτιστική ενσωμάτωση του ψυχικά πάσχοντος ατόμου μειώνει τα ψυχονευρωσικά και φυσιολογικά συμπτώματα.

Μια ολοκληρωμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας προωθεί την κοινωνικοπολιτιστική ενσωμάτωση του ατόμου. Η έγκαιρη προσέγγιση του και θεραπεία αποκλείει την τυχόν κοινωνική – πολιτιστική απομόνωση του. Η κοινωνικοπολιτιστική ενσωμάτωση προάγεται από τις διάφορες όψεις της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης.

### **15.1 Το πρότυπο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής**

Ένα σημαντικό μέρος του έργου του Κέντρου είναι εστιασμένο στο χρόνιο ψυχωσικό άρρωστο.

Από τα πρώτα χρόνια της λειτουργίας του, οργανώθηκε ένα σύστημα παρακολούθησης των χρόνιων αυτών αρρώστων. Ο στόχος του συστήματος παρακολούθησης, που είναι η επίτευξη του θεραπευτικού συνεχούς, κινείται στον ακόλουθο άξονα:

A. ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ο ψυχικά πάσχον ενημερώνεται για την αρρώστια/συμπτώματα</li><li>• Μαθαίνει να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μαθαίνει να αναγνωρίζει έγκαιρα τα συμπτώματα</li> <li>• Αναπτύσσει τεχνικές για να ελέγχει καταστάσεις στρες</li> </ul>
<b>Β. ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ Ή ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ</b>
<p><b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:</b> Ενίσχυση σταθερών θετικών σχέσεων/ορίων</p> <p>Υποστήριξη της οικογένειας ως προς την επιβάρυνση της με κάθε μέσο</p> <p>Ενίσχυση των μεθόδων επίλυσης προβλημάτων</p> <p><b>Γειτονιά:</b> Παρέμβαση για την ανάγκη μείωσης ή εξάλειψης προβλημάτων</p> <p><b>Κοινότητα:</b> Εκμετάλλευση κάθε διαθέσιμου πόρου</p>
<b>Γ. ΕΝΙΣΧΥΣΗ Ή ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόληψη συμπεριφορών και σχέσεων εξάρτησης</li> <li>• Ενίσχυση κάθε συμπεριφοράς προς ανεξαρτησία</li> <li>• Επίλυση προβλημάτων in vivo</li> </ul>

ΠΗΓΗ: Μαδιανός 2003, σ. 534

Από τις τρεις ομάδες στόχων, η πρώτη απαιτεί την ατομική προσέγγιση. Οι δυο άλλες ομάδες στόχων επιτυγχάνονται μέσα από την ομαδική εργασία.

Οι στόχοι της Ομάδας Ψυχικής Υγείας στο Κ.Κ.Ψ.Υ. προσεγγίζονται μέσα από:

- Δισεβδομαδιαίες συναντήσεις για την επίλυση διαγνωστικών θεραπευτικών θεμάτων και για τον προγραμματισμό θεραπευτικών χειρισμών,
- Την ανασκόπηση των περιπτώσεων και την αναζήτηση τους, εάν έχουν διακόψει την επαφή,
- Την πιθανότητα αναδόμησης του κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος αρρώστων ή πολυπροβληματικών οικογενειών.

Η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του συστήματος παρακολούθησης των ψυχωσικών αρρώστων ελέγχθηκε με ένα προοπτικό διαχρονικό πιλοτικό πρόγραμμα (1979 – 1984). Το πρόγραμμα είχε ως στόχους τη μελέτη της

αποτελεσματικότητας των κοινωνιοψυχιατρικών υπηρεσιών του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα – Καισαριανής, που μέχρι το 1984 δεν ήταν εξειδικευμένες ως αποκαταστασιακές, όσον αφορά στην «επιβίωση» των χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων στην κοινότητα, καθώς και τη γενικότερη πρόγνωση των χρόνιων σχιζοφρενικών διαταραχών στο επίπεδο της κοινότητας.

Τα αποτελέσματα των δυο ελέγχων έδειξαν ότι:

- Η πρόγνωση των σχιζοφρενικών διαταραχών πράγματι επηρεάζεται θετικότερα από την παροχή υπηρεσιών στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής (υπηρεσίες άμεσα διαθέσιμες και προσεγγίσιμες, κοντά στο χώρο διαμονής του αρρώστου, με ένα ευρύ φάσμα παροχής υπηρεσιών προς τον άρρωστο και την οικογένεια του) συγκριτικά με την παροχή υπηρεσιών από κανονικά εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία. Έτσι, βρέθηκε να επηρεάζονται θετικά η γενική λειτουργικότητα, η κοινωνική προσαρμογή και η οικογενειακή ατμόσφαιρα. Αποτελέσματα αυτών των επιδράσεων είναι η μείωση του αριθμού των εισαγωγών σε ψυχιατρικό ίδρυμα και μικρότερης διάρκειας νοσηλείας αυτών που εισάγονται.
- Η θετική επίδραση της παροχής κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών γίνεται περισσότερο αντιληπτή έπειτα από ένα χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριάντα μηνών, κι αυτό γιατί απαιτείται αρκετός χρόνος για να αναπτυχθούν οι ευεργετικές θεραπευτικές διεργασίες.
- Αποκαλύφθηκαν προγνωστικοί δείκτες που επηρεάζουν την εξέλιξη από άποψη κοινωνικής προσαρμογής και λειτουργικότητας. Αυτοί οι δείκτες είναι οι κοινωνικές μεταβλητές (η οικονομική κατάσταση, τα χρόνια της εκπαίδευσης, το φύλο και το επάγγελμα, ενώ η έγγαμη ιδιότητα δεν βρέθηκε να επιδρά στην κοινωνική προσαρμογή) και όλες οι κλινικές μεταβλητές (τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, τα χρόνια της αρρώστιας, ο χρόνος της νοσηλείας, οι υποτροπές).

- Η οικογενειακή ατμόσφαιρα βρέθηκε να επηρεάζεται από τις ίδιες περίπου κοινωνικές μεταβλητές, με την προσθήκη μερικών ακόμα, όπως της οικογενειακής κατάστασης, της ηλικίας, του φύλου, της εκπαίδευσης, καθώς και από τις ίδιες κλινικές μεταβλητές που βρέθηκαν να επηρεάζουν την διαμόρφωση της κοινωνικής προσαρμογής στην κοινότητα.
- Η αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα ενοχοποιήθηκε για την επανεμφάνιση υποτροπών και εισαγωγών στο ψυχιατρείο του μέλους που είναι ο δέκτης αυτής της αρνητικής και παθολογικής οικογενειακής ατμόσφαιράς.
- Ένα αξιοσημείωτο εύρημα ήταν το μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας μέσα στο διάστημα των πέντε χρόνων της έρευνας, εύρημα που συμβαδίζει με εκείνα άλλων ερευνών.
- Τα ποσοστά των υποτροπών της Α΄ ομάδας ήταν μικρότερα από εκείνα της Β΄ ομάδας.
- Ένα ποσοστό (10%) αρρώστων βρέθηκε να παραμένει σε ψυχιατρικά ιδρύματα για ένα χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από τους είκοσι τέσσερις μήνες. Όλα αυτά τα άτομα δεν είχαν κανένα υποστηρικτικό σύστημα.
- Διαπιστώθηκε μια κινητικότητα μεταξύ των ατόμων της ομάδας, που έφθασε το 12% του συνόλου, ως προς την αλλαγή κατοικίας.
- Τέλος, ένα ποσοστό 17-18% ανέφερε την εμπειρία από κάποιο ή κάποια ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι οι επιπτώσεις στον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένεια του από τη χρόνια διαδρομή της σχιζοφρένειας μπορεί να επηρεαστούν από μια πιο σύνθετη και εντατική παροχή κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Αναμφισβήτητα, οι υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής υπερέχουν των άλλων υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας ως προς τις δυνατότητες που παρέχουν, ώστε να παραμείνει και να λειτουργήσει ο χρόνιος ψυχωσικός άρρωστος στην κοινότητα. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι είναι πιο ευέλικτες ως προς το χώρο όπου συντελείται η θεραπευτική παρέμβαση (συμπεριφορικού, ατομικού τύπου

προσεγγίσεις, χρήση φαρμακευτικής αγωγής, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων με παράλληλη παρέμβαση στην οικογένεια ή στο κοινωνικό περιβάλλον).

Από την άλλη μεριά, η παροχή υπηρεσιών από ένα παραδοσιακού τύπου εξωτερικό ιατρείο, εκτός από την απόσταση που δημιουργεί μεταξύ γιατρού και αρρώστου, χαρακτηρίζεται και από κάποια στατικότητα στον τρόπο παροχής φροντίδας, κυρίως σε ότι αφορά στην άμεση παρέμβαση στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου. Επίσης, η πιθανή αλλαγή θεραπευτή και η απουσία παροχής παράλληλων ειδικών προγραμμάτων για χρόνιους ψυχικά αρρώστους επιβαρύνουν περισσότερο την κατάσταση. (Μαδιανός 2003, σ. 533 – 534)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16: ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ - ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια οργανώθηκε και λειτούργησε και το παράρτημα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου κατά το έτος 1986. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τέτοιου είδους υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης χρηματοδοτήθηκαν κατά ένα μεγάλο ποσοστό από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό ταμείο, κάτω από τον κανονισμό 815, αλλά και από προγράμματα του ΟΑΕΔ για την επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Το παράρτημα του Κ.Ψ.Υ Ηρακλείου αποτελούσε ένα από τα 11 που υπήρχαν στον Ελλαδικό χώρο, με κεντρικό αυτό των Αθηνών που έχει και την διεύθυνση των υπολοίπων. Το Κ.Ψ.Υ Αθηνών είναι πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και όντας ήδη σε λειτουργία πριν το νομικό πλαίσιο για την Ψυχική Υγεία (λειτούργησε σαν Βασιλικό Ίδρυμα από το 1954), υποτίθεται ότι με βάση τη

λειτουργία του και την εμπειρία του θα έπαιζε τον ρόλο του προτύπου εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για την οργάνωση και λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας του Δημοσίου Τομέα. Για διάφορους λόγους, δεν κατέστη εφικτό να ενσωματωθεί στον δημόσιο τομέα και έτσι μέχρι σήμερα παραμένει ένα διπλό καθεστώς (δημοσίου και ιδιωτικού φορέα), που όμως σχεδόν εξολοκλήρου χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σαν κοινωφελές Ίδρυμα.

Στο νομό Ηρακλείου υπάρχουν και λειτουργούν δυο, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, που ανήκει οργανικά στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου είναι κοινωφελές ίδρυμα (νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου). Βασικός στόχος του είναι η εξυπηρέτηση της κοινότητας στον τομέα της Ψυχικής Υγείας. Επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ιδρύθηκε το 1986 και αποτελεί σήμερα το μεγαλύτερο φορέα εξωνοσοκομειακής παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε Πανελλήνιο επίπεδο.

**Σκοποί του κέντρου ψυχικής υγιεινής είναι οι παρακάτω :**

- A) Η πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχικών διαταραχών παιδιών, εφήβων και ενηλίκων.
- B) Η ενημέρωση του κοινού και ευαισθητοποίηση – ενημέρωση ειδικών επαγγελματικών ομάδων στις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγιεινή.
- Γ) Η εξειδίκευση και επιμόρφωση στελεχών ψυχικής υγείας.
- Δ) Η έρευνα και η μελέτη κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων και φαινομένων που συνδέονται με την εκδήλωση ψυχολογικών διαταραχών.
- E) Η εφαρμογή πρότυπων θεραπευτικών προγραμμάτων.
- Z) Η οργάνωση και η λειτουργία υπηρεσιών και ενδιάμεσων δομών θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών και αποκατάσταση στο επίπεδο της κοινότητας.

Το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, αποτελείται από έναν ψυχίατρο, ένα παιδοψυχίατρο, τρεις κοινωνικούς λειτουργούς, μία νοσηλεύτρια, πέντε τεχνικούς εκπαιδευτές, εθελοντές ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, ασκούμενους κοινωνικούς λειτουργούς, και τέλος δυο διοικητικούς υπαλλήλους ενώ θα έπρεπε να στελεχώνεται και από λογοθεραπευτές, ψυχιατρικούς νοσηλευτές, εργοθεραπευτές και άλλους ειδικούς συνεργάτες (Στατιστικολόγους, Κοινωνιολόγους κ.ά.) καθώς και βοηθητικό προσωπικό.

#### **16.1 Οι Υπηρεσίες που λειτουργούν στο Παράρτημα Ηρακλείου**

##### **1) Συμβουλευτικό ψυχιατρικό τμήμα ενηλίκων :**

Εξυπηρετεί άτομα από 17 ετών και άνω που εμφανίζουν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα π.χ. άγχος, κατάθλιψη ή προβλήματα στις σχέσεις τους με τους άλλους (όπως στην οικογένεια, στο γάμο, στο περιβάλλον των σπουδών ή της εργασίας).

Παράλληλα και ασθενείς με ψυχοπαθολογικές διαταραχές ή μετά την έξοδο τους από κλινική ή νοσοκομείο που πρέπει να υποβάλλονται σε συστηματική παρακολούθηση.

##### **2) Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία :**

Εξυπηρετεί παιδιά ηλικίας 3 – 17 ετών τα οποία παρουσιάζουν προβλήματα στη συμπεριφορά, στη σχέση τους με τους άλλους, στο σχολείο, εμφανίζουν

δυσκολίες λόγου και ομιλίας, καθυστερούν στην ψυχονοητική τους εξέλιξη ή παρουσιάζουν διάφορα άλλα συμπτώματα, όπως άγχος, υπερβολικούς φόβους, επιθετικότητα κ.τ.λ.

### **3) Υπηρεσία επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης:**

Στα πλαίσια της υπηρεσίας αυτής λειτουργούν τέσσερα εργαστήρια με τα εξής αντικείμενα :

- 1) Γραμματειακή Υποστήριξη  
Ηλεκτρονικοί υπολογιστές
- 2) Υφαντική – πλέξιμο – κέντημα
- 3) Ξυλογλυπτική
- 4) Αγγειοπλαστική

Απευθύνεται σε άτομα πάνω από 16 ετών που βρίσκονται σε ύφεση της ψυχιατρικής τους συμπτωματολογίας αλλά δεν είναι λειτουργικά αποκατεστημένα σε εργασιακό επίπεδο. Δηλαδή άτομα που κάποτε αρρώστησαν και δεν μπόρεσαν να εκπαιδευτούν και να ξεκινήσουν μια εργασία, ή διέκοψαν λόγω της νόσου.

Κατά την διάρκεια και συγχρόνως με την κατάρτιση στα εργαστήρια, η υπηρεσία παρέχει συνεχή ιατρική παρακολούθηση και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση σε κάθε άτομο εξατομικευμένα και σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό του. Ομαδικές δραστηριότητες που λειτουργούν, σκοπό έχουν την ανάδειξη κοινωνικών δεξιοτήτων, την απόκτηση διαπροσωπικών σχέσεων και την εκπαίδευση στη λύση προβλημάτων.

Τέτοιες ομαδικές δραστηριότητες είναι η ψυχοεκπαιδευτική – ψυχοθεραπευτική εβδομαδιαία ομάδα ανά εργαστήριο, οι συγκεντρώσεις γονέων, οι γιορτές, οι έξοδοι στην πόλη για γνωριμία με άλλες υπηρεσίες, για ψυχαγωγία, για εμπλουτισμό γνώσεων και δεξιοτήτων.

Τελικός στόχος της υπηρεσίας είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας σε τέτοιο σημείο ώστε μετά από δυο συνήθως χρόνια τα άτομα να μπορέσουν να εργαστούν, πράγμα που προωθείται σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ κυρίως. Επίσης



να μπορέσουν τα άτομα που αποφοιτούν να ζήσουν μια αυτόνομη, ανεξάρτητη και κοινωνική ζωή.

#### **4) Νοσοκομείο Ημέρας :**

Το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στο Ηράκλειο, άρχισε να λειτουργεί τον Ιούλιο του 1987 στα πλαίσια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Η λειτουργία του διεκόπη στις 30/7/1994 για λόγους ανεξάρτητους των ικανοποιητικών αποτελεσμάτων του. Στο διάστημα αυτό, νοσηλεύθηκαν 70 ασθενείς σε 14 ομάδες, μία ανά εξάμηνο. Το πρόγραμμα ήταν πιλοτικό και χρηματοδοτήθηκε με τον κανονισμό 815 της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

Το 2004, το Νοσοκομείο Ημέρας επαναλειτουργεί στα πλαίσια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, μετά από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου. Σήμερα, η διεπιστημονική ομάδα του νοσοκομείου ημέρας, η οποία αποτελείται από έναν ψυχίατρο, έναν κλινικό ψυχολόγο, μία νοσηλεύτρια, μια ασκούμενη κοινωνική λειτουργό και από εθελοντές ψυχολόγους, έχει καταφέρει ύστερα από σκληρή προσπάθεια να συντονίσει και να προγραμματίσει όλες εκείνες τις θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες, που πρέπει να συμπεριλαμβάνει το συγκεκριμένο ανοιχτό – εξωνοσοκομειακό πλαίσιο.

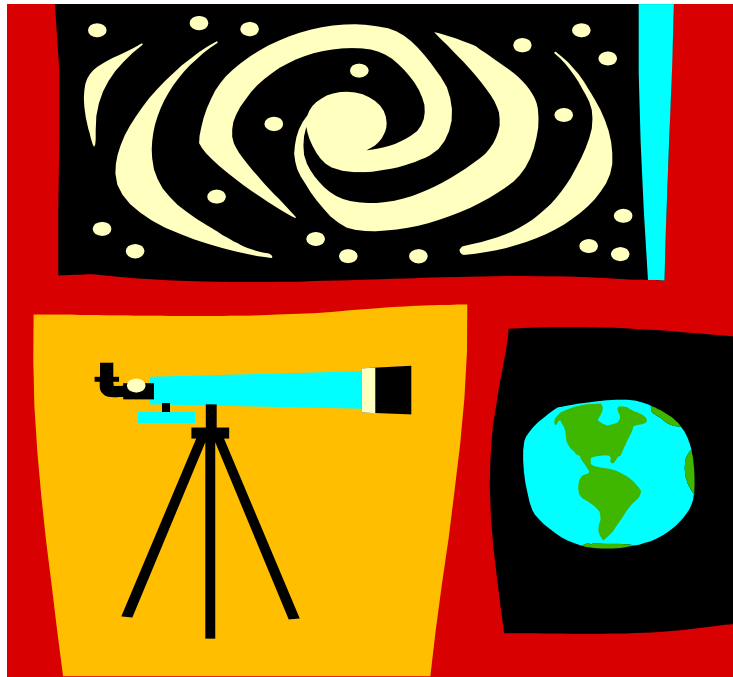
Το Νοσοκομείο Ημέρας περιλαμβάνει μια σειρά από δραστηριότητες και υπηρεσίες, οι οποίες αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της ίδιας της ψυχικής διαταραχής καθώς και στη μελλοντική επανένταξη των ασθενών στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Συγκεκριμένα, η ομάδα ανάπτυξης του νοσοκομείου ημέρας, λειτουργεί σε καθημερινή βάση από τις 8:30 π.μ έως τις 14:00 μ.μ, σε συνεργασία με τα εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης, όπου τα μέλη απασχολούνται μετά τη λήξη της ομάδας. Η ομάδα ανάπτυξης αποσκοπεί: 1) στην ανάπτυξη της λειτουργικότητας, 2) στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, 3) στη σταθεροποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, 4) στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης μέσω προγραμματισμένων διδακτικών - ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, 5) στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, 6) στην κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα, 7) στη μείωση της οικογενειακής επιβάρυνσης μέσω συστηματικής παρέμβασης στο οικογενειακό περιβάλλον του κάθε

εξυπηρετούμενου και τέλος στη μείωση των υποτροπών μέσω συστηματικού ελέγχου της συμπτωματολογίας των ασθενών.

Το Νοσοκομείο Ημέρας επιλέγει τους ασθενείς του από το Συμβουλευτικό ενηλίκων και την Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, από παραπομπές του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου (Πανεπιστημιακό και Βενιζέλειο) αλλά και από το Θεραπευτήριο Χρόνιων Ψυχικών Παθήσεων Σούδας (Χανιά). Πολλές φορές, οι παραπομπές γίνονται και από ιδιωτικά Ιατρεία του Ηρακλείου.

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών είναι η διάγνωση (άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενικές ψυχώσεις κυρίως), η ηλικία (17-32, συχνά γίνονται εξαιρέσεις), η γεωγραφική περιοχή (η πόλη του Ηρακλείου και μείζονες περιοχές του), φύλο (καταβάλλεται προσπάθεια ισοκατανομής των δυο φύλων για λόγους δυναμικής της ομάδας), φάση ασθένειας (ασθενείς χωρίς έντονα παραγωγικά στοιχεία στην παρούσα φάση και με κύριο χαρακτηριστικό της ασθένειας την κοινωνική απόσυρση) και τέλος βασικό κριτήριο είναι η ύπαρξη οικογενειακής ή κοινωνικής στήριξης του ασθενούς.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **17.1 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ**

Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης αφορά το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Ηρακλείου), ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Ο Βασικός Προβληματισμός, που οδήγησε στην επιλογή του θέματος, είναι ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, αποτελεί μια αλλαγή στη φιλοσοφία και στην πρακτική της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών, με αποτέλεσμα την προσπάθεια βαθμιαίας μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα. Σήμερα συνειδητοποιείται ότι η διαδικασία της μεταρρύθμισης

είναι μία πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία που μπορεί να γίνει μόνο σε βαθμιαία συρρίκνωση της νοσηλείας στο άσυλο, διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, σωστή κατανομή των πόρων, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας, ώστε να αποδεχθεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις και οι ανησυχίες που προέρχονται από τις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια.

Μια από τις βασικές προϋποθέσεις για την πετυχημένη αποϊδρυματοποίηση των χρόνια ψυχικά ασθενών είναι η εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης μέσα στην Κοινότητα. Η δημιουργία πλέγματος κοινοτικών υπηρεσιών όπως οι Μονάδες Κοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης, τα Νοσοκομεία Ημέρας, οι Συμβουλευτικές Υπηρεσίες και γενικότερα όλες οι υπηρεσίες ανοιχτής περίθαλψης, βασίζονται σε μια ουσιαστική προϋπόθεση: ότι οι ασθενείς περνούν το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Στα πλαίσια της εργαστηριακής μας άσκησης, κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης μας στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, επισκεφθήκαμε διάφορα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ψυχικής Υγείας και ενημερωθήκαμε γύρω από την πολιτική που ακολουθούν οι Υπηρεσίες Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Η εκπαιδευτική αυτή διαδικασία, μας έκανε να συνειδητοποιήσουμε ότι η κοινοτική περίθαλψη με ψυχοκοινωνικό χαρακτήρα, αποτελεί το κεντρικό άξονα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και κατ' επέκταση των ανοιχτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το γεγονός, ότι το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους φορείς εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, που προάγει την ψυχική υγεία μέσα στα πλαίσια της κοινότητας και παρέχει την δυνατότητα στον ψυχικά ασθενή να αποκατασταθεί και να επανενταχθεί στην κοινωνία, μας ώθησε να το επιλέξουμε ως πεδίο έρευνας. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι καθιερωμένος θεσμός μέσα από τον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στοχεύει στην έγκαιρη επισημάνση και άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη), στην διατήρηση της λειτουργικότητας ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στην κοινότητα και η αποδοχή του από αυτή (τριτοβάθμια πρόληψη), και τέλος

εφαρμόζει όλα εκείνα τα προγράμματα που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής (πρωτοβάθμια πρόληψη).

Όλα τα παραπάνω, καθιστούν το πεδίο έρευνας «ικανό», να μας παράσχει όλες εκείνες τις πληροφορίες, που θα μας βοηθήσουν να μελετήσουμε το κατά πόσο ένα Κέντρο Ανοιχτής Περίθαλψης, όπως το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, γίνεται φορέας κοινωνικής αλλαγής και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.

## **17.2 ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της έρευνας μας είναι να αξιολογήσουμε το βαθμό της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις, που αποτελούν μέλη του νοσοκομείου ημέρας (Ν.Η.) και του τμήματος επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α.) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Ηρακλείου). Πιο συγκεκριμένα οι σκοποί της έρευνας είναι: α) να μελετηθούν και να αξιολογηθούν οι κοινωνικές – δημογραφικές μεταβλητές που συνδέονται με την εμφάνιση και την πορεία της σχιζοφρένειας, β) να μελετηθεί και να αξιολογηθεί η συμβολή των αποκαταστασιακών υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ, ως προς τη μείωση των υποτροπών και των εγκλεισμών σε ψυχιατρικά ιδρύματα, γ) να μελετηθεί και να αξιολογηθεί ο «βαθμός» ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του Νοσοκομείου Ημέρας, όσον αφορά το πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δ) να μελετηθεί και να αξιολογηθεί ο «βαθμός» ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων της Υ.Ε.Ε.Α., όσον αφορά την επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση, ε) να αξιολογηθεί το ποσοστό επιτυχίας ή αποτυχίας των υπηρεσιών αποκατάστασης (Ν.Η., Υ.Ε.Ε.Α.) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, σε σχέση με τον βαθμό κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης των ψυχικά ασθενών στα πλαίσια της κοινότητας, ζ) να μελετηθεί και να αξιολογηθεί η συνολική προσφορά του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και των προγραμμάτων που αυτό εφαρμόζει σύμφωνα με τον υπάρχον σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την έρευνα, μας δίνουν τη δυνατότητα να αξιολογήσουμε τη συμβολή του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, ως φορέα κοινωνικής αλλαγής και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, στη μετάβαση από την Ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην Κοινότητα.

### 17.3 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Για να επιτευχθούν οι σκοποί της έρευνας, έχει τεθεί ένας αριθμός υποθέσεων εργασίας, τις οποίες επαληθεύσαμε ή απορρίψαμε μετά την επεξεργασία των αποτελεσμάτων.

Οι υποθέσεις εργασίας είναι οι εξής :

- 1) Οι κοινωνικές - δημογραφικές μεταβλητές συμβάλουν στην έκλυση της σχιζοφρένειας;
- 2) Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των εξυπηρετούμενων έχει κάποια επίδραση στην εμφάνιση ή στην εξέλιξη της νόσου;
- 3) Το μορφωτικό επίπεδο και το επαγγελματικό προφίλ των γονέων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει κάποια επίδραση στην εμφάνιση ή στην εξέλιξη της νόσου;
- 4) Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν μια αυτόνομη και ανεξάρτητη ζωή (να δημιουργήσουν οικογένεια, να αποκτήσουν παιδιά, να είναι οικονομικά ανεξάρτητοι, να μορφωθούν κ.ά.);
- 5) Η αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό και η απόφαση για έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, συνδέεται με τις αξίες και τις πεποιθήσεις του ίδιου του εξυπηρετούμενου;
- 6) Ο φόβος για κοινωνικό στιγματισμό και η ύπαρξη των κοινωνικών στερεοτύπων, μπορούν να εμποδίσουν ένα άτομο να αναζητήσει βοήθεια από μια ψυχιατρική υπηρεσία;
- 7) Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας αποτελεί έναν συνδυασμό βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων;
- 8) Το Ν.Η. που λειτουργεί στα πλαίσια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, συμβάλει στη μείωση των υποτροπών και κατ'επέκταση στη μείωση των εγκλεισμών σε κλειστές ψυχιατρικές κλινικές;
- 9) Η υπηρεσία του Νοσοκομείου Ημέρας συμβάλει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (οικογενειακές σχέσεις, διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνικές σχέσεις, οργάνωση καθημερινής ζωής, ανάπτυξη ενδιαφερόντων – δραστηριοτήτων κ.α) των ψυχικά πασχόντων και κατά πόσο οι ίδιοι είναι ικανοποιημένοι;

- 10) Η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης προάγει την επαγγελματική εκπαίδευση και κατ' επέκταση την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και κατά πόσο οι ίδιοι είναι ικανοποιημένοι;

#### **17.4 ΕΞΕΥΡΕΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΨΑΛΙΣΜΩΝ – ΜΕΣΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Για την πραγματοποίηση της ερευνητικής μας μελέτης ήταν απαραίτητη η εξασφάλιση ειδικής έγκρισης από την Κεντρική Διοίκηση της Αθήνας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, προκειμένου να έχουμε πρόσβαση στα αρχεία. Γι' αυτόν τον λόγο, συλλέξαμε τα απαραίτητα δικαιολογητικά και απευθυνθήκαμε με αίτηση μας στον αρμόδιο φορέα. Στο διάστημα των δυο μηνών που χρειάστηκε για να εγκριθεί η πραγματοποίηση της έρευνας μας, ασχοληθήκαμε με το θεωρητικό μέρος της εργασίας.

Εργαλεία της προαναφερόμενης έρευνας ήταν τα ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώθηκαν με τη μορφή δομημένης συνέντευξης (με τη μορφή συζήτησης, κινούμενη πάνω σε συγκεκριμένους άξονες), λόγω της φύσης της ασθένειας των ατόμων που αποτελούν το συγκεκριμένο δείγμα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από το δείγμα έγινε κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου – Μαρτίου 2005.

Η χρονική διάρκεια που χρειαζόταν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν ξεπερνούσε τα 30 λεπτά, λόγω της αδυναμίας συγκέντρωσης των ερωτώμενων. Πολλές φορές το ερωτηματολόγιο συμπληρώνονταν σε περισσότερες από μια συναντήσεις. Στις περιπτώσεις όπου το άτομο αδυνατούσε να δώσει έγκυρες πληροφορίες, το ερωτηματολόγιο συμπληρώνονταν από κάποιο μέλος της οικογένειας του. Μετά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι πληροφορίες διασταυρώνονταν και εμπλουτίζονταν με το κοινωνικό – ιατρικό ιστορικό που υπήρχε στο φάκελο του κάθε ασθενούς.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής ή στον οικογενειακό χώρο των εξυπηρετούμενων όταν αυτό κρινόταν απαραίτητο. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι την συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ένα μέλος της πτυχιακής εργασίας πραγματοποιούσε την πρακτική του άσκηση στο Νοσοκομείο

Ημέρας του Κ.Ψ.Υ. και επιπλέον είχε πραγματοποιήσει στο ίδιο πλαίσιο και τα δυο τελευταία εργαστηριακά του εξάμηνα. Για το λόγο αυτό, είχε ήδη edραιωθεί μια σχέση συνεργασίας με τις περισσότερες οικογένειες των εξυπηρετούμενων και είχε δημιουργηθεί ένα κλίμα που ενέπνεε ασφάλεια και εμπιστοσύνη.

Συναντήσαμε, όμως, σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά την έγκυρη και αξιόπιστη καταγραφή πληροφοριών, λόγω της μη διασταύρωσης των πηγών (π.χ οι πληροφορίες των συγγενών και των μελών δεν συμφωνούσαν με τις πληροφορίες του φακέλου ή και αντίστροφα, πολλές φορές ήταν αδύνατον να συμπληρωθεί ο συνολικός αριθμός νοσηλείων και η χρονική τους διάρκεια κ.ά.). Σημαντική όμως βοήθεια δεχτήκαμε από το προσωπικό του Κ.Ψ.Υ, το οποίο ήταν πρόθυμο να μας ενημερώσει για την κάθε περίπτωση, προκειμένου να συλλεχθούν οι απαραίτητες πληροφορίες για την διεξαγωγή της έρευνας.

### **17.5 ΠΕΙΤΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 30 εξυπηρετούμενοι των υπηρεσιών αποκατάστασης (Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης, Νοσοκομείο Ημέρας) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, με διάγνωση σχιζοφρένεια. Ως προς το φύλο, οι 22 ήταν άνδρες και τα υπόλοιπα 8 άτομα γυναίκες. Ο πληθυσμός που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της μελέτης, αποτελεί τον συνολικό αριθμό των εξυπηρετούμενων και των δυο υπηρεσιών αποκατάστασης (Ν.Η - Υ.Ε.Ε.Α) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Η μέθοδος συλλογής των πληροφοριών βασίστηκε στη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, μέσω της δομημένης συνέντευξης. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν γινόταν από τον ίδιο τον ερωτώμενο. Το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν από τον ίδιο τον συνεντευκτή μέσα από μια ατομική συνέντευξη του συνεντευξιαζόμενου. Οι ερωτήσεις είχαν τη μορφή κατευθυνόμενης συζήτησης από τον συνεντευκτή, προκειμένου να καλυφθούν όλοι οι άξονες του ερωτηματολογίου. Παράλληλα όμως, ο ερωτώμενος είχε τη δυνατότητα να εκφράσει τις απόψεις του και να τις αναπτύξει όπως εκείνος επιθυμούσε. Ο ερωτώμενος δηλαδή εξέφραζε πληροφορίες και προσωπικές απόψεις με τον τρόπο που εκείνος επέλεγε.



Επίσης, πριν από κάθε συνέντευξη, ενημερωνόμασταν για τη συμπτωματολογία και τις δυνατότητες του κάθε ερωτώμενου, ώστε να μπορέσουμε να προσαρμόσουμε τη συζήτηση σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε συνεντευξιαζόμενου.

Ο τύπος ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκε ήταν ανοικτές και κλειστές, και ερωτήσεις διαβάθμισης με κλίμακα. Προσπαθήσαμε οι ερωτήσεις, αλλά κυρίως οι απαντήσεις που καλούσαμε τον ερωτώμενο να επιλέξει, να είναι σαφείς και ξεκάθαρες χωρίς να επιδέχονται πολλαπλές ερμηνείες ή παραφράσεις και προπάντων να καλύπτουν όλες τις πιθανές απαντήσεις που μπορεί κάποιος να δώσει.

Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων προχωρήσαμε στον προγραμματισμό της ανάλυσης των δεδομένων. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα στοιχεία που προέκυψαν, επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν με τη βοήθεια στατιστικού προγράμματος (SPSS), για να μπορέσει να συνδυαστεί η ποιοτική με την ποσοτική ανάλυση.

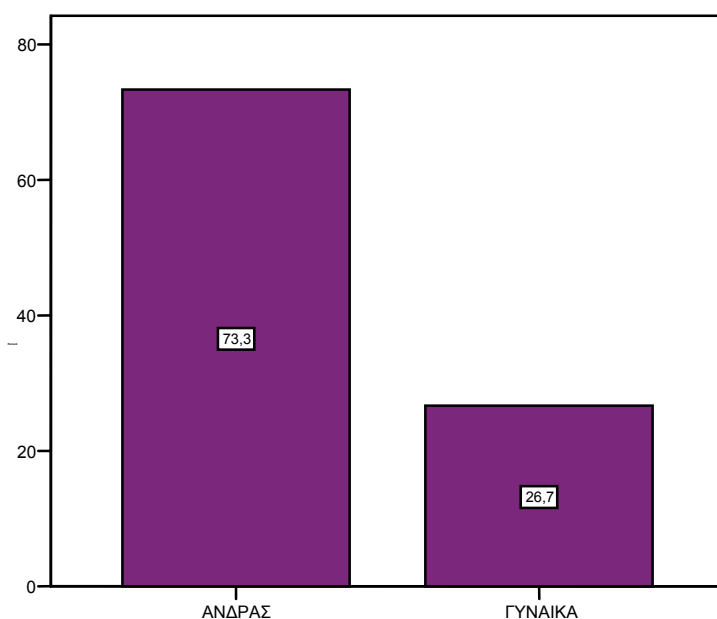
**Τα αποτελέσματα** που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων, κατηγοριοποιήθηκαν στις εξής ενότητες :

- 1) Ενότητα Α :** (Ερ. 1 – 12) : Δημογραφικά - Κοινωνικά στοιχεία
- 2) Ενότητα Β :** (Ερ. 13 – 17) : Ιατρικό ιστορικό / ιστορικό νοσηλείας
- 3) Ενότητα Γ :** (Ερ. 18 – 20) : Αξιολόγηση κλειστών νοσηλειών πριν και κατά την διάρκεια ένταξης σε τμήματα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Υ.Ε.Ε.Α., Ν.Η.) – Στην ενότητα αυτή απάντησε μόνο το 73,3%, δηλαδή τα 22 άτομα από τα 30 που δήλωσαν ότι έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν.
- 4) Ενότητα Δ :** (Ερ. 21 – 28) : Αξιολόγηση προγράμματος Νοσοκομείου Ημέρας
- 5) Ενότητα Ε :** (Ερ. 29 – 34) : Αξιολόγηση Υπηρεσίας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α.)

**6) Ενότητα Z :** (Ερ. 35 – 40) : Αξιολόγηση Επαγγελματικής Αποκατάστασης Εξυπηρετούμενων – Στις ερωτήσεις (35 – 39) έδωσε απάντηση μόνο το 40%, το ποσοστό δηλαδή που εργάστηκε κατά την περίοδο ένταξης του στο Κ.Ψ.Υ.

