



Κέντρο Ημέρας

ΕΣΤΙΑ

2002-2008

Επιμέλεια: Πολυχρονιάδης Νίκος

ΣΥΝΘΕΣΗ

Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρία
Έρευνας Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής
Αποκατάστασης

Μαρασλή 51 & Ζουμετίκου 9

Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54249

Τηλ.:2310334076 Fax: 2310321910

e-mail: psy-synthesis@hol.gr

www.psy-synthesis.gr

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Κέντρο Ημέρας

ΕΣΤΙΑ

2002-2008

Επιμέλεια: Πολυχρονιάδης Νίκος

ΣΥΝΘΕΣΗ

Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρία
Έρευνας Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής
Αποκατάστασης

Μαρασλή 51 & Ζουμετίκου 9

Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54249

Τηλ.: 2310334076 Fax: 2310321910

e-mail: psy-synthesis@hol.gr

www.psy-synthesis.gr

Συγγραφείς: Αγγελίδης Γιώργος
Γκαϊνταρτζή Χρύσα
Ευγενίδου Βενετία
Καραγιάννη Μαρία
Κουνιάκης Φίλιππος
Λαζαρίδης Βύρωνας
Οικονόμου Μαρίνα
Παπαϊωάννου Καλλιόπη
Πολυχρονιάδης Νίκος
Τσιλίκας Σωτήρης
Χονδρός Δημήτρης

Ευχαριστούμε την κα Χίσσα Ειρήνη, διοικητική υπάλληλο του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», για την πολύτιμη προσφορά της στην επεξεργασία των κειμένων

Ευχαριστούμε το προσωπικό του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»

*Στους ασθενείς
και τους δασκάλους μας*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μαδιανός Μιχάλης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Βασικά φυσιογνωμικά χαρακτηριστικά του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Στόχοι και δραστηριότητες της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ»

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Δικτύωση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας
στον Τομέα Ψυχικής Υγείας Ανατολικής Θεσσαλονίκης
*Παπαϊωάννου Καλλιόπη, Τσιλίκας Σωτήρης, Λαζαρίδης Βύρωνας,
Καραγιάννη Μαρία, Ευγενίδου Βενετία*

Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας Κέντρων Ημέρας

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Κέντρα Ημέρας

Χονδρός Δημήτρης

Ιστορία της ψυχιατρικής περίθαλψης

Κουνιάκης Φίλιππος

Βασικές αρχές Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Κουνιάκης Φίλιππος

Ψυχική νόσος και οικογένεια: Η Ψυχοεκπαίδευση ως όχημα αποστιγματισμού

Οικονόμου Μαρίνα

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Αιτιολογία της σχιζοφρένειας και η σημασία της
για την εφαρμογή ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων
Πολυχρονιάδης Νίκος

Ιστορικό σύστασης και λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»
Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Βασικές αρχές και στόχοι λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»
Πολυχρονιάδης Νίκος

Η θεραπευτική ομάδα
Πολυχρονιάδης Νίκος, Γκαϊνταρτζή Χρύσα

Πρόγραμμα λειτουργίας
Γκαϊνταρτζή Χρύσα, Πολυχρονιάδης Νίκος

Εκπαίδευση του προσωπικού
Πολυχρονιάδης Νίκος

Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση της κοινότητας
και λειτουργική διασύνδεση του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»
με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας
Πολυχρονιάδης Νίκος

Διαδικασία παρακολούθησης και αξιολόγησης
του έργου του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»
Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Μεθοδολογία αξιολόγησης και αποτελέσματα
Αγγελίδης Γιώργος, Γκαϊνταρτζή Χρύσα

Προβληματισμοί και προοπτικές
Πολυχρονιάδης Νίκος, Παπαϊωάννου Καλλιόπη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Πρόλογος

Μετά από οκτώ χρόνια από την ίδρυσή της, η Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρία «ΣΥΝΘΕΣΗ» στη Θεσσαλονίκη έχει ιδρύσει και λειτουργεί μια σειρά υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως είναι τα Οικοτροφεία «ΑΘΩΝΑΣ» για ψυχογηριατρικούς ασθενείς και «ΑΞΙΟΣ» για ενήλικους χρόνιους ψυχικά αρρώστους και τα Κέντρα Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» και «ΑΝΑΤΟΛΗ» αντίστοιχα το 2002 και 2005.

Ανατρέχοντας τα κείμενα της παρούσας έκδοσης, που αφορούν στο έργο και την αξιολόγηση του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» για τα χρόνια από 2002 έως 2008, γίνεται αντιληπτό το εύρος και το επιστημονικό υπόβαθρο του έργου των μελών της ομάδας ψυχικής υγείας που λειτουργεί σε αυτό το Κέντρο Ημέρας, αλλά και γενικότερα της δομής και λειτουργίας της Α.μ.Κ.Ε. «ΣΥΝΘΕΣΗ», η οποία ως γνωστόν λειτουργεί με βάση το Άρθρο 11 του προοδευτικού Ν. 2716/1999, όπως και δεκάδες άλλες Μ.Κ.Ο. του χώρου της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, στα πλαίσια του αποϊδρυματισμού και του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ και του Κανονισμού 815/84 για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Όμως ελάχιστες δυστυχώς Μ.Κ.Ο. παρέχουν, όσο δύναμαι να γνωρίζω, επιστημονικά αξιολογημένα δεδομένα για το έργο που παρέχουν, ώστε οι ειδικοί να γνωρίζουν την αποτελεσματικότητα της παροχής των υπηρεσιών τους. Και όπως από χρόνια υποστηρίζω, έργο που δεν αξιολογείται είναι σαν να μην έχει γίνει (βλ. «Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική», 3η έκδοση, Εκδόσεις: Καστανιώτη).

Εξαίρεση ίσως φωτεινή αποτελεί η Εταιρία «ΣΥΝΘΕΣΗ», που και με προηγούμενα αξιολογικά κείμενα για την περίοδο 2002-2004 και επίσης με την παρούσα ογκώδη και πλούσια σε περιεχόμενο έκδοση, προσπαθεί το αυτονόητο να προσφέρει επαρκείς, αξιόπιστες και έγκυρες πληροφορίες για το έργο της και ειδικότερα αυτό του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», ως προς τα δημογραφικά, την κλινικοδιαγνωστική κατάσταση, τη λειτουργικότητα των μελών που συμμετέχουν στο Κέντρο Ημέρας, καθώς και το κοινωνικό θεραπευτικό πρόγραμμα που παρέχεται σε αυτά και την αντίστοιχη κλινική και ψυχοκοινωνική εξέλιξή τους.

Επομένως, με ειλικρινά ευχάριστη διάθεση προλογίζω την παρούσα αυτή έκδοση, που συμπίπτει και με τα τριάντα χρόνια της ίδρυσης από εμένα και τον Κώστα Στεφανή του πρώτου Κέντρου Ψυχικής Υγείας της χώρας μας με κοινοτική βάση, του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα- Καισαριανής, το οποίο λειτούργησε με βάση τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής (βλ. «Κοινοτική Ψυχιατρική, Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή», 6^η έκδοση, Εκδόσεις: Καστανιώτης, 2006), ένα Κέντρο που αποτέλεσε πρότυπο για την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στην Ελλάδα, το έργο του οποίου βρίσκονταν σε διαρκή αξιολόγηση.

Το 1979 η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας παρουσίαζε εικόνα ερήμου, με εννιά άσυλα και 15.000 περίπου χρόνιους έγκλειστους, ενώ το 2009 στη χώρα έχει αναπτυχθεί ένα ικανοποιητικό (αλλά όχι πλήρες) δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας εναλλακτικής εξωνοσοκομειακής νοσηλείας. Ο αριθμός των χρόνιων αρρώστων μακράς παραμονής (long stay) έχει μειωθεί σε κάτω από τους χίλιους, ενώ τα δημόσια ψυχιατρεία που ακόμη λειτουργούν είναι μόνο τρία.

Σχετικά με την ανάπτυξη της μεταβατικής μορφής ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που είναι η Μερική Νοσηλεία (Partial Hospitalization), ιστορικά πρέπει να σημειωθεί ότι το πρώτο Κέντρο Ημέρας ιδρύθηκε στη Θεσσαλονίκη από τον Στάθη Λυμπεράκη στο χώρο του Παραρτήματος του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής,

ενώ το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας οργανώθηκε το 1978 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο στην Αθήνα (βλ. «Ψυχιατρική και Αποκατάσταση», Εκδόσεις: Καστανιώτης, 2005). Πρέπει όμως να τονίσω ότι το σύνολο των θέσεων που διατίθενται σε Νοσοκομεία και Κέντρα Ημέρας ανέρχεται περίπου σε χίλιες (ενώ οι πραγματικές ανάγκες ανέρχονται στις 2.500 θέσεις) με την πλειονότητα των υπηρεσιών να ανήκουν στη κατηγορία των Μ.Κ.Ο.

Από την ανασκόπηση του συγκεκριμένου έργου του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», μέσα σε 70 περίπου σελίδες περιγράφεται με κάθε λεπτομέρεια το πολυσχιδές και δομημένο κλινικό και κοινωνικοθεραπευτικό έργο που παρέχεται στα μέλη του προγράμματος και σχετικά με την ευαισθητοποίηση της κοινότητας που περιβάλλει το Κέντρο (βασική κοινοτική ψυχιατρική «αρχή της ανταποκριτικότητας», όπως έχει περιγραφεί από εμένα το 1983), ενώ στα Παραρτήματα παρατίθενται τα εργαλεία της κλινικής, εργοθεραπευτικής κ.λ.π. αξιολόγησης, καθώς και η επιστημονική παρουσία των μελών της θεραπευτικής ομάδας σε επιστημονικά συνέδρια, ημερίδες κ.λ.π. Πιστεύω ότι και ο πιο δύσπιστος αναγνώστης πείθεται για την αρτιότητα του περιεχομένου του έργου και εύχομαι η ομάδα να συνεχίσει με το ίδιο δέσιμο, ζήλο και κέφι (έχω αυτή τη γεύση) στο άμεσο μέλλον.

Κλείνοντας τα λόγια αυτά, θα ήθελα να θυμίσω σε όλους μας ότι η επιτυχία και επομένως η αποτελεσματικότητα του έργου μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας είναι όσο λιγότερο αυτό το έργο να αποπνέει το γραφειοκρατικό (δημοσιοϋπαλληλικό) φορμαλισμό και όσο μεγαλύτερος να είναι ο ενθουσιασμός και η στερεή ιδεολογία της Ομάδας.

Μιχάλης Γ. Μαδιανός

*Καθηγητής Γενικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών
Πρόεδρος της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (W.A.P.R.)*

Εισαγωγή

Με τη συμπλήρωση 7 χρόνων λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», θεωρήσαμε σκόπιμο να προχωρήσουμε στην έκδοση ενός συγγράμματος, το οποίο ασχολείται κατ' αρχήν με βασικά θέματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και περιγράφει στη συνέχεια τη θεωρητική βάση, τη στοχευμένη οργάνωση και λειτουργία και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που εφαρμόζεται στο Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» και που απευθύνεται σε ανθρώπους με σοβαρή ψυχική διαταραχή ή/και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ως επί το πλείστον ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Το Γενικό Μέρος του βιβλίου ξεκινάει πληροφορώντας τον αναγνώστη σχετικά με τα βασικά φυσιολογικά χαρακτηριστικά του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» και τους στόχους και δραστηριότητες της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ». Ακολουθούν, με βάση την υπάρχουσα νομοθεσία και τα διαπιστωθέντα ελλείμματα, προτάσεις για την ανάπτυξη και δικτύωση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας Ανατολικής Θεσσαλονίκης, στις οποίες υπάγεται και το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ». Στη συνέχεια, μετά την παρουσίαση του νομικού πλαισίου που αφορά στη λειτουργία των Κέντρων Ημέρας και στα δικαιώματα των ασθενών και μάλιστα των ψυχικά ασθενών, γίνεται μια κριτική αναφορά στην ανάπτυξη και λειτουργία των Κέντρων Ημέρας στην Ελλάδα. Το Γενικό Μέρος προχωράει με την παράθεση της ιστορίας της ψυχιατρικής περίθαλψης, η οποία δείχνει συνυφασμένη με τις εξελίξεις στην κοινωνία του ανθρώπου και εισάγονται οι έννοιες και πρακτικές της Αποασυλοποίησης και της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης, με ακόλουθη αναφορά στην αναγκαιότητα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Το επόμενο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στις βασικές αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Ήδη έχουν γίνει οι πρώτες αναφορές στο στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή και το Γενικό Μέρος ολοκληρώνεται με την εξέταση της σχέσης της οικογένειας με την ψυχοπαθολογία, της επίδρασης του στίγματος σε άτομα και οικογένειες και της σημασίας της Ψυχοεκπαίδευσης στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης.

Στο Ειδικό Μέρος αρχικά παρατίθενται κλασικές και σύγχρονες απόψεις σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας, διαταραχής από την οποία πάσχει η πλειοψηφία των ασθενών-μελών του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ». Έτσι διαφαίνεται η «αναγκαιότητα πολυδιάστατων, στοχευμένων και εξατομικευμένων ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων», που καθοδηγεί την εργασία μας με τους ασθενείς – μέλη του Κ.Η. Το ιστορικό σύστασης και λειτουργίας του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» εστιάζει στις συνθήκες που κατέστησαν αναγκαία τη δημιουργία ενός Κ.Η. στην κεντρική – ανατολική περιοχή της Θεσσαλονίκης, στις αρχές λειτουργίας του Κ.Η. και στις αρχικές, ως συνέπεια του στίγματος, αντιδράσεις μέρους της τοπικής κοινότητας. Ακολούθως περιγράφονται με λεπτομέρεια οι βασικές αρχές και στόχοι λειτουργίας, η θεραπευτική ομάδα και το πρόγραμμα λειτουργίας του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ». Γίνεται επίσης αναφορά σε σημαντικά θέματα όπως η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού, η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, η λειτουργική διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η διαδικασία παρακολούθησης και αξιολόγησης του έργου του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ». Καθώς πιστεύουμε ότι η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι επιστημονικό και κοινωνικό μας καθήκον, παραθέτουμε εκτενώς τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα αυτής της αξιολόγησης, που λαμβάνει χώρα

σταθερά από την έναρξη λειτουργίας του Κ.Η. Τέλος, η εμπειρία των 7 χρόνων λειτουργίας του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» μας επιτρέπει να πιστεύουμε ότι μπορούμε να συμμετέχουμε με τους δικούς μας προβληματισμούς σε μια ευρύτερη συζήτηση σχετικά με τη λειτουργία και τις προοπτικές των Κέντρων Ημέρας στην Ελλάδα.

Στο Παράρτημα Α αναφέρονται οι ανακοινώσεις, εργασίες και εισηγήσεις μελών του προσωπικού του Κ.Η. σε συνέδρια και επιστημονικές συναντήσεις, καθώς και το πρόγραμμα των δύο ημερίδων που έχει διοργανώσει το Κ.Η. Στο Παράρτημα Β παρατίθενται αναλυτικά κάποιες από τις εργασίες. Στο Παράρτημα Γ παρατίθενται τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση.

Για τη συγγραφή του βιβλίου συνεργάστηκαν οι: Αγγελίδης Γιώργος, ψυχίατρος· Γκαϊνταρτζή Χρύσα, ψυχολόγος· Ευγενίδου Βενετία, ειδική εκπαιδευτρια· Καραγιάννη Μαρία, κοινωνική λειτουργός· Κουνιάκης Φίλιππος, ψυχίατρος· Λαζαρίδης Βύρωνας, ψυχίατρος· Οικονόμου Μαρίνα, ψυχίατρος· Παπαϊωάννου Καλλιόπη, ψυχίατρος· Πολυχρονιάδης Νίκος, ψυχίατρος· Τσιλίκας Σωτήρης, ψυχίατρος· Χονδρός Δημήτρης, οικονομολόγος. Τους ευχαριστούμε θερμά.

Τα προγράμματα του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» υλοποιούνται με υψηλή ποιότητα και επιτυχία χάρη στην αφοσίωση του προσωπικού, το οποίο με σταθερότητα και επαγγελματισμό παραμένει στο πλευρό των ασθενών, συμβάλλοντας στη δημιουργία ενός αισιόδοξου, ασφαλούς και σταθερού περιβάλλοντος, στο πλαίσιο του οποίου η ατομική αλλαγή και βελτίωση είναι εφικτή.

Σήμερα, στο Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» εργάζονται οι: Ευγενίδου Βενετία, ειδική εκπαιδευτρια· Καλούδη Κατερίνα, νοσηλεύτρια· Καραγιάννη Μαρία, κοινωνική λειτουργός· Πολυχρονιάδης Νίκος, ψυχίατρος-συντονιστής· Σάτκα Πασχαλιά, φροντίστρια· Χίου Καλλιόπη, ψυχολόγος· Χίσινα Ειρήνη, διοικητική υπάλληλος.

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Επιστημονικά Υπεύθυνη Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Βασικά φυσιολογικά χαρακτηριστικά του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Το Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» είναι Μονάδα Ψυχικής Υγείας, ανήκει στο δίκτυο κοινοτικών επανενταξιακών υπηρεσιών, στοχεύει στην τριτογενή πρόληψη, ιδρύθηκε και λειτουργεί από την Α.μ.Κ.Ε. «ΣΥΝΘΕΣΗ» και εποπτεύεται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Προσφέρει ένα δημιουργικό περιβάλλον με ομαδικές κυρίως δραστηριότητες και απευθύνεται σε άτομα που ζουν στην κοινότητα (Ανατολική - Κεντρική Θεσσαλονίκη) και έχουν ιστορικό ψυχικής διαταραχής με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» βρίσκεται στη διεύθυνση Μαρασλή 51 και Ζουμετίκου 9, το τηλεφωνικό του νούμερο είναι 2310334076, το φαξ 2310321910 και τα e-mail psy-synthesis@hol.gr και kenimer@hol.gr.

Τα προγράμματα που εφαρμόζονται στοχεύουν στην:

- Ενδυνάμωση των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων του ατόμου- μέλους και βελτίωση των ελλειμματικών δεξιοτήτων του.
- Ενθάρρυνση και ενίσχυση αλλαγών στις συμπεριφορές και συνήθειες που έχουν αποδειχθεί δυσλειτουργικές για το ίδιο το άτομο.
- Βελτίωση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης.
- Υποβοήθηση της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής, σε συνεργασία με τους θεραπευτές των ατόμων και το τοπικό ή ευρύτερο δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Συνεργασία με εργασιακές δομές της κοινότητας.
- Συνεργασία με την οικογένεια, το γειτονικό και συγγενικό περιβάλλον, τους τοπικούς φορείς(δήμοι, πολιτιστικοί και κοινωνικοί φορείς).
- Συνεργασία με τις δομές του Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) Ανατολικής Θεσσαλονίκης.
- Ενθάρρυνση φιλικών σχέσεων και συναναστροφών στην Κοινωνική Λέσχη.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές ομάδες υποστηρικτικού τύπου, εκπαιδευτικές- κοινωνικές δραστηριότητες, ψυχαγωγικές- πολιτιστικές εκδηλώσεις.

Το προσωπικό αποτελείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό, ειδική εκπαιδευτρια, νοσηλεύτρια) και διοικητικούς υπαλλήλους.

Κύριος και βασικός σκοπός της λειτουργίας του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» είναι η ψυχοκοινωνική επανένταξη και λειτουργική αυτονόμηση των ατόμων-μελών του.

Το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» αποτελεί την πρώτη δομή που δημιούργησε η Εταιρία Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ».

Στόχοι και δραστηριότητες της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ»

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Η Εταιρία Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ» ιδρύθηκε το Δεκέμβριο του 2000 και είναι επιστημονική μη κερδοσκοπική εταιρία που σκοπό της έχει να συμβάλει στην ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής. Έχει έδρα τη Θεσσαλονίκη και λειτουργεί σύμφωνα με το Άρθρο 11 του Νόμου υπ' αριθμ. 2716/1999.

Η Εταιρία «ΣΥΝΘΕΣΗ» στοχεύει στην προώθηση της περιφερειακής ανάπτυξης της υγείας και ειδικότερα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του κόσμου. Οι εταίροι και οι συνεργάτες της, έχοντας θητεύσει πολλά χρόνια στο χώρο της ψυχικής υγείας, τόσο σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών όσο και συμβολής στην υλοποίηση προγραμμάτων έρευνας, εκπαίδευσης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, έχουν τη δυνατότητα να οργανώσουν προγράμματα αποκατάστασης και ένταξης στην κοινότητα.