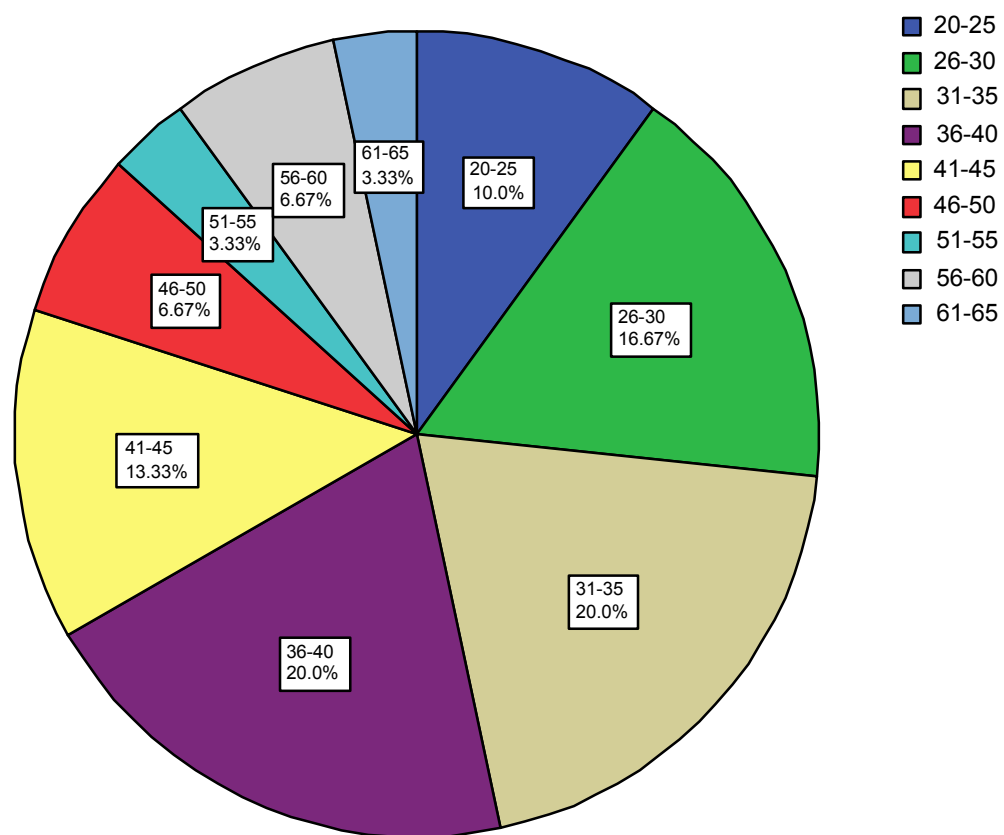
### *17.6 Δημογραφικά – Κοινωνικά Στοιχεία*

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων των υπηρεσιών αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α. – Ν.Η.) του Κ.Ψ.Υ., με διάγνωση σχιζοφρένεια, αποτελούν οι άνδρες (73,3%).

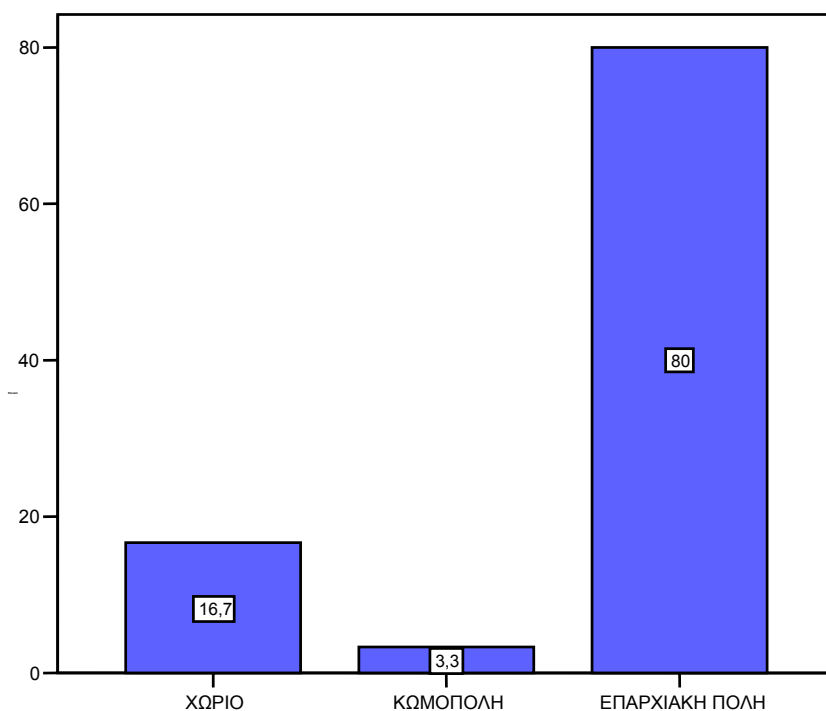


Αυτή η υπεραντιπροσώπευση των ανδρών επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών που έχουν διεξαχθεί, προκειμένου να εντοπιστεί η συχνότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στις περισσότερες επιτόπιες έρευνες, οι γυναίκες φαίνεται να αναφέρουν την ύπαρξη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε διπλάσιο ποσοστό από τους άντρες. Αντίθετα, στη στατιστική της ψυχιατρικής νοσηλευτικής κίνησης φαίνεται ότι περισσότεροι άνδρες νοσηλεύονται για σχιζοφρενικές ψυχώσεις, αλκοολισμό και διαταραχές προσωπικότητας από τις γυναίκες (Μαδιανός 1989, σ.70 ).

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (66,67%) των εξυπηρετούμενων των υπηρεσιών αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α – Ν.Η) του Κ.Ψ.Υ, με διάγνωση σχιζοφρένεια, είναι ηλικίας από 20 έως και 40 ετών, ενώ μόλις το 33,33% είναι ηλικίας άνω των 40 ετών. Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό των προσερχόμενων του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, με διάγνωση σχιζοφρένεια, είναι κάτω της μέσης ηλικίας.

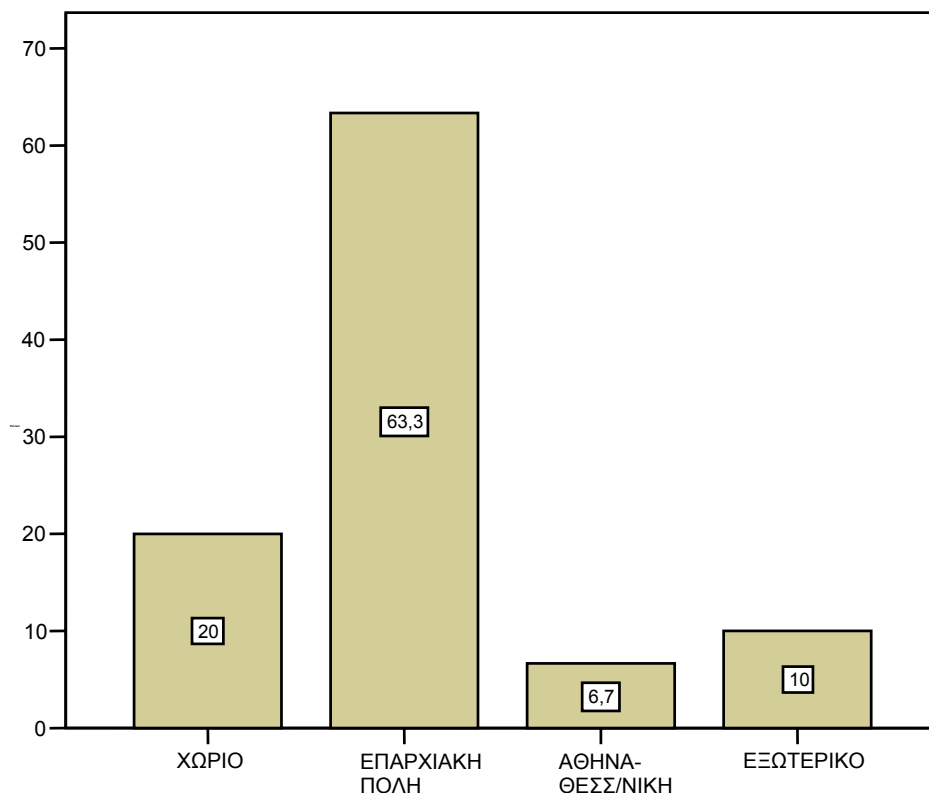


Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) δηλώνει τόπο κατοικίας σε επαρχιακή πόλη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι βασική προϋπόθεση ένταξης σε κάποιο τμήμα του Κ.Ψ.Υ., είναι η διαμονή του εξυπηρετούμενου στην κοινότητα του Ηρακλείου ή σε κάποιο χωριό του νομού Ηρακλείου, προκειμένου να μπορεί το άτομο να παρακολουθεί το εβδομαδιαίο πρόγραμμα έστω και τρεις φορές την εβδομάδα.



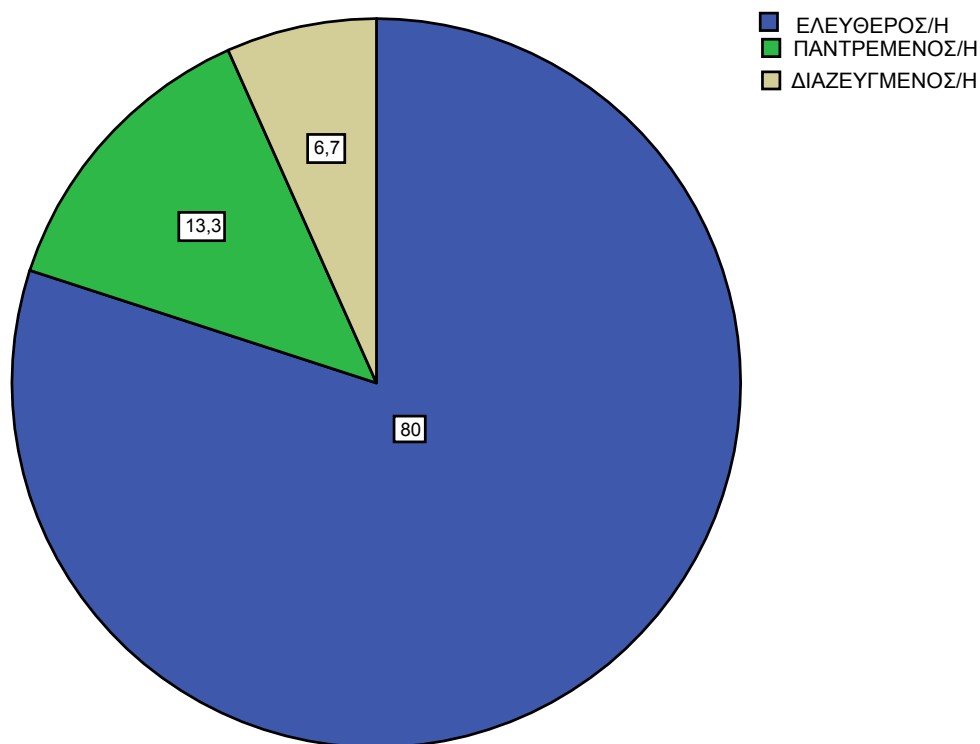
Έχει βρεθεί από την ανασκόπηση δεκάδων ερευνών ότι η γενική ψυχιατρική νοσηρότητα εμφανίζεται μάλλον η ίδια στις πόλεις (κάτοικοι αστικών περιοχών) και στις αγροτικές περιοχές. Από την ανασκόπηση 40 διεθνών επιδημιολογικών ψυχιατρικών ερευνών προκύπτει ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών κυμαίνεται στα ίδια ποσοστά, ανεξάρτητα από την γεωπολιτική περιοχή (Μαδιανός 1989, σ. 71).

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων (63,3%) δηλώνει τόπο γέννησης σε επαρχιακή πόλη. Η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων έχει γεννηθεί στο Ηράκλειο. Επίσης, το 10% των ερωτηθέντων έχει υποστεί πολιτιστική αλλαγή (μετανάστες).



Παρόλο που το ποσοστό των μεταναστών είναι ιδιαίτερα μικρό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η μεταβλητή της εθνικής προέλευσης είναι στενά συνδεδεμένη με το φαινόμενο της μετανάστευσης. Από έρευνες σε ομάδες μεταναστών έχουν βρεθεί διαφορετικά μεγέθη της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών μεταξύ των ομάδων αυτών που, βέβαια, η κοινωνική τους θέση παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της ψυχικής νοσηρότητας. Ο πατροπαράδοτος πολιτισμός και ο βαθμός της αφομοίωσης του μετανάστη από τον ξένο πολιτισμό παίζει, επίσης, ρόλο στη γέννηση ψυχοπνευματικών μηχανισμών που οδηγούν στην εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής (Μαδιανός 1989, σ. 71).

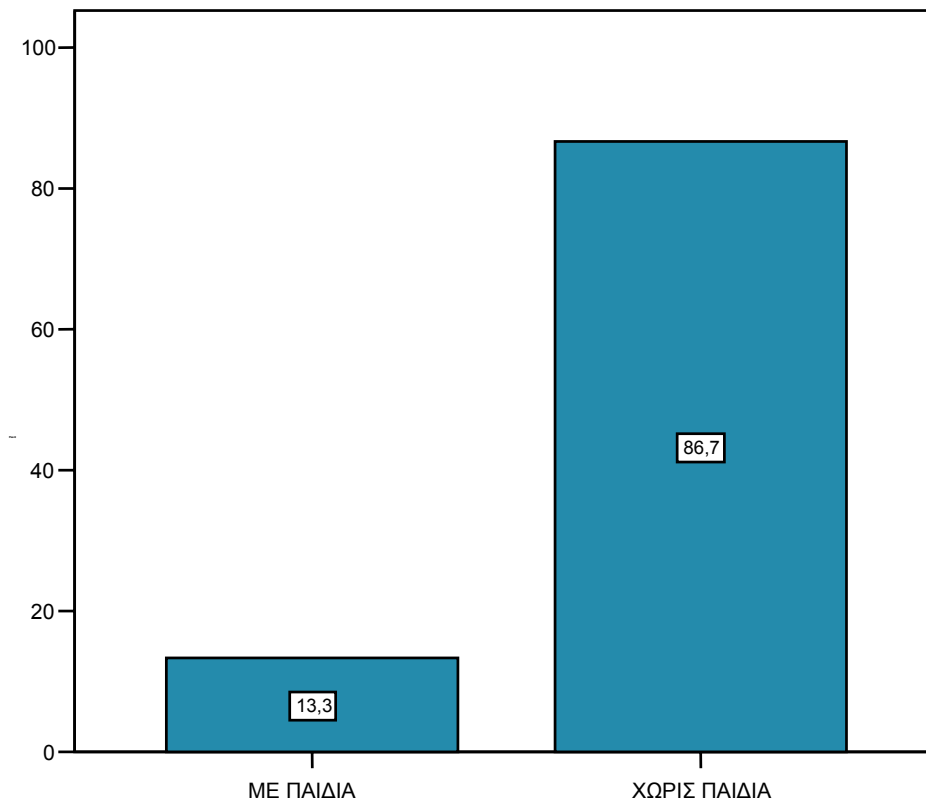
Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων δηλώνει «ελεύθερος». Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι κατηγορίες «συζώ, μόνιμη σχέση, σε διάσταση, χήρος/α» δεν σημειώθηκαν από τους ερωτώμενους.



Στις περισσότερες επιτόπιες έρευνες, που ανιχνεύουν την επικράτηση της ψυχικής αρρώστιας στην κοινότητα, άτομα που κατατάσσονται ως ψυχιατρικές περιπτώσεις από πλευράς οικογενειακής κατάστασης είναι διαζευγμένα ή σε χηρεία ή άγαμα, είναι, δηλαδή, άτομα που εκτίθενται σε καταστάσεις στρες, όπως είναι η μοναξιά, η έλλειψη ερωτικού συντρόφου, ο χωρισμός, η εγκατάλειψη κ.ά. Ιδιαίτερα, είναι έντονη η συσχέτιση της διάγνωσης «σχιζοφρενική ψύχωση» με την ιδιότητα του άγαμου (Μαδιανός 1989, σ. 71).

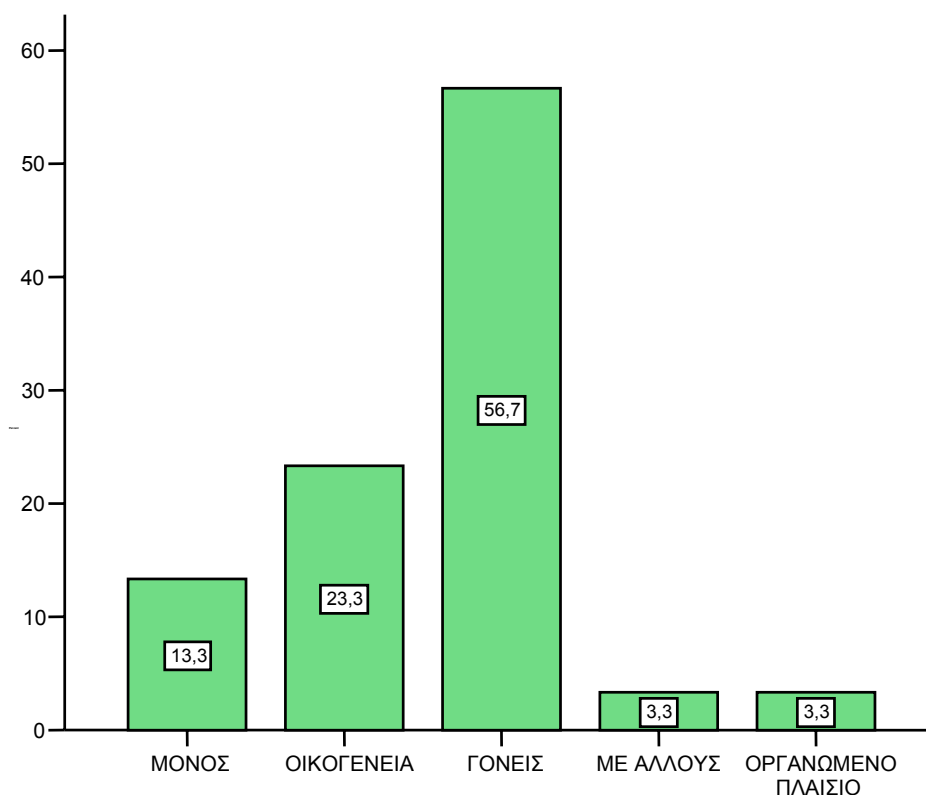
Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (86,7%) δεν έχει αποκτήσει παιδιά. Σε αυτό το ποσοστό υπήρξαν δυο ερμηνείες: οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι ανέφεραν ότι επιθυμούσαν να αποκτήσουν παιδιά, αλλά δεν απέκτησαν γιατί ήταν δύσκολό να βρουν σύντροφο να παντρευτούν, ενώ σχεδόν

ελάχιστοι αποφάσισαν συνειδητά να μην αποκτήσουν παιδιά, φοβούμενοι ότι τα παιδιά τους θα κληρονομήσουν την ίδια ασθένεια.



Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (56,7%) ζει με τους γονείς του, είτε λόγω της περιορισμένης οικονομικής κατάστασης είτε της ανάγκης για παροχή φροντίδας. Μόνο το 13,3% ζει μία αυτόνομη και ανεξάρτητη ζωή, ενώ μόλις το 3,3% ζει σε οργανωμένο – πλαίσιο (συγκεκριμένα το 3,3% αντιστοιχεί σε ένα άτομο το οποίο ζει σε γηροκομείο).





Επομένως, κανένας εξυπηρετούμενος δεν διαμένει σε οργανωμένα πλαίσια τα οποία έχουν δημιουργηθεί για τις ανάγκες του αποϊδρυματισμού, όπως ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα, οικοτροφεία κ.ά. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα άτομα που ζουν μαζί με άλλους, με την οικογένεια τους και με τους γονείς τους, βρίσκονται σχεδόν σε πλήρη εξάρτηση από τα μέλη που έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους στο χώρο της διαμονής τους. Τα μέλη της οικογένειας που έχουν αναλάβει την μακροχρόνια και εντατική φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα μέλους, εκφράζουν έντονη ψυχολογική υπερκόπωση, η οποία με τη σειρά της δημιουργεί εντάσεις και συγκρουσιακές σχέσεις στα πλαίσια του οικογενειακού συστήματος. Επίσης, πολλά από τα μέλη παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα, όπως αγχώδης διαταραχές, νευρώσεις ακόμα και ψυχικές διαταραχές. Τέλος, ο χώρος διαμονής των περισσότερων εξυπηρετούμενων χαρακτηρίζεται ακατάλληλος και

επιβαρυντικός για την πορεία της χρόνιας ψυχικής διαταραχής. Αυτό συνήθως συμβαίνει λόγω της χαμηλής οικονομικής κατάστασης της οικογένειας.

Αυτή η ψυχολογική υπερκόπωση των οικογενειών καταγράφεται σε διαφορετικούς τομείς της ζωής τους όπως: σωματική και ψυχική υγεία, οικονομική κατάσταση, ενδοοικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις και επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών.

Τα περισσότερα εμπειρικά ευρήματα σχετικά με τις επιδράσεις της φροντίδας ενός μέλους της οικογένειας με χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή στην κατάσταση της υγείας αυτών που εμπλέκονται στην παροχή της, δείχνουν πως αυτές μπορεί να είναι απειλητικές και αρνητικές. Μελέτες, που διεξήχθησαν σε γενικό πληθυσμό ατόμων που παρείχαν τέτοιου είδους φροντίδα, αναφέρουν πως το 1/3 από αυτούς εμφανίζουν σοβαρή ψυχιατρική συμπτωματολογία – αγχώδη νεύρωση ή κατάθλιψη – η οποία συνδεόταν με το ρόλο του φροντιστή (Creer και συν., 1982· Oldridge & Hughes, 1992). Παρόμοια, μια μελέτη που διεξήχθη στο Southampton της Βρετανίας, αναφέρει πως ένα ποσοστό 72% των οικογενειών αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας ή ψυχικής υγείας, ενώ ένα ποσοστό 32% εμφάνισαν συμπτώματα ελαφράς ψυχικής διαταραχής.

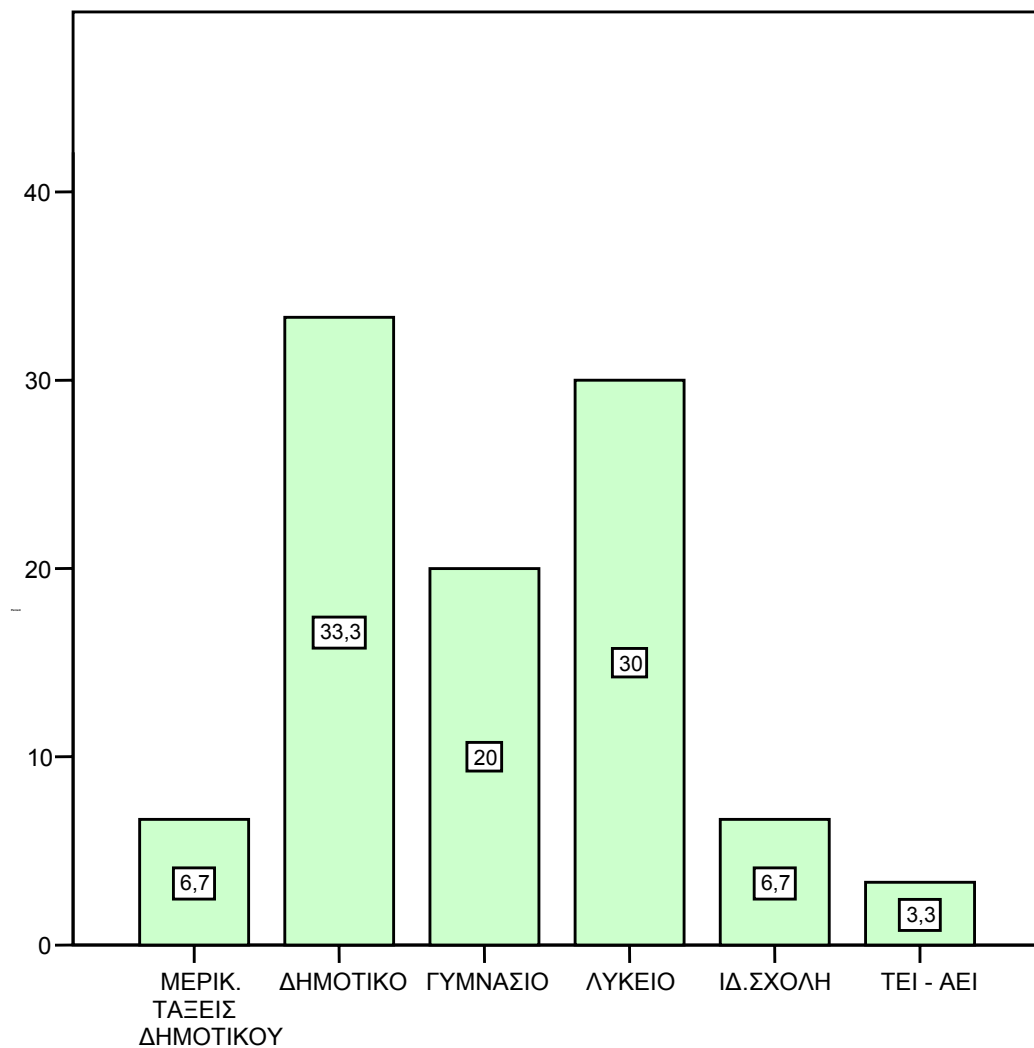
Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής στην οικογένεια μπορεί με ποικίλους τρόπους, έμμεσα ή άμεσα, να επηρεάσει αρνητικά την οικονομική της κατάσταση. Το μέλος της οικογένειας με ψυχιατρικό πρόβλημα είναι πολύ πιθανό ποτέ να μην είχε εργασία ή αν είχε, να την έχασε. Η ανεργία μπορεί να επεκταθεί και στους φροντιστές, οι οποίοι συχνά αναγκάζονται να σταματήσουν από την εργασία τους ή να μειώσουν τα ωράρια τους, προκειμένου να ανταποκριθούν στις οικογενειακές τους υποχρεώσεις. Οικονομικές δυσχέρειες μπορούν, επίσης, να προκληθούν από αυξημένα έξοδα για ψυχιατρική περίθαλψη, αδυναμία του πάσχοντα να χειριστεί με επάρκεια τα οικονομικά του ή τις υπερβολικές απαιτήσεις του.

Η κοινωνική απομόνωση των οικογενειών ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες, δηλαδή η μείωση των κοινωνικών τους σχέσεων και η ελαχιστοποίηση του ελεύθερου τους χρόνου για ψυχαγωγία, αποτελεί ένα ακόμα εύρημα. Οι πρώτες μελέτες, δείχνουν τις προσπάθειες των οικογενειών να αποκρύψουν το πρόβλημά τους από τον κοινωνικό περίγυρο, περιορίζοντας σημαντικά τις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Yarrow και συν. 1955· Beels, 1978). Η κοινωνική απομόνωση έχει εκτιμηθεί ως περισσότερο στρεσογόνος συνθήκη σε σύγκριση με τις οικονομικές δυσκολίες (Atkinson & Coia, 1995).

Όσον αφορά τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, το περιεχόμενο των επιδράσεων που προκύπτουν από την εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος της σχέσης. Έτσι, στις συζυγικές σχέσεις υποχωρεί η αμοιβαιότητα, επαναπροσδιορίζονται οι ρόλοι, ανακατανέμονται οι υπευθυνότητες και αυξάνονται οι συγκρούσεις, οι οποίες συχνά οδηγούν στο διαζύγιο (Brown & Rutter, 1966). Στις γονεϊκές σχέσεις αισθήματα ενοχής και «πένθους» για το «χαμένο» τους παιδί είναι αρκετά κοινά (Ζήση 2002, σ.179 - 182).

Το μεγαλύτερο ποσοστό (33,3%) των εξυπηρετούμενων έχει τελειώσει το δημοτικό, ενώ το μικρότερο ποσοστό έχει φοιτήσει στην ανώτατη εκπαίδευση (Α.Ε.Ι – Τ.Ε.Ι). Επίσης, δυο αρκετά μεγάλα ποσοστά 20% και 30% έχουν αποφοιτήσει στο γυμνάσιο και στο λύκειο αντίστοιχα. Τα παραπάνω ποσοστά,

εκφράζουν την επικράτηση ενός σχετικά χαμηλού μορφωτικού επιπέδου των εξυπηρετούμενων, παράγοντας που πιθανότατα να έχει συμβάλει στη διαμόρφωση του κοινωνικο - οικονομικού τους επιπέδου.



Σε ερώτηση σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) επιβεβαιώνει ότι έχει φοιτήσει στο δημοτικό, μόνο το 13,3% στο γυμνάσιο και μόλις το 3,3% στο λύκειο. Επίσης, το 10% έχει φοιτήσει στην ανώτατη εκπαίδευση.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΚΑΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	2	<b>6.7</b>
ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	4	<b>13.3</b>
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	15	<b>50.0</b>
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	4	<b>13.3</b>
ΛΥΚΕΙΟ	1	<b>3.3</b>
ΙΔ.ΣΧΟΛΗ	1	<b>3.3</b>
Τ.Ε.Ι – Α.Ε.Ι	3	<b>10.0</b>
Σύνολο	30	<b>100.0</b>

Σε ερώτηση σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, το μεγαλύτερο ποσοστό (66,7%) επιβεβαιώνει ότι έχει φοιτήσει στο δημοτικό, μόνο το 6,7% στο γυμνάσιο, το 3,3% στο λύκειο και το ίδιο ποσοστό στην ανώτατη εκπαίδευση. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι κατηγορίες «τεχνική σχολή και ιδιωτική σχολή» δεν σημειώθηκαν από τους ερωτώμενους.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΚΑΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	3	<b>10.0</b>
ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	3	<b>10.0</b>
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	20	<b>66.7</b>
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	2	<b>6.7</b>
ΛΥΚΕΙΟ	1	<b>3.3</b>
Τ.Ε.Ι-Α.Ε.Ι	1	<b>3.3</b>
Σύνολο	30	<b>100.0</b>

Τα παραπάνω ποσοστά, εκφράζουν την επικράτηση χαμηλού μορφωτικού επιπέδου όσον αφορά τους γονείς των ψυχικά πασχόντων, παράγοντας που πιθανότατα να έχει συμβάλει στη διαμόρφωση της κοινωνικο – οικονομικής κατάστασης της οικογένειας.

Σε ερώτηση σχετικά με το επαγγελματικό προφίλ του πατέρα, το μεγαλύτερο ποσοστό (30%) δηλώνει συνταξιούχος (συνήθως από επαγγέλματα που παραπέμπουν σε χαμηλή κοινωνική τάξη π.χ. αγρότης, εργάτης κ.ά.). Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ( $23,3\% + 13,3\% = 36,6\%$ ) δηλώνει εργάτης και αγρότης,

επαγγέλματα που παραπέμπουν σε σκληρή και χαμηλά αμειβόμενη εργασία, ενώ μόνο το 16,7% ελεύθερος επαγγελματίας και δημόσιος υπάλληλος αντίστοιχα.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΕΛ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	5	<b>16.7</b>
ΔΗΜ.ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	5	<b>16.7</b>
ΑΓΡΟΤΗΣ	4	<b>13.3</b>
ΕΡΓΑΤΗΣ	7	<b>23.3</b>
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	9	<b>30.0</b>
Σύνολο	30	<b>100.0</b>

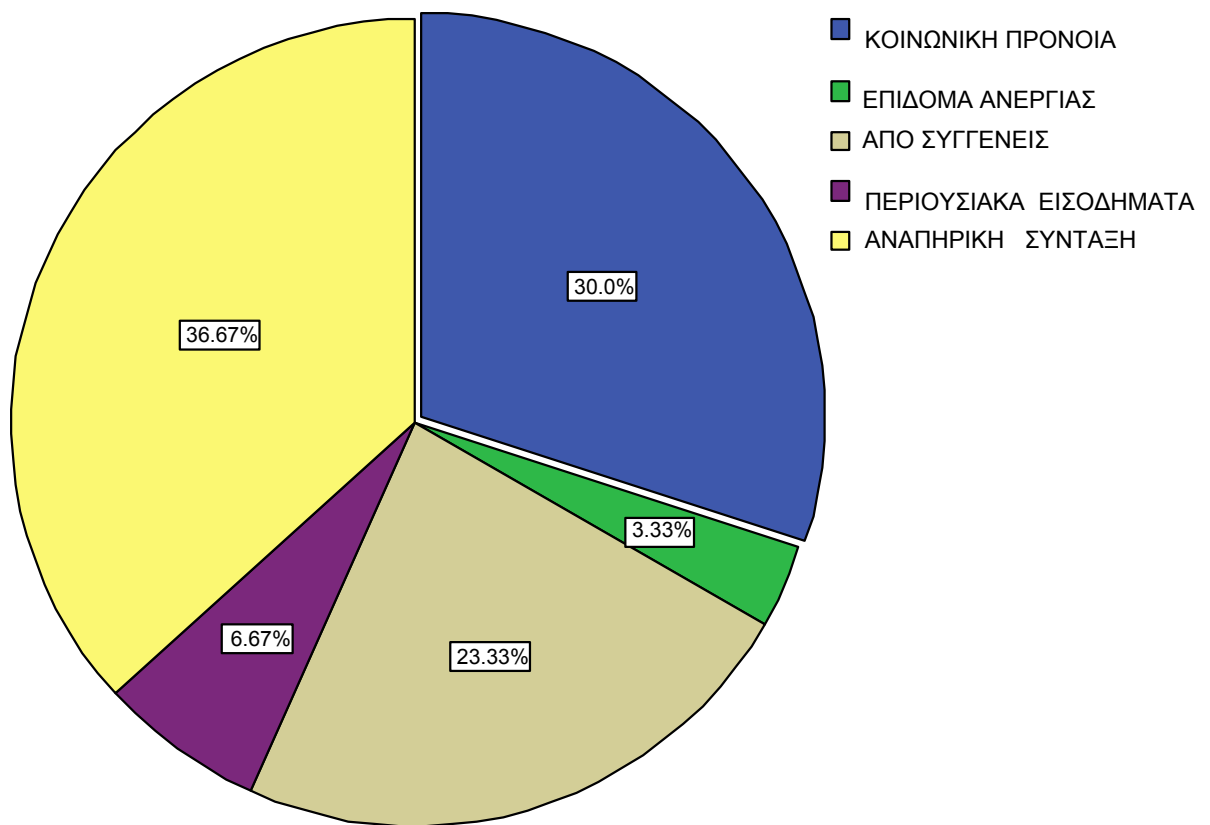
Σε ερώτηση σχετικά με το επαγγελματικό προφίλ της μητέρας, το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) δηλώνει οικιακά. Το άθροισμα των ποσοστών, των επαγγελμάτων που παραπέμπουν σε ένα μη σταθερό εισόδημα και σε σκληρές συνθήκες εργασίας, όπως μερικώς απασχολούμενη, αγρότισσα, συνταξιούχος (όλες οι μητέρες δήλωσαν ότι εργάστηκαν ως αγρότισσες) και εργάτρια, είναι 29,9% ενώ μόνο το 20% παραπέμπει σε σταθερά και υψηλόμισθα επαγγέλματα. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι κατηγορίες «επιχειρηματίας, εκπαιδευτικός, πανεπιστημιακός, στέλεχος επιχείρησης, και εισοδηματίας» δεν σημειώθηκαν από τους ερωτώμενους.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΕΛ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	2	<b>6.7</b>
ΙΔ.ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	1	<b>3.3</b>
ΔΗΜ.ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	2	<b>6.7</b>
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	1	<b>3.3</b>
ΑΓΡΟΤΙΣΣΑ	3	<b>10.0</b>
ΜΕΡΙΚΩΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΗ	1	<b>3.3</b>
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	4	<b>13.3</b>
ΟΙΚΙΑΚΑ	15	<b>50.0</b>
ΕΡΓΑΤΡΙΑ	1	<b>3.3</b>
Σύνολο	30	<b>100.0</b>

Τα παραπάνω ποσοστά, εκφράζουν την επικράτηση χαμηλόμισθων και μη αναπτυσσόμενων επαγγελμάτων των γονέων των ψυχικά πασχόντων, παράγοντας που πιθανότατα να έχει συμβάλει στη διαμόρφωση της κοινωνικο – οικονομικής κατάστασης της οικογένειας.

Σε ερώτηση σχετικά με τους οικονομικούς πόρους των εξυπηρετούμενων, το μεγαλύτερο ποσοστό (36,67%) δηλώνει ως μοναδικό εισόδημα την αναπηρική σύνταξη του ασφαλιστικού του ταμείου. Παρομοίως, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (30%) συντηρείται από το επίδομα κοινωνικής πρόνοιας. Και τα δυο αυτά οικονομικά βοηθήματα, τα δικαιούνται μόνο τα άτομα, που με απόφαση της υγειονομικής επιτροπής ή της επιτροπής του ασφαλιστικού τους ταμείου, χαρακτηρίζονται ανάκατα προς εργασία (60% αναπηρία και άνω), ή ικανά μόνο για προστατευμένη – επιτηρούμενη εργασία. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η αποδοχή της αναπηρικής σύνταξης και του προνοιακού επιδόματος, ουσιαστικά περιορίζει και δεσμεύει τα άτομα όσον αφορά την ανάπτυξη επαγγελματικής δραστηριότητας για το υπόλοιπο της ζωής τους.

Το 23,33% και το 6,67% (συγγενείς, περιουσιακά εισοδήματα), πιθανόν να αποδεικνύουν μια οικονομική εξάρτηση από το οικογενειακό περιβάλλον και μια αποτυχία στον επαγγελματικό – οικονομικό τομέα. Τέλος, το ποσοστό 3,33% (επίδομα ανεργίας) επιβεβαιώνει την αδυναμία των ψυχικά πασχόντων να παραμείνουν σε ένα χώρο εργασίας αλλά και του κρατικού συστήματος να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν τις απαραίτητες επαγγελματικές δεξιότητες ώστε να διατηρήσουν μια μόνιμη εργασία. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι κατηγορίες, «οικονομικοί πόροι από εργασία και από σύνταξη» δεν σημειώθηκαν από τους ερωτώμενους, γεγονός που αποδεικνύει ότι κανένας από τους εξυπηρετούμενους δεν εργάζεται και δεν έχει καταφέρει να συμπληρώσει τα απαιτούμενα χρόνια εργασίας για την έκδοση σύνταξης.



Οι παράγοντες που ουσιαστικά καλλιεργούν αυτή την αδυναμία των ψυχικά πασχόντων να ανεξαρτητοποιηθούν και να αποκτήσουν μια οικονομικά και κοινωνικά αυτόνομη ζωή έχουν μελετηθεί από πλήθος ερευνών.

Θα μπορούσαμε λοιπόν να αναφέρουμε τις δυο υποθέσεις που έχουν διατυπωθεί για την ερμηνεία της συσχέτισης της κοινωνικής τάξης με την ψυχική αρρώστια στη δυτική κοινωνία: εκείνη της κοινωνικής αιτιότητας και εκείνη της κοινωνικής επιλογής.