Η Εταιρία «ΣΥΝΘΕΣΗ» αποδέχεται και υιοθετεί τις Γενικές Αρχές του Νόμου 2716/1999 σύμφωνα με τις οποίες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οργανώνονται με βάση:

- Τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής
- Τις προτεραιότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης
- Τη συνέχιση της ψυχιατρικής φροντίδας
- Την πληροφόρηση και εθελοντική αρωγή της κοινότητας στην αγωγή της ψυχικής υγείας

Ακόμη προωθεί τα χαρακτηριστικά της κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας, όπως αυτά αναφέρονται στην έκδοση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγιεινής : *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001, Ψυχική Υγεία : Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα:*

- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης σε γενικά νοσοκομεία για αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, δυνατότητες στέγασης σε μακροπρόθεσμη βάση μέσα στην κοινότητα
- Παρεμβάσεις που απευθύνονται τόσο στα συμπτώματα όσο και στη συνεπαγόμενη ανικανότητα
- Εξατομικευμένη θεραπεία και περίθαλψη σύμφωνα με τη διάγνωση και τις ανάγκες κάθε πάσχοντα
- Ευρύ φάσμα υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- Καλή συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων κοινοτικών υπηρεσιών

- Ευέλικτες παρά στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορούν να προσφέρουν θεραπεία κατ' οίκον
- Συνεργασία με τους φροντιστές (συγγενείς) των ασθενών και ικανοποίηση των αναγκών τους
- Υποστηρικτική νομοθεσία των παραπάνω πρακτικών.

Η Εταιρία «ΣΥΝΘΕΣΗ» μπορεί να οργανώνει και να υλοποιεί:

- Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας και άλλες επαγγελματικές ομάδες, μαθητές, φοιτητές, σπουδαστές, κοινωνικούς φορείς, ειδικές κοινωνικές ομάδες (π.χ. διαλέξεις, σεμιναριακά μαθήματα, εποπτείες, παραγωγή και διάθεση εκπαιδευτικού και επιμορφωτικού υλικού)
- Προγράμματα ευαισθητοποίησης και αγωγής της κοινότητας με έμφαση στα έντυπα και ηλεκτρονικά μέσα επικοινωνίας
- Ερευνητικά προγράμματα σε συνεργασία με άλλους φορείς και οργανώσεις της Ελλάδος ή του εξωτερικού (πανεπιστήμια, κρατικούς φορείς και υπηρεσίες, τοπική αυτοδιοίκηση, συναφείς ενώσεις ή εταιρίες, ιδιωτικούς φορείς)
- Προγράμματα μελέτης, οργάνωσης, υλοποίησης, ανάθεσης, επίβλεψης, αξιολόγησης υπηρεσιών και μονάδων, καθώς και άλλα προγράμματα σε συνεργασία με κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς ή άλλους συνεργάτες
- Αξιολόγηση προγραμμάτων για την ψυχική υγεία που υλοποιούν άλλοι δημόσιοι ή ιδιωτικοί φορείς
- Ανάπτυξη προγραμμάτων Κοινοτικής Ψυχιατρικής (δομές προστατευμένης στέγασης και ημερήσιας φροντίδας, επαγγελματικής κατάρτισης, υπηρεσίες παρέμβασης στο σπίτι, υπηρεσίες με χρήση τηλεφώνου και διαδικτύου, καθώς και ομάδες αυτοβοήθειας ασθενών)

Το 2001 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αφιέρωσε την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, 7η Απριλίου, στην Ψυχική Υγεία. Με αυτό τον τρόπο θέλησε να επηρεάσει την κοινή γνώμη και να προβληματίσει τους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο σχετικά με το πώς μπορούν να βελτιωθούν οι συνθήκες παροχής ψυχιατρικής φροντίδας και βοήθειας σε όσους συνανθρώπους μας τη χρειάζονται. Το ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας όρισε ολόκληρο το έτος 2001 ως έτος για την Ψυχική Υγεία.

Η Εταιρία «ΣΥΝΘΕΣΗ» συμμετείχε στον εορτασμό με δυο ενέργειες: α) τη δημιουργία ενημερωτικού εντύπου σε συνεργασία με συλλόγους εθελοντών και β) την παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της φροντίδας στην κοινότητα των ψυχικά ασθενών στην ΕΤ3.

Μονάδες Ψυχικής Υγείας: Η Εταιρία «ΣΥΝΘΕΣΗ», στο πλαίσιο της εφαρμογής του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006», έχει ιδρύσει ένα Οικοτροφείο για ψυχογηριατρικούς ασθενείς στο Νομό Χαλκιδικής, το Οικοτροφείο «ΑΘΩΝΑΣ» και ένα Οικοτροφείο για άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές στο Νομό Θεσσαλονίκης, το Οικοτροφείο «ΑΕΙΟΣ», συγχρηματοδοτούμενα από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης) για τους πρώτους 18 μήνες λειτουργίας τους.

Το Οικοτροφείο «ΑΘΩΝΑΣ» είναι εγκατεστημένο στη Γερακινή του Δήμου Πολυγύρου, φιλοξενεί δεκαπέντε άτομα με μέσο όρο ηλικίας 65,5 έτη και καταγωγή από το Νομό Χαλκιδικής και λειτουργεί από τον Ιούλιο του 2003.

Το Οικοτροφείο «ΑΕΙΟΣ» είναι εγκατεστημένο στην Περαία του Δήμου Θερμαϊκού. Φιλοξενεί δεκαπέντε άτομα με μέσο όρο ηλικίας 54 έτη και καταγωγή

από το Νομό Θεσσαλονίκης και λειτουργεί από το Σεπτέμβριο του 2003. Και τα δύο Οικοτροφεία έχουν προσωπικό - θεραπευτική ομάδα από 20 εργαζόμενους διαφόρων ειδικοτήτων.

Οι ασθενείς-ένοικοι των Οικοτροφείων για πολλά χρόνια διέμεναν στο Ψ.Ν.Θ., κυρίως λόγω έλλειψης οικογενειακού περιβάλλοντος και διαθέσιμων πόρων. Στο Οικοτροφείο τους παρέχεται ποιοτική διαβίωση και φροντίδα, με σεβασμό στις αξίες και την προσωπικότητα του καθενός. Έμφαση δίνεται στα ακόλουθα: α) εκπαίδευση σε δεξιότητες ατομικής φροντίδας, β) εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, γ) διατήρηση των σχέσεων με το συγγενικό και το φιλικό περιβάλλον και δ) ανάπτυξη συνεργασίας με την τοπική κοινωνία.

Ακόμη η Εταιρία έχει ιδρύσει το Κέντρο Ημέρας «ΑΝΑΤΟΛΗ» στον Πολύγυρο Χαλκιδικής. Το Κ.Η. «ΑΝΑΤΟΛΗ» λειτουργεί από το 2005 με έξι άτομα μόνιμο προσωπικό και δεκαπέντε μέλη. Από την αρχή της λειτουργίας του έχει δώσει έμφαση στην ενημέρωση και συνεργασία με όλους τους φορείς του Νομού. Το γενικό πλαίσιο λειτουργίας βασίζεται στις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και της Θεραπευτικής Κοινότητας.

Επιστημονικές εκδηλώσεις – Συγγράμματα: Α) Το Δεκέμβριο του 2004 από την Α.μ.Κ.Ε. «ΣΥΝΘΕΣΗ» εκδόθηκε σύγγραμμα με τίτλο: «Απολογισμός της λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «Εστία» 1/1/2002-30/6/2004». Σε αυτό περιλάβαμε θέματα σχετικά με την ιστορία των απόψεων για την ψυχική νόσο, την κοινοτική ψυχιατρική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, τις εμπειρίες μας από το εγχείρημα της ίδρυσής του και την περιγραφή της λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας, τον απολογισμό των δράσεών του και ό,τι κατά τη γνώμη μας αφορά σε παρόμοιες δομές.

Β) Το Δεκέμβριο του 2004 το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» φιλοξένησε Επιστημονική Ημερίδα με θέμα: «Ψυχιατρικές Δομές Ημερήσιας Φροντίδας: Λειτουργία – Αποτελέσματα – Προοπτικές» (δηλ. τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης σύμφωνα με το Άρθρο 8 του Νόμου υπ' αριθμ. 2716/99). Η εκδήλωση αυτή συνδιοργανώθηκε από την Α.μ.Κ.Ε. «ΣΥΝΘΕΣΗ» και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Νοσοκομείο Ημέρας, Κέντρο Ημέρας).

Οι ομιλητές, εργαζόμενοι των μονάδων και προσκεκλημένοι ειδικοί επιστήμονες, επικεντρώθηκαν σε θέματα λειτουργίας των δομών και στην επίδρασή τους στη στάση της κοινότητας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

Στη συζήτηση που ακολούθησε τονίστηκε η ανάγκη ανάπτυξης περισσότερων κοινοτικών δομών που να καλύπτουν τις ποικίλες ανάγκες των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, είτε από το δημόσιο είτε από τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα. Επίσης τονίστηκε η ανάγκη συνεργασίας όλων των μονάδων για τη δημιουργία δικτύου υπηρεσιών, η οποία ήδη βρίσκεται σε εξέλιξη.

Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν τα πρακτικά της ημερίδας, τα οποία εκδόθηκαν το αμέσως επόμενο διάστημα, όπως και ανάπτυπα του βιβλίου «Απολογισμός της λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «Εστία» 1/1/2002-30/6/2004».

Γ) Η δεύτερη ημερίδα του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» έγινε στις 6 Μαρτίου 2008 με θέμα: «Προγράμματα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων σε Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης». Παρουσιάστηκαν προγράμματα περισσότερο ή λιγότερο δομημένα που αφορούσαν σε: εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτοφροντίδας, εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτόνομης διαβίωσης, από τους εργαζόμενους στις μονάδες της Α.μ.Κ.Ε. «ΣΥΝΘΕΣΗ» και η θεωρητική προσέγγιση αυτών των θεμάτων βάσει της Γνωστικής – Συμπεριφορικής Θεραπείας.

Την Ημερίδα παρακολούθησαν εργαζόμενοι των μονάδων της Εταιρίας, εργαζόμενοι άλλων μονάδων ψυχικής υγείας, καθώς και εκπρόσωποι της 3^{ης} και 4^{ης} Δ.Υ.Πε. Κεντρικής Μακεδονίας. Τα πρακτικά της Ημερίδας τυπώθηκαν και στάλθηκαν στους παρευρισκόμενους σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Δ) Ακόμη από την Α.μ.Κ.Ε. «ΣΥΝΘΕΣΗ» εκδίδεται το περιοδικό «ΠΡΟΘΗΚΗ» κάθε έξι μήνες. Το πρώτο τεύχος εκδόθηκε το Δεκέμβριο του 2005 και ήδη κυκλοφορεί το 7^ο τεύχος. Το περιοδικό αποστέλλεται σε όλους τους συναφείς φορείς.