**Κοινωνική αιτιότητα:** Ένα άτομο χαμηλής κοινωνικής και οικονομικής τάξης δέχεται μεγαλύτερο ποσοστό ψυχοπιεστικών ερεθισμάτων (ανεργία, έξωση από το σπίτι, αρρώστιες μελών οικογένειας, έλλειψη οικονομικών πόρων για άνετη



διαβίωση) και με δεδομένες τις κοινωνικές του αδυναμίες «σπάζει», δηλαδή αρρωσταίνει ψυχικά.

**Κοινωνική επιλογή:** Στη σύγχρονη δυτική κοινωνία, όπου η κοινωνική άνοδος είναι επιθυμητός στόχος, μια χρόνια διαδρομή μιας ψυχικής αρρώστιας μειώνει την πιθανότητα της κοινωνικής ανόδου με αποτέλεσμα την κοινωνική κάθοδο των ψυχικά αρρώστων.

Αρκετοί ψυχιατρικοί επιδημιολόγοι διερεύνησαν την τυχόν συμβολή των κοινωνικών – δημογραφικών μεταβλητών με τη στατιστική ανάλυση της πολυμεταβλητότητας και βρήκαν ότι σε ποσοστό που φτάνει το 30% ερμηνεύουν τη γένεση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.

Είναι κοινή η εντύπωση ότι η επικράτηση της ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό είναι αρνητικά συσχετισμένη με την κοινωνική τάξη, δηλαδή μικρότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένης και της σχιζοφρένειας, εμφανίζονται σε άτομα που ανήκουν στις δυο υψηλότερες κοινωνικές τάξεις.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει μια συγκριτική αντιπαράθεση εκείνων των ερευνών που παρουσίασαν ποσοστά γενικής ψυχοπαθολογίας και ψυχώσεων στην υψηλότερη και χαμηλότερη κοινωνική τάξη.

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΑΝΕΦΕΡΑΝ ΥΨΗΛΟΤΕΡΑ ΠΟΣΟΣΤΑ				ΜΕΣΟΣ ΛΟΓΟΣ	
	ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ		ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ		ΧΑΜ. Κ.Τ	ΧΑΜ. Κ.Τ
	ΓΕΝΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ	ΣΧ.ΨΥΧΩΣΕΙΣ	ΓΕΝΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ	ΣΧ.ΨΥΧΩΣΕΙΣ		
Βόρειος Αμερική - Ευρώπη	18	6	3	1	2,59	2,06
Η.Π.Α	5	2	1	1	2,37	2,58
Εκτός Η.Π.Α	13	4	2	0	2,73	1,36

ΠΗΓΗ: Μαδιανός 1989, σ. 227

Είναι εμφανές ότι από 21 επιτόπιες επιδημιολογικές έρευνες στη Β.Αμερική και Ευρώπη, μετά το 1950, τρεις έρευνες μόνο ανέφεραν ότι τα άτομα της υψηλότερης κοινωνικής εμφανίζουν και τα μεγαλύτερα ποσοστά γενικής ψυχοπαθολογίας. Η ίδια διαφορά εμφανίζεται και στις «ψυχώσεις», που

περιλαμβάνεται και η σχιζοφρένεια, όπου από 7 επιτόπιες έρευνες, μία μόνο παρουσίασε υψηλά ποσοστά «ψυχώσεων» στα άτομα της υψηλότερης κοινωνικής τάξης.

Στην περίπτωση σχιζοφρενικών αρρώστων της έρευνας των Dunham και Faris, η πιθανότητα κοινωνικής ανόδου τους ήταν μηδαμινή ως συνήθεια της κατάστασης τους με αποτέλεσμα την προς τα κάτω (drift) κοινωνική κινητικότητα τους (αλλαγή διαμονής προς χειρότερες ποιοτικές περιοχές, επαγγέλματα χειρωνακτικά) και την τελική τους τοποθέτηση στη χαμηλότερη κοινωνική θέση (Μαδιανός, 1989, σ.73, 227 -231).

## 17.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Α' ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι οι βασικές κοινωνικές - δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, η οικογενειακή κατάσταση, η εθνική καταγωγή, η κοινωνική τάξη (επάγγελμα, εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση) συμβάλουν στην έκλυση και στην εξέλιξη της σχιζοφρένειας, ενώ παράλληλα επηρεάζουν άμεσα το πάσχον άτομο στην ανάπτυξη μιας αυτόνομης και κοινωνικής ζωής.

Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσαμε να προβούμε στα εξής συμπεράσματα:

1) Οι μελέτες για τις δημογραφικές – κοινωνικές μεταβλητές της σχιζοφρένειας πάσχουν από δυσκολία στην απομόνωση όλων των περιπτώσεων στον υπό μελέτη πληθυσμό, απροσδιοριστία της ακριβούς ημερομηνίας έναρξης και δυσκολίες στην σύγκριση των αποτελεσμάτων από μελέτη σε μελέτη λόγω της χρήσης διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων.

Παρ' όλα αυτά τρία συμπεράσματα είμαστε σε θέση να διακρίνουμε:

- Οι άνδρες φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης της σχιζοφρένειας σε σύγκριση με τις γυναίκες.
- Η σχιζοφρένεια συμβαίνει σε όλες τις κουλτούρες με ένα σταθερό ρυθμό και η επίπτωση της ποικίλει από γεωγραφική περιοχή σε γεωγραφική περιοχή.
- Οι κοινωνικές μεταβλητές (μόρφωση, οικονομική κατάσταση, επαγγελματική αποκατάσταση) επηρεάζουν την εμφάνιση και την πορεία της νόσου

2) Η προσέλευση των ανδρών, με διάγνωση σχιζοφρένεια, στις υπηρεσίες αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α – Ν.Η) του Κ.Ψ.Υ, είναι μεγαλύτερη από την προσέλευση των γυναικών.

3) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων, δηλώνει τόπο κατοικίας και τόπο γέννησης την πόλη του Ηρακλείου. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι οι υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ προσφέρονται στον πληθυσμό της συγκεκριμένης κοινότητας.

4) Τα μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων των αποκαταστασιακών υπηρεσιών (Ν.Η., Υ.Ε.Ε.Α.) του Κ.Ψ.Υ. είναι κάτω της μέσης ηλικίας. Τα αποτελέσματα στο πλήθος ερευνών μας επιβεβαιώνουν ότι τα άτομα που υποφέρουν από ψυχώσεις είναι συνήθως νεαρής ηλικίας.

5) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων, δηλώνει άγαμος (ελεύθερος) και εκφράζει έντονες δυσκολίες ως προς τη σύναψη ερωτικής σχέσης, κυρίως λόγω των κοινωνικών στερεοτύπων που υπάρχουν γύρω από την ψυχική ασθένεια, αλλά και της συμπτωματολογίας που παρουσιάζουν. Ως φυσικό επακόλουθο, ένα πολύ μικρό ποσοστό έχει αποκτήσει παιδιά.

6) Το μορφωτικό επίπεδο των εξυπηρετούμενων παρουσιάζεται σχετικά χαμηλό, γεγονός που διαμορφώνει το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο, τους κρατάει σε χαμηλά κοινωνικά στρώματα και συνεπώς σε κακές συνθήκες διαβίωσης. Παρομοίως, το κοινωνικο-οικονομικο-επαγγελματικό status των γονέων παρουσιάζεται ιδιαίτερα χαμηλό, παράγοντας που πιθανότατα να επηρέασε τη μετέπειτα κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη των ψυχικά πασχόντων.

7) Τέλος, η οικονομική κατάσταση που παρουσιάζουν οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι μας οδηγεί στα εξής συμπεράσματα: α) τα επιδόματα πρόνοιας και οι πρόωρες συντάξεις αναπηρίας δεν δίνουν τη δυνατότητα στους ψυχικά ασθενείς να επανενταχθούν στην κοινότητα ως ενεργά μέλη, αφού ουσιαστικά τα στιγματίζουν και τα περιορίζουν ως προς την ανάπτυξη επαγγελματικών δραστηριοτήτων και β) η πολιτική και τα προγράμματα της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής έχουν αποτύχει μερικώς όσον αφορά την επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων.

### 17.8 Ιατρικό Ιστορικό – Ιστορικό Νοσηλείας

Σε ερώτηση σχετικά με την περίοδο έναρξης της ψυχικής ασθένειας, τα μεγαλύτερα ποσοστά, το 43,3% και το 20%, δηλώνουν την περίοδο της εφηβείας ή την μετεφηβική περίοδο, ως περίοδο εκδήλωσης της ψυχικής ασθένειας. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι κατηγορίες «0 – 5», «31 – 35», «41 – 45» δεν σημειώθηκαν από τους ερωτώμενους.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
6-10	2	6.7
11-15	4	13.3
16-20	13	43.3
21-25	6	20.0
26-30	3	10.0
36-40	1	3.3
46-50	1	3.3
Σύνολο	30	100.0

Η περίοδος έναρξης της σχιζοφρένειας έχει αποτελέσει αντικείμενο διαφόρων ερευνών που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν, από τις οποίες έχει επικρατήσει η άποψη ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται στο 50% των περιπτώσεων μεταξύ 16 – 34 ετών (Μαδιανός 2003, σ.190).

Σε ερώτηση σχετικά με την χρονική απόσταση αναζήτησης βοήθειας από την έναρξη της νόσου, το μεγαλύτερο ποσοστό (53,3%) δήλωσε ότι αναζήτησε άμεσα βοήθεια. Ένα όμως, αρκετά μεγάλο ποσοστό το 23,3% (16,7% + 3,3% + 3,3%) αναζήτησε βοήθεια μετά από 5 έως και 20 χρόνια, γεγονός που αποδεικνύει μεγάλη χρονική απόσταση από την εμφάνιση της συμπτωματολογίας της ασθένειας. Επίσης, το 23,3% αναζήτησε βοήθεια μέσα στη χρονική διάρκεια ενός έτους. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η κατηγορία «15 χρόνια» δεν σημειώθηκε από τους εξυπηρετούμενους.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΜΕΣΑ	16	53.3
ΜΕΧΡΙ ΕΝΑ ΕΤΟΣ	4	13.3
ΕΝΑ ΕΤΟΣ	3	10.0
5 ΧΡΟΝΙΑ	5	16.7
10 ΧΡΟΝΙΑ	1	3.3
20 ΧΡΟΝΙΑ	1	3.3
Σύνολο	30	100.0

Η άμεση αναζήτηση βοήθειας θεωρείται απαραίτητη για την έγκαιρη διάγνωση και πρόγνωση της ασθένειας. Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση λόγω της «ενοχλητικής» συμπτωματολογίας που παρουσιάζει, η οποία επηρεάζει άμεσα όχι μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει. Στην καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας, δηλ. στη «συνύπαρξη» με την ασθένεια χωρίς παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, ίσως συμβάλουν και άλλοι παράγοντες όπως περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και βιολογικοί.

Πιο συγκεκριμένα, στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας παρεμβαίνουν πέντε παράγοντες διαφορετικής βαρύτητας όπως 1) οι αξίες, οι δοξασίες και οι προκαταλήψεις γύρω από την αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής και το στίγμα που πιθανόν δημιουργείται σε αυτούς οι οποίοι 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 κατάσταση από τον άρρωστο ή από την οικογένεια. Οι παράγοντες αυτοί διαμορφώνουν τα κίνητρα τα οποία ενισχύουν την απόφαση για αναζήτηση βοήθειας (Μαδιανός 2003, σ. 522).

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (90%) απευθύνθηκε στη ανάλογη ειδικότητα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του, μόνο το 6,6% σε παραπλήσιες ειδικότητες (3,3% ψυχολόγο + 3,3% νευρολόγο) και

μόλις το 3,3% σε γενικό γιατρό. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι κατηγορίες «μέντιουμ, «εκκλησία», «βοήθεια από συγγενείς» και «φίλους» δεν σημειώθηκαν από τους ερωτώμενους. Αντίθετα, το προσωπικό του Κέντρου μας ενημέρωσε ότι ορισμένοι εξυπηρετούμενοι (οι οποίοι συνήθως δεν συμμορφώνονταν με την φαρμακευτική τους αγωγή) είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν επισκέψεις σε μέντιουμ και μάγους, με σκοπό να απαλλαχτούν από την ενοχλητική συμπτωματολογία τους (ως φυσικό επακόλουθο τους αποσπούσαν μεγάλα χρηματικά ποσά δημιουργώντας κατά συνέπεια προβλήματα στο οικογενειακό τους περιβάλλον).

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΨΥΧΙΑΤΡΟ	27	<b>90.0</b>
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟ	1	<b>3.3</b>
ΨΥΧΟΛΟΓΟ	1	<b>3.3</b>
ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ	1	<b>3.3</b>
Σύνολο	30	<b>100.0</b>

Ο φόβος για στιγματισμό από το ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο και η ελλιπής ενημέρωση του ευρύτερου πληθυσμού για θέματα ψυχικής υγείας, ίσως παρεμποδίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να απευθυνθούν και να αναζητήσουν βοήθεια από τις αρμόδιες ειδικότητες.

Η δύσκολη αυτή προσέγγιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, μελετήθηκε από μία επιτόπια κλινικοδιαγνωστική έρευνα το 1979 – 1980 στους δήμους Βύρωνα – Καισαριανή και αποκάλυψε ότι 14 στους 100 ενήλικες κατοίκους της κοινότητας είχαν ανάγκη από κάποιου είδους ψυχιατρική παρέμβαση, παρότι μόνο ένα ποσοστό 1,4% είχε ζητήσει βοήθεια από κάποια ψυχιατρική υπηρεσία. Είναι φανερό λοιπόν ότι από τα 10 άτομα που υποφέρουν μόνο 1 αποφασίζει να αναζητήσει βοήθεια για τα ψυχολογικά του προβλήματα.

Από μία, πανελλαδικής έκτασης, κοινωνικοψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 18% είχε επισκεφθεί γιατρό άλλης ειδικότητας για το ψυχολογικό του πρόβλημα, από το σύνολο εκείνων που είχαν αναφέρει ότι αντιμετώπιζαν ένα πρόσφατο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα.

Οι Goldberg και Huxley διαμόρφωσαν ένα πρότυπο για το ρυθμό προσέλευσης προς τις ψυχιατρικές υπηρεσίες σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα

Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας. Από έναν αριθμό 250 ατόμων, που πάσχουν, στους 1.000 κατοίκους, μόνο τα 140 αναγνωρίζονται ως περιπτώσεις και 17 παραπέμπονται στις ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, ενώ μόνο τα 6 νοσηλεύονται. Από την πλευρά των ψυχικά αρρώστων, περίπου ένα 20% των συνολικών επισκέψεων αφορά σε ψυχιατρικά προβλήματα, ενώ έχει βρεθεί ότι οι ψυχιατρικά άρρωστοι επισκέπτονται σε ποσοστό 15-30%, περισσότερο τους γενικούς γιατρούς. Ο αριθμός των επισκέψεων ανά ψυχικά άρρωστο ανέρχεται στους 37 μέσα στο χρόνο.

Τέλος, μια ελληνική έρευνα, από ένα πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 3.754 (ενήλικες), ανέφερε ότι τα 570 (15,1%) άτομα αντιμετώπιζαν σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα. Από αυτά τα άτομα μόνο το 41,0% ζήτησε βοήθεια και από αυτά μόνο το 47,6% επισκέφθηκε ψυχίατρο. (Μαδιανός 2003, σ.522-23).

Τα βασικά προβλήματα που προκύπτουν είναι: η έλλειψη πολλές φορές έγκαιρης διάγνωσης ότι το άτομο πάσχει από ψυχική νόσο και η μη έγκαιρη παραπομπή του στην ειδική υπηρεσία ψυχικής υγιεινής για την παραπέρα αντιμετώπιση του περιστατικού και των ψυχοκοινωνικών του προβλημάτων.

Παρόλο που οι παραπάνω έρευνες παρουσιάζουν μια απόκλιση από τα δικά μας αποτελέσματα, αναφέρονται διότι το δείγμα μας αφορά άτομα που είναι για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα εμπλεγμένα στο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών, άρα πρόκειται για περιπτώσεις οι οποίες έχουν αποδεχτεί την ιατρική διάσταση της πάθησης και, ενδεχομένως αντιλαμβάνονται ως θετική την ψυχιατρική βοήθεια.

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το 46,7% αναφέρει τον παράγοντα της κληρονομικότητας, ενώ το 53,3% δεν παρουσιάζει κληρονομικότητα στο γενεολογικό του δέντρο. Συνεπώς, δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των δυο ποσοστών.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	14	<b>46.7</b>
ΟΧΙ	16	<b>53.3</b>
Σύνολο	30	<b>100.0</b>



Η συμβολή των γενετικών παραγόντων στη σχιζοφρένεια είναι καλά αποδεδειγμένη και υποστηρίζεται από μελέτες οικογενειών, υιοθετημένων, και διδύμων.

**Οικογενειακές μελέτες:** Σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ο κίνδυνος προσβολής από σχιζοφρένεια είναι αυξημένος σε αυτούς που έχουν ένα συγγενή που ήδη πάσχει από τη νόσο και αυξάνει τόσο περισσότερο όσο πιο κοντινός ο βαθμός συγγένειας προς τον πάσχοντα. Η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα διεξαχθείσα μελέτη έγινε από τον Kendler et al. στην Ιρλανδία και τα αποτελέσματά της αναπαρήχθησαν στην μελέτη του Sham et al. στο Λονδίνο. Βρέθηκε ότι ο κίνδυνος για τους πρώτου βαθμού συγγενείς σχιζοφρενών ασθενών ήταν υπερδεκαπλάσιος από ότι στους πρώτου βαθμού συγγενείς φυσιολογικών ατόμων.

**Μελέτες υιοθετημένων παιδιών:** Τα ποσοστά σχιζοφρένειας στα παιδιά σχιζοφρενών γονέων που υιοθετήθηκαν από υγιείς γονείς είναι μεγαλύτερα από τα ποσοστά σχιζοφρένειας παιδιών υγιών γονέων που υιοθετήθηκαν από υγιείς γονείς.

**Μελέτες των βιολογικών οικογενειών των υιοθετημένων:** Τα ποσοστά σχιζοφρένειας στους βιολογικούς γονείς υιοθετημένων παιδιών που ανέπτυξαν τη νόσο, είναι πολύ μεγαλύτερα από αυτά των θετών τους γονιών.

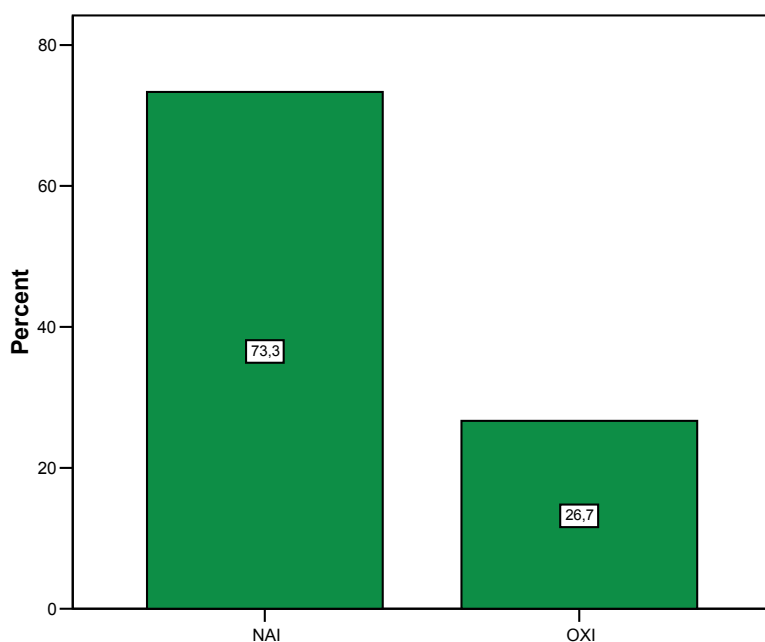
**Μελέτες διδύμων:** Οι μονοωογενείς δίδυμοι είναι γενετικά πανομοιότυποι ενώ οι διζυγωτικοί μοιράζονται μόνο το 50% περίπου του γονιδιακού τους υλικού, όπως και τα κοινά αδέλφια. Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό των μονοωογενών διδύμων που θα αναπτύξει σχιζοφρένεια όταν το άλλο μέλος του ζεύγους πάσχει από τη νόσο είναι 50% ενώ αυτό των διζυγωτικών είναι μόνο 10% (Μπίτσιος, σ. 52).

Ανάμεσα στους παράγοντες που έχουν υποτεθεί να επηρεάζουν την πορεία της σχιζοφρένειας βρίσκονται και οι εκλυτικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες (διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, επικοινωνία, ενδοοικογενειακές σχέσεις, γεγονότα ζωής).

Το 1959, ο Brown παρατήρησε ότι οι υποτροπές ήταν συχνότερες στους σχιζοφρενείς που ζούσαν με τους γονείς ή τους συζύγους τους παρά σε αυτούς που ζούσαν μόνοι τους ή με έναν πιο μακρινό συγγενή. Στα επόμενα χρόνια ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών εργασιών έδειξε ότι συγκεκριμένες πλευρές της διαντίδρασης μεταξύ μελών της οικογένειας είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση και πορεία της νόσου. Αυτές είναι τα επικριτικά σχόλια, η εχθρικότητα, και η

υπερενασχόληση με τον ασθενή, που όλες μαζί μπαίνουν κάτω από τον τίτλο «εκφραζόμενο συναίσθημα» (βλ. εκλυτικοί – ψυχοκοινωνικοί παράγοντες).

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (73,3%) δηλώνει ότι έχει νοσηλευθεί στο παρελθόν σε κλειστή ψυχιατρική κλινική, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (26,7%) δηλώνει ότι δεν έχει νοσηλευθεί. Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό 73,3%, με συντριπτική διαφορά από το 26,7%, ίσως να εκφράζει την πιθανή αδυναμία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να «κρατήσουν και να διατηρήσουν» τους ψυχικά πάσχοντες στα πλαίσια της κοινότητας μέσω της εκπαίδευσης των ίδιων των ασθενών, με απώτερο σκοπό την αποφυγή των υποτροπών και των εγκλεισμών σε κλειστές ψυχιατρικές κλινικές.



(ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΚΛΕΙΣΤΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ)

Στη χώρα μας τα ποσοστά νοσηλευτικής νοσηρότητας κυμαίνονται μεταξύ 55ανδρών/100.000 το 1978 έως 50/100.000 το 1992 και 29,5 γυναικών/100.000 το 1978 έως 24/100.000 το 1992 (Μαδιανός 2003, σ.186).

Το ποσοστό των ατόμων που νοσηλεύτηκαν για σχιζοφρενικές ψυχώσεις στη χώρα μας αποτελεί το 46% έως το 36% του συνολικού πληθυσμού των ψυχιατρικών ιδρυμάτων (το 15% των εισαγωγών κατά το 1969 στις ΗΠΑ), (Μαδιανός και συν., 1983).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα ετήσια (1978 και 1979) προτυποποιημένα ποσοστά κατά ηλικία ψυχικά αρρώστων που νοσηλεύτηκαν σε όλα τα δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρεία και που ήταν μόνιμοι κάτοικοι του νομού Αττικής και των δυο αθηναϊκών δήμων (Βύρωνα και Καισαριανής) ανά 100.000 κατοίκους.

	ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ (1978)	ΒΥΡΩΝΑΣ – ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗ (1979)
Άντρες	187,5	179,0
Γυναίκες	139,5	154,2
Σύνολο	327,0	333,2

ΠΗΓΗ: Μαδιανός 2000, σ. 256

Φαίνεται ότι και στις δυο αυτές περιοχές νοσηλεύονται περισσότεροι άντρες από γυναίκες, ενώ συγκριτικά δεν υπάρχουν διαφορές ως προς τα αντίστοιχα ποσοστά ανά φύλο στις δυο αυτές περιοχές.

Μια συστημική επιδημιολογική έρευνα ενός ψυχιατρικού τομέα δεν θα παρέλειπε την ανάλυση των ποσοστών των ατόμων που νοσηλεύτηκαν ή παρακολουθήθηκαν από εξωτερικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Έτσι στον τομέα του Βύρωνα – Καισαριανής καταγράφηκαν όλες οι επισκέψεις σε όλες αυτές τις υπηρεσίες στο λεκανοπέδιο Αττικής (από μια φορά κάθε άτομο) μέσα στο 1979 και συγκρίθηκαν με τα ποσοστά των ατόμων που νοσηλεύτηκαν την ίδια χρονιά.

**Νοσηλευτική επικράτηση των ψυχικών παθήσεων σε δυο Αθηναϊκούς δήμους. Προτυποποιημένα ποσοστά κατά ηλικία, φύλο, διάγνωση όλων όσων νοσηλεύθηκαν ή παρακολούθηθηκαν σε ψυχιατρικές υπηρεσίες κατά το 1979 ανά 100.000 κατοίκους.**

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΚΩΔΙΚΟΣ ICD -9	ΑΝΤΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
		ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΡΡΩΣΤΟΙ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΡΡΩΣΤΟΙ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΡΡΩΣΤΟΙ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΡΡΩΣΤΟΙ
Οργανικές Ψυχώσεις	290-294	25,1	0,80	22,8	22,8
<b>Σχιζοφρενικές Ψυχώσεις</b>	<b>295-299</b>	<b>76,1</b>	<b>53,1</b>	<b>61,4</b>	<b>41,8</b>
Συναισθηματικές Ψυχώσεις	296	17,0	25,1	48,8	34,3
Νευρωσικές Διαταραχές	300	6,6	26,1	14,3	56,2
Εξάρτηση από αλκοόλ	303	48,5	2,4	1,2	—
Εξάρτηση από ναρκωτικά	304	28,0	—	1,4	—
Νοητική καθυστέρηση	317 319	2,9	4,0	4,3	1,4
Όλες οι διαγνώσεις		179,0	366,8	154,2	662,5

ΠΗΓΗ: Μαδιανός 2000, σ. 257

### 17.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Β' ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό και η απόφαση για έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων δεν συνδέεται μόνο με τις αξίες και τις πεποιθήσεις του ίδιου του εξυπηρετούμενου αλλά και από άλλους παράγοντες διαφορετικής βαρύτητας, όπως οι προϋπάρχουσες εμπειρίες του εξυπηρετούμενου από ψυχιατρικές παρεμβάσεις, η ένταση των συμπτωμάτων, ο βαθμός ανοχής της οικογένειας καθώς και η συνειδητοποίηση από τον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένεια του. Επίσης, ο φόβος για κοινωνικό στιγματισμό και η ύπαρξη κοινωνικών στερεοτύπων αποτελούν αναμφισβήτητα ανασταλτικούς παράγοντες για την αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας.

Ένα άλλο ερώτημα που θέσαμε, αφορούσε την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας, όπου μέχρι και σήμερα δεν έχουν δοθεί ξεκάθαρες απαντήσεις ως προς τα πραγματικά αίτια εκδήλωσης της συγκεκριμένης νόσου. Σε αυτόν τον τομέα, θα μπορούσαμε να πούμε με κάθε επιφύλαξη ότι η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πιθανότατα να αποτελεί έναν συνδυασμό γενετικών και ψυχοκοινωνικών (περιβαλλοντικών) παραγόντων.

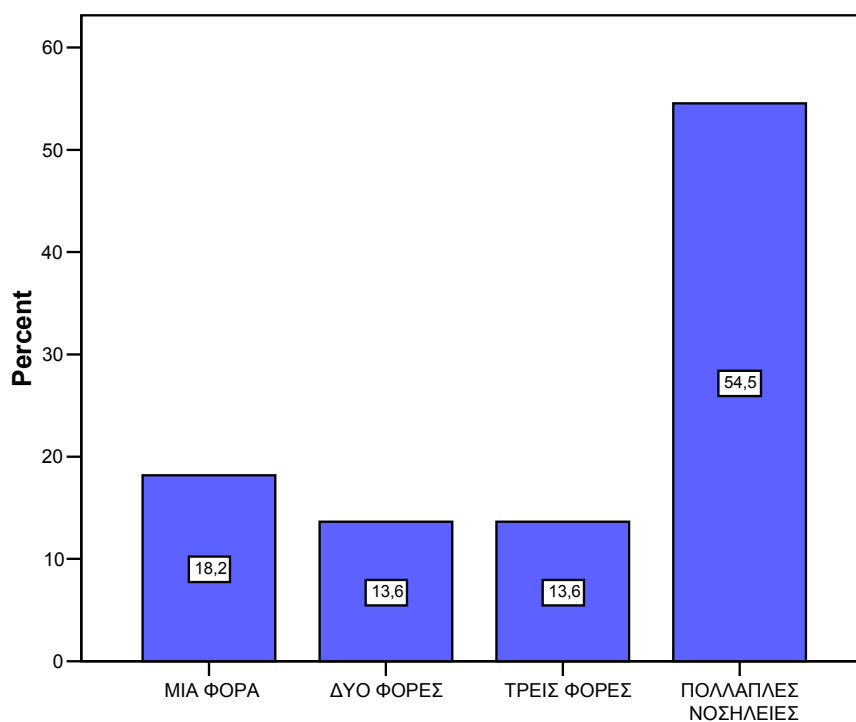
Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαμε να προβούμε στα εξής συμπεράσματα:

- 1) Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που εμφανίζεται στο 50% των περιπτώσεων μεταξύ 16 – 34 ετών.
- 2) Η σχιζοφρένεια είναι μία ασθένεια που πιθανότατα να οφείλεται σε έναν συνδυασμό γενετικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων.
- 3) Ένα σημαντικό ποσοστό εξυπηρετούμενων, των υπηρεσιών αποκατάστασης του Κ.Ψ.Υ, αναζήτησε βοήθεια μετά από ένα μεγάλο χρονικό διάστημα από την έναρξη της νόσου του.

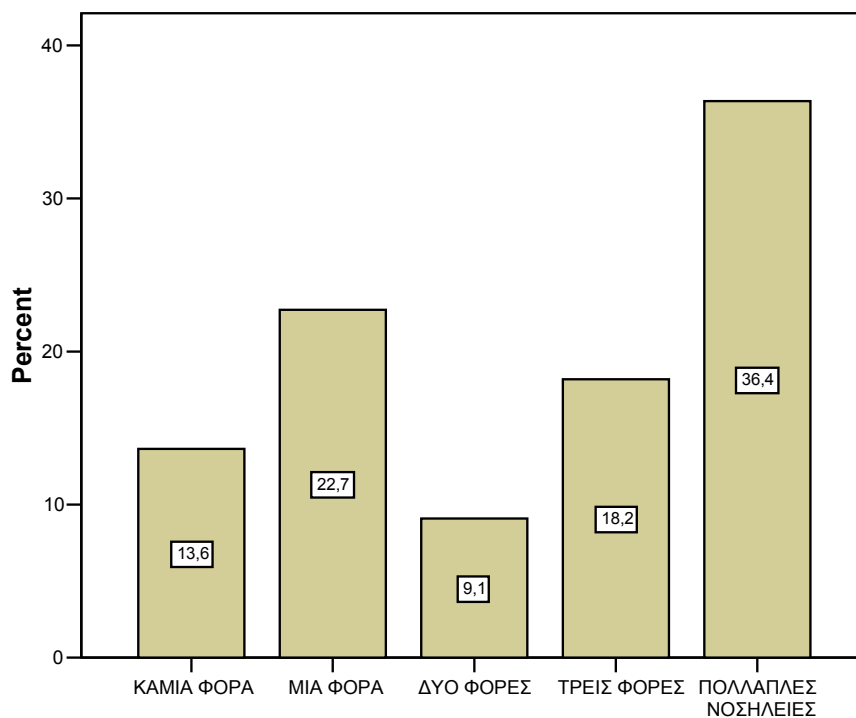
- 4) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων, των υπηρεσιών αποκατάστασης του Κ.Ψ.Υ, απευθύνθηκε στην κατάλληλη ειδικότητα (ψυχίατρο) για την αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας του.
- 5) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων, των υπηρεσιών αποκατάστασης του Κ.Ψ.Υ, έχει νοσηλευθεί σε κλειστή ψυχιατρική κλινική. Διακρίνουμε λοιπόν, ότι σχεδόν όλοι οι ψυχικά πάσχοντες (73,3%) του Κ.Ψ.Υ, έχουν βιώσει την «επώδυνη» εμπειρία του εγκλεισμού σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα (ασυλιακού τύπου).

*17.10 Αξιολόγηση κλειστών νοσηλειών πριν και κατά την διάρκεια ένταξης στα τμήματα (Υ.Ε.Ε.Α., Ν.Η.) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (στην ενότητα αυτή απάντησε μόνο το 73,3%, δηλαδή τα 22 άτομα από τα 30 που δήλωσαν ότι έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν).*

Σε ερώτηση σχετικά με τον συνολικό αριθμό των κλειστών νοσηλειών, το ποσοστό των πολλαπλών νοσηλειών υπερσχύει (54,5%), αφού μας αποδεικνύει ότι τα περισσότερα άτομα που έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν έχουν σημειώσει πολλαπλές νοσηλείες. Επιπλέον, το 27,2% (13,6% «δυο φορές» + 13,6% «τρεις φορές») αποτελείται από άτομα που έχουν νοσηλευτεί από δυο έως και τρεις φορές, ενώ μόλις το 18,2% έχει σημειώσει μόνο μια κλειστή νοσηλεία.

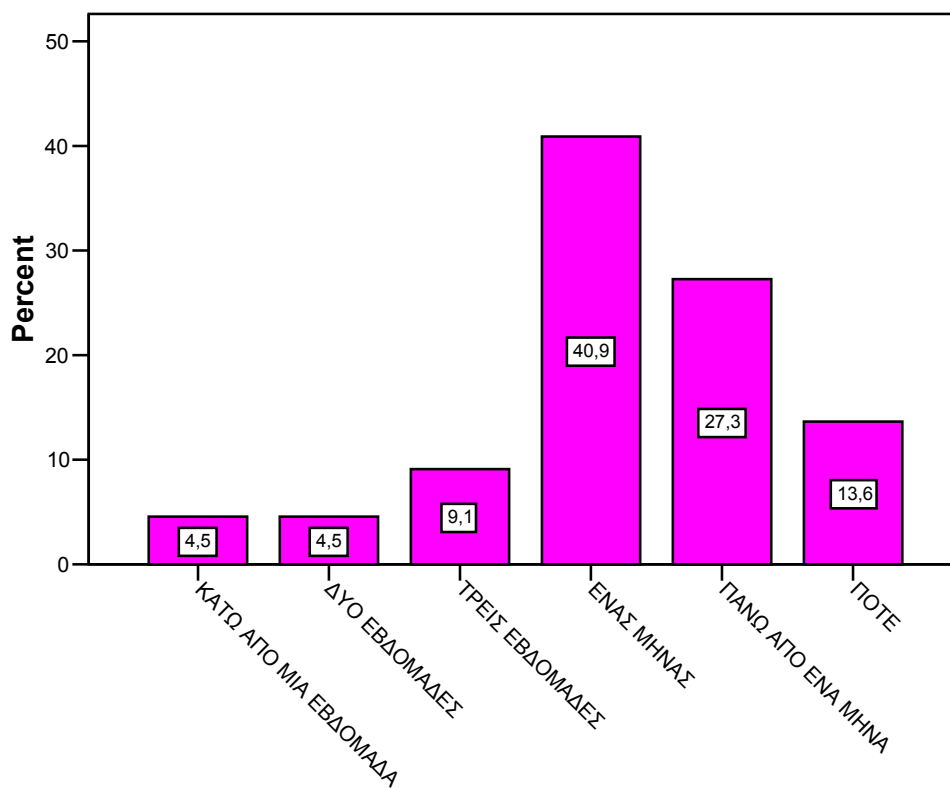


Σε ερώτηση σχετικά με τον **αριθμό νοσηλειών πριν την ένταξη στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής**, το μεγαλύτερο ποσοστό (36,4%) σημειώνει πολλαπλές νοσηλείες, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, το 50% (22,7% + 9,1% + 18,2%) έχει νοσηλευτεί από μια έως και τρεις φορές, ενώ μόλις το 13,6% δεν έχει νοσηλευτεί πριν την ένταξη του στο Κ.Ψ.Υ. Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε, ότι το ποσοστό που δηλώνει κλειστή νοσηλεία ( ανεξαρτήτου αριθμού) πριν την ένταξη στο Κ.Ψ.Υ. είναι 86,4% (50% + 36,4%).

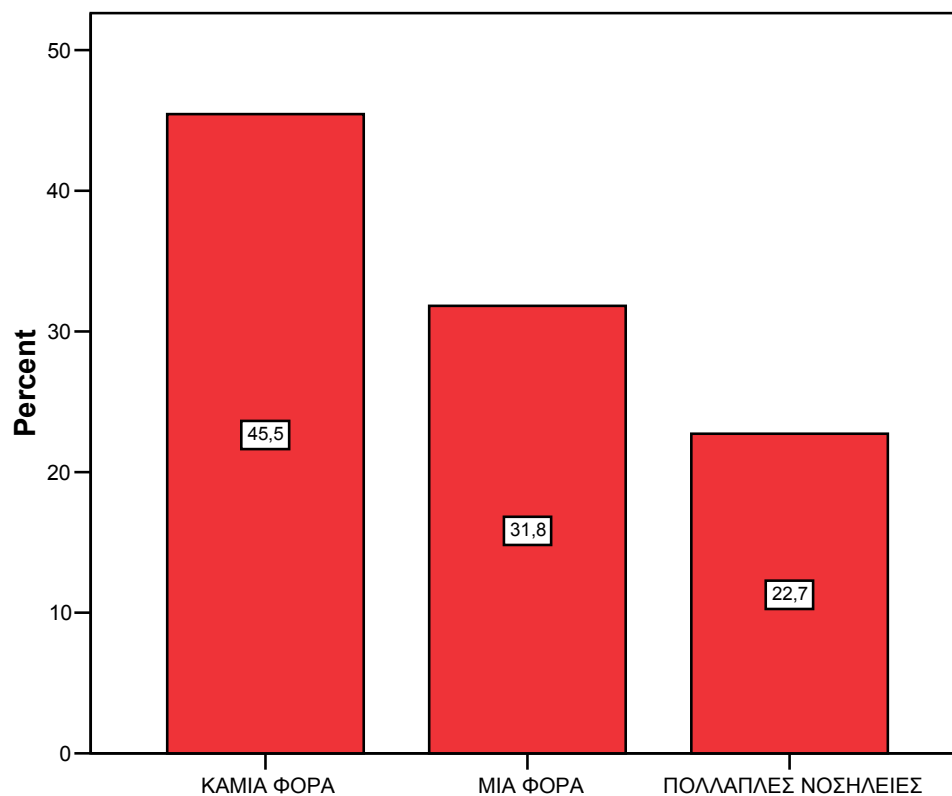




Σε ερώτηση σχετικά με τη χρονική διάρκεια της τελευταίας νοσηλείας πριν την ένταξη στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το μεγαλύτερο ποσοστό ( $40,9\% + 27,3 = 68,2\%$ ) δηλώνει χρονική διάρκεια νοσηλείας από ένα μήνα και πάνω, ενώ ένα μικρό ποσοστό ( $9,1\% + 4,5\% + 4,5\% = 18,1\%$ ) δηλώνει χρονική διάρκεια νοσηλείας «κάτω από μία εβδομάδα έως και τρεις εβδομάδες». Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η κατηγορία «μία εβδομάδα» δεν σημειώθηκε από τους ερωτώμενους. Επίσης, το 13,6% δεν δηλώνει χρονική διάρκεια νοσηλείας γιατί δεν έχει σημειώσει νοσηλείες πριν την ένταξη του στο Κ.Ψ.Υ.



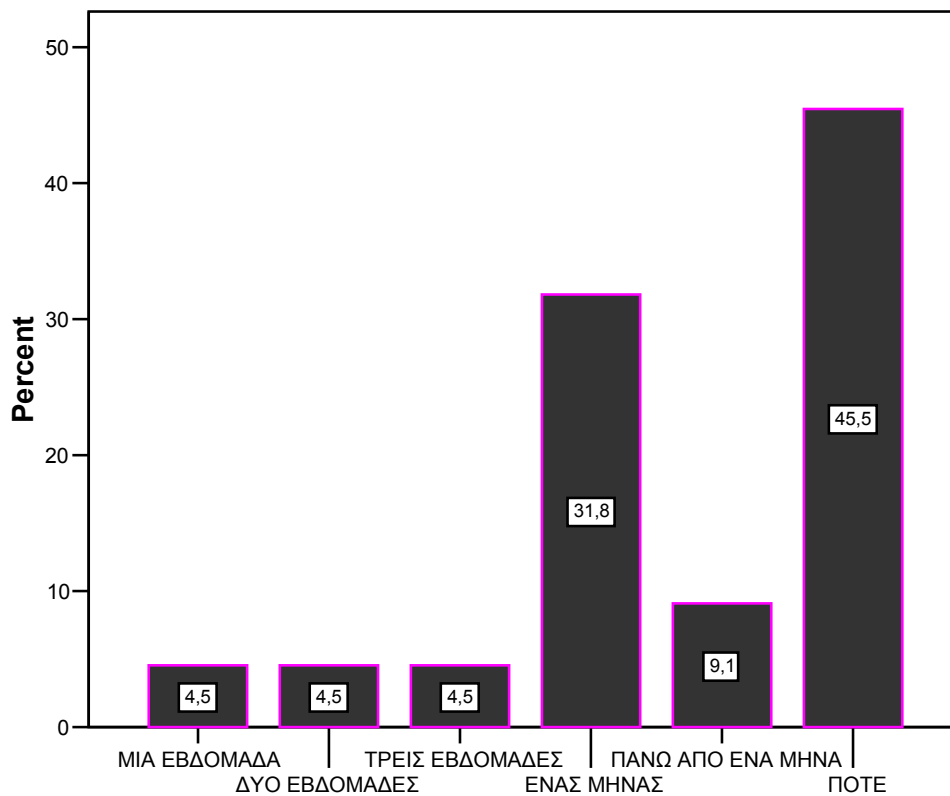
Σε ερώτηση σχετικά με τον αριθμό νοσηλειών κατά την διάρκεια ένταξης στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το μεγαλύτερο ποσοστό (45,5%) δηλώνει ότι δεν έχει σημειώσει κλειστές νοσηλείες κατά την διάρκεια ένταξης του σε κάποια από τις υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ (Υ.Ε.Ε.Α, Ν.Η), το 31% δηλώνει μόνο μία νοσηλεία, ενώ μόλις το 22,7% σημειώνει πολλαπλές νοσηλείες. Οι κατηγορίες «δύο φορές και τρεις φορές» δεν σημειώθηκαν από τους ερωτώμενους.



## ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟ Κ.Ψ.Υ.:

- Στον αριθμό νοσηλειών, πριν την ένταξη στις υπηρεσίες αποκατάστασης του Κ.Ψ.Υ., έχουν σημειωθεί όλες οι κατηγορίες, ενώ στον αριθμό νοσηλειών κατά την διάρκεια, οι κατηγορίες «δύο φορές και τρεις φορές» δεν έχουν σημειωθεί από τους ερωτώμενους, γεγονός που αποδεικνύει ότι κατά την διάρκεια παρακολούθησης κανένα μέλος του Κ.Ψ.Υ. δεν νοσηλεύθηκε δύο ή τρεις φορές.
- Το ποσοστό που δεν έχει νοσηλευτεί καμία φορά, πριν από την ένταξη στο Κ.Ψ.Υ., είναι μόνο 13,6%, ενώ το ποσοστό που δεν έχει νοσηλευτεί καμία φορά, κατά την διάρκεια ένταξης στο Κ.Ψ.Υ., είναι 45,5%. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι οι κλειστές νοσηλείες των ερωτώμενων, μετά από την ένταξη τους σε κάποιο αποκαταστασιακό τμήμα του Κ.Ψ.Υ., έχουν μειωθεί κατά 31,9%.
- Το 36,4% των εξυπηρετούμενων έχουν σημειώσει πολλαπλές νοσηλείες πριν την ένταξη τους στο Κ.Ψ.Υ., ενώ κατά την διάρκεια ένταξης μόνο το 22,7% σημείωσε πολλαπλές νοσηλείες. Καταλήγουμε λοιπόν στο εξής συμπέρασμα: ότι κατά 13,7% έχουν μειωθεί οι πολλαπλές νοσηλείες, μετά από την ένταξη των ερωτηθέντων στο Κ.Ψ.Υ.
- Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι παρατηρείται μία αύξηση στο ποσοστό νοσηλειών κατά την διάρκεια ένταξης στο Κ.Ψ.Υ. - στην κατηγορία «μια φορά» 31,8%, σε σύγκριση με το ποσοστό νοσηλειών πριν την ένταξη 22,7%. Αυτό όμως, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στον αριθμό νοσηλειών πριν την ένταξη, η πλειοψηφία των ερωτώμενων σημείωσε όλες τις κατηγορίες και κυρίως τις «πολλαπλές», ενώ κατά την διάρκεια ένταξης οι νοσηλείες σημειώθηκαν μόνο στις κατηγορίες «πολλαπλές και μία φορά».

Σε ερώτηση σχετικά με τη χρονική διάρκεια της τελευταίας νοσηλείας κατά την διάρκεια ένταξης στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το μεγαλύτερο ποσοστό 45,5% δεν δηλώνει χρονική διάρκεια γιατί δεν έχει νοσηλευτεί κατά την διάρκεια ένταξης στο Κ.Ψ.Υ. Από το ποσοστό που έχει νοσηλευθεί, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 40,9% ( $31,8\% + 9,1\% = 40,9\%$ ) δηλώνει χρονική διάρκεια νοσηλείας από ένα μήνα και πάνω, ενώ μόλις το 13,5% ( $4,5 + 4,5\% + 4,5\% = 13,5\%$ ) δηλώνει χρονική διάρκεια νοσηλείας από μία εβδομάδα έως και τρεις εβδομάδες. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η κατηγορία «κάτω από μια εβδομάδα» δεν σημειώθηκε από τους ερωτώμενους.



## **ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟ Κ.Ψ.Υ:**

- Στη χρονική διάρκεια νοσηλείων, πριν την ένταξη στο Κ.Ψ.Υ., το ποσοστό στην κατηγορία «πάνω από ένα μήνα» είναι 27,3%, ενώ στη χρονική διάρκεια κατά την διάρκεια ένταξης, το ποσοστό είναι 9,1%. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι κατά 18,2% έχει μειωθεί η χρονική διάρκεια νοσηλείας των ερωτώμενων μετά την ένταξη τους στο Κ.Ψ.Υ. (στην κατηγορία «πάνω από ένα μήνα»).
- Διακρίνουμε μια μικρή μείωση στην κατηγορία «ένα μήνα», όπου στη χρονική διάρκεια πριν την ένταξη είναι 40,9%, ενώ στην χρονική διάρκεια μετά την ένταξη μειώνεται στο 31,8%.
- Τέλος, παρατηρούμε μια μικρή μείωση στην κατηγορία «τρεις εβδομάδες», όπου το ποσοστό στη χρονική διάρκεια πριν την ένταξη είναι 9,1%, ενώ στην χρονική διάρκεια μετά την ένταξη μειώνεται στο 4,5%.
- Συνεπώς, ως επακόλουθο της μείωσης του αριθμού νοσηλείων κατά την διάρκεια ένταξης, διακρίνουμε και μια σχετική μείωση της χρονικής διάρκειας νοσηλείας.

Η άποψη ότι η μείωση των υποτροπών εξαρτάται σε ένα μεγάλο ποσοστό από τη χρήση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και από χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που παρουσιάζουν οι ίδιοι οι ασθενείς, επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών, μερικές από τις οποίες παρατίθενται παρακάτω:

- 1) Σε μία ανασκόπηση που διεξήχθη από τον Στυλιανίδη σχετικά με την αποτελεσματικότητα του Ενεργητικού Υποστηρικτικού Ολοκληρωμένου Κοινοτικού Προγράμματος Φροντίδας, βρέθηκε πως η εφαρμογή του συμβάλει σημαντικά στη μείωση του αριθμού των νοσηλείων, στη μείωση της διάρκειας παραμονής στο ψυχιατρείο, στη μείωση των επισκέψεων στα ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία, στην ύφεση της συμπτωματολογίας, στην αύξηση του χρόνου παραμονής στην κοινότητα, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και των επιπέδων της λειτουργικότητας (κοινωνικής και εργασιακής) και στη σταθερότητα της αυτόνομης διαβίωσης.

- 2) Οι Song, Biegel και Johnsen εντόπισαν ως δείκτες πρόγνωσης της εισαγωγής στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, εκτός του ιστορικού των εισαγωγών που αποτελεί την πιο ισχυρή προγνωστική μεταβλητή, δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές όπως και μεταβλητές που σχετίζονται με τα επίπεδα χρήσης κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η έρευνα τους έδειξε πως ψυχικά πάσχοντες στο φύλο άνδρες, νεαρής ηλικίας, Αфро-αμερικανικής καταγωγής, με κλινική διάγνωση σχιζοφρένειας και ιστορικό ψυχιατρικών εισαγωγών έχουν υψηλότερες πιθανότητες για ψυχιατρική επανεισαγωγή. Η υψηλή χρήση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με μεγαλύτερη χρονικής διάρκειας παραμονή στην κοινότητα, που αυτή με τη σειρά της βρέθηκε να μειώνει τις πιθανότητες για ψυχιατρική επανεισαγωγή. (Ζήση 2002, σ. 41-42)
- 3) Οι Bigelow και συνεργάτες διεξήγαγαν μια μελέτη σε δημόσιο ψυχιατρείο του Oregon των Η.Π.Α προκειμένου να εντοπίσουν νοσηλευόμενους οι οποίοι παρέμεναν στο ψυχιατρείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από όσο ήταν θεραπευτικά απαραίτητο, ακριβώς γιατί επιδείκνυαν συμπεριφορές που οι κοινοτικές δομές βρέθηκαν να μην μπορούν να χειριστούν. Η μελέτη τους αποπειράθηκε να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά, τη σοβαρότητα και τη συχνότητα των προβληματικών συμπεριφορών της συγκεκριμένης ομάδας νοσηλευομένων. Σε ένα χρονικό διάστημα τριών μηνών εντοπίστηκαν 146 «δύσκολοι προς μετάβαση στην κοινότητα» νοσηλευόμενοι. Ήταν άτομα νεαρής σχετικά ηλικίας, με πιο συχνή κλινική διάγνωση τη σχιζοφρένεια, με κάποιο ιατρικό πρόβλημα ή/και κάποιο πρόβλημα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Ήταν κοινωνικά απομονωμένοι, διέθεταν φτωχές δεξιότητες αυτοφροντίδας, είχαν φτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και επιδείκνυαν, τέλος απρόβλεπτη και επιθετική συμπεριφορά.
- 4) Τέλος σε μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από τη Βρετανική Ομάδα Αξιολόγησης Ψυχιατρικών Υπηρεσιών (TAPS), με σκοπό να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά εκείνων που απέτυχαν να παραμείνουν στην κοινότητα και επέστρεψαν στο ψυχιατρείο, βρέθηκε πως οι κύριοι λόγοι αφορούσαν επιθετική ή απειλητική συμπεριφορά, εξάρτηση της ψυχοπαθολογίας, τάσεις φυγής, κακή φυσική κατάσταση και σε ορισμένες περιπτώσεις χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Όταν η συγκεκριμένη ομάδα νοσηλευομένων συνεκρίθη με εκείνους που με επιτυχία μετέβησαν στην κοινότητα, παρατηρήθηκε πως οι πρώτοι χαρακτηρίζονταν από

υψηλή ψυχοπαθολογία, που τους έκανε 10 φορές πιο πιθανό να χαρακτηριστούν «δύσκολοι προς μετάβαση ασθενείς» σε σύγκριση με εκείνους που είχαν λιγότερη ενεργή ψυχοπαθολογία. Οι νοσηλευόμενοι στο φύλο άνδρες, με διάγνωση παρανοϊκή σχιζοφρένεια και προβλήματα ακράτειας, είχαν περισσότερες πιθανότητες να χαρακτηριστούν ως «δύσκολοι προς μετάβαση ασθενείς». Από την άλλη, εκείνοι που διέθεταν κοινωνικές επαφές είχαν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν δυσκολίες μετάβασης στην κοινότητα. (Ζήση 2002, σ. 32-34).

### 17.11 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Τ' ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και συγκεκριμένα οι υπηρεσίες αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α, Ν.Η) του Κ.Ψ.Υ, συμβάλουν ενεργά στη μείωση των υποτροπών και κατά συνέπεια μειώνουν τις πιθανότητες επανεισαγωγής σε κλειστές ψυχιατρικές κλινικές όπως και τον χρόνο παραμονής σε αυτές. Συνεπώς, η συμμετοχή σε μια εξωνοσοκομειακή – ανοιχτή – κοινοτική υπηρεσία, μπορεί να βοηθήσει και να υποστηρίξει έναν χρόνιο ψυχικά ασθενή να σταθεροποιήσει την συμπτωματολογία του και να παραμείνει στα πλαίσια της κοινότητας.

Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαμε να προβούμε στα εξής συμπεράσματα:

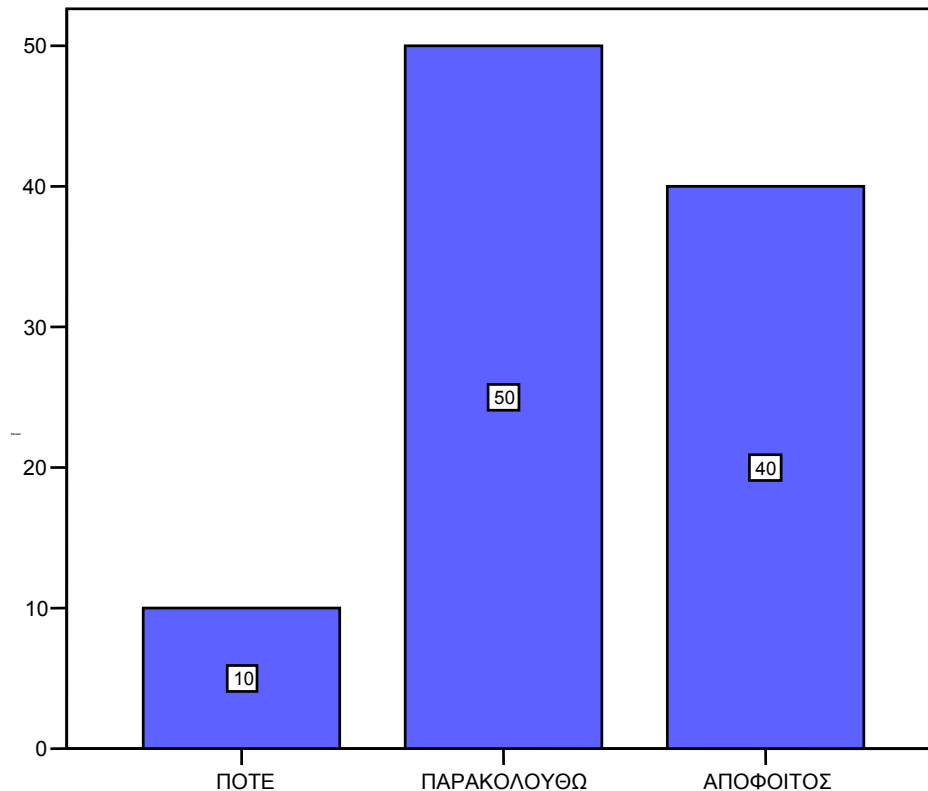
- 1) Το μεγαλύτερο ποσοστό (54,5%) των ερωτώμενων, σημειώνει συνολικό αριθμό νοσηλειών «πολλαπλές νοσηλείες».
  - 2) Το συνολικό ποσοστό των ερωτώμενων που έχει νοσηλευτεί (ανεξαρτήτου αριθμού νοσηλειών), πριν την ένταξη στις υπηρεσίες αποκατάστασης του Κ.Ψ.Υ, είναι 86,4%.
  - 3) Το συνολικό ποσοστό των ερωτώμενων που έχει νοσηλευτεί (ανεξαρτήτου αριθμού νοσηλειών), μετά την ένταξη στις υπηρεσίες αποκατάστασης του Κ.Ψ.Υ, είναι 54,5%.
- Συνεπώς, οι εξυπηρετούμενοι μετά την ένταξη τους στο Κ.Ψ.Υ, έχουν μικρότερη πιθανότητα να νοσηλευτούν κατά 31,9%.
- 4) Το 68,2% σημείωσε χρονική διάρκεια νοσηλείας, πριν την ένταξη στο Κ.Ψ.Υ, από ένα μήνα και πάνω.



- 5) Το 40,9% σημείωσε χρονική διάρκεια νοσηλείας, μετά την ένταξη στο Κ.Ψ.Υ, από ένα μήνα και πάνω.
- *Συνεπώς, η χρονική διάρκεια νοσηλείας μετά την ένταξη των εξυπηρετούμενων στο Κ.Ψ.Υ, μειώθηκε κατά 27,3%, στις κατηγορίες «ένα μήνα και πάνω από ένα μήνα». .*
- 6) Η εφαρμογή των αποκαταστασιακών προγραμμάτων του Κ.Ψ.Υ. συμβάλει σημαντικά στη μείωση των υποτροπών και κατά συνέπεια στη μείωση των εισαγωγών σε ψυχιατρικά ιδρύματα ή νοσοκομεία.
- 7) Η μετάβαση σε κοινοτικές υποστηρικτικές δομές χωρίς επανεισαγωγές, ίσως να παρεμποδίζεται από έναν συγκεκριμένο «αστερισμό» συμπεριφορών και χαρακτηριστικών που επιδεικνύουν οι χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες.

### 17.12 Αξιολόγηση προγράμματος Νοσοκομείου Ημέρας

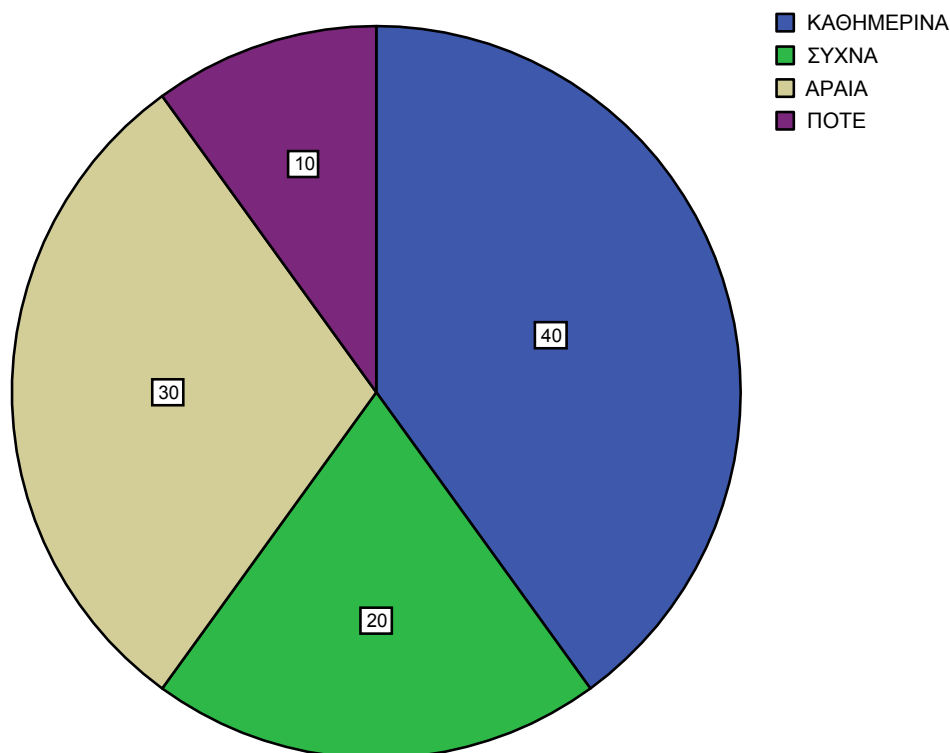
Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το 10% δεν έχει συμμετάσχει στο πρόγραμμα του Νοσοκομείου Ημέρας (είτε επειδή δεν κρίθηκε απαραίτητο από τους ειδικούς να παρακολουθήσει το πρόγραμμα, είτε επειδή ο ίδιος ο εξυπηρετούμενος αρνήθηκε να συνεργαστεί), το 40% έχει αποφοιτήσει (6μηνη φοίτηση), ενώ το 50% παρακολουθεί τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι το 90% (40% απόφοιτοι + 50% συμμετέχοντες) συμμετείχε στο παρελθόν ή συμμετέχει στο πρόγραμμα του Ν.Η.



Η συμβολή του Ν.Η στο χώρο της ψυχικής υγείας και η σημαντικότητα συμμετοχής του σε αυτό επιβεβαιώνεται από συγκριτικές μελέτες αποτελεσματικότητας 50 χρόνων λειτουργίας του θεσμού:

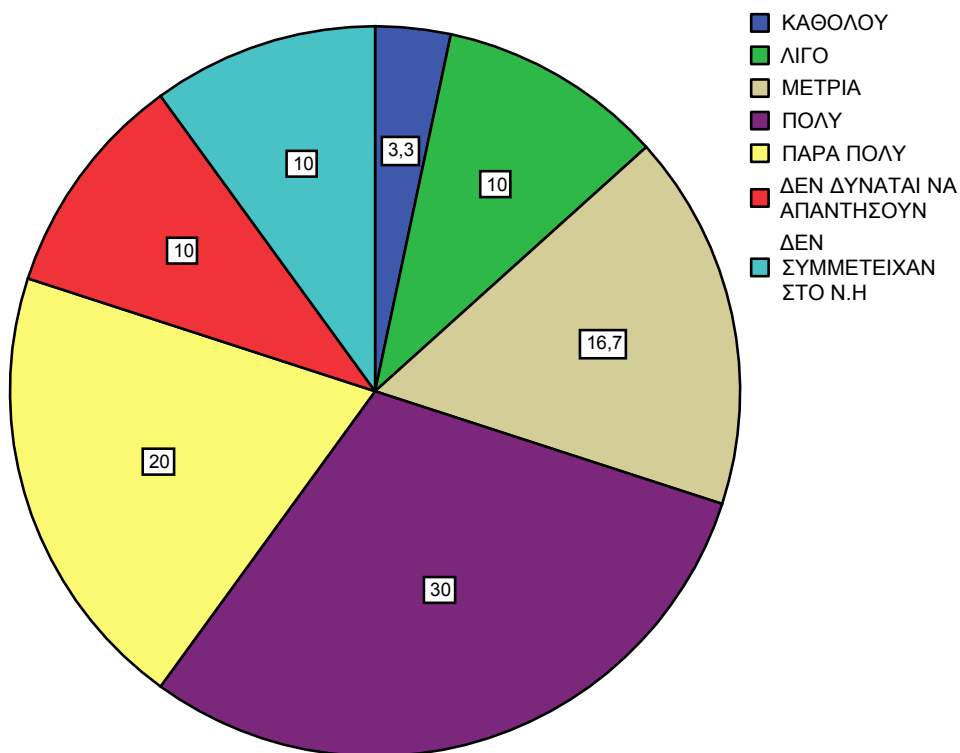
- 1) Μελέτη Braun et al: Σαφής η ανωτερότητα ανάμεσα σε κλειστή περίθαλψη και ανοιχτή περίθαλψη του Ν.Η.
- 2) Μελέτη Ozarin, Braun et al: Μείωση θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων εάν υπάρχει υποστηρικτικό δίκτυο.
- 3) Μελέτη των Hassanyeh & Davinson: Βραχύχρονη εντατική θεραπεία σε όλες τις παραμέτρους, όχι όμως σε όλες τις περιπτώσεις.
- 4) Μελέτη Zwerling and Wilder μεταξύ παραδοσιακής ψυχιατρικής μονάδας και Ν.Η σε περίοδο 2 χρόνων. Αποτελεσματικότερη η θεραπεία στο Ν.Η. εάν υπάρχει και μετανοσοκομειακή φροντίδα και παρακολούθηση.
- 5) Μελέτη Hertz. Endicott, Spitzer: Υπεροχή Ν.Η. στα εξής: επίπεδα αντικειμενικής δυσανεξίας, λειτουργικότητας στην κοινότητα, υποκειμενικής ενόχλησης της οικογένειας, κόστος, διάρκεια παραμονής για νοσηλεία. (Παπαδάτου – Στογιαννίδου 1988, σ. 148 – 151)

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (40%) παρακολουθεί σε καθημερινή βάση την ομάδα του Ν.Η, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (30%) «αραιά» (έως και δυο φορές την εβδομάδα) και το 20% συχνά (έως και τρεις φορές την εβδομάδα). Το 10% δεν παρακολούθησε ποτέ το πρόγραμμα του Ν.Η. Συνεπώς, το συνολικό ποσοστό συμμετοχής (ανεξαρτήτου συχνότητας) είναι 90%.



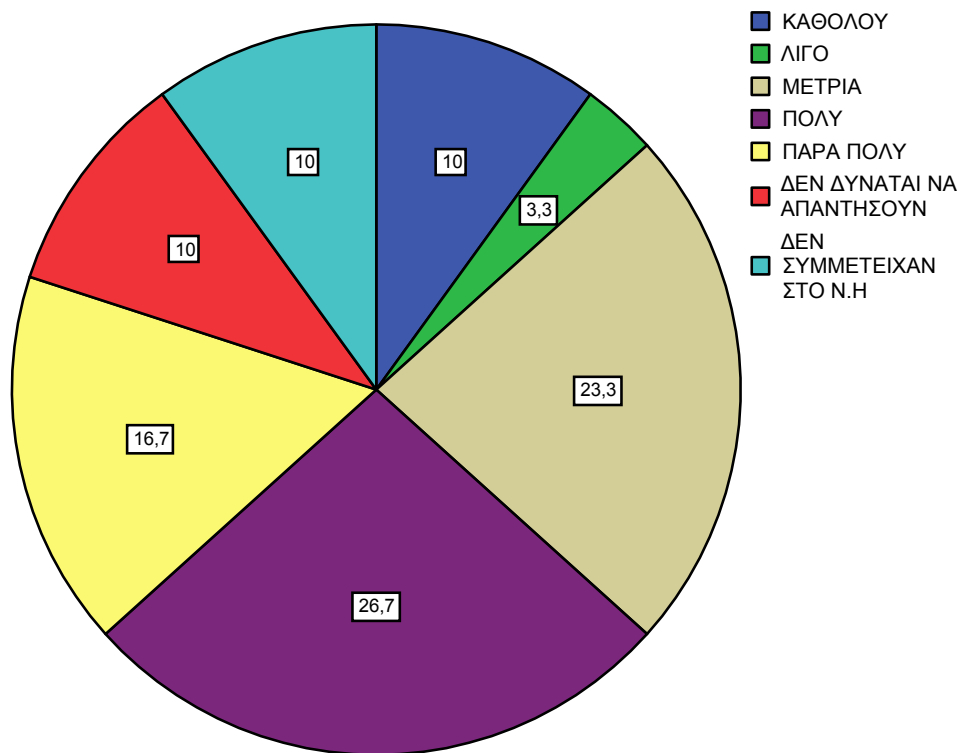
Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονιστεί ότι η συχνή συμμετοχή στο πρόγραμμα του Ν.Η., θεωρείται βασικός παράγοντας στην θετική εξέλιξη και πορεία του ψυχικά πάσχοντα, καθώς η αραιή συμμετοχή έχει αποδειχθεί ότι ευθύνεται για την υποτροπή αρκετών εξυπηρετούμενων του Ν.Η. (πληροφορίες που αντλήθηκαν από τους προσωπικούς φακέλους των εξυπηρετούμενων, από το προσωπικό αλλά και από τα ενημερωτικά δελτία του Ν.Η).

Σε ερώτηση σχετικά με το κατά πόσο η ομάδα του Ν.Η. συμβάλει θετικά στη βελτίωση της καθημερινής ζωής (θέματα αυτοεξυπηρέτησης, αυτονομία, αυτό-αποτελεσματικότητα, αίσθημα-ελέγχου, ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα, οργάνωση – προγραμματισμό καθημερινών δραστηριοτήτων κ.ά.) των εξυπηρετούμενων, το μεγαλύτερο ποσοστό 50% (30% + 20%) δηλώνει από «πολύ έως πάρα πολύ» ικανοποιημένο, το 26,7% (16,7% + 10%) από «μέτρια έως λίγο», ενώ μόλις το 3,3% δηλώνει «καθόλου» ικανοποιημένο.

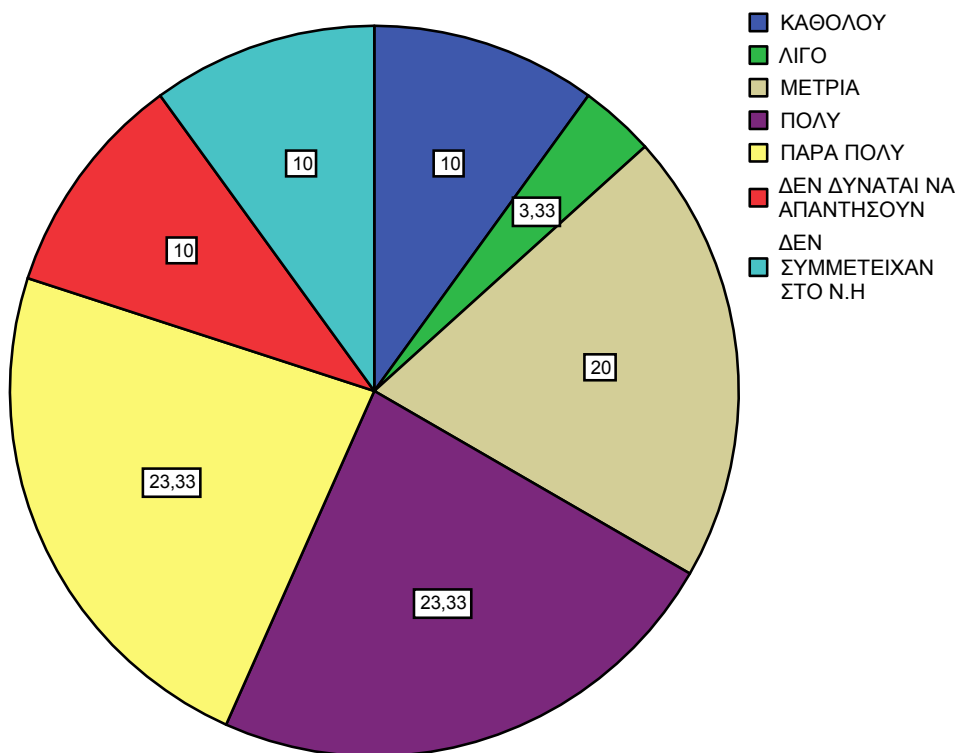


Διακρίνουμε λοιπόν, ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των εξυπηρετούμενων αναγνωρίζει τη συμβολή του Ν.Η. στον τομέα του προγραμματισμού της καθημερινής του ζωής. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι το 10% δεν ήταν σε θέση να δώσει έγκυρες και αξιόπιστες απαντήσεις λόγω της κατάστασης της ψυχικής του υγείας, ενώ το άλλο 10% αποτελεί το ποσοστό των ερωτώμενων που δεν συμμετείχαν ποτέ στο Ν.Η., άρα τα συγκεκριμένα ποσοστά δεν συμμετείχαν στις ακόλουθες ερωτήσεις που αφορούν τη συμβολή του Ν.Η.

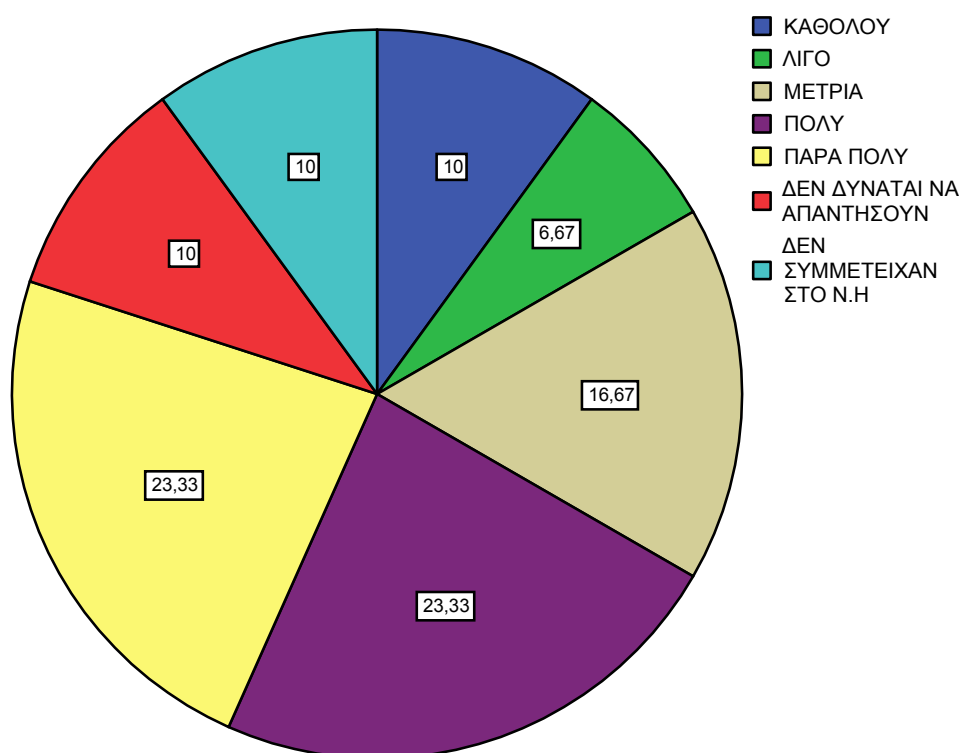
Σε ερώτηση σχετικά με τη συμβολή του Ν.Η. όσον αφορά την ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων (συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, χρήση υπηρεσιών, ενημέρωση για τις παροχές που δικαιούται, πολιτική/κοινωνική δραστηριότητα, κ.ά.) των εξυπηρετούμενων, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 43,4% (26,7% + 16,7%) δηλώνει από «πολύ έως πάρα πολύ» ικανοποιημένο, το 26,6% δηλώνει από «μέτρια έως λίγο» ικανοποιημένο, ενώ μόλις το 10% δηλώνει «καθόλου» ικανοποιημένο, όσον αφορά την ανάπτυξη των κοινωνικών του δραστηριοτήτων.



Σε ερώτηση σχετικά με τη συμβολή του Ν.Η όσον αφορά τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τη σταθερή τήρηση αυτής, το μεγαλύτερο ποσοστό 46,66% (23,33% + 23,33%) δηλώνει από «πολύ έως πάρα πολύ» ικανοποιημένο, το 23,33% (20% + 3,33%) από «μέτρια έως λίγο» ικανοποιημένο, ενώ μόλις το 10% δηλώνει «καθόλου» ικανοποιημένο.