Δικτύωση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον Τομέα Ψυχικής Υγείας Ανατολικής Θεσσαλονίκης

Παπαϊωάννου Καλλιόπη, Τσιλίκας Σωτήρης, Λαζαρίδης Βύρωνας,
Καραγιάννη Μαρία, Ευγενίδου Βενετία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως προβλέπει η νομοθεσία για την ψυχική υγεία ήδη από το 1972 με το Νόμο υπ' αριθμ. 2071 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» και αναλυτικότερα με το Νόμο υπ' αριθμ. 2716/99: «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» και σύμφωνα με το Άρθρο 1 «Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας». Στο Φ.Ε.Κ. 935/2000 περιλαμβάνεται «Ο καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) κ.α.». Στο Φ.Ε.Κ. 165/2002 ορίστηκε «Σύσταση Ανατολικού Τομέα Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης και ένταξη σε αυτόν των Μονάδων Ψυχικής Υγείας».

Το Φεβρουάριο του 2006 διεξήχθη στην Αθήνα Πανελλήνια Σύνοδος με θέμα: «Οργάνωση, λειτουργία, δικτύωση στο πλαίσιο της κοινοτικής ψυχιατρικής» από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε συνεργασία με τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος «Ψυχαργός». Σύμφωνα με τα συμπεράσματά της: «Θα πρέπει να υπάρχει σε επίπεδο Τομέα συνεργασία όλου του φάσματος των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας» (Περιοδικό «Εμφύχωση», Νο 10, 2006).

Η αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας συναρτάται πλήρως με τη δικτύωση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στα όρια των Το.Ψ.Υ. Όπως σημειώνει και στην έκθεσή της η Επιτροπή Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης της Ε.Ψ.Ε.:

«1) Έχει γίνει εμφανές ότι το κεντρικό και δισηπύλο πρόβλημα είναι αυτό της λειτουργίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε δίκτυο. Στην πράξη δεν έχει λειτουργήσει η δικτύωση, θέτοντας μείζονα προβλήματα στην οργάνωση της ψυχιατρικής φροντίδας του πληθυσμού. Το ζήτημα της δικτύωσης, στην παρούσα φάση, επικεντρώνεται, σε μεγάλο βαθμό, σε αυτό της τομεοποίησης, η οποία αποτελεί βασική οργανωτική αρχή άσκησης της ψυχιατρικής, με τον Νόμο 2716/1999. Με υπουργικές αποφάσεις έχουν οριστεί οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας για τους ενήλικους (Τ.Ε.Ψ.Υ.), όσο και τα παιδιά και τους εφήβους (Τ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.) σε ολόκληρη τη χώρα.

2) Η λειτουργία των Τ.Ε.Ψ.Υ. αποτελεί από μόνη της μείζον οργανωτικό πρόβλημα, καθώς αποτελούν απλό γνωμοδοτικό όργανο, χωρίς δυνατότητα λήψης

αποφάσεων. Κατά συνέπεια δεν μπορούν να ασκήσουν τα πολλαπλά καθήκοντα που τους αναθέτει ο νόμος».

Ομάδα εργασίας υπό την Επιστημονικά Υπεύθυνη του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» κατέγραψε τα ακόλουθα:

α) Νομοθετική τεκμηρίωση των αρχών της τομεοποίησης και της δικτύωσης στην κοινοτική ψυχιατρική.

β) Καταγραφή των υπάρχουσών Μονάδων Ψυχικής Υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον Ανατολικό Τομέα της Θεσσαλονίκης.

γ) Προτάσεις για την υλοποίηση της δικτύωσης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον Το.Ψ.Υ. Ανατολικής Θεσσαλονίκης.

Διαπιστώνουμε ότι

1) Από την καταγραφή των νόμων και των άρθρων που αφορούν στην ψυχική υγεία (Νόμος υπ' αριθμ. 2071/1992 και Νόμος υπ' αριθμ. 2716/1999) παρατηρούμε ότι οι νομοθέτες και με τους δύο νόμους δίνουν έμφαση στις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής.

Η ψυχιατρική φροντίδα στην κοινότητα διέπεται από τις βασικές αρχές που διατύπωσε ο Carplan το 1964:

α. Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών (Comprehensiveness).

β. Η αρχή της τομεοποίησης (Catchmentation-sectorization).

γ. Η αρχή της συνέχειας της φροντίδας (Continuity of care).

2) Απαραίτητες συνθήκες για την υλοποίηση των διατάξεων των δύο αυτών νόμων αποτελούν η ανάπτυξη των απαραίτητων μονάδων και λειτουργιών σε όλες τις περιφέρειες της χώρας και η διασύνδεση των μονάδων αυτών δηλαδή η δικτύωση των υπηρεσιών, ώστε να αποτελούν ένα ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας.

3) Από την καταγραφή των υπάρχουσών υπηρεσιών διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

α) Στον άξονα των βασικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στον Τομέα Ανατολικής Θεσσαλονίκης, στο Ιπποκράτειο Γ.Ν. λειτουργεί το Ψυχιατρικό Τμήμα, το οποίο δε διαθέτει κλίνες για νοσηλεία και έχει αναπτύξει πλήθος άλλων δραστηριοτήτων (Εξωτερικά Ιατρεία τακτικά και έκτακτα, Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, ειδικά ιατρεία, κ.τ.λ.). Λειτουργεί ακόμη Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, με κλίνες και ποικίλες δραστηριότητες.

β) Στον Τομέα λειτουργεί μόνο το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Παράρτημα Θεσσαλονίκης, ενώ θα χρειαζόνταν να λειτουργεί και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ανατολικής Θεσσαλονίκης, το οποίο είναι υπό διαδικασία ίδρυσης.

γ) Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, τα τμήματα τα οποία έχουν ενταχθεί στον Ανατολικό Τομέα Ψυχικής Υγείας (Α' και Β' Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας) νοσηλεύουν ασθενείς από όλο το νομό Θεσσαλονίκης, καθώς οι εισαγωγές γίνονται σύμφωνα με το πρόγραμμα εφημεριών του Νοσοκομείου.

δ) Όσον αφορά τις αποκαταστασιακές μονάδες, υπάρχει ανάπτυξη στεγαστικών εναλλακτικών δομών, οι οποίες ιδρύθηκαν και επιβλέπονται είτε από το Ψ.Ν.Θ. είτε από Αστικές μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες. Υπολείπεται σε πολύ μεγάλο βαθμό η ανάπτυξη μονάδων που να παρέχουν απασχόληση, εκπαίδευση και εργασία. Λειτουργούν το Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» το οποίο παρέχει υποστηρικτικά

ψυχοθεραπευτικά προγράμματα και εκπαιδευτικά εργαστήρια στο Ε.Κ.Ψ. Υγιεινής. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. που προβλέπονται από το Νόμο 2716/99 δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί. Θα ήταν πολύ σημαντική διέξοδος για τους νέους χρόνιους ψυχικά ασθενείς η παροχή θέσεων προστατευμένης εργασίας, καθώς η αμοιβή τους, έστω και μικρή, θα συμπλήρωνε τα εισοδήματά τους και η εργασία θα «νορμαλοποιούσε» τη ζωή τους.

ε) Επαρκής αριθμός περιφερειακών (αγροτικών) ιατρείων στελεχωμένων από αγροτικούς ή γενικούς ιατρούς.

ζ) Επαρκής αριθμός ιατρείων ασφαλιστικών φορέων (ιατρεία Ι.Κ.Α.).

4) Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες οργάνωσης, κυρίως από τους Δήμους, υπηρεσιών που αφορούν σε χρήστες ουσιών και άλλες κατά κύριο λόγο προνοιακές παροχές, των οποίων είναι ασαφής η λειτουργία και η διασύνδεση.

Προτείνουμε

Για την ενίσχυση της υλοποίησης της δικτύωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στον Το.Ψ.Υ. Ανατολικής Θεσσαλονίκης (αυτών που υπάρχουν, μέχρι τη γρήγορη ελπίζουμε ανάπτυξη και των απαραίτητων άλλων μονάδων):

1) Την υλοποίηση των διατάξεων του Φ.Ε.Κ. 195/2002 που καθορίζει τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Το.Ψ.Υ. Ανατολικής Θεσσαλονίκης.

2) Την ενίσχυσή της, ώστε να μπορεί ουσιαστικά να λειτουργεί η Τ.Ε.Ψ.Υ. όπως προβλέπεται από το Φ.Ε.Κ. 935/2000. Με ευθύνη της Τ.Ε.Ψ.Υ. θα πρέπει να λειτουργήσει Κεντρικό Αρχείο του Δικτύου των Υπηρεσιών και να καταγράφεται η «ροή» των προσερχόμενων ασθενών προς τις διάφορες μονάδες και η κάθε μετακίνησή τους ανάλογα με τις ανάγκες τους. Το Κεντρικό Αρχείο του Δικτύου είναι προτιμότερο να εδράζεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Τομέα καθώς το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί βασική μονάδα του συστήματος κοινοτικής ψυχιατρικής.

3) Πύλη εισόδου στο Δίκτυο των Υπηρεσιών του Ανατολικού Τομέα να αποτελούν οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης:

- Γενικοί Ιατροί και Ιατροί Κέντρων Υγείας
- Ιατροί Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείων (Ιπποκράτειου Γ.Ν. και Ψ.Ν.Θ.)
- Ιατροί Ασφαλιστικών Ταμείων (Παθολόγοι, Ψυχίατροι του Ι.Κ.Α. και άλλων Ταμείων)
- Ιατροί Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Ψυχίατροι του Ε.Κ.Ψ. Υγιεινής)
- Ιδιώτες Ψυχίατροι
- Λοιπές Ειδικότητες (Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, κ.α.)