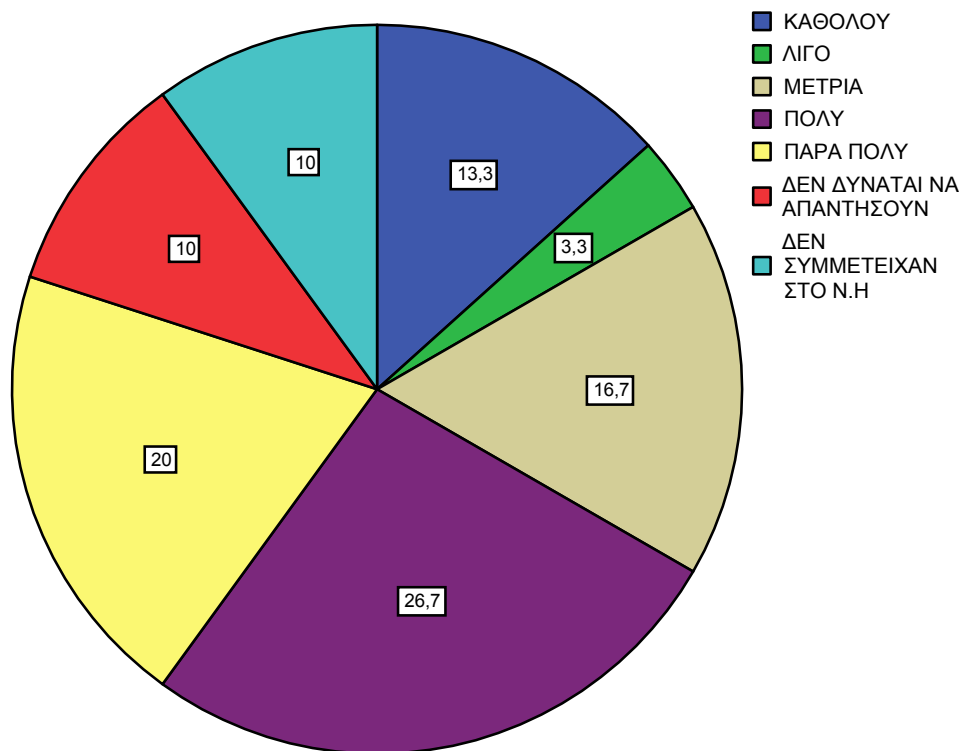
Σε ερώτηση σχετικά με τη συμβολή του Ν.Η. όσον αφορά την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των εξυπηρετούμενων και την ανάπτυξη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκτός πλαισίου, το μεγαλύτερο ποσοστό 46,66% ( 23,33% + 23,33%) δηλώνει από «πολύ έως πάρα πολύ» ικανοποιημένο, το 23,34% (16,67% + 6,67) από «μέτρια έως λίγο» ικανοποιημένο, ενώ μόλις το 10% δηλώνει «καθόλου» ικανοποιημένο.



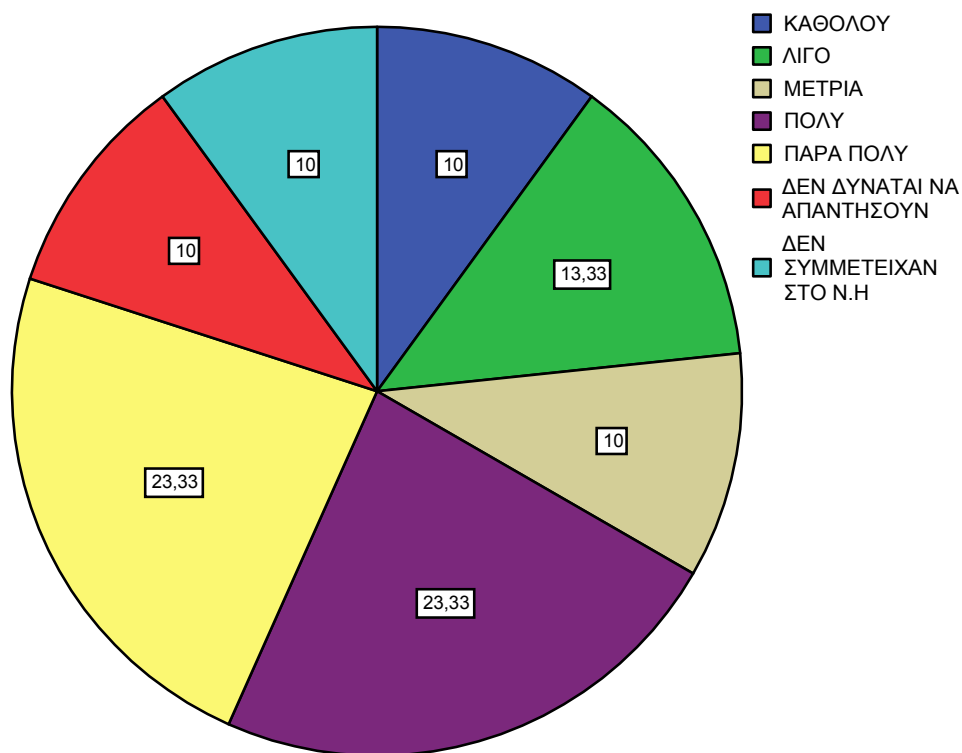
Σε αυτόν τον τομέα, η διεπιστημονική ομάδα του Ν.Η. προσπαθεί με διάφορα μέσα να ενεργοποιήσει τους εξυπηρετούμενους ώστε να εμπλουτίσουν το καθημερινό τους πρόγραμμα με διάφορες δραστηριότητες που τους προτείνει στα πλαίσια της ομάδας. Θα πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι η δραστηριοποίηση ενός χρόνιου ψυχικά ασθενή επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες (όπως η βαρύτητα των συμπτωμάτων, η προσωπικότητα και ο βαθμός θέλησης του ίδιου του εξυπηρετούμενου κ.ά.), οι οποίοι πολλές φορές απομακρύνουν το άτομο από τα ενδιαφέροντα του και τον καθιστούν ανενεργό και αδιάφορο.



Σε ερώτηση σχετικά με τη συμβολή του Ν.Η. όσον αφορά τη βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων, το μεγαλύτερο ποσοστό 46,7% (26,7% + 20%) δηλώνει από «πολύ έως πάρα πολύ» ικανοποιημένο από την παροχή υποστήριξης του Ν.Η., το 20% από «μέτρια έως λίγο» ικανοποιημένο, ενώ μόλις το 13,3% δηλώνει «καθόλου» ικανοποιημένο.



Σε ερώτηση σχετικά με τη συμβολή του Ν.Η. στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων (φιλίες, κοινωνικές συναναστροφές) το μεγαλύτερο ποσοστό 46,66% (23,33% + 23,33%) δηλώνει από «πολύ έως παρά πολύ» ικανοποιημένο όσον αφορά τη συμβολή του Ν.Η. στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, το 23,33% από «μέτρια έως λίγο» ικανοποιημένο, ενώ μόλις το 10% δηλώνει «καθόλου» ικανοποιημένο.



Κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, η πλειοψηφία των ερωτώμενων εξέφρασε την αδυναμία του να αναπτύξει σχέσεις με άτομα εκτός πλαισίου. Οι ερωτώμενοι αναγνώρισαν τη συμβολή του Ν.Η., μόνο όσον αφορά την ανάπτυξη σχέσεων με άτομα που πάσχουν από την ίδια ασθένεια. Το γεγονός αυτό, είτε οφείλεται στην αδυναμία του Ν.Η. να αναπτύξει δυναμικές στρατηγικές προκειμένου να επανεντάξει τους ψυχικά πάσχοντες στον ευρύτερο πληθυσμό της κοινότητας, είτε οφείλεται σε κοινωνικά στερεότυπα που αποκλείουν και απομονώνουν τα άτομα με τέτοιου είδους ιδιαιτερότητες.

Παραθέτοντας τον βαθμό ικανοποίησης ή μη των εξυπηρετούμενων όσον αφορά τα πεδία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, θα μπορούσαμε να αναφερθούμε και σε άλλες έρευνες που μελέτησαν το βαθμό ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε συνάρτηση με άλλους παράγοντες. Κάποιες από τις μελέτες απέδειξαν ότι:

- 1) Η μετάβαση χρόνιων ψυχικά πασχόντων από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε κοινοτικές στεγαστικές δομές βελτιώνει τη λειτουργικότητα τους ενώ περιορίζει αποκλίνουσες συμπεριφορές τους (Anderson & συν., 1993· Crosby & συν., 1993· Zissi & Barry, 1997).
- 2) Εξειδικευμένες παρεμβάσεις με στόχο την ανάπτυξη ή/και την ανάκτηση χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων δείχνουν πως μπορεί να εξασφαλίσουν θετικά αποτελέσματα. (Lieberman και συν., 1986)
- 3) Η λειτουργικότητα έχει βρεθεί να επηρεάζει διαδικασίες επιλογής και τοποθέτησης ψυχικά πασχόντων σε διαφορετικού τύπου στεγαστικές δομές: οι ψυχικά πάσχοντες με πιο φτωχές κοινωνικές δεξιότητες διαμένουν σε στεγαστικές δομές υψηλής επίβλεψης ενώ, αντίθετα, εκείνοι με τις καλύτερες κοινωνικές δεξιότητες διαμένουν σε αυτόνομες στεγαστικές δομές (Goldstein και συν., 1990· Sepperd και συν., 1995).
- 4) Η λειτουργικότητα έχει βρεθεί να συνδέεται με την ποιότητα αλληλεπιδράσεων με μέλη της οικογένειας και του προσωπικού: οι λιγότερο λειτουργικοί ψυχικά πάσχοντες βρέθηκαν να έχουν τις πιο αρνητικές αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό αλλά και με μέλη της οικογένειας (Sepperd και συν., 1995 / Mavreas και συν., 1992)
- 5) Η λειτουργικότητα έχει βρεθεί να συνδέεται με διαδικασίες φροντίδας και θεραπευτικά χαρακτηριστικά στεγαστικών δομών : δομές που εξασφάλιζαν καθημερινές πρακτικές διευκολύνσεις είχαν θετικές επιδράσεις σε πάσχοντες με χαμηλή λειτουργικότητα ενώ, αντίθετα, είχαν αρνητικές επιδράσεις σε πάσχοντες με υψηλή λειτουργικότητα (Timko και συν., 1993).
- 6) Από έναν μικρό αριθμό μελετών, σχετικά με την επίδραση των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων στις εσωτερικές ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου με ψυχιατρικές δυσκολίες, έχει βρεθεί πως παρεμβάσεις που αποβλέπουν στην ενίσχυση της αυτό – αποτελεσματικότητας και του αισθήματος ελέγχου έχουν θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής και στην αυτοεικόνα. (Rosenfield, 1992· Arns & Linney, 1993)

- 7) Η έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων καταγράφεται κυρίως στα συρρικνωμένα κοινωνικά τους δίκτυα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα του γενικού πληθυσμού (Tolsdorf, 1976· Sokalofsky & Cohen, 1978).
- 8) Οι διαπροσωπικές σχέσεις που διατηρούν οι χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες είναι μικρές σε μέγεθος, χαρακτηρίζονται από χαμηλή αμοιβαιότητα και κυρίως αποτελούνται από συγγενικά άτομα (Sokalofsky & Cohen, 1978).
- 9) Οι ψυχικά πάσχοντες στο φύλο άνδρες, με κλινική διάγνωση χρόνια ή παρανοϊκή σχιζοφρένεια και με υψηλά επίπεδα συμπτωματολογίας, έχουν τις υψηλότερες πιθανότητες για κοινωνική απομόνωση (Brugha και συν., 1993). Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε φτωχότερα αποτελέσματα στη χρόνια σχιζοφρένεια όπως και σε αυξημένες πιθανότητες για πρόωρη ψυχωσική υποτροπή, ενώ, αντίθετα, η κοινωνική υποστήριξη έχει βρεθεί να συσχετίζεται με βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, καλύτερη ανάρρωση και υποκειμενικά αισθήματα ικανοποίησης (Baker και συν., 1992).
- 10) Ένα εκτενές σώμα εμπειρικών ερευνών δείχνει πώς η κοινωνική υποστήριξη ή, διαφορετικά, η ύπαρξη διαθέσιμων και ικανοποιητικών σχέσεων είναι προστατευτική της υγείας, ενώ η κοινωνική απομόνωση είναι απειλητική τόσο για τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία του ατόμου (Marmot & Wilkinson, 1999).
- 11) Μία από τις μελέτες που έχουν εξετάσει την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην πρόγνωση και την έκβαση της σχιζοφρένειας είναι η έρευνα που διεξήχθη από την Π.Ο.Υ με 1371 ψυχικά πάσχοντες με κλινική διάγνωση σχιζοφρένειας, έδειξε πως λιγότερα επεισόδια υποτροπών παρατηρήθηκαν σε αυτούς που ήταν έγγαμοι και είχαν συχνότερες κοινωνικές επαφές με στενούς φίλους, ενώ αυτοί που είχαν περιορισμένες κοινωνικές επαφές είχαν λιγότερο θετικό αποτέλεσμα (Jablesky και συν., 1992).
- 12) Ψυχικά πάσχοντες που είχαν πιο μακροχρόνια επαφή με πρόγραμμα θεραπευτικής ομάδας του οποίου η φιλοσοφία υποστηρίζει πως όσο πιο διευρυμένο είναι το κοινωνικό δίκτυο του πάσχοντα τόσο καλύτερη θα είναι η προσαρμογή του στην κοινότητα, βίωσαν σημαντικές αλλαγές στο κοινωνικό τους δίκτυο: απέκτησαν περισσότερες αλλά και ποιοτικότερες διαπροσωπικές σχέσεις (Thornicroft και συν., 1995). Παρόμοια ήταν τα εμπειρικά ευρήματα και από τη μελέτη των TAPS (Leff, 1997) που έδειξαν πώς η μετάβαση χρόνιων ψυχικά πασχόντων από το ψυχιατρικό νοσοκομείο στην κοινότητα είχε ως συνέπεια τη

σημαντική διεύρυνση του κοινωνικού τους δικτύου: κάθε ψυχικά πάσχων κέρδισε κατά μέσον όρο ένα φίλο κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**  
**ΗΜΕΡΑΣ**  
**ΜΑΙΟΣ 2004 – ΜΑΙΟΣ 2005**

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ Ν.Η	ΜΕΛΗ 1ης ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΜΕΛΗ 2ης ΠΕΡΙΟΔΟΥ
27	17	10

Σημείωση: Η περίοδος φοίτησης στο πρόγραμμα του Ν.Η διαρκεί 6 μήνες

**Συχνότητα παρακολούθησης** : Από τα 17 μέλη του 1ου Εξαμήνου, τα 10 συμμετείχαν καθημερινά στο πρόγραμμα του Ν.Η., ενώ τα υπόλοιπα μέλη συμμετείχαν λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα. Από τα 10 μέλη του 2ου Εξαμήνου, τα 7 συμμετείχαν καθημερινά στο πρόγραμμα του Ν.Η., ενώ τα υπόλοιπα μέλη συμμετείχαν λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα

**ΠΕΔΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΙΑΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ**  
**ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

**Α) Κλινικό:** στοχεύει στη μείωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, στη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, στη μείωση των υποτροπών, στον καλύτερο χειρισμό των κρίσεων και στη μείωση των εισαγωγών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ Ν.Η.
ΣΥΝΕΧΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΙΘΑΝΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ, ΜΕΣΩ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ ΜΕ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ Ν.Η

ΠΟΣΟΣΤΟ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Άξονας 1ος: Σχιζοφρενική Ψύχωση: 27 μέλη</li> <li>• Άξονας 2ος: Από τα 27 μέλη τα 6 παρουσίασαν υποτροπή με εισαγωγή στο νοσοκομείο</li> </ul>

**Αποδοχή και αποτελεσματικότητα φαρμακευτικής Αγωγής και Ψυχιατρικής παρακολούθησης:** Από τα 27 μέλη του Ν.Η., τα 15 παρακολουθούνται από το γιατρό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, ενώ τα υπόλοιπα παρακολουθούνται από 7 διαφορετικούς γιατρούς εξωτερικών ιατρείων. Από τα 6 άτομα που έχουν υποτροπιάσει και έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο, τα 4 παρακολουθούνται από εξωτερικούς γιατρούς. Σε πολλά από τα μέλη του Ν.Η. δεν έχει σταθεροποιηθεί η φαρμακευτική αγωγή ενώ αρκετά άτομα παρουσιάζουν δυσκολίες στη σωστή λήψη των φαρμάκων (βλ. εκπαίδευση στο ρόλο και στις παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων).

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι βασική προϋπόθεση για την έκβαση ενός επιτυχημένου θεραπευτικού αποτελέσματος, αποτελεί η ιατροφαρμακευτική κάλυψη και παρακολούθηση από την ίδια την κοινοτική υπηρεσία που το άτομο είναι ενταγμένο.

### **Ανάλυση συνθηκών υποτροπής:**

Συνολικά παρουσίασαν υποτροπή 6 ασθενείς. Καθοριστικοί παράγοντες που συνέβαλλαν στην υποτροπή ήταν :

- Ακατάλληλο-ανθυγιεινό, μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον
- Μη σταθμισμένη φαρμακευτική αγωγή
- Μη τήρηση φαρμακευτικής αγωγής
- Ακατάλληλοι για το άτομο θεραπευτικοί χειρισμοί
- Ελλιπής ή ανύπαρκτη συνεργασία της οικογένειας με το Κ.Ψ.Υ.
- Μη συνεργασία του ασθενούς

**Β) Λειτουργικό:** στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στην ανάδειξη των λανθανουσών δεξιοτήτων, προκειμένου να είναι σε θέση το άτομο να ανταποκριθεί σε συμπεριφορές και ρόλους και παράλληλα να αξιοποιήσει όσο το δυνατόν καλύτερα πόρους και ευκαιρίες.

**Δ) Διαπροσωπικό:** στοχεύει στην ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, μέσα από το οποίο το άτομο θα μπορεί να λαμβάνει συναισθηματική αλλά και πρακτική υποστήριξη από συγγενείς, ερωτικούς συντρόφους και φίλους.

**Ε) Στεγαστικό:** στοχεύει στην εξασφάλιση ενός στεγαστικού περιβάλλοντος το οποίο να αντανακλά ή να προσεγγίζει όσο το δυνατόν περισσότερο τις επιθυμίες και τις προσωπικές επιλογές του ίδιου του ψυχικά πάσχοντα.

**Στ) Επαγγελματικό :** στοχεύει στην εξασφάλιση επαγγελματικών συνθηκών που να αντιστοιχούν όχι μόνο στις πραγματικές ικανότητες και δεξιότητες του ατόμου και στις εν δυνάμει ικανότητες του καθώς και στα εργασιακά του ενδιαφέροντα.

### **Ανάλυση ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων κοινοτικής παρέμβασης**

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ Ν.Η.	ΠΟΣΟΣΤΑ
Εκπαίδευση σε θέματα αυτοεξυπηρέτησης π.χ. ατομική υγιεινή, διατροφή κ.ά.	Όλα τα μέλη εκπαιδεύονται σε θέματα αυτοεξυπηρέτησης είτε μέσω της συμβουλευτικής σε ατομική ή ομαδική βάση, είτε μέσω της παρέμβασης στο

	οικογενειακό περιβάλλον (επισκέψεις κατ'οίκον).
<p>Συμμετοχή των μελών στην ομάδα του Ν.Η., σε υποομάδες που οργανώνονται από τους ασκούμενους και τους εθελοντές και στο πρόγραμμα εργοθεραπείας.</p> <p>Σκοπός των ομάδων είναι: η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, σε «κοινωνικά αποδεκτές» συμπεριφορές, σε ψυχοπαιστικές κοινωνικές καταστάσεις, σε καθημερινά θέματα που σχετίζονται με την λειτουργικότητα και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των μελών.</p>	<p>10 μέλη συμμετέχουν σε καθημερινή βάση στην ομάδα ανάπτυξης του Ν.Η. Επίσης 14 μέλη συμμετείχαν σε υποομάδες, κοινωνικής ευαισθητοποίησης, εκμάθησης βασικών δεξιοτήτων ομιλίας, οργάνωσης δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου, ελέγχου βασικών δεξιοτήτων (λογόρροια, διαχείριση χρημάτων, έλεγχος θυμού και άλλων συναισθημάτων)</p>
<p>Συμμετοχή σε διαδικασίες κοινωνικοποίησης μέσω των εβδομαδιαίων κοινωνικών εξόδων</p>	<p>21 μέλη (1ης και 2ης περιόδου) συμμετέχουν στην εβδομαδιαία έξοδο, όπου συναναστρέφονται με άλλα άτομα, αναπτύσσουν κοινωνικές σχέσεις και δεξιότητες, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες για κοινωνική απομόνωση και απόσυρση από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.</p>
<p>Παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο αλληλεπιδρά και συνδέεται άμεσα με την λειτουργικότητα του ατόμου</p>	<p>Έχει πραγματοποιηθεί παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον 20 μελών, με σκοπό να εξασφαλισθεί μια ομαλή συμβίωση και συνύπαρξη των μελών, που θα βοηθήσει το πάσχον μέλος να βελτιώσει τη λειτουργικότητα του εντός και εκτός του οικογενειακού συστήματος. Επίσης, παρέχεται συμβουλευτική και ψυχολογική</p>



	<p>υποστήριξη σε κάθε μέλος της οικογένειας όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. Η οικογενειακή παρέμβαση ασχολείται με θέματα όπως αντιμετώπιση των καθημερινών δυσκολιών που πηγάζουν από τη φύση της ασθένειας, ικανοποίηση των αναγκών του κάθε μέλους ατομικά, διερεύνηση οικογενειακών σχέσεων και επίλυση ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, διερεύνηση συνθηκών διαβίωσης και τροποποίηση αυτών όταν κρίνεται αναγκαίο κ.ά.</p> <p>Κατά τη διάρκεια του ενός έτους λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ. έχουν πραγματοποιηθεί 60 επισκέψεις.</p> <p>Σκοπός επισκέψεων:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-διερευνητικός</li> <li>-υποστηρικτικός</li> <li>-συμβουλευτικός -θεραπευτικός</li> </ul> <p>Επίσης έχουν πραγματοποιηθεί και 10 μηνιαίες συναντήσεις γονέων και κηδεμόνων οι οποίες είχαν ποσοστό προσέλευσης 50%.</p> <p>Η συνεργασία του προσωπικού με το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών, καθορίζεται ανάλογα με τη στάση της ίδιας της οικογένειας.</p> <p>Σε 11 από τις οικογένειες, η συνεργασία ήταν αποτελεσματική, σε 9 δεν ήταν τακτική, ενώ σε 7 ήταν ανύπαρκτη.</p>
Εκπροσωπεί ή ενεργοποιεί τα μέλη να	12 μέλη έχουν βοηθηθεί, όσον αφορά

<p>διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους και να εκμεταλλευτούν όλους τους διαθέσιμους πόρους. Το Ν.Η. λειτουργεί ως διασυνδεδετικός κρίκος με άλλους φορείς π.χ. ΟΑΕΔ, Κοινωνική Πρόνοια, Ασφαλιστικούς Φορείς κ.α, για την ταχεία και άμεση εξυπηρέτηση των μελών, με ταυτόχρονη καθοδήγηση από τους κοινωνικούς λειτουργούς.</p> <p>Επίσης η κοινωνική υπηρεσία ασχολείται με την επαγγελματική αποκατάσταση του κάθε μέλους, αξιολογώντας τις επαγγελματικές του ικανότητες σε συνάρτηση πάντα με την πορεία της ψυχικής του ασθένειας. Ενημερώνει και φροντίζει να έρχεται σε επαφή με υποψήφιους εργοδότες, που είναι σε θέση να προσφέρουν ένα προστατευμένο και ασφαλή εργασιακό χώρο.</p>	<p>την εξυπηρέτηση τους σε υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, έχουν «υποστηριχθεί» διαδικασίες έκδοσης: έκτακτων ή δια βίου επιδομάτων πρόνοιας, συντάξεων αναπηρίας, καρτών δωρεάν διακίνησης, εισιτηρίων κοινωνικού τουρισμού, μία διαδικασία αναδοχής κ.ά.</p> <p>1 μέλος αποκαταστάθηκε επαγγελματικά και κατάφερε με παράλληλη υποστήριξη να ανεξαρτητοποιηθεί από το οικογενειακό του περιβάλλον και να ζήσει αυτόνομα.</p>
---	---

**Γ) Ψυχολογικό:** στοχεύει στην επανασυγκρότηση της ταυτότητας με θετικούς συνειρμούς και χαρακτηριστικά ενισχύοντας την αυτοεικόνα μέσα από συνθήκες, διαδικασίες και ρόλους που ενθαρρύνουν εμπειρίες και αισθήματα αυτο-ελέγχου, αυτοαποτελεσματικότητας, αυτονομίας και ενεργούς εμπλοκής.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ Ν.Η.	ΠΟΣΟΣΤΑ
Συνεχής ψυχολογική υποστήριξη μέσω της καθημερινής συμμετοχής στην ομάδα του νοσοκομείου ημέρας	Τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο συμμετέχουν 10 άτομα στην ομάδα ανάπτυξης του Ν.Η.
Ψυχοθεραπεία – Συμβουλευτική σε ατομική βάση σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο	6 μέλη του Ν.Η. παρακολουθούνται σε ατομική βάση είτε από τον κλινικό ψυχολόγο του Ν.Η., είτε από εθελοντές και ασκούμενους του Ν.Η.

### 17.13 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 1' ΕΝΟΤΗΤΑΣ

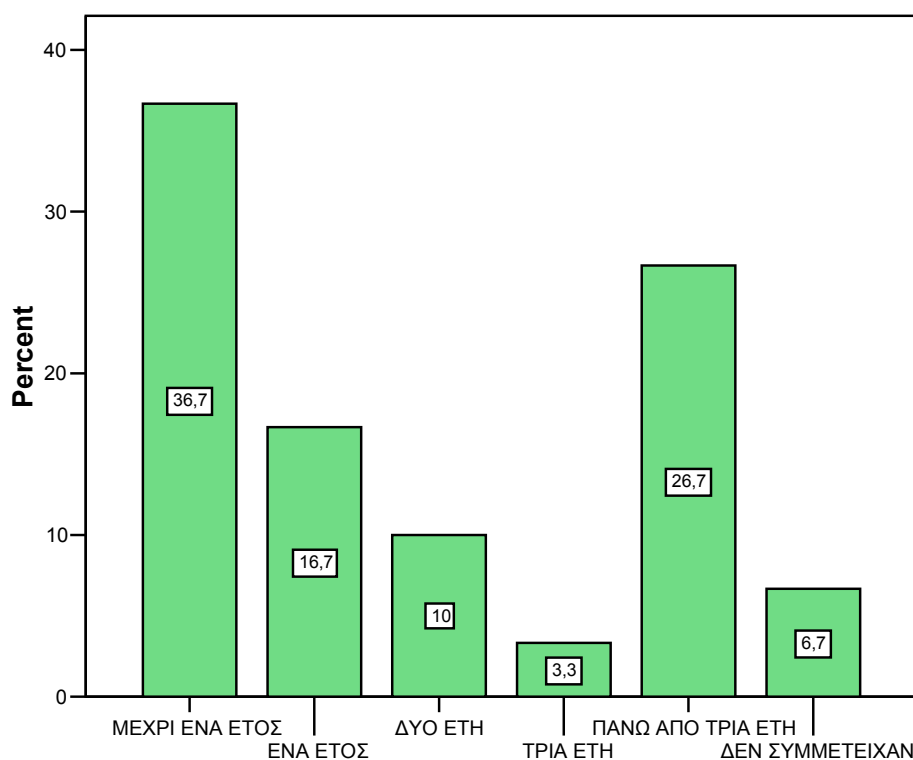
Από τα παραπάνω φαίνεται ότι το Νοσοκομείου Ημέρας συμβάλει ενεργά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, αφού και οι ίδιοι αναγνωρίζουν, σε έναν ικανοποιητικό βαθμό, τη συμβολή του Ν.Η. ως προς τη βελτίωση της ζωής τους σε διάφορους κοινωνικούς και διαπροσωπικούς τομείς.

Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαμε να προβούμε στα εξής συμπεράσματα:

- 1) Το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχικά πασχόντων του Κ.Ψ.Υ., δηλώνει συμμετοχή στο Ν.Η.
- 2) Το μεγαλύτερο ποσοστό των μελών του Ν.Η., παρακολουθεί σε καθημερινή βάση το πρόγραμμα.
- 3) Ο βαθμός ικανοποίησης των μελών του Ν.Η. χαρακτηρίζεται «ικανοποιητικός» στους εξής τομείς:
  - Τομέας λειτουργικότητας
  - Τομέας ανάπτυξης κοινωνικών δραστηριοτήτων
  - Τομέας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης
  - Τομέας ανάπτυξης ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκτός πλαισίου
  - Τομέας βελτίωσης των ενδοοικογενειακών σχέσεων
  - Τομέας ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων

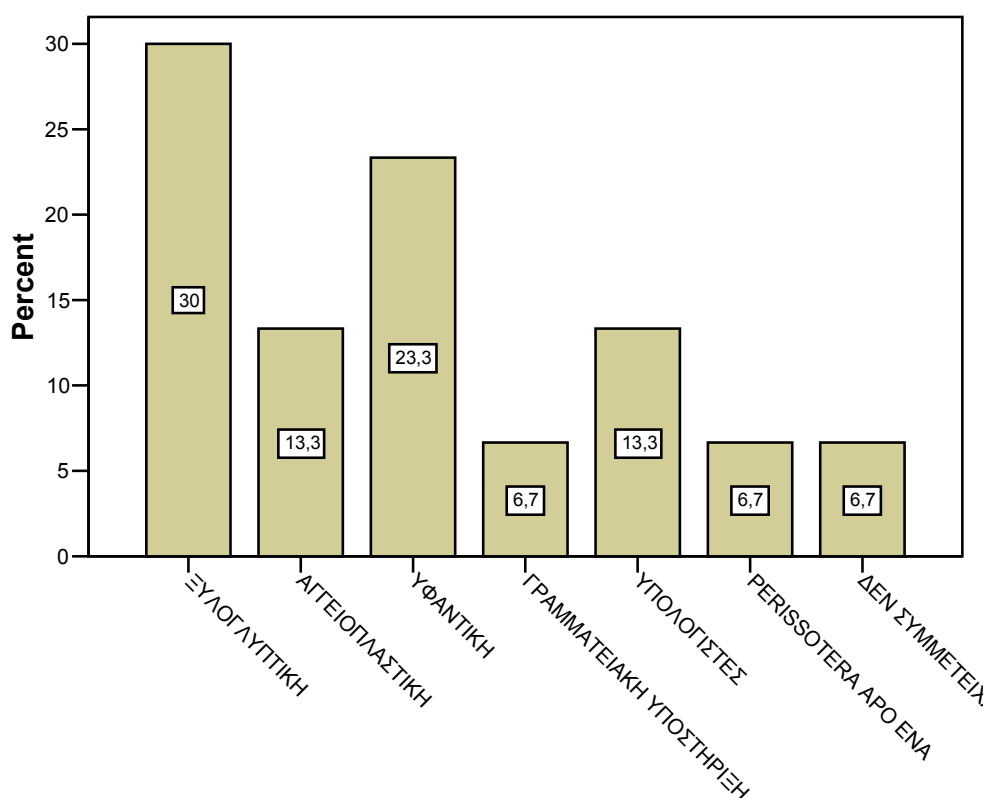
### 17.14 Αξιολόγηση Υπηρεσίας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α.)

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά (36,7% + 26,7%), δηλώνουν χρονική διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος της Υ.Ε.Ε.Α., μέχρι ένα έτος και πάνω από τρία έτη αντίστοιχα. Θα μπορούσαμε λοιπόν, να διακρίνουμε τους εξυπηρετούμενους της Υ.Ε.Ε.Α. σε δυο κατηγορίες, σε αυτούς που είναι ενταγμένοι πρόσφατα στο πρόγραμμα και σε αυτούς που έχουν ξεπεράσει τα τρία χρόνια. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό, το 16,7% δηλώνει χρονική διάρκεια παρακολούθησης ένα έτος, ενώ μόλις το 13,3% (10% + 3,3%) από δυο έως και τρία έτη. Αν επιχειρήσουμε να κατατάξουμε όλα τα ποσοστά σε δύο κατηγορίες θα δούμε ότι: **το 53,4%** (36,7% «μέχρι ένα έτος» + 16,7% «ένα έτος») κατατάσσεται στους «νέους» εξυπηρετούμενους της Υ.Ε.Ε.Α, ενώ **το 40%** (10% «δυο έτη», 3,3% «τρία έτη», 26,7% «πάνω από τρία έτη») κατατάσσεται στους «παλιούς» εξυπηρετούμενους.

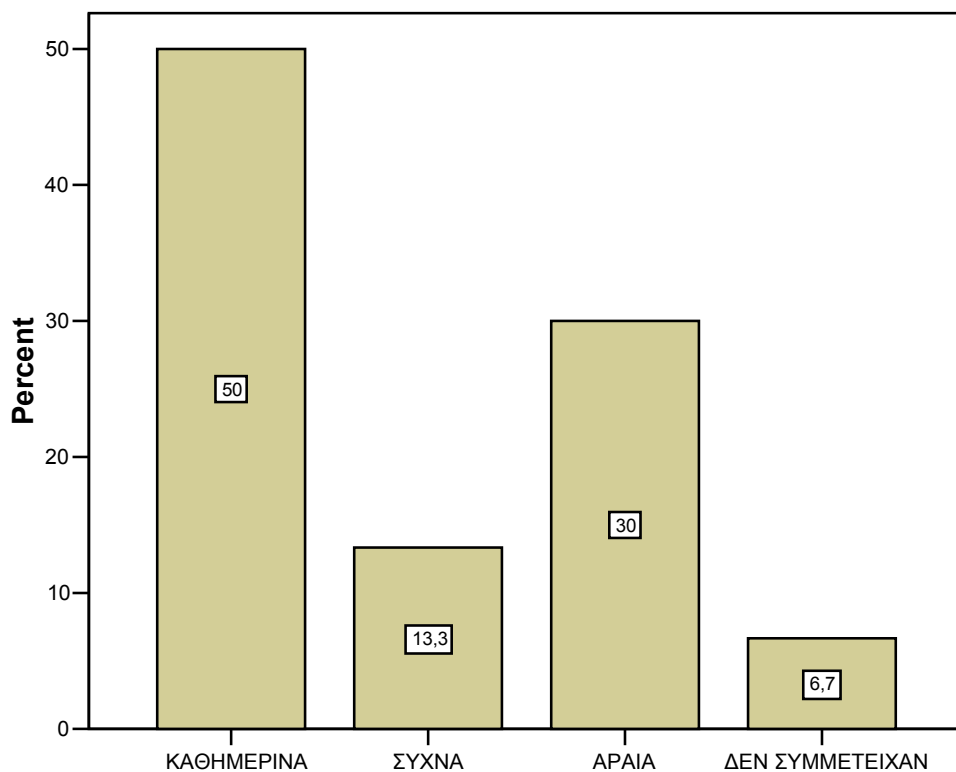


Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το 6,7% δεν συμμετείχε ποτέ στο πρόγραμμα της Υ.Ε.Ε.Α (είτε επειδή δεν κρίθηκε αναγκαίο, είτε με απόφαση των ίδιων των εξυπηρετούμενων), το ποσοστό αυτό δεν έδωσε απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις.

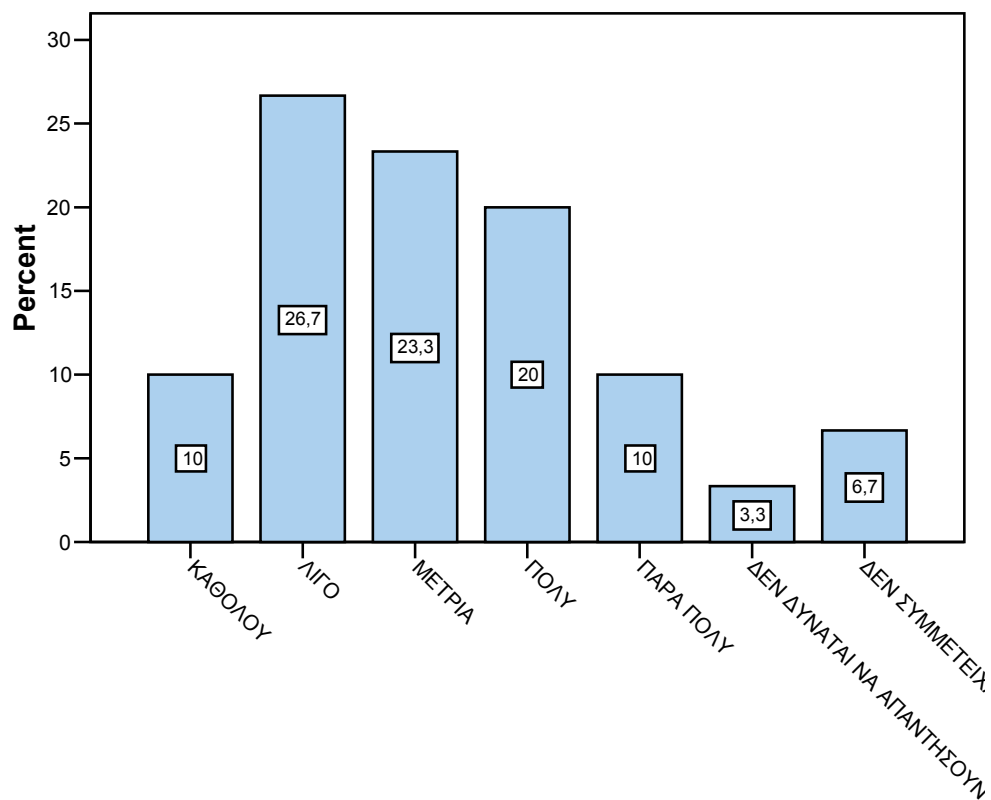
Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά (30%, 13,3%, 23,3%, 13,3%) παρακολουθούν το εργαστήριο της ξυλογλυπτικής, της αγγειοπλαστικής, της υφαντικής και των υπολογιστών αντίστοιχα. Αντίθετα, μικρή συμμετοχή σημειώνεται στο εργαστήριο της γραμματειακής υποστήριξης, καθώς και στην κατηγορία περισσότερα από ένα εργαστήρια.