4) Οι Μετακινήσεις μέσα στο Δίκτυο Υπηρεσιών του Ανατολικού Τομέα να γίνονται μέσω των παρακάτω:

α) Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Περίθαλψη:

- Ψυχίατροι: Εξωτερικά Ιατρεία (θεραπευτικές παρεμβάσεις – παρακολούθηση) του Ιπποκράτειου Γ.Ν. και του Ψ.Ν.Θ.
- Ψυχίατροι: Ασφαλιστικά Ταμεία (θεραπευτικές παρεμβάσεις – παρακολούθηση) Ι.Κ.Α. και άλλα Ταμεία
- Ψυχίατροι Κέντρων Ψυχικής Υγείας (θεραπευτικές παρεμβάσεις – παρακολούθηση) Ε.Κ.Ψ. Υγιεινής
- Ιδιώτες Ψυχίατροι (θεραπευτικές παρεμβάσεις – παρακολούθηση)

β) Νοσηλεία - Ειδικές Θεραπευτικές Παρεμβάσεις:

- Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου (δεν λειτουργεί)
- Νοσηλεία σε Ψυχιατρείο (Ψ.Ν.Θ.)
- Παραπομπή για εξειδικευμένη θεραπευτική παρέμβαση (ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, Νοσοκομείο Ημέρας, κ.α.), Ιπποκράτειο Γ.Ν., Ψ.Ν.Θ., Ε.Κ.Ψ. Υγιεινής)
- Παραπομπή για εξειδικευμένη αποκαταστασιακή παρέμβαση (Διαμερίσματα, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Κέντρα Ημέρας, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, κ.α., Ψ.Ν.Θ., Ε.Κ.Ψ.Υγιεινής Ε.Ψ.Υ.Κ.Α., «Σύνθεση»: Κέντρο Ημέρας «Εστία», Οικοτροφείο «Αξίος»)
- Νοσηλεία σε Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές

5) Την καθιέρωση Πρωτοκόλλου Παραπομπής (το οποίο περιλαμβάνει σύντομο ιστορικό και την παρούσα κλινική εικόνα του παραπεμπόμενου). Πιστεύουμε ότι το έγγραφο αυτό είναι πολύ βασικό, πρέπει να είναι πλήρως συμπληρωμένο, πρέπει να συνοδεύει τον ασθενή σε κάθε μετακίνησή του—παραπομπή από την πύλη εισόδου στο σύστημα, δηλ. τις υπηρεσίες (κρατικές ή ιδιωτικές) πρωτοβάθμιας περίθαλψης προς υπηρεσίες δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης ή εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή και αντιστρόφως.

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΙ:
Μονάδα:
Ημερομηνία:
Στόχος παραπομπής:
Θεράπων Ιατρός:
Πρόσωπο αναφοράς:
Προς: (Υπηρεσία που υποδέχεται)
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΜΕΝΟΥ:
Όνοματεπώνυμο:
Ηλικία:
Φύλο:
Οικογενειακή κατάσταση:
Δ/νση κατοικίας:
Τηλέφωνο:
Διάγνωση:
Σύντομο ιστορικό, Κλινική εικόνα:
Φαρμακευτική Αγωγή:
Λόγοι παραπομπής:

6) Οι γενικοί ιατροί, οι ιατροί των Κέντρων Υγείας και των ασφαλιστικών φορέων που αποτελούν το σύστημα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένοι ώστε ανάλογα να αντιμετωπίζουν ή να παραπέμπουν τους ψυχιατρικούς ασθενείς.

Συμπερασματικά: Θα πρέπει να έχουν αναπτυχθεί όλες οι μονάδες στον Το.Ψ.Υ. ώστε να παρέχουν πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική παρέμβαση. Οι μονάδες αυτές πρέπει να λειτουργούν ως δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας με προϋποθέσεις τον συντονισμό του έργου τους και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.). Κρίνουμε σημαντική επίσης τη συμμετοχή των εκπροσώπων των οικογενειών και των ίδιων των ασθενών στο Δίκτυο Παροχής Υπηρεσιών του Τομέα.

Σημείωση 1: Για πληροφορίες που αφορούν στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της Θεσσαλονίκης μπορεί κανείς να ανατρέξει: α)«Κατάλογος Κοινωνικών Δομών» που εκδόθηκε από το Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Θεσσαλονίκης το 2006 και β)«Οδηγός Ψυχοκοινωνικών Υπηρεσιών Νομού Θεσσαλονίκης» που εκδόθηκε το 2006 από το Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας ΠΥΞΙΔΑ του Δήμου Συκεών.

Σημείωση 2:Ευχαριστούμε τους Δήμους του Νομού Ανατολικής Θεσσαλονίκης, που με προθυμία ανταποκρίθηκαν στο αίτημά μας για παροχή πληροφοριών σχετικά με τις υπηρεσίες τους.

Σημείωση 3: Χρήσιμο για μας υπήρξε το κείμενο εργασίας της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης προγράμματος «Ψυχαργός, Β΄ φάση»: *Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ημέρας*, καθώς μας προσέφερε ερεθίσματα για να επεκτείνουμε τους προβληματισμούς μας.

Σημείωση 4: Περιοδικό «Εμψύχωση» της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός, Β΄ φάση», Τεύχος 10/2006.

Σημείωση 5: Έκθεση της Επιτροπής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας 2006-2008. Μέλη: Χ.Βαρουχάκης, Στ.Θεοδωροπούλου, Θ.Καράβατος, Δ.Πλουμπίδης, Βλ.Τομαράς, Β.Τσιπιάς
Συντονιστής : Δημ. Πλουμπίδης.

Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας Κέντρων Ημέρας

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Το νομικό πλαίσιο στο οποίο βασίζεται η λειτουργία των Κέντρων Ημέρας και η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών για ψυχιατρική περίθαλψη καθορίζεται κυρίως από τις διατάξεις των Νόμων 2716/99 και 2071/92.

Παραθέτουμε παρακάτω τις σχετικές διατάξεις του 2716/99.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.
2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄ ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

Άρθρο 3

Τομείς Ψυχικής Υγείας – Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

1. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 4

Γενικές Διατάξεις

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

Άρθρο 8 **Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης**

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και κάθε συναρμόδιου Υπουργού κατά περίπτωση, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, ορίζονται τα τμήματα, οι Μονάδες ή οι υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των Γενικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, οι οποίες λειτουργούν ως Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ., μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν.1397/1983 σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης. Με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ. και της οικείας Ιατρικής Σχολής, μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή μονάδες των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

Τα δικαιώματα των ασθενών

Στο σημείο αυτό θεωρούμε σκόπιμο να παραθέσουμε τα δικαιώματα των ασθενών και των ψυχικά ασθενών, όπως προκύπτουν από τους Νόμους 2071/92 και 2716/99.

Σύμφωνα με το Νόμο 2071/92, κεφ. Δ', άρθρο 47, τα δικαιώματα του ασθενή είναι:

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσέγγισης των πλέον κατάλληλων για τη φύση της ασθένειάς του υπηρεσιών του νοσοκομείου.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκαταθέτει ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν.
4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά την κατάστασή του.
5. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθιστων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων.
6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της εγγύησης του απόρρητου χαρακτήρα των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων.
7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των ενεργειών και των αποτελεσμάτων τους.

Οι υποχρεώσεις του ασθενή είναι:

Με δεδομένο τον ενεργό ρόλο του στη διαδικασία φροντίδας υγείας, ο ασθενής-χρήστης υπηρεσιών υγείας οφείλει:

1. να διευκολύνει την εργασία των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας.
2. να σέβεται τα δικαιώματα των άλλων ασθενών.
3. να ενημερώνει τους επαγγελματίες υγείας για τις οποιεσδήποτε αλλαγές στην υγεία του, αλλεργίες, αλλαγές φαρμάκων, κλπ.
4. να ακολουθεί τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τον κανονισμό του κάθε νοσοκομείου.
5. να ζητά διευκρινίσεις για τη διάγνωση και τη νοσηλεία του.

Τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενή

Στα Ψυχιατρικά Τμήματα η νοσηλεία καλύπτεται νομικά από το Νόμο 2071/92.

Ο νόμος αυτός καλύπτει :

- τη διαδικασία εισαγωγής
- τις συνθήκες νοσηλείας
- τη διαδικασία εξιτηρίου

Παράλληλα ισχύουν και εδώ αρχές που αφορούν σε όλους τους νοσηλευόμενους πολίτες σε οποιοδήποτε νοσοκομείο:

- δικαίωμα στη φροντίδα υγείας
- δικαίωμα σε καλό επίπεδο φροντίδας υγείας
- δικαίωμα σε συγκατάθεση στη θεραπεία
- δικαίωμα στην πρόσβαση στο ιατρικό αρχείο

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 του Νόμου 2716/99 «Συνιστάται Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν.2519/1997», η οποία «εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις

Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης».

Κέντρα Ημέρας

Χονδρός Δημήτρης

Τα Κέντρα Ημέρας (Κ.Η.) είναι νέες – για τα ελληνικά δεδομένα – Μονάδες Ψυχικής Υγείας υπαγόμενες στα Εξειδικευμένα Κέντρα Περιθαλψής του Άρθρου 8 του Ν. 2716/99. Πέραν όμως αυτής της αναφοράς στο Ν. 2716, μέχρι σήμερα, δεν έχει υπάρξει άλλη διατύπωση της τυπολογίας, της θεσμικής, λειτουργικής και οργανωτικής διευθέτησης του “εργαλείου” αυτού παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και φροντίδας. Η ανυπαρξία αυτή ενός σαφούς οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου για τα Κ.Η. θέτει –εκ νέου– το θέμα του τρόπου με τον οποίο οι αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής χρειάζεται να μεταφραστούν σε οργανωτικά και λειτουργικά εργαλεία, που να αναδεικνύουν και να προσδίδουν περιεχόμενο στην έννοια των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, όπως τα Κ.Η., αλλά και να αποτυπώνουν το περιεχόμενο της διαδικασίας διασφάλισης του συνεχούς της φροντίδας στη κοινότητα.

Το σχετικά εκτεταμένο πλήθος, σε σχέση με παλαιότερες εποχές, των Κ.Η. που λειτουργούν στην Ελλάδα και μια διαφαινόμενη εξειδίκευσή τους σε συγκεκριμένες ομάδες – στόχους έδωσαν την αφορμή για τις σκέψεις του παρόντος. Να σημειωθεί ότι βασίζονται μόνο στην εμπειρική παρατήρηση, αφού δεν έχει υπάρξει καμιά – μέχρι τώρα – απόπειρα αξιολόγησης της προσφοράς των μονάδων αυτών.

Τα Κ.Η., τομεοποιημένες Μονάδες Ψυχικής Υγείας

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

Η Τομεοποίηση (catchmentation – sectorization) είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Χωρίς αυτήν κάθε προσπάθεια για κοινοτική ψυχιατρική είναι αδύνατη.

Σύμφωνα με το Ν. 2716/99, η χώρα μας έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά. Στους Το.Ψ.Υ. θα πρέπει να εντάσσονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως η ανταπόκριση του Το.Ψ.Υ. στις ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού του οποίου έχει την ευθύνη συναρτάται άμεσα από την ποσότητα και την ποιότητα των σχέσεων συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων που τον συγκροτούν. Για είναι αποτελεσματική η λειτουργία των μονάδων του Το.Ψ.Υ. θα πρέπει να λειτουργούν σε δίκτυο, ώστε να κάνουν πράξη τις βασικές έννοιες της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών (comprehensiveness), της πολυδιάστατης προσέγγισης, του συνεχούς της φροντίδας και του συντονισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Εκτός όμως από τη διοικητική πράξη της τομεοποίησης και της συγκρότησης των Τομεακών Επιτροπών, στη χώρα μας η τομεοποίηση παραμένει ανενεργή, αφού η Πολιτεία δείχνει απελπιστικά άτολμη στο εγχείρημα, η δε ψυχιατρική κοινότητα – πλην ελαχίστων περιπτώσεων – «περί άλλων τυρβάζει»!

Ας επανέλθουμε όμως. Στο πλαίσιο αυτό της συγκρότησης του Τομέα, σκοπός του Κ.Η. ως τομεοποιημένης κοινοτικής Μονάδας Ψυχικής Υγείας είναι να προσφέρει στους λήπτες των υπηρεσιών του μια διαδρομή κατάκτησης δεξιοτήτων, αυτονομίας και ταυτότητας διαμέσου μιας αποκαταστασιακής διαδικασίας, ώστε να εξασκούν τα δικαιώματά τους ως πολίτες σε ατομικό, εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο.

Η αξία της λειτουργίας του Κ.Η. έγκειται, πάνω απ' όλα, στο γεγονός ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών του, εκουσίως λειτουργώντας ως «εθελοντές», σχεδιάζουν, επιλέγουν και πραγματοποιούν ποικιλία δραστηριοτήτων, συμμετέχοντας και συμβιώνοντας σε μια κοινοτική εμπειρία, με σκοπό να φτάσουν σε μορφές αυτοδιαχείρισης, αυτοεξυπηρέτησης, κοινωνικού και επαγγελματικού προσανατολισμού, δυνατότητας απασχόλησης, συναλλαγής και συνύπαρξης.

Εκτός από τα άτομα με ανάγκες λήψης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το Κ.Η. απευθύνεται ακόμη στις οικογένειες των άμεσα επωφελούμενων, τις οποίες εντάσσει στις παρεμβάσεις του είτε ως αποδέκτες των υπηρεσιών του είτε ως θεραπευτικούς και αποκαταστασιακούς πόρους.

Σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που υπάγονται στον Το.Ψ.Υ., το Κ.Η. απευθύνεται και στην τοπική κοινότητα είτε κινητοποιώντας τους πόρους της είτε πραγματοποιώντας παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Σε αρκετές περιπτώσεις Κ.Η. που λειτουργούν ήδη οι βασικοί αυτοί άξονες λειτουργίας τηρούνται ικανοποιητικά κι αυτό μάλλον οφείλεται στις αντιλήψεις των υπευθύνων και των στελεχών που απασχολούνται σ' αυτά παρά σ' έναν σχεδιασμένο και θεσμοθετημένο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας της αδρανούς Πολιτείας. Κάτι τέτοιο δεν υπάρχει ακόμη, σχεδόν δέκα έτη μετά την ψήφιση και εφαρμογή του Ν. 2716!

Μεθοδολογία παραπομπών, Κ.Η. και δίκτυα

Ένα σημαντικό ζήτημα που πολλές φορές ταλανίζει όλες τις μονάδες υγείας και ψυχικής υγείας είναι αυτό της θέσης τους σε ένα δίκτυο (όπως είναι αυτό του Το.Ψ.Υ. για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης) και της «ροής» των περιστατικών προς και από αυτές.

Στο πλαίσιο της τομεοποιημένης λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, την ευθύνη του ασθενούς - αποδέκτη των υπηρεσιών έχει το δίκτυο και όχι μια μονάδα μεμονωμένα, αφού καμία μονάδα δεν είναι σε θέση από μόνη της να καλύψει τις πολύπλευρες ανάγκες ενός ψυχικά πάσχοντος και του περιβάλλοντός του. Άλλωστε, η κοινοτική ψυχιατρική απαιτεί εργασία σε ομάδα και εργασία σε δίκτυο.

Ένα λοιπόν από τα προβλήματα που πρέπει οι μονάδες του Το.Ψ.Υ. να λύσουν είναι αυτό της διαδρομής ενός πολίτη που αποζητά υπηρεσίες στο εσωτερικό του δικτύου και των «πυλών εισόδου» ενός ατόμου με ανάγκες ψυχικής υγείας στο δίκτυο.

Κι αν το πρόβλημα αυτό επιλύεται με την οργάνωση και την πιστή τήρηση ενός «πρωτοκόλλου παραπομπής» μεταξύ των μονάδων, τότε το Κ.Η. θα πρέπει να αξιολογήσει τις ατομικές θεραπευτικές προτεραιότητες που αποτυπώνονται στο «πρωτόκολλο παραπομπής» και να τις μεταφράσει σε «ατομικά θεραπευτικά προγράμματα» που θα εξυπηρετηθούν τόσο από το ίδιο το Κ.Η., όσο και από τις υπόλοιπες μονάδες του Τομέα.

Το αν ένα τομεοποιημένο Κ.Η. αποτελεί ή όχι «πύλη εισόδου» στο δίκτυο ή αν σ' αυτό παραπέμπονται μόνο άτομα με ανάγκες ψυχικής υγείας από άλλες μονάδες,

αυτό είναι αποτέλεσμα του πλήθους των μονάδων του Τομέα και της ποιότητας των υπηρεσιών που αυτές παρέχουν. Εκτιμάται δε κατά περίπτωση και με ευθύνη της Τομεακής Επιτροπής, αφού είναι δυνατόν σε Τομείς όπου δεν είναι αναπτυγμένες επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το Κ.Η. να μπορεί, εφόσον στελεχώνεται από αντίστοιχες ειδικότητες, να καλύπτει ανάγκες ψυχιατρικής παρακολούθησης ασθενών και εφαρμογής θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Από την παρατήρηση της λειτουργίας των Κ.Η. που δραστηριοποιούνται στη χώρα μας κάτι τέτοιο είναι ζητούμενο! Τα περισσότερα Κ.Η. λειτουργούν περιχαρακωμένα, χωρίς διασυνδέσεις και συνεργασίες και με έναν σχετικά περιορισμένο αριθμό επωφελούμενων. Στις βασικές αιτίες αυτής της κατάστασης μπορεί κανείς να παραθέσει τόσο την έλλειψη ανάλογης «κουλτούρας» στα στελέχη τους όσο και την αδυναμία του Υπουργείου Υγείας να εμπνεύσει, καθοδηγήσει, αξιολογήσει και ελέγξει τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας γενικότερα.

Σημαντική τέλος είναι και η ανασφάλεια που δημιουργεί στα στελέχη των μονάδων άρα και των Κ.Η. η διαρκής, άκριτη υποχρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος ψυχικής υγείας από πλευράς Πολιτείας.

Mainstreaming στην παροχή υπηρεσιών και τυπολογία των Κ.Η.

Αυτονόητο θεωρείται το στοιχείο πως σε μια ορθά οργανωμένη και λειτουργούσα Μονάδα Ψυχικής Υγείας καμιά διάκριση δεν επιτρέπεται ως προς την παροχή υπηρεσιών προς τον πάσχοντα. Έτσι, πρακτικές που οδήγησαν σε ιδρυματικές αντιλήψεις για την περίθαλψη του ψυχικά ασθενούς, όχι στις συγκροτημένες για όλους μονάδες υγείας, όπως το Γενικό Νοσοκομείο, αλλά σε εξειδικευμένες, όπως το Ψυχιατρείο, δεν είναι πλέον αποδεκτές. Επομένως, όπως όλες οι άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, έτσι και το Κ.Η. οργανώνεται και λειτουργεί έτσι ώστε να παρέχει τις υπηρεσίες του σε όποιον τις αιτείται, χωρίς διακρίσεις.

Από την άλλη, οι εξειδικευμένες ανάγκες που έχουν ορισμένες ομάδες – στόχοι έχουν επιβάλλει τη διάκριση των Κ.Η., την εξειδίκευσή τους στις ομάδες αυτές και την παροχή υπηρεσιών που σε ορισμένα σημεία διαφέρουν ακριβώς για να λειτουργούν συμπληρωματικά στο τομεοποιημένο, δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας.

Στην ελληνική εμπειρία - μέχρι πριν λίγο - τα Κ.Η. διακρίνονταν, ανάλογα με την ομάδα - στόχο στην οποία απευθύνονται, σε Κ.Η. για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή σοβαρές ψυχοκοινωνικές ανάγκες για ενήλικες, για έφηβους και για παιδιά, σε Κ.Η. για άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και σε Κ.Η. για πάσχοντες από νόσο Alzheimer και συναφείς διαταραχές. Τελευταία, παρουσιάζεται μια ενδιαφέρουσα εξέλιξη, αφού έχουν αρχίσει να λειτουργούν και Κ.Η. για διαφορετικές ομάδες - στόχους και με διαφοροποιημένες υπηρεσίες, προσαρμοσμένες στις εξειδικευμένες ανάγκες των ομάδων αυτών. Έτσι, καταγράφεται πλέον λειτουργία Κ.Η. για υποστήριξη ογκολογικών ασθενών και γυναικών που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, αλλά και Κ.Η. για γυναίκες με προβλήματα διατροφής (ανορεξία) και Κ.Η. για μετανάστες και πρόσφυγες.

Οι ιδιαιτερότητες αυτές προς το παρόν καταγράφονται σχεδόν αποκλειστικά στο Λεκανοπέδιο της Αττικής, τα δε αποτελέσματα από τη λειτουργία αυτών των Κ.Η. αρχικά διαφαίνονται ενθαρρυντικά, θα απαιτηθεί όμως μια σε βάθος αξιολόγηση, όπως άλλωστε και για τα υπόλοιπα, mainstream Κ.Η.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Χάρτη Ψυχικής Υγείας της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης του “Ψυχαργός” (www.msu/mapsite), σήμερα λειτουργούν σ’ ολόκληρη τη χώρα 48 Κέντρα Ημέρας. Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά απεύθυνσης αυτών των Κ.Η. και η χωροθέτησή τους.