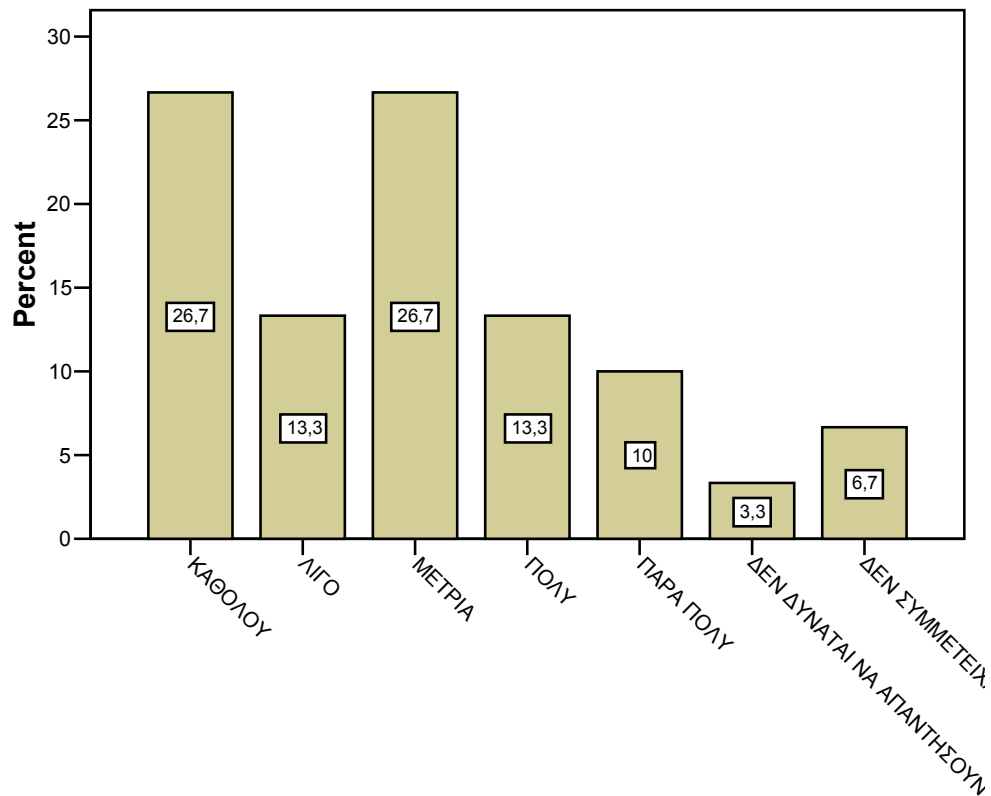
Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) παρακολουθεί το πρόγραμμα της Υ.Ε.Ε.Α. σε καθημερινή βάση. Πρέπει να σημειωθεί όμως, ότι μεγάλο είναι και το ποσοστό (30%) που παρακολουθεί «αραιά» (έως και δυο φορές την εβδομάδα), ενώ μόλις το 13,3% παρακολουθεί το πρόγραμμα «συχνά» (έως και τρεις φορές την εβδομάδα). Θα μπορούσαμε να πούμε λοιπόν, ότι το 63,3% (50% «καθημερινά» + 13,3% «συχνά») παρουσιάζει μια ικανοποιητική συμμετοχή στο πρόγραμμα, αφού δηλώνει καθημερινή ή συχνή παρουσία.



Σε ερώτηση σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων όσον αφορά τη δυνατότητα ανάπτυξης επαγγελματικών δεξιοτήτων (μέσα από την επαγγελματική κατάρτιση που τους προσφέρεται), διακρίνουμε ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων εκφράζει μια γενική δυσαρέσκεια, αφού το 60% (23,3% + 26,7% + 10%) δηλώνει μέτρια – λίγο και καθόλου ικανοποιημένο, ενώ μόλις το 30% (10% + 20%) δηλώνει πάρα πολύ και πολύ ικανοποιημένο. Θα πρέπει να αναφερθεί, ότι το 3,3% των ερωτώμενων δεν ήταν σε θέση να δώσει έγκυρες και αξιόπιστες απαντήσεις λόγω της κατάστασης της ψυχικής του υγείας.

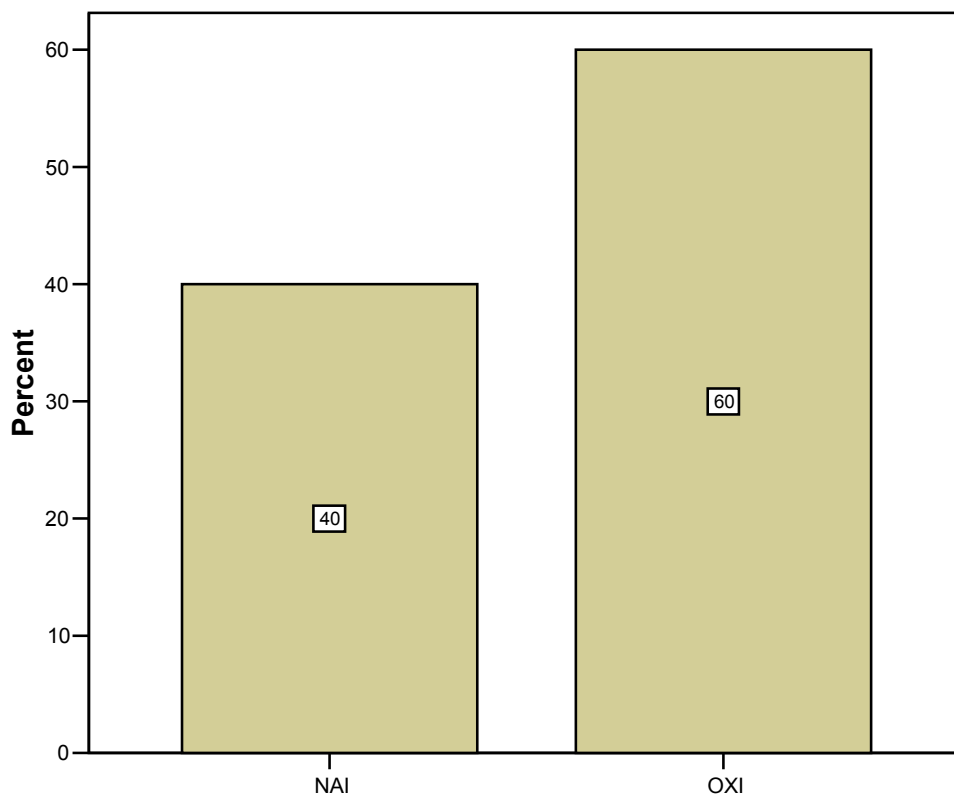


Σε ερώτηση σχετικά με τη δυνατότητα εύρεσης εργασίας (σε σχέση με την επαγγελματική κατάρτιση που τους προσφέρεται), διακρίνουμε ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων εκφράζει μια γενική δυσαρέσκεια, αφού το 66,7% (26,7% + 13,3% + 26,7%) δηλώνει μέτρια – λίγο και καθόλου ικανοποιημένο, ενώ μόλις το 23,3% (13,3% + 10%) δηλώνει πάρα πολύ και πολύ ικανοποιημένο ως προς την επαγγελματική του αποκατάσταση. Θα πρέπει να αναφερθεί, ότι το 3,3% των ερωτώμενων δεν ήταν σε θέση να δώσει έγκυρες και αξιόπιστες απαντήσεις λόγω της κατάστασης της ψυχικής του υγείας.





Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το 40% δηλώνει ότι εργάστηκε μετά την ολοκλήρωση ή κατά την διάρκεια παρακολούθησης εργαστηριακού προγράμματος της Υ.Ε.Ε.Α., ενώ το 60% δηλώνει ότι δεν εργάστηκε. Συνεπώς, διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (60%), δεν κατάφερε να βρει εργασία ούτε κατά την διάρκεια παρακολούθησης ούτε μετά την ολοκλήρωση του εργαστηριακού προγράμματος της Υ.Ε.Ε.Α.



### **17.15 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ε' ΕΝΟΤΗΤΑΣ**

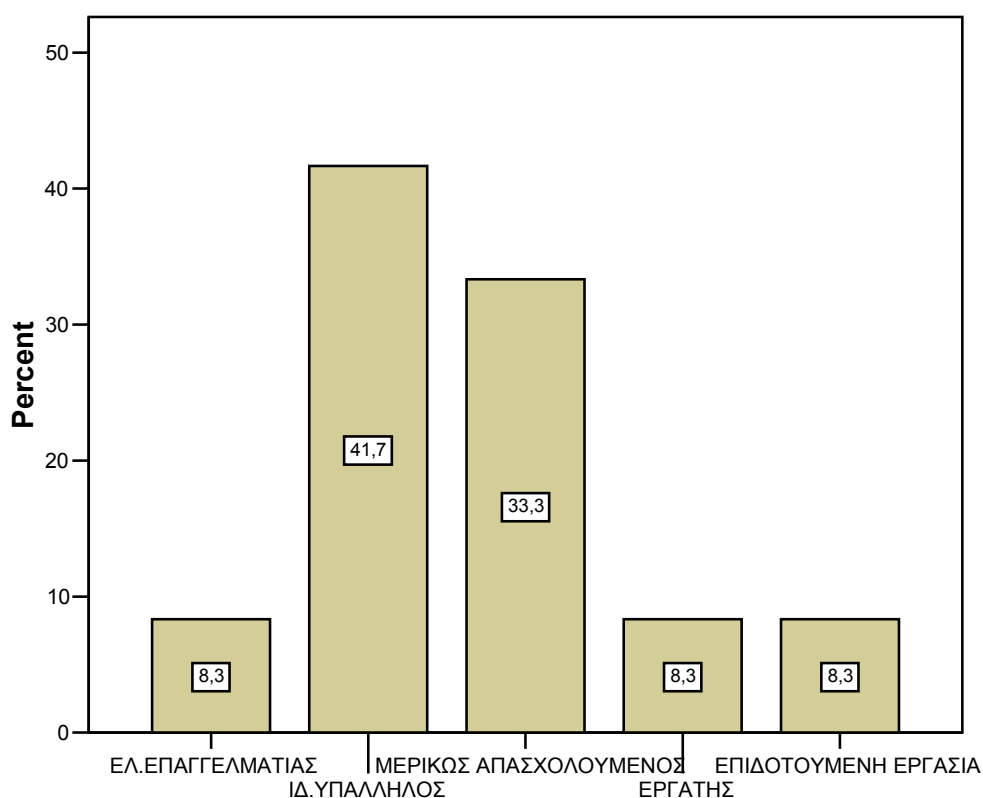
Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης δεν προάγει σε ικανοποιητικό βαθμό την επαγγελματική εκπαίδευση των ψυχικά πασχόντων. Αυτό προκύπτει από τη γενική δυσαρέσκεια που εκφράζουν οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι ως προς τις δυνατότητες που τους προσφέρονται μέσα από την επαγγελματική τους κατάρτιση.

Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαμε να προβούμε στα εξής συμπεράσματα:

- 1) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων είναι πρόσφατα ενταγμένο στην Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης.
- 2) Τα εργαστήρια της Υ.Ε.Ε.Α. που σημειώνουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή εξυπηρετούμενων είναι αυτά της ξυλογλυπτικής, της υφαντικής και των υπολογιστών.
- 3) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων παρουσιάζει μια ικανοποιητική συμμετοχή στα εργαστήρια της Υπηρεσίας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης.
- 4) Η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων δηλώνει μια γενική δυσαρέσκεια, σε σχέση με τη δυνατότητα ανάπτυξης επαγγελματικών δεξιοτήτων μέσα από τους εργαστηριακούς τομείς της Υ.Ε.Ε.Α.
- 5) Η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων δηλώνει μια γενική δυσαρέσκεια, σε σχέση με τη δυνατότητα επαγγελματικής αποκατάστασης μέσω των εργαστηριακών τμημάτων της Υ.Ε.Ε.Α.
- 6) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων της Υ.Ε.Ε.Α. δεν εργάστηκε, ούτε κατά την διάρκεια παρακολούθησης ούτε μετά την ολοκλήρωση του εργαστηριακού προγράμματος.

*17.16 Αξιολόγηση Επαγγελματικής Αποκατάστασης Εξυπηρετούμενων (στις ερωτήσεις (35 – 39) έδωσε απάντηση μόνο το 40%, το ποσοστό δηλαδή που εργάστηκε κατά την περίοδο ένταξης του στο Κ.Ψ.Υ.)*

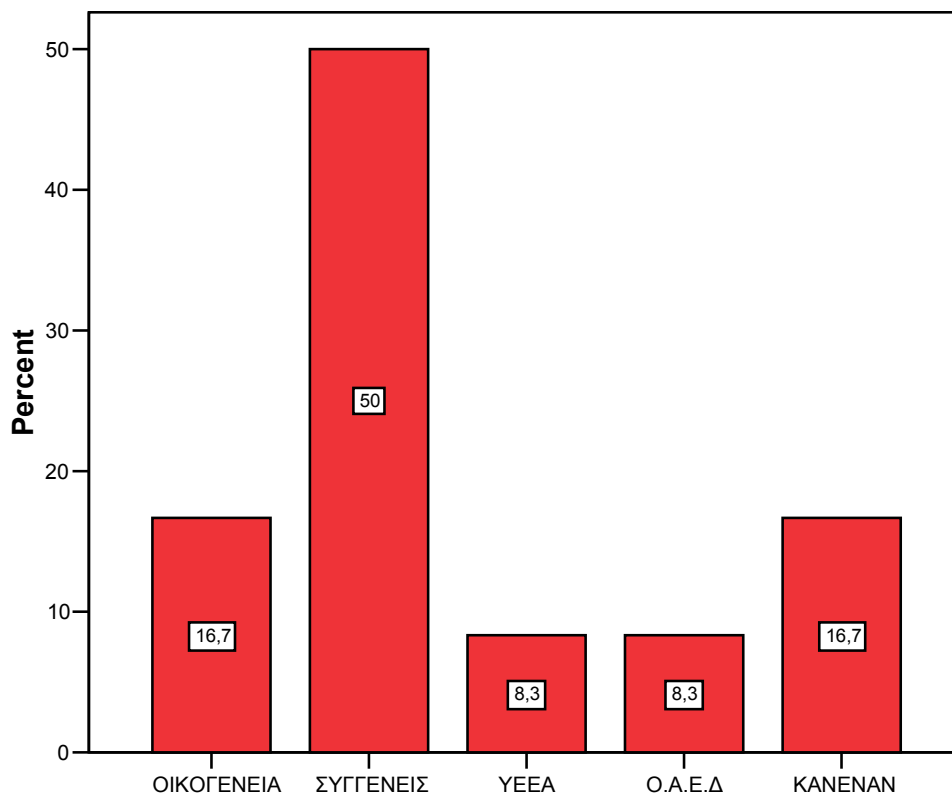
Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό (41,7%) των εξυπηρετούμενων εργάστηκε κατά τη διάρκεια παρακολούθησης ή μετά την ολοκλήρωση του εργαστηριακού προγράμματος ως ιδιωτικός υπάλληλος. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, το 33,3% εργάστηκε ως μερικώς απασχολούμενος. Μόνο το 8,3% εργάστηκε σε «επιδοτούμενη εργασία», το ίδιο ποσοστό ως «εργάτης» και το ίδιο ποσοστό ως «ελεύθερος επαγγελματίας». Θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι κατηγορίες «δημόσιος υπάλληλος», «επιχειρηματίας», «εκπαιδευτικός», «πανεπιστημιακός», «στέλεχος επιχείρησης», «εισοδηματίας» και «αγρότης» δεν σημειώθηκαν από τους ερωτώμενους.



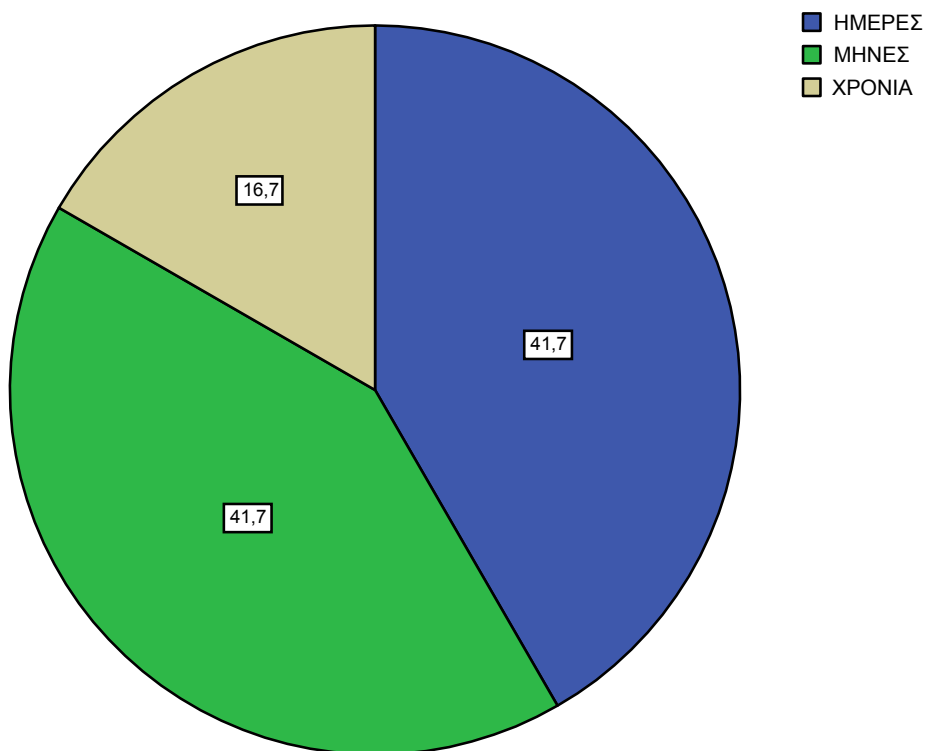
Συνεπώς, διακρίνουμε ότι μόνο το 8,3% έχει απορροφηθεί σε επιδοτούμενη εργασία (προστατευμένη εργασία, επιδοτούμενα προγράμματα Ο.Α.Ε.Δ., συνεργατικές επιχειρήσεις κ.ά.). Τα επιδοτούμενα προγράμματα και οι οργανωμένες δομές επαγγελματικής αποκατάστασης και απασχόλησης των ψυχικά πασχόντων, θα έπρεπε να παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό απορρόφησης των συγκεκριμένων ατόμων. Το χαμηλό αυτό ποσοστό, ίσως να οφείλεται είτε στην αδυναμία της ίδιας της υπηρεσίας να αναπτύξει δραστηριότητα, προκειμένου να μεταφέρει τους εξυπηρετούμενους σε πραγματικές συνθήκες εργασίας είτε στην έλλειψη τέτοιων οργανωμένων δομών στην κοινότητα του Ηρακλείου. Σε αντίθεση, παρατηρούμε μια σημαντική ευαισθητοποίηση από τον ιδιωτικό τομέα ως προς την απορρόφηση ψυχικά πασχόντων.

Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό, δηλώνει ότι εργάστηκε ως μερικώς απασχολούμενος, εργασία που παραπέμπει σε μη σταθερή εργασία με χαμηλή αμοιβή. Τέλος, μερικές κατηγορίες επαγγελματιών που παραπέμπουν σε υψηλόμισθες θέσεις καθώς και σε υψηλές κοινωνικές τάξεις, δεν σημειώθηκαν από τους εξυπηρετούμενους.

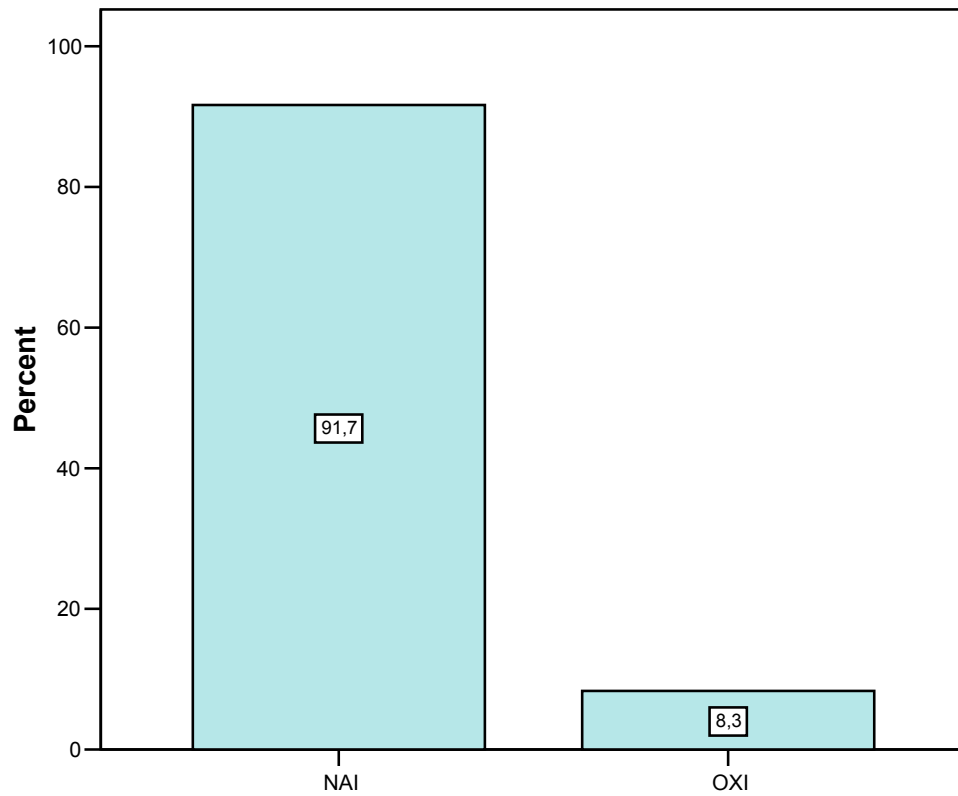
Στο δείγμα μας διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, το 66,7% (50% +16,7% ) των ερωτώμενων, βρήκε εργασία δεχόμενο βοήθεια από την οικογένεια του ή από το συγγενικό του περιβάλλον. Επιπλέον, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (16,7%) δεν δέχτηκε βοήθεια από κανέναν, ενώ μόλις το 8,3% δέχτηκε βοήθεια από την Υ.Ε.Ε.Α. και το ίδιο ποσοστό από τον Ο.Α.Ε.Δ. Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό υποστηρίχτηκε, όσον αφορά την εύρεση εργασίας, από το οικογενειακό του περιβάλλον, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δέχτηκε βοήθεια από οργανωμένο πλαίσιο επαγγελματικής αποκατάστασης.



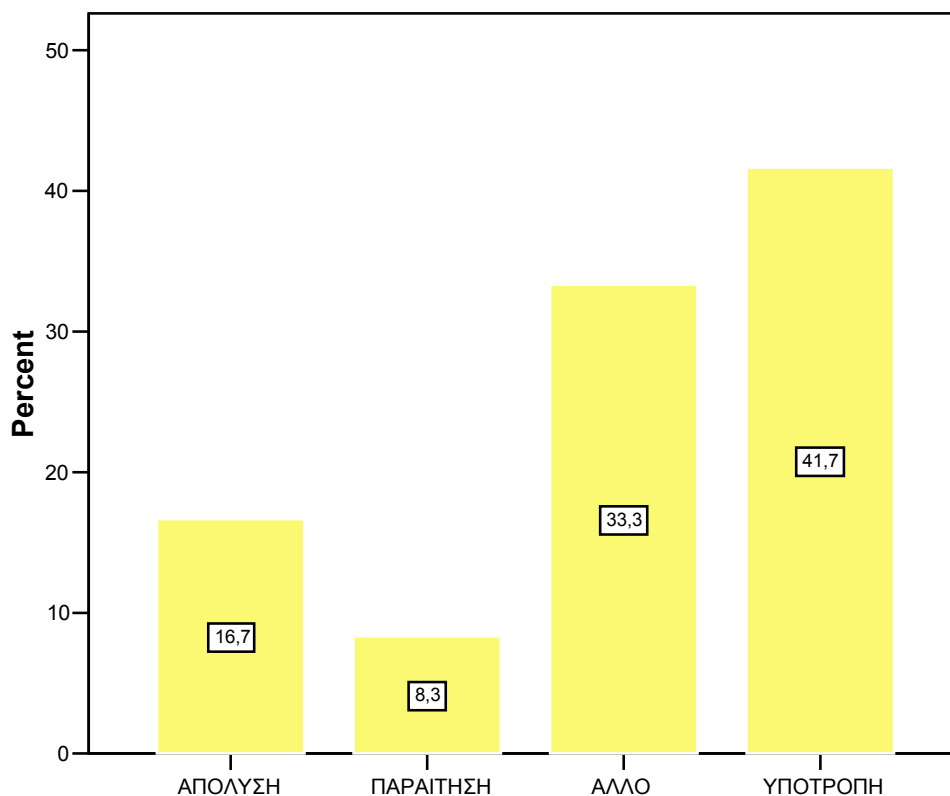
Σε ερώτηση σχετικά με τη χρονική διάρκεια εργασίας, μόνο το 16,7% κατάφερε να εργασθεί για χρόνια και να παραμείνει στην εργασία του, το 41,7% εργάστηκε για ημέρες και το ίδιο ποσοστό για μήνες. Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό, το 83,4% ( $41,7 + 41,7\%$ ) δεν μπόρεσε να παραμείνει στην εργασία, αφού εργάστηκε μόνο για λίγες ημέρες και μήνες αντίστοιχα.



Στο δείγμα μόνο το 8,3% εργάζεται έως και σήμερα χωρίς να έχει σημειώσει περίοδο διακοπής εργασίας, ενώ με συντριπτική διαφορά το 91,7% διέκοψε την εργασία του. Συνεπώς, διακρίνουμε την αδυναμία των ατόμων να σταθεροποιηθούν σε μια εργασία, καθώς και να την διατηρήσουν.

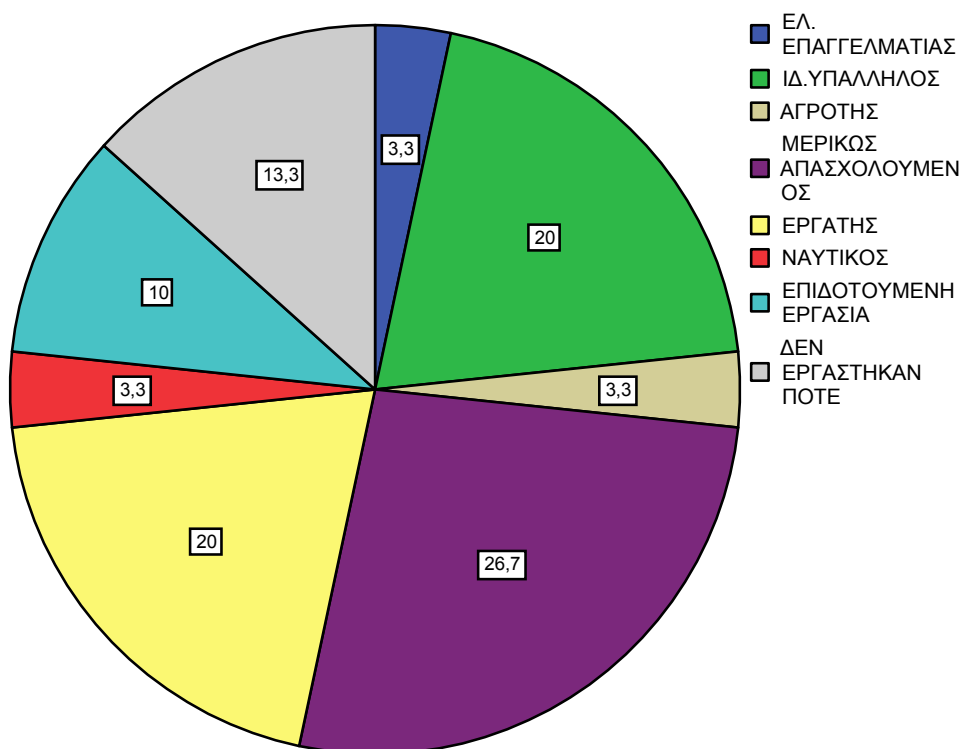


Σε ερώτηση σχετικά με τα αίτια διακοπής της εργασίας, το 8,3% παραιτήθηκε από την εργασία του, το 16,7% απολύθηκε, το 33,3% ανέφερε άλλα αίτια από τα προαναφερθέντα και το 41,7% εγκατέλειψε την εργασία του λόγω υποτροπής. Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό 41,7% εκφράζει ως κύριο λόγο διακοπής της εργασίας, την υποτροπή. Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι την κατηγορία «άλλο» την επέλεξαν συνήθως οι ερωτώμενοι που απέφευγαν να φανερώσουν τα πραγματικά αίτια διακοπής της εργασίας τους (στις περισσότερες περιπτώσεις τα πραγματικά αίτια ήταν η επιδείνωση της ψυχικής τους κατάστασης - υποτροπή). Επιπλέον, το 16,7% απολύθηκε, λόγω της μη αποδοτικότητας στην εργασία και της έλλειψης επαγγελματικών δεξιοτήτων, ενώ μόλις το 8,3% παραιτήθηκε επειδή ένιωθε είτε ελλιπής για να εργασθεί σε έναν επαγγελματικό χώρο, είτε αντιλαμβανόταν την εργασία ως ένα ψυχοπιεστικό γεγονός που θα επιβάρυνε την ψυχική του κατάσταση. Το συγκεκριμένο ποσοστό εξέφρασε ως κύρια αιτία διακοπής της εργασίας, την αδυναμία που ένιωθε να τα βγάλει πέρα.





Σε ερώτηση σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση των εξυπηρετούμενων πριν την ένταξη στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (σε αυτή την ερώτηση απάντησε όλο το δείγμα), το 3,3% δηλώνει «ελεύθερος επαγγελματίας», το ίδιο ποσοστό «αγρότης» και «ναυτικός» αντίστοιχα, το 10% δηλώνει ότι έχει εργασθεί σε επιδοτούμενη εργασία (προστατευμένη εργασία, επιδοτούμενα προγράμματα Ο.Α.Ε.Δ., συνεργατικές επιχειρήσεις, Ν.Ε.Λ.Ε., κ.ά.), το 13,3% δηλώνει ότι δεν έχει εργασθεί ποτέ στη ζωή του, το 20% έχει εργασθεί ως «ιδιωτικός υπάλληλος», το ίδιο ποσοστό ως «εργάτης» και το 26,7% ως «μερικώς απασχολούμενος».



Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό (26,7%) έχει δουλέψει ως μερικώς απασχολούμενος, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (20%) έχει εργασθεί ως εργάτης και ως ιδιωτικός υπάλληλος αντίστοιχα. Τέλος, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη το ποσοστό (13,3%) των ατόμων που δεν έχουν εργασθεί ποτέ έως και σήμερα.

Τα εμπειρικά ευρήματα σχετικά με την ικανότητα των χρόνιων ψυχικά πασχόντων να εργαστούν χαρακτηρίζονται από ασυνέπεια, καθώς οι ορισμοί του εργασιακού αποτελέσματος είναι ετερογενείς. Παλαιότερες ανασκοπήσεις αναφέρουν ένα ποσοστό 20% με 30% πρώην ψυχιατρικών νοσηλευόμενων ικανών να εργαστούν με επάρκεια σε μία δεδομένη χρονική στιγμή (Anthony και συν., 1978).

Μεταγενέστερες ανασκοπήσεις πρότειναν ένα μικρότερο ποσοστό επιτυχούς απασχόλησης 10% - 15% (Anthony και συν., 1978; Anthony & Jansen, 1984). Οι Dion και Anthony (1987) εξετάζοντας πειραματικές και ημι-πειραματικές μελέτες, αναφέρουν ένα εκτενές εύρος επιτυχούς απασχόλησης (11% έως 60%) για χρόνιους ψυχικά πάσχοντες οι οποίοι όμως είχαν λάβει κάποιο είδος επαγγελματικής αποκαταστασιακής παρέμβασης. Τα αποτελέσματα για εκείνους που είχαν εμπλακεί σε παρεμβάσεις κατάρτισης εργασιακών δεξιοτήτων ήταν ευνοϊκότερα, συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν λάβει κάποια αντίστοιχη κατάρτιση. Υπάρχει ωστόσο ένα σημαντικό έλλειμμα εμπεριστατωμένης γνώσης σχετικά με τις ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και τους στόχους που φέρουν οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες στον επαγγελματικό τομέα. (Ζήση 2002, σ. 29)

Οι Anthony και Jansen σε μία ανασκόπηση της δεκαετίας του '80 των προγνωστικών μεταβλητών της επαγγελματικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά πασχόντων, αναφέρουν πως η ψυχιατρική συμπτωματολογία, η ψυχιατρική διάγνωση και οι δοκιμασίες νοημοσύνης και προσωπικότητας αποτελούν φτωχούς προγνωστικούς δείκτες του εργασιακού αποκαταστασιακού αποτελέσματος. Παρομοίως, η ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον (π.χ. κοινοτικό στεγαστικό περιβάλλον αποτελεί φτωχό προγνωστικό δείκτη της ικανότητας του ατόμου να λειτουργήσει σε ένα άλλο, διαφορετικό περιβάλλον (π.χ. εργασιακό περιβάλλον). Από την άλλη, οι μετρήσεις δεξιοτήτων εργασιακής προσαρμογής οι οποίες γίνονται σε προστατευόμενο επαγγελματικό εργαστήριο, το εργασιακό ιστορικό, η ικανότητα του πάσχοντα να λειτουργεί συνεργατικά με άλλα άτομα, και τέλος οι γραπτές δοκιμασίες εκτίμησης της αυτοεικόνας σε ρόλο εργαζομένου βρέθηκαν να έχουν υψηλή προγνωστική ισχύ (βλ. πεδία ψυχοκοινωνικών αποκαταστασιακών παρεμβάσεων σε ατομικό επίπεδο). (Ζήση 2002, σ. 53)

### 17.17 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ζ' ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης δεν προάγει σε ικανοποιητικό βαθμό την επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, αφού από το 40% μόνο το 8,3% των εξυπηρετούμενων έχει απορροφηθεί σε επιδοτούμενη εργασία, μόνο το 8,3% έχει βοηθηθεί από την Υ.Ε.Ε.Α. να βρει εργασία, το 83,4% κατάφερε να εργασθεί μόνο για μερικούς μήνες ή ημέρες, το 91,7% διέκοψε την εργασία του, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 41,7% ανέφερε ως βασική αιτία διακοπής της εργασίας του την υποτροπή.

Όλα τα παραπάνω μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης δεν έχει αναπτύξει τις απαραίτητες στρατηγικές, ώστε να επιφέρει αποτελέσματα στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαμε να προβούμε στα εξής συμπεράσματα:

- 1) Η απορρόφηση των εξυπηρετούμενων της Υ.Ε.Ε.Α. σε θέσεις εργασίας χαρακτηρίζεται μη ικανοποιητική. Το μεγαλύτερο ποσοστό (από το 40%) έχει απορροφηθεί στον ιδιωτικό τομέα, ενώ μόλις ένα πολύ μικρό ποσοστό έχει απορροφηθεί στον τομέα της προστατευμένης εργασίας.
- 2) Από τα παραπάνω αποτελέσματα διαφαίνεται ότι η Υ.Ε.Ε.Α. έχει βοηθήσει ένα πολύ μικρό ποσοστό, όσον αφορά την εύρεση εργασίας.
- 3) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων της Υ.Ε.Ε.Α., διαπιστώνουμε ότι δεν έχει «καταφέρει» να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα ( > ενός έτους ) στον οποιοδήποτε χώρο εργασίας.
- 4) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων (91.7%) διέκοψε την εργασία του.

5) Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων, ανέφερε ως κύρια αίτια διακοπής της εργασίας, την υποτροπή.

6) Τα επαγγελματικά πεδία των εξυπηρετούμενων πριν την ένταξη τους στο Κ.Ψ.Υ., επιβεβαιώνουν την ελλιπή και ασταθή επαγγελματική πορεία των ψυχικά πασχόντων.

### **17.18 ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ – ΕΠΙΛΗΘΕΥΣΗ Ή ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΕΡΤΑΣΙΑΣ**

Σε μία προσπάθεια επαλήθευσης ή απόρριψης των υποθέσεων εργασίας μας, θα μπορούσαμε να παραθέσουμε μια συνολική αποτίμηση των συμπερασμάτων, η οποία απαντά ταυτόχρονα στα αρχικά μας ερωτήματα.

1) Οι βασικές κοινωνικές - δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, η οικογενειακή κατάσταση, η εθνική καταγωγή, η κοινωνική τάξη (επάγγελμα, εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση) συμβάλουν στην έκλυση και στην εξέλιξη της σχιζοφρένειας, ενώ παράλληλα επηρεάζουν άμεσα το πάσχον άτομο στην ανάπτυξη μιας αυτόνομης και κοινωνικής ζωής.

2) Η αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό και η απόφαση για έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων δεν συνδέεται μόνο με τις αξίες και τις πεποιθήσεις του ίδιου του εξυπηρετούμενου αλλά και από άλλους παράγοντες διαφορετικής βαρύτητας, όπως οι προϋπάρχουσες εμπειρίες του εξυπηρετούμενου από ψυχιατρικές παρεμβάσεις, η ένταση των συμπτωμάτων, ο βαθμός ανοχής της οικογένειας καθώς και η συνειδητοποίηση από τον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένεια του. Επίσης, ο φόβος για κοινωνικό στιγματισμό και η ύπαρξη κοινωνικών στερεοτύπων αποτελούν αναμφισβήτητα ανασταλτικούς παράγοντες για την αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας.

Επίσης στο ερώτημα σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας δεν μπορούμε να δώσουμε ξεκάθαρες απαντήσεις καθώς δεν έχουν διαπιστωθεί τα πραγματικά αίτια εκδήλωσης της συγκεκριμένης νόσου. Σε αυτόν τον τομέα, θα μπορούσαμε να πούμε με κάθε επιφύλαξη ότι η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πιθανότατα να αποτελεί έναν συνδυασμό γενετικών και ψυχοκοινωνικών (περιβαλλοντικών) παραγόντων.

3) Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και συγκεκριμένα οι υπηρεσίες αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α., Ν.Η.) του Κ.Ψ.Υ., συμβάλουν ενεργά στη μείωση των υποτροπών και κατά συνέπεια μειώνουν τις πιθανότητες επανεισαγωγής σε κλειστές ψυχιατρικές κλινικές όπως και τον χρόνο παραμονής σε αυτές. Συνεπώς, η συμμετοχή σε μια

εξωνοσοκομειακή – ανοιχτή – κοινοτική υπηρεσία, μπορεί να βοηθήσει και να υποστηρίξει έναν χρόνιο ψυχικά ασθενή να σταθεροποιήσει την συμπτωματολογία του και να παραμείνει στα πλαίσια της κοινότητας.

4) Το Νοσοκομείου Ημέρας συμβάλει ενεργά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, αφού και οι ίδιοι αναγνωρίζουν, σε έναν ικανοποιητικό βαθμό, τη συμβολή του Ν.Η. ως προς τη βελτίωση της ζωής τους σε διάφορους κοινωνικούς και διαπροσωπικούς τομείς.