Τύπος Κέντρων Ημέρας	Πλήθος	Χωροθέτηση
Για ενήλικες	25	Αττική 9, Θεσσαλονίκη 3, Πιερία 2, Δράμα, Λάρισα, Χίος, Αρκαδία, Λασιθί, Πέλλα, Χαλκιδική, Ιωάννινα, Φθιώτιδα, Ρόδος, Κεφαλονιά,
Για άτομα με διαταραχές αυτισμού	6	Αττική 4, Λάρισα, Αιτωλοακαρνανία
Για πάσχοντες από τη ν. Alzheimer	5	Αττική 2, Θεσσαλονίκη, Μαγνησία, Χανιά
Για έφηβους	1	Αττική (Χαλάνδρι)
Για παιδιά	1	Αττική (Κορωπί)
Για ενήλικες και έφηβους	1	Αττική (Κολωνάκι)
Για έφηβους και παιδιά	1	Αττική (Χαλάνδρι)
Για ηλικιωμένους	2	Θεσσαλονίκη 1, Πιερία 1
Για ογκολογικούς ασθενείς	2	Αττική (Αθήνα) 1, Χανιά 1
Για γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη	1	Αττική (Αθήνα)
Για γυναίκες με διαταραχές διατροφής	1	Αττική (Αθήνα)
Για πρόσφυγες	1	Αττική (Αθήνα)
Για μετανάστες – πρόσφυγες	1	Αττική (Αθήνα)
Σύνολο	48	

Ορισμένα σημαντικά ζητήματα από την παρατήρηση αυτών των Κ.Η.:

α) Είναι πάρα πολλοί οι Τομείς Ψυχικής Υγείας οι οποίοι δεν διαθέτουν Κ.Η.. Μερικοί μάλιστα απ' αυτούς είναι και πολυπληθείς (Αχαΐα, Ηράκλειο, κ.α.), στους οποίους επιβάλλεται από τα διεθνή standards να λειτουργούν περισσότερα του ενός Κ.Η.

β) Σε πολλές περιπτώσεις τα Κ.Η. που λειτουργούν σε κάποιο Τομέα είναι σχεδόν οι μοναδικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν τοπικά (Λασιθί, Πέλλα, Χίος).

γ) Σημαντική είναι η συνεισφορά των πιστοποιημένων στην ψυχική υγεία Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου, αφού η συντριπτική πλειοψηφία των Κ.Η. εποπτεύεται διοικητικά και επιστημονικά από αυτά, ενώ αντίθετα ελλειπέστατη είναι η συνεισφορά των Γενικών Νοσοκομείων στη λειτουργία Κ.Η. Από το σύνολο των λειτουργούντων Κ.Η.:

9 λειτουργούν υπό την επιστημονική και διαχειριστική ευθύνη Ψυχ. Νοσοκομείων

1 λειτουργεί υπό την επιστημονική και διαχειριστική ευθύνη Γεν. Νοσοκομείου

38 λειτουργούν υπό την επιστημονική και διαχειριστική ευθύνη Μη Κυβερνητικών – Μη Κερδοσκοπικών Οργανισμών

δ) Παρά τον συγκριτικά μεγαλύτερο αριθμό μονάδων στην Αττική είναι αυτονόητο πως το Λεκανοπέδιο απαιτεί τη λειτουργία πολλαπλάσιου αριθμού Κ.Η.. Αυτό άλλωστε θα πρέπει να συμβαίνει και με όλους τους πολυπληθείς Τομείς, όπως αυτούς της Θεσσαλονίκης.

Αξιολόγηση της ποιότητας και θεσμικό πλαίσιο Κ.Η.

Με τη μικρή - έστω - διασπορά των Κ.Η. που λειτουργούν ανά τη χώρα και τη διαφανόμενη, σταδιακή εξειδίκευσή τους σε συγκεκριμένες ομάδες – στόχους αλλά και με τα σημαντικά αποτελέσματα που έχει επιφέρει η λειτουργία τους, όπως

δυστυχώς μόνο εμπειρικά μπορεί κανείς να παρατηρήσει, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών από τα Κ.Η. τίθεται πραγματικά «επί τάπητος».

Σε ένα σύστημα που βρίσκεται σε μεταρρύθμιση, όπου ο σχεδιασμός πρέπει να είναι διαρκής και αναλυτικός, επιβάλλεται να ξεκινήσει αμέσως μια συγκροτημένη και συνεχής διαδικασία αναζήτησης μετρήσιμων μεγεθών, που να αφορούν στη σχέση μεταξύ προγραμματισμού και σχεδίων δράσης από τη μια και στην ικανοποίηση των αποδεκτών των υπηρεσιών, των επαγγελματιών και φυσικών και κοινωνικών απαιτήσεων και αναγκών από την άλλη.

Μια άλλη διάσταση της επιβαλλόμενης διαδικασίας αξιολόγησης είναι η ανάδειξη δεδομένων, που να δίνουν δυνατότητες επεξεργασίας και αναπροσαρμογής των σχεδίων δράσης, με στόχο τη βελτίωση παραμέτρων της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η δημιουργία αξιολογικού συστήματος στις κοινοτικές μονάδες, όπως τα Κ.Η., γίνεται το εργαλείο για να αποδεικνύεται και να βελτιώνεται τόσο η αποδοτικότητα αυτών σε σχέση με τους επενδεδυμένους πόρους όσο και η αποτελεσματικότητα των μονάδων ως προς τις εκβάσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Βεβαίως, ένα αξιολογητικό σύστημα που θα επικεντρώνει σε διαδικασίες διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, άρα και των Κ.Η., επιβάλλεται να συγκροτηθεί γύρω από έναν μηχανισμό διαρκούς παρατήρησης, εκπόνησης οδηγιών και guidelines, εργαλείων αυτοαξιολόγησης και αξιολόγησης και φυσικά κριτηρίων διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας.

Από την εμπειρία που κατακτήθηκε κατά την εκπόνηση από τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης του «Ψυχαργός» ενός αντίστοιχου Οδηγού για τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, που δυστυχώς το Υπουργείο Υγείας ουδέποτε εφάρμοσε, προκύπτουν τα εξής ενδιαφέροντα:

α) Υπάρχει ένα σοβαρά μεγάλο έλλειμμα στα στελέχη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας γύρω από τις έννοιες και τις αρχές της κοινοτικής, τομεοποιημένης ψυχιατρικής και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ο ενστερνισμός επομένως των αρχών αυτών αποτελεί στόχο προς επίτευξη και όχι αφετηρία για οποιαδήποτε αξιολογητική διαδικασία.

β) Καταγράφεται απουσία ακόμη και στοιχειώδους τεκμηρίωσης και τήρησης αρχείων για τη λειτουργία των μονάδων.

γ) Η έλλειψη σχετικής «κουλτούρας» δημιουργεί σοβαρή δυσπιστία στα στελέχη των μονάδων σχετικά με το ρόλο και τα οφέλη μιας αξιολογητικής διαδικασίας.

δ) Αυτονόητα, προαπαιτούμενο της όποιας αξιολογητικής διαδικασίας αλλά και της όποιας απόπειρας ελέγχου της λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας αποτελεί η θεσμοθέτηση αρχών για την οργάνωση και τη λειτουργία τους και κάτι τέτοιο δεν υπάρχει ακόμη!

Η λειτουργία των Κ.Η. και των Κινητών Μονάδων επίσης, με τη διασπορά τους και την επιχειρούμενη δειλά-δειλά εξειδίκευσή τους, φαίνεται πως σ' αυτή τη συγκυρία μπορεί να δώσει «κάποιες» υποτυπώδεις λύσεις για την ανακούφιση του πόνου των ψυχικά πασχόντων. Όπου υπάρχουν κι όπου λειτουργούν στοιχειωδώς προσανατολισμένα στις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής. Η ανάληψη πρωτοβουλιών εδραίωσης των επιτευγμάτων που έχουν καταγράψει οι εργαζόμενοι στις μονάδες, στη φάση αυτή, αποτελεί βάσιμη ελπίδα φυγής προς τα μπρος. Ο πήχης είναι ψηλά και το τίμημα μεγάλο...

Ιστορία της ψυχιατρικής περίθαλψης

Κουνιάκης Φίλιππος

Η ψυχική υγεία είναι ένα αναπόσπαστο στοιχείο της υγείας, μέσω της οποίας ο άνθρωπος ολοκληρώνει τις γνωστικές και συναισθηματικές του δυνατότητες, καθώς και αυτές της δημιουργίας σχέσεων. Με ένα ισορροπημένο ψυχικό απόθεμα, το άτομο είναι πιο αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση των πιεστικών καταστάσεων της ζωής, μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και δημιουργικά και καθίσταται πιο ικανό να συνεισφέρει θετικά στην κοινωνία του. Οι ψυχικές και εγκεφαλικές διαταραχές που επηρεάζουν την ψυχική υγεία εμποδίζουν ή ελαττώνουν τη δυνατότητα επίτευξης μέρους ή όλων των ανωτέρω και η πρόληψη και θεραπεία τους ανοίγει το δρόμο για την εκπλήρωση των δυνατοτήτων του κάθε ανθρώπου. Καθώς η ψυχική υγεία αποτελεί θεμελιώδη λίθο για την ανάπτυξη του ανθρώπου, τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι μέρος της ζωής, μπορούν να συμβούν στον καθένα και αντιμετωπίζονται.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Τόσο στην αρχαία εποχή όσο και αργότερα, η ψυχική αρρώστια αντιμετωπίστηκε με πολύ λίγη κατανόηση ή και φροντίδα. Κυρίαρχη τάση ερμηνείας και κατανόησης ήταν η θεολογική προσέγγιση, με άλλοτε άλλο σεβασμό προς τον ψυχιατρικό άρρωστο και διάφορες δοξασίες για την προέλευση της ψυχικής πάθησης. Από τα παθογόνα πνεύματα που «καταλαμβάνουν» τον άνθρωπο και αποδιοργανώνουν τη συμπεριφορά του καλείται να τον απαλλάξει ο σαμάνος, η κρανιοανάτρηση, οι ιερείς του θεού Ασκληπιού, ο Ιπποκράτης, διάφοροι φιλόσοφοι (Πλάτωνας, Αριστοτέλης, Επίκουρος, Ζήνων, κ.α.), ο Γαληνός, για να φτάσουμε κατόπιν στη θεωρία για τα δαιμόνια ή και δαίμονες (Άγιος Αυγουστίνος, κ.α.), που βρήκε πρόσφορο έδαφος στα τέλη του 15^{ου} αιώνα, οπότε άρχισε και ο διωγμός των «δαιμονισμένων» ψυχικά αρρώστων. Με την ανάπτυξη της νευρολογίας και της φρενολογίας η κατάσταση βελτιώθηκε κατά τι, όμως επικρατούσε σταθερά η έννοια του ανιάτου, επικίνδυνου ατόμου, που περιορίζονταν σε φτωχοκομεία, φυλακές και άσυλα.