5) Η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης δεν προάγει σε ικανοποιητικό βαθμό την επαγγελματική εκπαίδευση των ψυχικά πασχόντων. Από αυτό προκύπτει και η γενική δυσaréσκεια που εκφράζουν οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι ως προς τις δυνατότητες που τους προσφέρονται μέσα από την επαγγελματική τους κατάρτιση.

6) Η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης δεν προάγει σε ικανοποιητικό βαθμό την επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, αφού από το 40% μόνο το 8,3% των εξυπηρετούμενων έχει απορροφηθεί σε επιδοτούμενη εργασία, μόνο το 8,3% έχει βοηθηθεί από την Υ.Ε.Ε.Α. να βρει εργασία, το 83,4% κατάφερε να εργασθεί μόνο για μερικούς μήνες ή ημέρες, το 91,7% διέκοψε την εργασία του, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 41,7% ανέφερε ως βασική αιτία διακοπής της εργασίας του την υποτροπή.

Συνεπώς, η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης δεν έχει αναπτύξει τις απαραίτητες στρατηγικές, ώστε να επιφέρει αποτελέσματα στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

### 17.19 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής ακολουθεί και τηρεί το υπάρχον μοντέλο Κοινωνικής πολιτικής ψυχικής υγείας και παροχής υπηρεσιών, προσπαθώντας με κάθε μέσο που διαθέτει να συμβάλει ενεργά στην πλήρη, όσο αυτό είναι δυνατό, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου που πάσχει από ψυχική νόσο.

Είναι γεγονός ότι τα εμπόδια και οι αντιστάσεις που συναντά η υπηρεσία στην εφαρμογή της Κοινωνικής Πολιτικής αναστέλλουν και πολλές φορές καθυστερούν το παρεμβατικό της ρόλο.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης (νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου) που συμβάλει ενεργά στην αποϊδρυματοποίηση – αποασυλοποίηση – γεγονός που προστάζει η σύγχρονη ψυχιατρική μεταρρύθμιση (βάση του προγράμματος Ψυχαργώς) – των ατόμων με ψυχικές διαταραχές με τελικό σκοπό τη συρρίκνωση και εξάλειψη των ψυχιατρικών ασύλων. Πιο συγκεκριμένα οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες αποκατάστασης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής παρέχουν τη δυνατότητα στον ψυχικά ασθενή να αποκατασταθεί και να επανενταχθεί στη κοινωνία.

Παρ' όλο την αξιόλογη προσπάθεια, υπάρχουν κάποια σημεία που πρέπει να σημειωθούν ως ανασταλτικοί παράγοντες στην εξέλιξη – ανάπτυξη της υπηρεσίας και τα οποία διαγράφουν τη μελλοντικούς πορεία που θα έπρεπε να ακολουθήσει το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Οι παρακάτω προτάσεις δεν αποτελούν σε καμία περίπτωση μια «επικριτική» αξιολόγηση της λειτουργίας των αποκαταστασιακών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής· αντιθέτως, αποτελεί μια συνθετική προσπάθεια επικεντρωμένη στην εξέλιξη, τις ανάγκες και την πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Συγκεκριμένα, θα μπορούσαμε να προτείνουμε κάποιες στρατηγικές βελτίωσης που ίσως να συμβάλουν στην ανάπτυξη και στην πιο αποτελεσματική λειτουργία των αποκαταστασιακών υπηρεσιών (Ν.Η., Υ.Ε.Ε.Α.) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής:

- Η εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος από κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό, στα πλαίσια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, θα μπορούσε να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν το

επίπεδο και την ποιότητα ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα, ειδικοί παιδαγωγοί θα μπορούσαν να βελτιώσουν το μορφωτικό επίπεδο των εξυπηρετούμενων, να τους ενεργοποιήσουν κοινωνικά και κατ' επέκταση να τους προετοιμάσουν ώστε να αναπτύξουν οι ίδιοι δραστηριότητες που στόχο θα έχουν τη αναβάθμιση του κοινωνικού – οικονομικού τους επιπέδου. Το ίδιο πρόγραμμα θα μπορούσε να εφαρμοστεί και στο οικογενειακό περιβάλλον των εξυπηρετούμενων.

- Η προσέλευση ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα θα αυξανόταν αν διεξαγόταν μια συντονισμένη προσπάθεια προβολής των υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής σε τοπικό επίπεδο. Η σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση του κοινού αυξάνει τις πιθανότητες πρόσβασης στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και ταυτόχρονα συμβάλει στην αποφυγή κοινωνικών στερεοτύπων, μειώνοντας έτσι το φόβο προσέγγισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών, των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικές δυσκολίες. Θα πρέπει λοιπόν να ξεκινήσουν εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης για θέματα ψυχικής υγείας. Ο κύριος στόχος τους θα είναι να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού το κοινό θα γνωρίζει περισσότερα για την συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, την διαδικασία ανάρρωσης και τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Για να μπορεί ο γενικός πληθυσμός, οι επαγγελματίες του χώρου, τα ΜΜΕ και οι πολιτικοί να ανταποκρίνονται σωστά στα θέματα ψυχικής υγείας, θα πρέπει να γνωρίζουν τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν και τα πλεονεκτήματά τους. Αυτό είναι ήδη προτεραιότητα σε μερικές χώρες και οργανισμούς, διεθνείς ή εθνικούς. Η ορθά σχεδιασμένη ενημέρωση μπορεί να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις, να αυξήσει τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να μειώσει το χάσμα μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας.
- Οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των αποκαταστασιακών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής



θα πρέπει να συμμετέχουν στην ανάπτυξη πολιτικών και στις αποφάσεις, στα προγράμματα και στις υπηρεσίες. Έτσι οι υπηρεσίες θα είναι καλύτερα προσαρμοσμένες και πιο φιλικές στις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ηλικία, το φύλο, την κουλτούρα και τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης κατά περίπτωση.

- Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των εξυπηρετούμενων των αποκαταστασιακών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, θα μπορούσε να ενισχυθεί από προγράμματα: 1) που προσεγγίζουν τον ψυχικά πάσχοντα με ένα τρόπο ολιστικό που αναγνωρίζει όχι μόνο τις ψυχιατρικές του μειονεξίες αλλά και τα θετικά του χαρακτηριστικά, τα οποία και αξιοποιεί ανάλογα, 2) που δεσμεύονται για τη βελτίωση του στεγαστικού, επαγγελματικού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού επιπέδου του κάθε ψυχικά πάσχοντα, 3) που οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες θα μπορούν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό αλλά και στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, 4) που αναγνωρίζουν τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών αποκατάστασης σε τεχνικές και τεχνογνωσίες απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, και 5) να ενισχυθεί από προγράμματα που έχουν κεντρικό τους άξονα την ανάρρωση των ψυχικά πασχόντων.
- Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης παρουσιάζει αδυναμία ως προς το έργο της. Για το λόγο αυτό, η Υ.Ε.Ε.Α., θα πρέπει να ενημερωθεί γύρω από προγράμματα και να τα υλοποιήσει ώστε αυτά να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας όσον αφορά την επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Πιο συγκεκριμένα, προτείνονται οι εξής ενέργειες: α) τα ήδη υπάρχοντα προστατευμένα εργαστήρια θα πρέπει να προσαρμοστούν με τις διαμορφωμένες ανάγκες των ασθενών και τις σύγχρονες επιταγές της αγοράς εργασίας, β) η κοινωνική υπηρεσία να

αναπτύξει δυναμικές στρατηγικές, έτσι ώστε, να μεταφέρει τους εξυπηρετούμενους, αφού θα έχει φροντίσει για την κατάλληλη εκπαίδευση τους, σε πραγματικές συνθήκες εργασίας υπό την επίβλεψη εξειδικευμένου προσωπικού όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο, γ) η κοινωνική υπηρεσία θα πρέπει να αναπτύξει δεσμούς με κοινωνικούς συνεταιρισμούς και κοινωνικές επιχειρήσεις όπου τα άτομα θα μπορούν να αποκτήσουν μια εργασιακή θέση με όρους μισθών και κοινωνικής κάλυψης. Σε αυτόν τον τομέα θεωρείται σημαντική η συνεργασία του Ο.Α.Ε.Δ. και άλλων επαγγελματικών υπηρεσιών, δ) τέλος η σωστή επαγγελματική εκπαίδευση των εξυπηρετούμενων μέσω τεχνικών ανάδειξης των δεξιοτήτων του κάθε εξυπηρετούμενου παίζει καθοριστικό ρόλο στην ικανότητα του ατόμου να «διατηρήσει» την εργασία του και να παράγει έργο στον εκάστοτε επαγγελματικό χώρο. Σε αυτόν τον τομέα η Υ.Ε.Ε.Α. θα πρέπει να ενισχυθεί από κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό (εργοθεραπευτές, εκπαιδευτές) ώστε η επαγγελματική κατάρτιση να προάγεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Αλεβίζος Β., " Δικαιώματα του ψυχικά ασθενούς", Ελευθεροτυπία, 25-01-2001
- 2) Αμπατζόγλου Γρ., "Νομικό πλαίσιο της ψυχιατρικής πράξης στη Γαλλία και την Ελλάδα.Ιστορική αναδρομή, προβλήματα, αντιφάσεις", Λειβαδίτης Μ. (επιμ), 1990 σελ. 59-67.
- 3) Αμπατζόγλου Γρ., Αποστολακέας Χρ.(επιμ.), "*Από την ψυχαναλυτική θεωρία στις ψυχιατρικές πρακτικές*", Θεσσαλονίκη, University Studio Press, τ. 2 1999.
- 4) Αναστασόπουλος Δ., Δελής Κ., Μπαιρακτάρης Κ., Σακελλαρόπουλος Π., "*Κριτική εξέταση και προτάσεις για την οργάνωση της ψυχικής υγιεινής στην Ελλάδα*", Lebonici S., Σακελλαρόπουλος Π.(επιμ.),1989,σ. 271-294.
- 5) Αναστασία Ζήση, *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων*, Αθήνα 2002, εκδ. Γιώργος Δαρδανός.
- 6) Ανδιώτη Δ., *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, Εξάντας, 1998.
- 7)Αντωνίου Α., Γκότσης Η., Χριστογιάννης Χρ., Δούρος Α., "*Εργασιακές σχέσεις και κόπωση στο χώρο της ψυχικής υγείας*", Τετράδια ψυχιατρικής, τ.79, 2002 σ.54-56.
- 8) Μετάφραση- Επιμέλεια Ισμήνη Αποστολή, *Ψυχιατρική Αποκατάσταση, Ένας Πρακτικός Οδηγός*, Αθήνα 1998, εκδ.Έλλην.
- 9) Αποστολή Ι.(επιμ), "*Ψυχιατρική αποκατάσταση*", Αθήνα, Έλλην, 1998.
- 10) Βαλσαμάκης Γ., "*Ψυχιατρική και κυρίαρχη ιδεολογία(σκέψεις από την ανασκόπηση ενός ελληνικού περιοδικού ψυχιατρικής της περιόδου 1906-1910)*", Σύγχρονα Θέματα, τ.19, 1983, σ.195-198.
- 11) Βενιζέλος Μ., "*Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*" Εμφύχωση, τ. 9, Σεπτέμβριος 2001.
- 12) Βλαχάκη Ε., "*Το κέντρο Ψυχικής Υγείας ως πρώτη εστία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Στην Ελλάδα και οι μεταμορφώσεις του μέσω των διαφορετικών πολιτικών επιλογών για την ψυχική υγεία*", Τετράδια ψυχιατρικής, τ.66, 1999.

- 13) Εισηγητής: Ν.Βγόντζας, «*Το νομικό πλαίσιο της Ψυχιατρικής άσκησης* » *Ακούσια νοσηλεία*, Ηράκλειο, 11 Οκτωβρίου 2004 (υλικό από μία ημερίδα που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστημιακό).
- 14) Γιαννίρη Ν., "*Ψυχική Υγεία άλματα στην αποασυλοποίηση*", *Ελευθεροτυπία*, 23-10-2002.
- 15) Γκιωνάκης Ν., "Η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: προβλήματα, δυνατότητες, προοπτικές", *Τετράδια ψυχιατρικής*, τ.66, 1999.
- 16) Δαμίγος Δ., Ευρίπου Ε, Βουτσά Γ., Λέκκα Μ., Γιωνάκης Ν., «*Πρόγραμμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών από το Κ.Θ.Λ - ξενώνας παραλίας Αυλίδας*», *Κοινωνική Εργασία*, τ.25, 1992.
- 17) Δαμίγος Δ., «*Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*», Αθήνα 2003, εκδ: Παπαζήση.
- 18) Δικαίας Μ, Γεωργακοπούλου Β., «*Κοινοτισμός ,ψυχιατρική αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη*», *Τετράδια ψυχιατρικής*, τ.66, 1999σ.85-89.
- 19) Α.Καλαντζή – Αζίσσι, Ν.Δέλγερης, *Θέματα Θεραπείας της Συμπεριφοράς*, Αθήνα 1992, εκδ. Ελληνικά γράμματα.
- 20) Καλλινικάκη Θεανώ, *Κοινωνική Εργασία*, Αθήνα 1998, εκδ: Ελληνικά Γράμματα.
- 21) Καραβάτος Θ., «*Η γέννηση της ψυχιατρικής και του ασύλου*», *Πολίτης* , τ.1987, σ.52-55.
- 22) Κοκκινάκος Γ., «*Το Μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης*», *Τετράδια ψυχιατρικής* τ.66, 200, σελ.79-84.
- 23) Λιάκος Ά., «*Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*», στο Lempiere T., Feline A.et al, 1995, τ.79, 2002, σ.57-61.
- 24) Λιοδάκης Α., «*Εμπειρίες αποϊδρυματισμού στο Θ.Ψ.Π.Χ*», στο Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης, 1993, σ.30-45.
- 25) Μάνος Ν., *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη 1997, University studio press.

- 26) Μεγαλοοικονόμου Θ., «*Η ψυχική υγεία στο δρόμο της ιδιωτικοποίησης*», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.64, 1999<sup>α</sup>, σ.93-96.
- 27) Μεγαλοοικονόμου Θ., «*Ψυχιατρική μεταρρύθμιση ή διαχειριστικός εκσυγχρονισμός;*», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.66., 1999β, σ.22-35.
- 28) Μιχάλης Γ. Μαδιανός, *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση – Από το Άσυλο στην Κοινότητα*, Αθήνα 1994, εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- 29) Μιχάλης Γ. Μαδιανός, *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*, Τόμος Β΄, *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα 1989, εκδ. Καστανιώτη.
- 30) Μιχάλης Γ. Μαδιανός, *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Αθήνα 2000, εκδ. Καστανιώτη.
- 31) Μιχάλης Γ. Μαδιανός, *Κοινωνία και ψυχική Υγεία – Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Α΄ Τόμος, Αθήνα 1989, εκδ: Καστανιώτη.
- 32) Μαδιανός Μ., *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της*, Αθήνα 1994, εκδ.Ελληνικά γράμματα.
- 33) Μαδιανός Μ., «*Οι διαστάσεις των ψυχικών διαταραχών και η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα*», Σύγχρονα Θέματα, τ.19, 1983<sup>α</sup>, σ.30-45.
- 34) Μαδιανός Μ., «*Η χαμένη ευκαιρία για μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.64., 1999, σ.21-38.
- 35) Μαδιανός Μ., «*Κοινοτική ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*», Αθήνα, Καστανιώτη, 1998.
- 36) Μαδιανός Μιχάλης Γ., *Κλινική Ψυχιατρική*, Αθήνα 2003, εκδ:Καστανιώτη.
- 37)Μαδιανός Μιχάλης, *Κοινοτική Ψυχιατρική Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα 2000, εκδ: Καστανιώτη.
- 38) Μπίτσιος Π., Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, xx.
- 39) Παπαγεωργίου Ευάγγελος, *Ψυχιατρική*, Αθήνα 2002, εκδ:Γραφικές Τέχνες Χ. Και Σ. Ζαχαροπούλου- Δ. Σιταράς Ο.Ε. .
- 40) Γιάννη Παπαδάτος – Αριάννα Στογιαννίδου, *Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή – Η Εναλλακτική Πρόταση στην Παραδοσιακή Ψυχιατρική*, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- 41) Παπαδάτου Γ., Στογιαννίδου Α., *Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα 1988, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

- 42) Παπαδάτος Γ., «Η ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής, στη Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση», Αθήνα 1987, εκδ: Ειρήνη.
- 43) Επιμέλεια: Γ. Παπαδάτου, *Ψυχική Υγεία και τοπική Αυτοδιοίκηση*, Αθήνα 1987, εκδ: Ειρήνη.
- 44) S.Lebonici – Π. Σακελλαρόπουλος, *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής*, Αθήνα 1984, εκδ. Καστανιώτη.
- 45) Στεγαστικές Δομές Αποασυλοποίησης Στην Κρήτη: Ανάλυση παρούσας Κατάστασης και Προοπτική, Χανιά Κρήτης, Μάιος 2003, (ενημερωτικό υλικό που έχει εκδοθεί με πρωτοβουλία του Ε.Σ.Υ).
- 46) Στεφανής, Κ.- Σολδάτος, Κ.- Μαυρέας, Β., *Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς*, Αθήνα 1993, Εκδ: Βήτα.
- 47) Στεφανής και συνεργάτες, *Θέματα Ψυχιατρικής*, Αθήνα 1990, εκδ: Συμμετρία.
- 48) Στυλιανίδης Σ., «Εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ή άλλη μια εκσυγχρονισμένη μπλόφα», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.64, 1999β, σ.8892.
- 49) Στυλιανίδης Σ., «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: προς αναζήτηση μιας ταυτότητας», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.64, 1999<sup>α</sup>, σ.13-20.
- 50) Χατζηδάκη Ρ., «Ψυχιατρική ‘περίθαλψη’ και ‘ψυχιατρική’ μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: το έγκλημα με την φορεσιά της αθωότητας», Σύγχρονα Θέματα, τ.19, 1983, σ.61-70.
- 51) Χριστοδούλου, Γ. – Αλεβίζος, Β. – Μαυρέας, Β., *Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα*, Αθήνα 1999, Εκδ: Βήτα.
- 52) Χριστοδούλου Γ.Ν., Αλεβίζος Β., Μαυρέας Β.(επιμ.&μτφρ.), *‘Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια Φροντίδα .Οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση’*, (ICD10,κεφ.V), Αθήνα, Βήτα, 1999.
- 53) Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας «Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» .Ελληνική έκδ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004
- 54) Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας «Πολιτική, Σχέδια δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας» .Ελληνική έκδ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004

55) Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας «*Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*».Ελληνική έκδ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004

56) <http://www.msu.gr>

### **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) Blue, A. "*Η Δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*", μτφρ. Λογοθέτη Κ, Αθήνα, Εξάντας,1999.
- 2) Cooper D,"*Ψυχιατρική και αντιψυχιατρική* ", Αθήνα, Ράππας, 1975.
- 3) Foucault M,"*Η ιστορία της τρέλας* ", μτφρ. Αμπατζόγλου Φρ,Αθήνα, Ηριδανός, 1975.
- 4) Foucault M,"*Ψυχική αρρώστια και ψυχολογία*", μτφρ. Γιατζόγλου Τ.,Αθήνα, Ελεύθερος Τύπος 1988.
- 5) Gentriss R,"*Πίσω από τα τείχη του ασύλου*'' , μτφρ. Γαϊτάνι Τ., Αθήνα, Δίοδος, 1983.
- 6) Goffman E., '*Τα άσυλα*'' , Αθήνα, Ευρύαλος,1994.
- 7) Koning A. de, "*Φαινομενολογία, στο Ελευθερία και σύμπτωμα. Μελέτες για μια φαινομενολογική προσέγγιση στην ψυχιατρική και στην ψυχολογία* ", 1994.
- 8) Lebonici S., "*Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής*", Αθήνα, Καστανιώτης, τόμος 1, 1989.
- 9) Lebonici S.,"*Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής*", Αθήνα, Καστανιώτης, τόμος 2, 1990.
- 10) Lempieri T., Feline A. et al., "*Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων*", Αθήνα, Παπαζήσης, τόμος 1,2, 1995.
- 11) Mounir Y.Ekdawi, Alison M.Conning, Jo Campling, Μετάφραση – επιμέλεια: Ισμήνη Αποστολή, *Ψυχιατρική Αποκατάσταση / ένας πρακτικός οδηγός*, 1998, εκδ. 'έλλην'.

12) Sass L.,A., *“Το βλέμμα που διακρίνει την αλήθεια”*: Μια χαιντερεγγεριανή ερμηνεία ενός σχιζοφρενικού κόσμου" στο Ελευθερία και σύμπτωμα.Μελέτες για μια φαινομενολογική προσέγγιση στην ψυχιατρική και την ψυχολογία.

13) *«Οδηγίες και υποστήριξη για τα άτομα με σχιζοφρένεια, ανακαλύψτε το δρόμο προς τα εμπρός»*, published by Bristol – Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd, 2004.

14) World of Health Organization, 1978.

15) World of Health Organization, 1987.



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **I. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

#### **1.Τίτλος**

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Ηρακλείου), ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Καταγραφή και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής πορείας ατόμων με σχιζοφρένεια, από το 1986 έως σήμερα.

**Υπεύθυνος Καθηγητής :** κ. Τζανάκης Εμμανουήλ

**Ονοματεπώνυμο Σπουδαστών :** Δασκαλοπούλου Ολυμπία

Επιτροπάκη Αικατερίνη

Φιλιππίδη Αναστασία.

**Τομέας Μαθημάτων :** Πρόληψη & Φροντίδα Για Την Οικογένεια, Τοπική Ανάπτυξη.

**2.Ο Βασικός Προβληματισμός,** που οδήγησε στην επιλογή του θέματος, είναι ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, αποτελεί μια αλλαγή στη φιλοσοφία και στην πρακτική της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών, με αποτέλεσμα την προσπάθεια βαθμιαίας μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα. Σήμερα συνειδητοποιείται ότι η διαδικασία της μεταρρύθμισης είναι μία πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία που μπορεί να γίνει μόνο σε βαθμιαία συρρίκνωση της νοσηλείας στο άσυλο, διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, σωστή κατανομή των πόρων, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας, ώστε να αποδεχθεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις και οι ανησυχίες που προέρχονται από τις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια.

Μια από τις βασικές προϋποθέσεις για την πετυχημένη αποϊδρυματοποίηση των χρόνια ψυχικά ασθενών είναι η εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης μέσα στην Κοινότητα. Η δημιουργία πλέγματος κοινοτικών υπηρεσιών όπως οι Μονάδες Κοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης, τα Νοσοκομεία Ημέρας, οι Συμβουλευτικές Υπηρεσίες και γενικότερα όλες οι υπηρεσίες ανοιχτής περίθαλψης, βασίζονται σε μια ουσιαστική προϋπόθεση: ότι οι ασθενείς περνούν το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Στα πλαίσια της εργαστηριακής μας άσκησης, κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης μας στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, επισκεφθήκαμε διάφορα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ψυχικής Υγείας και ενημερωθήκαμε γύρω από την πολιτική που ακολουθούν οι Υπηρεσίες Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Το πέρασμα από την κλειστή μορφή περίθαλψης σε μια ανοιχτή – κοινοτική περίθαλψη με ψυχοκοινωνικό χαρακτήρα, αποτελεί το κεντρικό άξονα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και κατ' επέκταση των ανοιχτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το γεγονός, ότι το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους φορείς εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, που προάγει την ψυχική υγεία μέσα στα πλαίσια της κοινότητας και παρέχει την δυνατότητα στον ψυχικά ασθενή να αποκατασταθεί και να επανενταχθεί στην κοινωνία, μας ώθησε να το επιλέξουμε ως πεδίο έρευνας. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι καθιερωμένος θεσμός μέσα από τον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στοχεύει στην έγκαιρη επισήμανση και άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη), στην διατήρηση της λειτουργικότητας ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στην κοινότητα και η αποδοχή του από αυτή (τριτοβάθμια πρόληψη), και τέλος εφαρμόζει όλα εκείνα τα προγράμματα που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής (πρωτοβάθμια πρόληψη) .

Όλα τα παραπάνω, καθιστούν το πεδίο έρευνας «ικανό», να μας παράσχει όλες εκείνες τις πληροφορίες, που θα μας βοηθήσουν να μελετήσουμε το κατά πόσο ένα Κέντρο Ανοιχτής Περίθαλψης, όπως το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, γίνεται φορέας κοινωνικής αλλαγής και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Αυτό θα συμβεί, δουλεύοντας πάνω σε δυο διαφορετικά αλληλοεξαρτώμενα επίπεδα, που θα εμπεριέχουν τη θεωρία και την έρευνα. Σε ένα θεωρητικό επίπεδο, θα μελετήσουμε

και θα παρουσιάσουμε τη δομή, τη λειτουργία, τις υπηρεσίες και τα προγράμματα Κοινωνικής Επανάταξης του Κέντρου, με απώτερο σκοπό να αξιολογήσουμε τη συμβολή αυτού, πάνω στην εφαρμογή και στην αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Σε ένα ερευνητικό επίπεδο, θα εντοπίσουμε και στη συνέχεια θα μελετήσουμε ένα δείγμα εξυπηρετούμενων του Κέντρου, με ψυχωτική διαταραχή, από το 1986 έως το 1990, με σκοπό να καταγράψουμε την συνολική τους ψυχοκοινωνική πορεία. Εν συνεχεία, θα ολοκληρώσουμε την έρευνα, μελετώντας ένα άλλο δείγμα, από το 2000 – 2004, το οποίο θα μας δώσει τη δυνατότητα να καταγράψουμε και να συγκρίνουμε τις διαφορές από τότε (1986) έως σήμερα (2004). Η έρευνα μας, θα ολοκληρωθεί με την καταγραφή και ταξινόμηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών που θα προκύψουν από την μελέτη και αξιολόγηση των προεπιλεγμένων δειγμάτων. Η έρευνα μας, σε σύνδεση πάντα με το θεωρητικό κομμάτι της εργασίας, θα μας προσφέρει τη συνολική πορεία και το ποσοστό ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ενός δείγματός ψυχωσικών, δηλαδή θα μας προσφέρει μια πλήρη εικόνα σε σχέση με το πέρασμα των ατόμων αυτών από την κλειστή - ιδρυματική περίθαλψη στην ανοιχτή - εξωϊδρυματική - κοινοτική φροντίδα. Με την έρευνα αυτή, θα είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε, σε ένα βαθμό, τη μετάβαση από την Ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην Κοινότητα.

**3. Αναφορά σε συναφείς έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το τμήμα. Εάν έχει πραγματοποιηθεί άλλη εργασία στο παρελθόν με ανάλογο θέμα, εξηγήστε ποια καινούργια γνώση θα προστεθεί με την προτεινόμενη εργασία.**

Οι πτυχιακές εργασίες που έχουν πραγματοποιηθεί από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στο παρελθόν είναι οι εξής:

- A) Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση των χρόνια ψυχικά ασθενών στο Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων και ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.
- B) Διερεύνηση και συχνότητας εφαρμογής της οικογενειακής θεραπείας σύμφωνα με τις απόψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας και ποιες διαφορετικές προσεγγίσεις εφαρμόζουν σε αυτές.

Γ) Οι απόψεις των εργοδοτών του Νομού Ηρακλείου απέναντι στους εν δυνάμει εργαζόμενους με ψυχική διαταραχή.

Δ) Η κοινωνική εργασία στην κοινωνική επανένταξη των ψυχωσικών σε πλαίσια ψυχικής υγείας.

Ε) Σχιζοφρένεια. Ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στην οικογένεια.

Στ) Θρησκεία και ψυχική υγεία. Η στάση των ψυχικά ασθενών απέναντι στην εκκλησία.

Ζ) Η μελέτη της οικογενειακής επιβάρυνσης ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα.

Η εργασία μας θα εστιαστεί στην συμβολή της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και συγκεκριμένα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, στην προσπάθεια εγκαθίδρυσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσω των ανοιχτών δομών παροχής εξωϊδρυματικής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, θα μελετήσουμε τις αλλαγές, που επέφερε το Κέντρο γύρω από την ψυχική ασθένεια και την θεραπευτική αντιμετώπιση της, τα προγράμματα επανένταξης – επαγγελματικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που εφαρμόζονται στα πλαίσια του Κέντρου, όπως επίσης και τις μεταβολές που επέφερε στον τρόπο ζωής των ψυχικά ασθενών μέσω της μεταβίβασης τους από το άσυλο στην κοινότητα.

Η εργασία που προτείνουμε διαφέρει από τις προηγούμενες. Καταρχήν, η έρευνα θα εστιάσει την προσοχή της σε ένα δείγμα ατόμων με σχιζοφρένεια από την αρχή της ίδρυσης του Κέντρου (1986) έως σήμερα, με απώτερο σκοπό να αξιολογηθεί η πορεία τους μέσα στο χρόνο σε συνάρτηση με την αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Η διαδικασία της αποκατάστασης αποτελεί μία αλυσίδα σταδίων, τα οποία στο σύνολο τους εκφράζουν τη μετάβαση του ασθενούς από ένα ολοκληρωτικά προστατευόμενο περιβάλλον (κλειστό ψυχιατρικό ίδρυμα), στην ανεξάρτητη διαμονή και λειτουργία στην κοινότητα. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής απασχολεί ήδη αποϊδρυματοποιημένους ασθενείς και χρησιμεύει ως ενδιάμεσος σταθμός μεταξύ κλειστού ψυχιατρικού ιδρύματος και ελεύθερης αγοράς.

Μέσα από τη μελέτη του συγκεκριμένου δείγματος, θα μπορέσουμε να μελετήσουμε το ποσοστό επιτυχίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, ως φορέα κοινωνικής αλλαγής και το ποσοστό εκπαίδευσης των χρόνιων ψυχωσικών στις αναγκαίες κοινωνικές δεξιότητες για μια ικανοποιητική ποιότητα αυτόνομης ζωής στα πλαίσια της κοινότητας.

Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσουμε να επιδείξουμε, σύμφωνα πάντα με ερευνητικά στοιχεία, κατά πόσο έχει συμβάλει ή όχι η ανοιχτή κοινοτική φροντίδα στην προσαρμογή των ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινότητα, στην μείωση των συμπτωμάτων και των υποτροπών, και γενικότερα στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής τους κατάστασης, σε σύγκριση πάντα με τις παλιές δομές της ασυλιακής περίθαλψης.

**4. Σκοπός της μελέτης είναι:** α) η μελέτη και η θεωρητική ανάπτυξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσα από μία διαδικασία κοινωνικής αλλαγής, από τον έναν προσανατολισμό της μέριμνας του ασθενούς στον άλλον, κυρίως από την μέριμνα που βασίζεται σε Ψυχιατρικά Ιδρύματα στη μέριμνα εντός της κοινότητας (ποιοι ήταν οι παράγοντες που οδήγησαν στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, και πως προέκυψε η ανάγκη τροποποίησης της μορφής περίθαλψης των χρόνια ψυχικά ασθενών, πως επηρεάζει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση τη ζωή όχι μόνο των ατόμων που πρέπει να κινούνται έξω από το νοσοκομείο αλλά και εκείνων που ποτέ δεν έζησαν σε ψυχιατρικό άσυλο και των οποίων η ζωή μορφοποιείται από τα νέα είδη παροχής υπηρεσιών, μέσω ποιων υπηρεσιών – κέντρων ανοιχτής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, εφαρμόζεται η κοινοτική ψυχική υγιεινή, β) το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Ηρακλείου), ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης σε χρόνια ψυχικά ασθενείς, παρουσίαση των υπηρεσιών και των προγραμμάτων αποκατάστασης που εφαρμόζονται, γ) να μελετηθεί και να αξιολογηθεί η συμβολή του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και των προγραμμάτων που αυτό εφαρμόζει στα πλαίσια πάντα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δ) να μελετηθεί και να καταγραφεί η ψυχοκοινωνική πορεία ενός δείγματος ατόμων με ψυχωτική διαταραχή από το 1986 έως το 1990, και ενός άλλου δείγματος από το 2000 – 2004, ε) να γίνει σύγκριση των δυο δειγμάτων, προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές ανάμεσα στις δυο χρονικές περιόδους, στ) καταγραφή και ταξινόμηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών που θα προκύψουν από την μελέτη και αξιολόγηση των δειγμάτων των δυο χρονικών περιόδων, ζ) να αξιολογηθεί το ποσοστό επιτυχίας ή αποτυχίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής σύμφωνα με τις επιταγές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης – και κατά πόσο συμβάλει στην επανένταξη και κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

## **5. Διάγραμμα θεωρητικού μέρους .**

Το θεωρητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας θα περιλαμβάνει τις παρακάτω ενότητες:

- 1) Η μελέτη και η θεωρητική ανάπτυξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης
- 2) Ιστορική εξέλιξη της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής.
- 3) Ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα.
- 4) Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (στάδια ανάπτυξης, λειτουργία και αρχές, στόχοι – σκοποί, διοίκηση, προσωπικό, σύνδεση του Κέντρου με άλλους φορείς).
- 5) Οι κύριες υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.
- 6) Προγράμματα κοινωνικής επανένταξης – επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης.
- 7) Απόψεις του προσωπικού πάνω στην λειτουργία και στο επίπεδο ανάπτυξης του Κέντρου
- 8) Προβληματισμός πάνω στην εξέλιξη και τις ανάγκες ανάπτυξης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής – Συμβολή του Κέντρου όσον αφορά την εγκαθίδρυση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.
- 9) Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων.
- 10) Προτάσεις – προβληματισμοί.

## **6. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων.**

- Η πολιτική του Κέντρου προάγει τη φροντίδα σε κοινοτική δράση;
- Οι υπηρεσίες που παρέχει είναι ολοκληρωμένες και ενσωματωμένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη;
- Η πολιτική του ενθαρρύνει συνεργασίες μεταξύ ατόμων, οικογενειών και εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας;
- Η πολιτική που εφαρμόζει ενδυναμώνει τα άτομα, τις οικογένειες και την Κοινότητα;
- Η πολιτική του δημιουργεί ένα σύστημα που σέβεται, προστατεύει και εφαρμόζει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές;

- Εφαρμόζονται όσο το δυνατό ευρύτερα παρεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα;
- Υπάρχει αριθμητικά και ποιοτικά επαρκές προσωπικό στο Κέντρο ώστε να εφαρμοστεί η πολιτική που αυτό διαγράφει;
- Υπάρχει ισοτιμία μεταξύ του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και των άλλων υπηρεσιών για την ψυχική υγεία;
- Η πολιτική του Κέντρου θέτει ως απαίτηση το συνεχή έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών αυτού;
- Η πολιτική του δημιουργεί ένα σύστημα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες όσων δεν προσεγγίζουν εύκολα τις υπηρεσίες του Κέντρου και που είναι πιο ευπαθής ομάδα;
- Δίδεται έμφαση σε στρατηγικές πρόληψης και ενημέρωσης;
- Η πολιτική του ενθαρρύνει διατομεακούς δεσμούς μεταξύ της ψυχικής υγείας και των άλλων τομέων;
- Η θεραπευτική κατεύθυνση που ακολουθούσε το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην αρχή της λειτουργίας του, διαφοροποιείται με αυτή που αναπτύσσεται τώρα;
- Η διαγνωστική εκτίμηση ακολουθεί την ίδια κατεύθυνση με παλαιότερα;
- Τα προγράμματα επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης ακολουθούν την ίδια κατεύθυνση με παλαιότερα;
- Η πορεία των εξυπηρετούμενων αντιπροσωπεύει τους στόχους του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και κατ' επέκταση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης;

## **7. Μεθοδολογία έρευνας. Πεδίο μελέτης, επιλογή δείγματος, τεχνικές συλλογής στοιχείων, μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων.**

Για την διεξαγωγή και την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα χρησιμοποιηθούν οι εξής μέθοδοι έρευνας:

**1) Δομημένη συνέντευξη** με αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων με σχιζοφρένεια ή και με μέλη των οικογενειών τους, εφόσον κριθεί απαραίτητο, για την αναζήτηση στοιχείων που αφορούν τον άξονα των κοινωνικών – οικογενειακών – διαπροσωπικών σχέσεων, που παραθέτουμε παρακάτω. Η συγκεκριμένη

μέθοδος, προσπαθεί να ελέγξει τη συνέντευξη και να «καθοδηγήσει» τον ερωτώμενο να απαντήσει σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα (ερωτηματολόγιο) της έρευνας που είναι σταθερό, παρέχοντας του ταυτόχρονα τη δυνατότητα να εκφράσει τις απόψεις του ελεύθερα και να τις αναπτύξει όπως εκείνος επιθυμεί. Θα πρέπει λοιπόν 1) να βασιστούμε στη χρήση ερωτηματολογίου, 2) να θέτουμε τις ερωτήσεις με τον ίδιο τρόπο, έτσι ώστε οι όποιες διαφορές ανάμεσα στις απαντήσεις να θεωρούνται σαν πραγματικές διαφορές και όχι σαν αποτέλεσμα της έρευνας αυτής καθαυτής, 3) να συγκρίνουμε τις απαντήσεις, 4) να βασιζόμαστε σε μία σταθερή δομή, 5) να χρησιμοποιήσουμε ένα συγκεκριμένο αριθμό ατόμων, ώστε να είναι αντιπροσωπευτικοί του πληθυσμού, για τους σκοπούς της γενίκευσης, 6) να προσεγγίσουμε την ομάδα - στόχος με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνουμε αποδεχτοί, 7) να αφήσουμε λίγο χώρο στο άτομο να εκφράσει τις προσωπικές του απόψεις με επιλογή του δικού του τρόπου, οι οποίες θα πρέπει να συμμορφωθούν σε κατηγορίες που θα έχουν προκαθοριστεί.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα στοιχεία που θα προκύψουν, θα αναλυθούν και θα επεξεργαστούν με τη βοήθεια μαθηματικών και στατιστικών μεθόδων και θα ακολουθηθεί η διαδικασία της ποσοτικής ανάλυσης.

### **Οι άξονες που θα κινηθούμε στην δομημένη συνέντευξη είναι οι εξής:**

**Α. Δημογραφικά στοιχεία:** η αναζήτηση και η επεξεργασία αυτών, θα απευθύνεται σε ολόκληρο το δείγμα του ερευνητικού τμήματος της πτυχιακής μας εργασίας, από τη στιγμή που τα στοιχεία αυτά, μπορεί να μας τα παραθέσει ο ίδιος ο ασθενής ή η οικογένεια του με ταυτόχρονη διασταύρωση των υπαρχόντων αρχείων. Οι οικογένειες θα εμπλακούν μόνο σε περιπτώσεις στις οποίες, ο ερωτώμενος λόγω μειωμένης μνήμης προκαλούμενη από την ψυχική του ασθένεια αδυνατεί να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (να σημειωθεί ότι λόγω της συμμετοχής μας στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής μέσω της πρακτικής μας άσκησης, έχει ήδη εδραιωθεί μια σχέση συνεργασίας με τις περισσότερες οικογένειες των εξυπηρετούμενων, που θα μας επιτρέψει να προβούμε στις παραπάνω ενέργειες για την διεξαγωγή της έρευνας και τη διασφάλιση της αξιοπιστίας της).



- προσωπικά στοιχεία ερωτώμενου (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο κ.ά.).
- ιατρικό ιστορικό
- νοσηλευτική και μετανοσηλευτική πορεία των ερωτώμενων
- οικογενειακή κατάσταση (διαζύγιο, παιδιά, κ.ά.)
- επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση
- οικονομικό – πολιτιστικό επίπεδο της οικογένειας

**Β. Διερεύνηση κοινωνικών – οικογενειακών – διαπροσωπικών σχέσεων:** η διερεύνηση των παραπάνω σχέσεων θα πραγματοποιηθεί, εφόσον και μόνο το επιτρέπει η κατάσταση του ίδιου του ασθενούς. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο θα παίζει και η συνεργασία της ίδιας της οικογένειας. Σε περίπτωση, που έχουμε πρόσβαση στο οικογενειακό περιβάλλον, η στάση μας θα είναι διακριτική και οι προθέσεις μας θα διακρίνονται από απόλυτη ευαισθητοποίηση πάνω στο θέμα της ψυχικής ασθένειας και της οικογενειακής επιβάρυνσης.

- ενδοοικογενειακές σχέσεις
- κοινωνικές – εξωοικογενειακές σχέσεις
- στάση της οικογένειας και του συγγενικού περίγυρου του ερωτώμενου
- ενδιαφέροντα και αντικείμενα ενασχόλησης τον ελεύθερο χρόνο του

**Γ. Συμμετοχική παρατήρηση** στο χώρο του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής – Συλλογή στοιχείων μέσω της εμπλοκής μας στο κοινωνικό περιβάλλον του πεδίου μελέτης (Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής) που έχει επιλεγεί. Η εμπλοκή στο πεδίο της έρευνας, μας επιτρέπει να ακούμε, να βλέπουμε και να έχουμε εμπειρία από την πραγματικότητα των συμμετεχόντων. Θα περάσουμε ένα μεγάλο μέρος του χρόνου στο πεδίο της έρευνας, μαθαίνοντας χρήσιμες πληροφορίες, τόσο για την λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής όσο και για την καθημερινή ζωή των ίδιων των εξυπηρετούμενων. Η συστηματική παρατήρηση και καταγραφή γεγονότων, συμπεριφορών και καταστάσεων σε ένα κοινωνικό χώρο που έχει επιλεγεί για μελέτη, θα μας δώσει τη δυνατότητα να αποκτήσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα γύρω από τη δομή και τη λειτουργικότητα του συγκεκριμένου πλαισίου. Θα μας δοθεί επιπλέον η δυνατότητα να ελέγξουμε τον βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας των

στοιχείων, που θα χρησιμοποιήσουμε για την διεξαγωγή της έρευνας μας, ενώ παράλληλα θα γίνει κατανοητός ο τρόπος αρχειοθέτησης και σύνταξης αυτών. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι μέλος της ομάδας (της πτυχιακής εργασίας), έχει πραγματοποιήσει τα εργαστήρια του έκτου και του εβδόμου εξαμήνου στα πλαίσια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και ότι την συγκεκριμένη χρονική περίοδο πραγματοποιεί την πρακτική του άσκηση στο ίδιο πλαίσιο. Το γεγονός αυτό, θα μας επιτρέψει να προσεγγίσουμε με ευκολία το προσωπικό του Κέντρου και να αντλήσουμε τις απαραίτητες πληροφορίες που θα συμβάλουν στην διεξαγωγή και ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

#### **8. Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης, ενέργειες για άρση δυσκολιών.**

**Πιθανές δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουμε είναι:**

- Πιθανή επιφυλακτική στάση από το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, γεγονός που θα μας δυσκολέψει να αντλήσουμε τις απαραίτητες πληροφορίες.
- Αντικειμενικότητα των απόψεων του προσωπικού, όσον αφορά θέματα γύρω από τη λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.
- Οι επαγγελματικές σχέσεις μεταξύ του προσωπικού κατά πόσο θα επηρεάσουν και θα δυσκολέψουν το έργο μας.
- Η επίδραση εξωτερικών παραγόντων (οικογενειακό περιβάλλον, διαθεσιμότητα και συνεργασία εξυπηρετούμενων όσον αφορά την απόσπαση πληροφοριών), οι οποίοι θα δυσκολέψουν την διεξαγωγή του ερευνητικού μέρους της εργασίας.
- Η αντίσταση και η αρνητική στάση του προσωπικού απέναντι σε αντίθετες απόψεις.
- Η δυνατότητα πρόσβασης στα αρχεία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και στους φακέλους των εξυπηρετούμενων.

### **Ενέργειες για άρση δυσκολιών:**

- Επαγγελματική στάση και προσέγγιση προς τους επαγγελματίες του πλαισίου.
- Επαγγελματική δράση και ενέργειες που προστάζει ο κώδικας δεοντολογίας της κοινωνικής εργασίας.
- Εφαρμογή επίσημων και προσχεδιασμένων ενεργειών.
- Προσεχτική μελέτη διεξαγωγής συνεντεύξεων, προσεχτικός σχεδιασμός ερωτηματολογίων δίνοντας έμφαση σε θέματα που αφορούν α)το απόρρητο της σχέσης μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και εξυπηρετούμενου και β)τις ανάγκες της ιδιαίτερης ζωής των ατόμων με ψυχικές ασθένειες.
- Θα πρέπει να σημειωθεί ότι έχει γίνει συνεννόηση για την πρόσβαση στα αρχεία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Έχει ήδη κατατεθεί αίτηση και η πρώτη απάντηση είναι θετική. Με την έγκριση της Πτυχιακής θα γίνει η τελική αίτηση.

### **9. Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν.**

- Η εισβολή στην ιδιωτική σφαίρα μπορεί να δημιουργήσει συναισθήματα καχυποψίας και στάση επιφυλακτικότητας - ως ερευνητές θα πρέπει να διατηρήσουμε την ανωνυμία των συνεντευξιαζόμενων και να δημιουργήσουμε ένα κλίμα εμπιστοσύνης και εχεμύθειας.
- Θα πρέπει να διατηρήσουμε αντικειμενική στάση καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της εργασίας. Δεν θα πρέπει να απορρίπτουμε και να αποκλείουμε καμία άποψη που έρχεται σε αντίθεση με τα δικά μας πιστεύω ή να υποστηρίζουμε απόψεις με τις οποίες ίσως συμφωνούμε.
- Η επιφυλακτική στάση και η καχυποψία του οικογενειακού περιβάλλοντος των ψυχικά ασθενών αλλά και των ίδιων, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ως αναμενόμενο αποτέλεσμα της δικής μας προσέγγισης στο οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Η αρνητική και η απορριπτική στάση ορισμένων ψυχικά ασθενών θα πρέπει να γίνει σεβαστή και αποδεκτή, από τη στιγμή που έχουμε εξαντλήσει όλες τις προσπάθειες προσέγγισης του.
- Η έρευνα μας θα πρέπει να σέβεται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και να μην εκθέτει προσωπικά στοιχεία χωρίς τη δική τους συναίνεση.

- Προσωπική εμπλοκή – η στάση μας θα πρέπει να είναι καθαρά επαγγελματική σε σημείο που να μην επιτρέπει συναισθηματικές μεταβιβάσεις στα πλαίσια της σχέσης του συνεντευκτή και του συνεντευζιάζόμενου.
- Πολιτισμική ευρύτητα – προκαταλήψεις. Θα πρέπει να διατηρούμε αντικειμενική στάση απέναντι στους εξυπηρετούμενους με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα.

#### **10. Χρονοδιάγραμμα.**

- Δημιουργία μεθοδολογικών εργαλείων ( 2 εβδομάδες ) .
  - Βιβλιογραφική ενημέρωση ( 2 εβδομάδες ) .
  - Καταγραφή του θεωρητικού μέρους της εργασίας ( 5 εβδομάδες ) .
  - Επαφή με το πεδίο μελέτης. Γνωριμία με το προσωπικό, μελέτη φακέλων και έναρξη συνεντεύξεων με τους εξυπηρετούμενους της δικής μας επιλογής ( 5 εβδομάδες ) .
  - Ανάλυση συνεντεύξεων, αξιολόγηση δεδομένων, καταγραφή παρατηρήσεων, διατύπωση τελικών υποθέσεων εργασίας ( 6 εβδομάδες ) .
  - Συγγραφή των αποτελεσμάτων της έρευνας ( 4 εβδομάδες ) .
- Παρουσίαση της εργασίας μετά από χρονικό διάστημα ενός εξαμήνου.

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Blue, A. *"Η Δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής"*, μτφρ. Λογοθέτη Κ, Αθήνα, Εξάντας, 1999.
2. Cooper D, *"Ψυχιατρική και αντιψυχιατρική"*, Αθήνα, Ράππας, 1975.
3. Foucault M, *"Η ιστορία της τρέλας"*, μτφρ. Αμπατζόγλου Φρ, Αθήνα, Ηριδανός, 1975.
4. Foucault M, *"Ψυχική αρρώστια και ψυχολογία"*, μτφρ. Γιατζόγλου Τ., Αθήνα, Ελεύθερος Τύπος 1988.
5. Gentriss R, *"Πίσω από τα τείχη του ασύλου"*, μτφρ. Γαϊτάνι Τ., Αθήνα, Δίοδος, 1983.
6. Goffman E. *"Τα άσυλα"*, Αθήνα, Ευρύαλος, 1994.
7. Koning A. de, *"Φαινομενολογία, στο Ελευθερία και σύμπτωμα. Μελέτες για μια φαινομενολογική προσέγγιση στην ψυχιατρική και στην ψυχολογία"*, 1994.
8. Lebonici S., *"Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής"*, Αθήνα, Καστανιώτης, τόμος 1, 1989.
9. Lebonici S., *"Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής"*, Αθήνα, Καστανιώτης, τόμος 2, 1990.
10. Lempieri T., Feline A. et al *"Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων"*, Αθήνα, Παπαζήσης, τόμος 1, 2, 1995.
11. Sass L., A., *"Το βλέμμα που διακρίνει την αλήθεια: Μια χαιντερεγγεριανή ερμηνεία ενός σχιζοφρενικού κόσμου"* στο Ελευθερία και σύμπτωμα. Μελέτες για μια φαινομενολογική προσέγγιση στην ψυχιατρική και την ψυχολογία.
12. Αλεβίζος Β. *"Δικαιώματα του ψυχικά ασθενούς"*. Ελευθεροτυπία, 25-01-2001.
13. Αμπατζόγλου Γρ., *"Νομικό πλαίσιο της ψυχιατρικής πράξης στη Γαλλία και την Ελλάδα. Ιστορική αναδρομή, προβλήματα, αντιφάσεις"*, Λειβαδίτης Μ. (επιμ.), 1990 σελ. 59-67.
14. Αμπατζόγλου Γρ., Αποστολακέας Χρ.(επιμ.), *"Από την ψυχαναλυτική θεωρία στις ψυχιατρικές πρακτικές, Θεσσαλονίκη"*, University Studio Press, τ. 2 1999.
15. Αναστασόπουλος Δ., Δελής Κ., Μπαιρακτάρης Κ., Σακελλαρόπουλος Π., *"Κριτική εξέταση και προτάσεις για την οργάνωση της ψυχικής υγιεινής στην Ελλάδα"*, Lebonici S., Σακελλαρόπουλος Π. (επιμ.), 1989, σ. 271-294.
16. Ανδιώτη Δ., *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, Εξάντας, 1998.

17. Αντωνίου Α., Γκότσης Η.,Χριστογιάννης Χρ.,Δούρος Α., " *Εργασιακές σχέσεις και κόπωση στο χώρο της ψυχικής υγείας*", Τετράδια ψυχιατρικής, τ.79, 2002 σ.54-56
18. Αποστολή Ι.(επιμ), " *Ψυχιατρική αποκατάσταση*", Αθήνα, Έλλην, 1998.
19. Βαλσαμάκης Γ., " *Ψυχιατρική και κυρίαρχη ιδεολογία (σκέψεις από την ανασκόπηση ενός ελληνικού περιοδικού ψυχιατρικής της περιόδου 1906-1910)*", Σύγχρονα Θέματα, τ.19, 1983, σ. 195-198.
20. Βενιζέλος Μ., " *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*" Εμφύχωση, τ. 9, Σεπτέμβριος 2001.
21. Βλαχάκη Ε., "Το κέντρο Ψυχικής Υγείας ως πρώτη εστία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Στην Ελλάδα και οι μεταμορφώσεις του μέσω των διαφορετικών πολιτικών επιλογών για την ψυχική υγεία", Τετράδια ψυχιατρικής,τ.66,1999,σ 99101.
22. Γιαννίρη Ν., " *Ψυχική Υγεία άλματα στην αποασυλοποίηση*", Ελευθεροτυπία, 23-10-2002.
23. Γκιωνάκης Ν., "Η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης:προβλήματα, δυνατότητες, προοπτικές", Τετράδια ψυχιατρικής, τ.66, 1999.
24. Δαμίγος Δ., Ευρίπου Ε, Βουτσά Γ.,Λέκκα Μ.,Γιωνάκης Ν., «Πρόγραμμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών από το Κ.Θ.Λ - ξενώνας παραλίας Αυλίδας», Κοινωνική Εργασία, τ.25, 1992.
25. Δικαιάκος Μ, Γεωργακοπούλου Β., «Κοινοτισμός , ψυχιατρική αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.66, 1999 σ.85-89.
26. Καραβάτος Θ., «Η γέννηση της ψυχιατρικής και του ασύλου», Πολίτης , τ.1987, σ.52-55.
27. Κοκκινάκος Γ., « Το Μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», Τετράδια ψυχιατρικής τ.66, 200, σελ.79-84.
28. Λιάκος Α., «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», στο Lempiere T., Feline A.et al, 1995, τ.79,2002, σ. 57-61.
29. Λιοδάκης Α., «Εμπειρίες αποϊδρυματισμού στο Θ.Ψ.Π.Χ», στο Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης, 1993,σ.30-45.
30. Μαδιανός Μ., «Οι διαστάσεις των ψυχικών διαταραχών και η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα», Σύγχρονα Θέματα, τ.19, 1983<sup>α</sup>, σ. 30-45.

31. Μαδιανός Μ., «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1994.
32. Μαδιανός Μ., «Η χαμένη ευκαιρία για μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.64., 1999, σ.21-38.
33. Μαδιανός Μ., «Εισαγωγή στην Κοινωνική ψυχιατρική» Αθήνα, Καστανιώτη, 2000.
34. Μαδιανός Μ., « Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1994.
35. Μαδιανός Μ., «Κοινοτική ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή», Αθήνα, Καστανιώτη, 1998.
36. Μεγαλοοικονόμου Θ., « Η ψυχική υγεία στο δρόμο της ιδιωτικοποίησης», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.64, 1999<sup>α</sup>, σ. 93-96.
37. Μεγαλοοικονόμου Θ., «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση ή διαχειριστικός εκσυγχρονισμός;», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.66., 1999β, σ. 22-35.
38. Στεφανάτος Γ., «Η παιδοψυχιατρική θεραπευτική ομάδα», στο Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ(επιμ), 1989, σ. 341-392.
39. Στυλιανίδης Σ., «Η μεταβαλλόμενη πραγματικότητα της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ευρώπη», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.43, 1993, σ. 117-123.
40. Στυλιανίδης Σ., «ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: προς αναζήτηση μιας ταυτότητας», Τετράδια ψυχιατρικής, τ.64, 1999<sup>α</sup>, σ. 13-20.
41. Στυλιανίδης Σ., «Εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ή άλλη μια εκσυγχρονισμένη μπλόφα» Τετράδια ψυχιατρικής, τ.64, 1999β, σ. 889-92.
42. Χατζηδάκη Ρ., «Ψυχιατρική ‘ περίθαλψη’ και ‘ψυχιατρική’ μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: το έγκλημα με την φορεσιά της αθωότητας», Σύγχρονα Θέματα, τ.19, 1983, σ. 61-70.
43. Χριστοδούλου Γ.Ν., Αλεβίζος Β., Μαυρέας Β. (επιμ.&μετφρ.), Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια Φροντίδα. Οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση (ICD10, κεφ. V), Αθήνα, Βήτα, 1999.

## II. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιλογή του θέματος της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Ηρακλείου), ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Καταγραφή και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής πορείας ατόμων με σχιζοφρένεια στα πλαίσια της ένταξης τους στις αποκαταστασιακές υπηρεσίες (Ν.Η., Υ.Ε.Ε.Α.) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής».

Το συγκεκριμένο θέμα προέκυψε από την επιθυμία μας να προσεγγίσουμε μία ομάδα ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και να διερευνήσουμε μέσω των αποκαταστασιακών υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής το βαθμό ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης τους.

Η δομή της εργασίας έχει διαρθρωθεί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να εισάγει τον αναγνώστη στο θέμα αφού πρώτα αποκομίσει κάποιες γνώσεις γύρω από γενικές έννοιες και ορισμούς.

Πιο συγκεκριμένα, ξεκινάμε με τον ορισμό και το περιεχόμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και συνεχίζουμε με τον ορισμό και τις βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και της Ψυχικής Υγιεινής.

Έπειτα, κάνουμε μια αναδρομή σε μεταρρυθμιστικές προσπάθειες κατά το παρελθόν γύρω από θέματα ψυχικής υγείας και μετά παρουσιάζουμε το «Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαγωγής».

Στη συνέχεια, ένα μεγάλο μέρος της εργασίας μας αφορά την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο οργάνωσής τους.

Μετά το τέλος των κεφαλαίων αυτών κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε εκτενέστερα και πιο συγκεκριμένα γύρω από τη σχιζοφρένεια. Αρχικά, παρουσιάζουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική αυτή νόσο και την συμπτωματολογία της για να συνεχίσουμε με τις κυριότερες μορφές της σχιζοφρένειας.

Όπως προαναφέρθηκε από τον τίτλο του θέματος της πτυχιακής μας εργασίας, το ερευνητικό μέρος της εργασίας πραγματοποιήθηκε στις αποκαταστασιακές υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, στο Ηράκλειο.

Για το λόγο αυτό και πριν προχωρήσει ο αναγνώστης στο ερευνητικό μέρος, κάνουμε μια γενική παρουσίαση των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής καθώς



και την ανάπτυξη των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα παρουσιάζοντας και τις υπηρεσίες που παρέχει.

Έπειτα, στα επόμενα κεφάλαια, επισημαίνουμε τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας στην ομάδα ψυχοκοινωνικής υγείας και τον ρόλο που κάθε ειδικός κατέχει.

Το θεωρητικό μέρος της εργασίας ολοκληρώνεται με την παρουσίαση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (παράρτημα Ηρακλείου) προκειμένου να γίνει ομαλή η μετάβαση στο δεύτερο μέρος της εργασίας μας, στο ερευνητικό, όπου επαληθεύονται ή απορρίπτονται οι υποθέσεις εργασίας μας.

Μέσα από την διεξαγωγή της έρευνας καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

Οι βασικές κοινωνικές - δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, η οικογενειακή κατάσταση, η εθνική καταγωγή, η κοινωνική τάξη (επάγγελμα, εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση) συμβάλουν στην έκλυση και στην εξέλιξη της σχιζοφρένειας, ενώ παράλληλα επηρεάζουν άμεσα το πάσχον άτομο στην ανάπτυξη μιας αυτόνομης και κοινωνικής ζωής.

Η αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό και η απόφαση για έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων δεν συνδέεται μόνο με τις αξίες και τις πεποιθήσεις του ίδιου του εξυπηρετούμενου αλλά και από άλλους παράγοντες διαφορετικής βαρύτητας, όπως οι προϋπάρχουσες εμπειρίες του εξυπηρετούμενου από ψυχιατρικές παρεμβάσεις, η ένταση των συμπτωμάτων, ο βαθμός ανοχής της οικογένειας καθώς και η συνειδητοποίηση από τον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένεια του. Επίσης, ο φόβος για κοινωνικό στιγματισμό και η ύπαρξη κοινωνικών στερεοτύπων αποτελούν αναμφισβήτητα ανασταλτικούς παράγοντες για την αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας.

Επίσης στο ερώτημα σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας δεν μπορούμε να δώσουμε ξεκάθαρες απαντήσεις καθώς δεν έχουν διαπιστωθεί τα πραγματικά αίτια εκδήλωσης της συγκεκριμένης νόσου. Σε αυτόν τον τομέα, θα μπορούσαμε να πούμε με κάθε επιφύλαξη ότι η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πιθανότατα να αποτελεί έναν συνδυασμό γενετικών και ψυχοκοινωνικών (περιβαλλοντικών) παραγόντων.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και συγκεκριμένα οι υπηρεσίες αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α., Ν.Η.) του Κ.Ψ.Υ., συμβάλουν ενεργά στη μείωση των υποτροπών και κατά συνέπεια μειώνουν τις πιθανότητες επανεισαγωγής σε κλειστές ψυχιατρικές κλινικές όπως και τον χρόνο παραμονής σε αυτές. Συνεπώς, η

συμμετοχή σε μια εξωνοσοκομειακή – ανοιχτή – κοινοτική υπηρεσία, μπορεί να βοηθήσει και να υποστηρίξει έναν χρόνιο ψυχικά ασθενή να σταθεροποιήσει την συμπτωματολογία του και να παραμείνει στα πλαίσια της κοινότητας.

Το Νοσοκομείο Ημέρας συμβάλει ενεργά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, αφού και οι ίδιοι αναγνωρίζουν, σε έναν ικανοποιητικό βαθμό, τη συμβολή του Ν.Η. ως προς τη βελτίωση της ζωής τους σε διάφορους κοινωνικούς και διαπροσωπικούς τομείς.

Η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης δεν προάγει σε ικανοποιητικό βαθμό την επαγγελματική εκπαίδευση των ψυχικά πασχόντων. Από αυτό προκύπτει και η γενική δυσaréσκεια που εκφράζουν οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι ως προς τις δυνατότητες που τους προσφέρονται μέσα από την επαγγελματική τους κατάρτιση.

Η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης δεν προάγει σε ικανοποιητικό βαθμό την επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, αφού από το 40% μόνο το 8,3% των εξυπηρετούμενων έχει απορροφηθεί σε επιδοτούμενη εργασία, μόνο το 8,3% έχει βοηθηθεί από την Υ.Ε.Ε.Α. να βρει εργασία, το 83,4% κατάφερε να εργασθεί μόνο για μερικούς μήνες ή ημέρες, το 91,7% διέκοψε την εργασία του, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 41,7% ανέφερε ως βασική αιτία διακοπής της εργασίας του την υποτροπή.

Συνεπώς, η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης δεν έχει αναπτύξει τις απαραίτητες στρατηγικές, ώστε να επιφέρει αποτελέσματα στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

### **III. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ**

**Σχολή Κοινωνικής Εργασίας**

**Τμήμα ΣΕΥΠ**

#### **Ερωτηματολόγιο Έρευνας :**

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους φορείς εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, που προάγει την ψυχική υγεία στα πλαίσια της κοινότητας και παρέχει την δυνατότητα στον ψυχικά ασθενή να αποκατασταθεί και να επανενταχθεί στην κοινωνία. Σκοπός της έρευνας μας, είναι να αξιολογήσουμε το βαθμό της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις, που αποτελούν μέλη του νοσοκομείου ημέρας και του τμήματος επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Ηρακλείου). Με την έρευνα αυτή, θα είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε την συμβολή του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, ως φορέα κοινωνικής αλλαγής και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, στη μετάβαση από την Ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην Κοινότητα.

**Υπεύθυνος Καθηγητής: Τζανάκης Εμμανουήλ**

**Ερευνητές:**

**Φιλιππίδη Αναστασία,**

**Επιτροπάκη Κατερίνα**

**Δασκαλοπούλου Ολυμπία**

## **A. Ατομικά στοιχεία**

### **Ερ.1. Φύλο**

Ανδρας ..... ☐

Γυναίκα ..... ☐

### **Ερ.2. Ηλικία** ..... ☐

### **Ερ.3. Τόπος κατοικίας :**

- 3.1. χωριό έως 2.000 κατοίκους
- 3.2. κωμόπολη έως 10.000 κατοίκους
- 3.3. επαρχιακή πόλη άνω των 10.000 κατοίκων

### **Ερ.4. Τόπος γέννησης :**

- 4.1. χωριό έως 2.000 κατοίκους
- 4.2. κωμόπολη έως 10.000 κατοίκους
- 4.3. επαρχιακή πόλη άνω των 10.000 κατοίκων
- 4.4. Αθήνα – Θεσσαλονίκη
- 4.5. Εξωτερικό

### **Ερ.5. Οικογενειακή κατάσταση**

- 5.1. Ελεύθερος
- 5.2. Παντρεμένος
- 5.3. Συζεί
- 5.4. Μόνιμη σχέση
- 5.5. Σε διάσταση
- 5.6. Διαζευγμένος / η
- 5.7. Χήρος / α

**Ερ.6.** Έχετε παιδιά;      ΝΑΙ ☐      ΟΧΙ ☐

### **Ερ.7. Με ποιον ζείτε τώρα ;**

- 7.1. Μόνος
- 7.2. Με την οικογένεια μου
- 7.3. Με τους γονείς μου
- 7.4. Μαζί με άλλους, διευκρινίστε με ποιους .....
- 7.5. Οργανωμένο πλαίσιο
- 7.6. Με σύντροφο

### **Ερ.8. Μορφωτικό επίπεδο**

- 8.1. Καμία εκπαίδευση
- 8.2. Μερικές τάξεις του δημοτικού
- 8.3. Δημοτικό
- 8.4. Γυμνάσιο
- 8.5. Λύκειο (ή εξατάξιο γυμνάσιο)
- 8.6. Ιδιωτική σχολή
- 8.7. Τεχνική σχολή
- 8.8. ΑΕΙ / ΤΕΙ

**Ερ.9.** Εκπαίδευση γονέων :

Βαθμίδα εκπαίδευσης	A. Πατέρα	B. Μητέρα
9.1 Καμία εκπαίδευση		
9.2 Μερικές τάξεις του δημοτικού		
9.3 Δημοτικό		
9.4 Γυμνάσιο		
9.5 Λύκειο(ή εξατάξιο γυμνάσιο)		
9.6 Ιδιωτική σχολή		
9.7 Τεχνική σχολή		
9.8 Α.Ε.Ι / Τ.Ε.Ι		

**Ερ.10.** Επάγγελμα πατέρα ( με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια ).

.....

**Ερ.11.** Επάγγελμα μητέρας ( με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια ).

.....

**Ερ.12.** Οικονομικοί πόροι

- 12.1. Από εργασία
- 12.2. Από επίδομα κοινωνικής πρόνοιας
- 12.3. Από επίδομα ανεργίας
- 12.4. Από σύνταξη
- 12.5. Από συγγενείς
- 12.6. Από περιουσιακά στοιχεία
- 12.7. Από αναπηρική σύνταξη

**B. Ιατρικό ιστορικό / ιστορικό νοσηλείας****Ερ.13.** Σε ποια ηλικία εκδηλώθηκαν τα πρώτα συμπτώματα της ψυχικής σας ασθένειας;

.....

**Ερ.14.** Μετά από πόσο καιρό αναζητήσατε βοήθεια;.....**Ερ.15.** Που απευθυνθήκατε;

- 15.1. Σε ψυχίατρο
- 15.2. Σε νευρολόγο
- 15.3. Σε ψυχολόγο
- 15.4. Σε γενικό γιατρό
- 15.5. Σε μέντιουμ
- 15.6. Στην εκκλησία
- 15.7. Βοήθεια από συγγενείς
- 15.8. Βοήθεια από φίλους
- 15.9. Άλλο.....

**Ερ.16.** Υπάρχουν άλλα μέλη στο ευρύτερο οικογενειακό σας περιβάλλον που να έχουν εκδηλώσει κάποια ψυχική ασθένεια;    ΝΑΙ ☐      ΟΧΙ ☐

**Ερ.17.** Έχετε νοσηλευθεί σε «κλειστή» ψυχιατρική κλινική στο παρελθόν;    ΝΑΙ ☐      ΟΧΙ ☐

**ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 18, 19, 20**

**Ερ.18.** Ποιος είναι ο συνολικός αριθμός των «κλειστών» νοσηλειών σας μέχρι σήμερα; .....

**Ερ.19.**

**A.** Πόσες φορές είχατε εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική πριν ενταχθείτε στο πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Υ.Ε.Ε.Α. – Ν.Η.) ;

19.1. Καμία φορά

19.2. Μία φορά

19.3. Δυο φορές

19.4. Τρεις φορές

19.5. Περισσότερες από τρεις φορές (διευκρινίστε πόσες).....

**B.** Ποιο ήταν το χρονικό διάστημα νοσηλείας σας σε ψυχιατρική κλινική, πριν ενταχθείτε στο πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Υ.Ε.Ε.Α. – Ν.Η.) ;

19.6 Κάτω από μία εβδομάδα

19.7. Μία εβδομάδα

19.8 Δυο εβδομάδες

19.9. Τρεις εβδομάδες

19.10. Ένας μήνας

19.11. Πάνω από ένα μήνα.....

**Ερ.20.**

**A.** Πόσες φορές είχατε εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική κατά την διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Υ.Ε.Ε.Α. – Ν.Η.);

20.1. Καμία φορά

20.2. Μία φορά

20.3. Δυο φορές

20.4. Τρεις φορές

20.5. Περισσότερες από τρεις φορές (διευκρινίστε πόσες).....

**B.** Ποιο ήταν το χρονικό διάστημα της τελευταίας νοσηλείας σας σε ψυχιατρική κλινική, κατά την διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Υ.Ε.Ε.Α. – Ν.Η.);

- 20.6. Κάτω από μία εβδομάδα
- 20.7. Μία εβδομάδα
- 20.8. Δυο εβδομάδες
- 20.9 Τρεις εβδομάδες
- 20.10. Ένας μήνας
- 20.11. Πάνω από ένα μήνα.....

Γ. Αξιολόγηση προγράμματος Νοσοκομείου Ημέρας (N.H.)

**Ερ.21.** Πόσο καιρό παρακολουθείται την ομάδα του N.H. ;.....

**Ερ.22.** Πόσο συχνά παρακολουθείτε την ομάδα ;

- 22.1. Καθημερινή παρουσία
- 22.2. Συχνή παρουσία (τρεις φορές την εβδομάδα)
- 22.3. Αραιή παρουσία (κάτω από τρεις φορές την εβδομάδα)

**Ερ.23.** Κατά πόσο η ομάδα του N.H., πιστεύετε ότι συμβάλει θετικά στη βελτίωση της καθημερινής σας ζωής (θέματα αυτοεξυπηρέτησης, οργάνωση – προγραμματισμό καθημερινών δραστηριοτήτων κ.ά.) ;

- 23.1. Καθόλου
- 23.2. Λίγο
- 23.3. Μέτρια
- 23.4. Πολύ
- 23.5. Πάρα πολύ

**Ερ.24.** Κατά πόσο η ομάδα του N.H., πιστεύετε ότι συμβάλει στην ανάπτυξη των κοινωνικών σας δραστηριοτήτων στα πλαίσια της κοινότητας (συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, χρήση υπηρεσιών, πολιτική/κοινωνική δραστηριότητα κ.ά.);

- 24.1. Καθόλου
- 24.2. Λίγο
- 24.3. Μέτρια
- 24.4. Πολύ
- 24.5. Πάρα πολύ

**Ερ.25.** Κατά πόσο η ομάδα του N.H., πιστεύετε ότι συμβάλει στη λήψη της φαρμακευτικής σας αγωγής και στη σταθερή τήρηση αυτής ;

- 25.1. Καθόλου
- 25.2. Λίγο
- 25.3. Μέτρια
- 25.4. Πολύ
- 25.5. Πάρα πολύ

**Ερ.26.** Κατά πόσο η ομάδα του N.H., πιστεύετε ότι συμβάλει στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου σας και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκτός πλαισίου ;

- 26.1. Καθόλου

- 26.2. Λίγο
- 26.3. Μέτρια
- 26.4. Πολύ
- 26.5. Πάρα πολύ

**Ερ.27.** Κατά πόσο η ομάδα του Ν.Η., πιστεύετε ότι συμβάλει στη βελτίωση των σχέσεων με το οικογενειακό και το ευρύτερο συγγενικό σας περιβάλλον ;

- 27.1. Καθόλου
- 27.2. Λίγο
- 27.3. Μέτρια
- 27.4. Πολύ
- 27.5. Πάρα πολύ

**Ερ.28.** Κατά πόσο η ομάδα του Ν.Η. σας βοηθά να αναπτύξετε τις διαπροσωπικές σας σχέσεις, τις φιλίες σας και τις κοινωνικές σας συναναστροφές ;

- 28.1. Καθόλου
- 28.2. Λίγο
- 28.3. Μέτρια
- 28.4. Πολύ
- 28.5. Πάρα πολύ

Δ. Αξιολόγηση Υπηρεσίας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α.)

**Ερ.29.** Πόσο καιρό παρακολουθείται το πρόγραμμα της Υ.Ε.Ε.Α. ;

- 29.1. Μέχρι ένα έτος
- 29.2. Ένα έτος
- 29.3. Δυο έτη
- 29.4. Τρία έτη
- 29.5. Περισσότερα από τρία έτη

**Ερ.30.** Ποιο τομέα επαγγελματικής κατάρτισης παρακολουθείται ;

- 30.1. Ξυλογλυπτική
- 30.2. Αγγειοπλαστική
- 30.3. Υφαντική
- 30.4. Γραμματειακή υποστήριξη
- 30.5. Υπολογιστές
- 30.6. Συμμετοχή σε περισσότερα από ένα (διευκρινίστε).....

**Ερ.31.** Πόσο συχνά παρακολουθείτε το πρόγραμμα ;

- 31.1. Καθημερινή παρουσία
- 31.2. Συχνή παρουσία (τρεις φορές την εβδομάδα)
- 31.3. Αραιή παρουσία (κάτω από τρεις φορές την εβδομάδα)

**Ερ.32.** Η κατάρτιση που παίρνετε σας δίνει τη δυνατότητα να αναπτύξετε τις απαραίτητες δεξιότητες για εργασία και τα εφόδια που χρειάζεστε για να συστήσετε αντίστοιχο επάγγελμα ;

- 32.1. Καθόλου



- 32.2. Λίγο
- 32.3. Μέτρια
- 32.4. Πολύ
- 32.5. Πάρα πολύ

**Ερ.33.** Η κατάρτιση που παίρνετε πιστεύετε ότι σας δίνει τη δυνατότητα να βρείτε δουλειά;

- 33.1. Καθόλου
- 33.2. Λίγο
- 33.3. Μέτρια
- 33.4. Πολύ
- 33.5. Πάρα πολύ

**Ερ.34.** Μετά την ολοκλήρωση ή κατά την διάρκεια παρακολούθησης του εργαστηριακού προγράμματος εργαστήκατε ;

ΝΑΙ ☐      ΟΧΙ ☐

#### **ΑΝ ΝΑΙ ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

**Ερ.35.** Αν βρήκατε εργασία με τι ασχολείστε (προσδιορίστε με ακρίβεια);

(Ελεύθερος επαγγελματίας, Ιδιωτικός Υπάλληλος, Δημόσιος Υπάλληλος, Επιχειρηματίας, Εκπαιδευτικός, Πανεπιστημιακός, Στέλεχος Επιχείρησης, Εισοδηματίας, Αγρότης, Μερικός απασχολούμενος (η) σε περιστασιακές ή εποχιακές θέσεις εργασίας, άλλο προσδιορίστε)

**Ερ.36.** Αν βρήκατε εργασία από ποιον βοηθηθήκατε ;

- 36.1. Οικογένεια
- 36.2. Ο.Α.Ε.Δ.
- 36.3. Κοινωνική Υπηρεσία
- 36.4. Συγγενείς
- 36.5. Υ.Ε.Ε.Α.
- 36.6. Φίλους
- 36.7. Κανέναν
- 36.8. Άλλο.....

**Ερ.37.** Για πόσο χρονικό διάστημα εργασθήκατε;

- 37.1. Ημέρες

37.2. Μήνες

37.3. Χρόνια

**Ερ.38.** Υπήρξε περίοδος διακοπής της εργασίας σας ;    ΝΑΙ ☐                    ΟΧΙ ☐

**Ερ.39.** Ποιος ήταν ο λόγος που διακόψατε την εργασία σας;

39.1.Απόλυση

39.2.Παραίτηση

39.3.Άλλο.....

**Ερ.40.** Τι δουλειές κάνατε πριν έρθετε στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και για πόσο χρονικό διάστημα εργαζόσασταν;

40.1. Δουλειές	40.2. Χρονική Διάρκεια εργασίας
40.1.1.	40.2.1.
40.1.2.	40.2.2.
40.1.3.	40.2.3.
40.1.4.	40.2.4.