Γύρω στα τέλη του 18^{ου} και αρχές του 19^{ου} αιώνα, εμφανίστηκε μια σειρά από μεταρρυθμιστές, όπως ο Pinel στη Γαλλία, ο Chiarougi στην Ιταλία, ο Gueslain στο Βέλγιο, ο William Tuke στην Αγγλία και ο Anton Muller στη Γερμανία, που κατόρθωσαν να βελτιώσουν σημαντικά τις συνθήκες των ψυχιατρικών νοσοκομείων, εισάγοντας την έννοια της «ηθικής θεραπείας». Μία καινούρια προσπάθεια να αναμορφωθούν τα ψυχιατρικά ιδρύματα έγινε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα στην Αμερική, όταν ένας μανιοκαταθλιπτικός άρρωστος, ο Clifford Bears, δημοσίευσε τη δραματική εμπειρία της νοσηλείας του σε δημόσιο ψυχιατρείο της Βοστώνης, οργανώνοντας το Κίνημα Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα με σημαντική επίδραση στη Βόρεια Αμερική. Μια πιο πρόσφατη προσπάθεια αφορούσε σε ορισμένα ιδιωτικά ιδρύματα (κλινικές Menninger και Cheshnut Lotz, κλινική του Zimmel, κλινική του Binswager) που στηρίχτηκαν στην ψυχαναλυτική θεωρία. Η μεγάλη αλλαγή ήταν η ανακάλυψη και εφαρμογή ψυχοτρόπων φαρμάκων στη δεκαετία του 1950 (χλωροπρομαζίνη από τους Denicor, Leborit, Delay), που επέτρεψε την αποτελεσματικότερη και ουσιαστικότερη αντιμετώπιση των σχιζοφρενών ασθενών.

Το επόμενο βήμα ήταν η ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, η οποία, αρχίζοντας από τον Pinel, ανοίγει τα νοσοκομεία στην Αγγλία (1940-1950) και επικρατεί και στην Αμερική με την Community Mental Health Act του 1963 .

Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1838 στην Κέρκυρα από την αγγλική κατοχική διοίκηση, για να ακολουθήσει το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο το 1887 στο Δαφνί. Το 1905 ιδρύθηκε η πρώτη πανεπιστημιακή κλινική στην Ελλάδα στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Στη συνέχεια φυσικά αναπτύχθηκαν ψυχιατρικά νοσοκομεία και πανεπιστημιακές κλινικές σε διάφορες περιοχές της επικράτειας. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 υπήρχαν περί τα 13.500 κρεβάτια, διασκορπισμένα σε 57 ψυχιατρικά ιδρύματα, με τα μισά να βρίσκονται στην περιοχή της πρωτεύουσας. Σημειώνεται πως εκείνη την περίοδο οι συνολικές κλίνες στην Ελλάδα ήταν περίπου 60.000, άρα ένας στους πέντε νοσηλευόμενους ήταν ψυχιατρικός άρρωστος (κυρίως σχιζοφρενείς σε οξεία ή χρόνια φάση).

Η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας πλέον έχει περιέλθει στη μεταβατική φάση, αφήνοντας πίσω την παραδοσιακή πολιτική που περιγράφηκε στα ανωτέρω. Μέχρι το 1999 υπήρχαν 5.000 τρόφιμοι περίπου στα δημόσια ψυχιατρεία και 4.000 περίπου στις ιδιωτικές κλινικές. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 3.000 ασθενείς φιλοξενούμενοι σε 400 ξενώνες και οικοτροφεία, στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, ενώ σε 16 νομούς δεν υπάρχει κάποια υπηρεσία. Με βάση έγκυρα επιδημιολογικά δεδομένα, στην Ελλάδα περίπου 110.000 άτομα πάσχουν από σχιζοφρένεια και ο αριθμός αυτός αυξάνεται εντυπωσιακά προσθέτοντας τις συναισθηματικές διαταραχές και ακόμη περισσότερο τις αγχώδεις, τις αναπτυξιακές διαταραχές και τις εξαρτήσεις από ουσίες. Ορόσημο στην ανάπτυξη του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα αποτέλεσε η υλοποίηση του προγράμματος του κανονισμού 815/84. Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, κατά την περίοδο 1984-1995, αναπτύχθηκαν 260 νέες δομές, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Ημέρας, Εργαστήρια Επαγγελματικής Αποκατάστασης, Ξενώνες, Οικοτροφεία και άλλες υπηρεσίες. Με το Ν. 2716/1999 μπήκαν οι βάσεις για την περιφερειακή οργάνωση της παροχής ψυχικής υγείας (Τομεοποίηση, Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας, κ.α.) και η χώρα έχει ήδη τομεοποιηθεί σε 60 Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.). Η υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός» σε πρώτη φάση πέτυχε την τοποθέτηση 859 χρόνιων ασθενών σε περίπου 60 στεγαστικές δομές και οι ασθενείς προέρχονταν κυρίως από τμήματα χρόνιων ασθενών 9 ψυχιατρείων. Η διαδικασία επιταχύνθηκε από ένα φυσικό φαινόμενο (τον σεισμό του 1999), καθώς βγήκε εκτός λειτουργίας το νοσοκομείο του Δαφνίου. Η δεύτερη φάση του «Ψυχαργός», 2001-2006, στόχευε στην οργάνωση 467 νέων δομών (34 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 31 Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, 146 Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, 227 Ξενώνες, Οικοτροφεία, Διαμερίσματα, Κέντρα Ημέρας, κ.α.). Βέβαια η κύρια χρηματοδότηση στην αρχική φάση υλοποίησης προερχόταν από κοινοτικά κονδύλια και την υλοποίηση του φιλόδοξου, αξιόλογου προγράμματος ανέλαβαν κατά μεγάλο ποσοστό νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία μετά την αρχική φάση χρηματοδότησης αντιμετώπισαν και αντιμετωπίζουν ζωτικά ζητήματα χρηματοδότησης και κατ' επέκταση ανάλογης παροχής υπηρεσιών προς τους ενοίκους, χρόνιους ασθενείς. Στο επόμενο στάδιο στόχος είναι ο περιορισμός του αριθμού κλινών των υπόλοιπων 4 ψυχιατρικών νοσοκομείων στο 30% της αρχικής δύναμης ή και κλείσιμο μερικών από αυτά. Η τελική απόφαση επαναπροσδιορίζεται από τα νέα δεδομένα της πρώτης περιόδου.

Η έννοια της αποασυλοποίησης (Σακελλαρόπουλος, 2003) διευρύνεται από την απλή έξοδο των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρεία και την εγκατάστασή τους

σε οικοτροφεία και ξενώνες και αφορά σε μία παράλληλη διαδικασία που κινείται σε έξι άξονες:

1) Την αλλαγή στάσης του πληθυσμού και την εξοικείωσή του με νέες μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης.

2) Την ίδρυση και οργάνωση νοσοκομείων μέσα στην κοινότητα.

3) Την εναρμόνιση της λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών μεταξύ τους ώστε να εξουδετερώνουν την ασυλοποίηση περιορίζοντας αποφασιστικά τις εισαγωγές στο ψυχιατρείο.

4) Τη ριζική βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων και του τρόπου διαβίωσης των ασθενών εντός των ψυχιατρείων.

5) Τον επαναπροσδιορισμό του κοινωνικού ρόλου των ασθενών με την ένταξή τους σε προγράμματα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης και στους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης(Κοι.Σ.Π.Ε.).

6) Τέλος, την οριστική έξοδο των χρόνιων πασχόντων από το ψυχιατρείο και την εγκατάστασή τους σε ενδιάμεσες δομές(ασθενείς που διαπιστωμένα θα ωφεληθούν από την έξοδό τους).

Η ψυχική υγεία ήταν παραμελημένη επί μακρόν σε όλες τις χώρες και στη χώρα μας. Για να τεθεί στο προσκήνιο είναι απαραίτητη η γνώση και η συνειδητοποίηση από όλους των πραγματικών διαστάσεων του θέματος, καθώς και των τρόπων αντιμετώπισής του. Στη χώρα μας συντελείται σταδιακά, όπως φάνηκε από τις παραπάνω αναφορές, αλλά με επιταχυνόμενους ρυθμούς μια σημαντική μεταβολή στον τομέα της ψυχικής υγείας. Νέες δομές και καινοτόμες δράσεις βρίσκονται σε εξέλιξη και η εναρμόνιση των προσεχών πρωτοβουλιών θα συμβάλλει σε μια σημαντική αλλαγή στο τοπίο της ψυχιατρικής φροντίδας και της ψυχικής υγείας γενικότερα.

Βασικές αρχές Ψυχιατρικής Αποκατάστασης των Anthony, Farkas και Cohen (1990, Η.Π.Α.)

1. Πρωταρχικός στόχος: βελτίωση ικανοτήτων του ατόμου
2. Η Ψυχιατρική Αποκατάσταση: εκλεκτική ως προς τις τεχνικές της
3. Όφελος από Αποκατάσταση: Βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου (έμφαση στην αντίληψη της πραγματικότητας και όχι των ενδοψυχικών παραγόντων)
4. Ένας κύριος στόχος: βελτίωση επαγγελματικού αποτελέσματος
5. Η ΕΛΠΙΔΑ: ουσιαστικό στοιχείο στη διαδικασία Αποκατάστασης
6. Επιθυμητή η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στη διαδικασία
7. Οι δύο βασικές παρεμβάσεις της Αποκατάστασης:
 - ανάπτυξη δεξιοτήτων του ατόμου
 - ανάπτυξη της περιβαλλοντικής υποστήριξης
8. Μακρόχρονη φαρμακοθεραπεία: αναγκαία αλλά σπανίως επαρκεί από μόνη της
9. Η εξάρτηση από περιορισμένο αριθμό Υπηρεσιών Αποκατάστασης είναι ως πρώτο βήμα κάτι το φυσιολογικό και μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε μια προοδευτική αύξηση της λειτουργικότητάς του, ώστε να είναι ανεξάρτητο

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Οι αλλαγές στην κοινωνικοοικονομική και πολιτική ανάπτυξη αρκετών χωρών έχουν προκαλέσει σημαντικές μεταβολές στη ζωή των τοπικών κοινωνιών. Αυτές οι αλλαγές επιδρούν στη δομή της κοινωνίας και είναι ιδιαίτερα αισθητές στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Εύλογα, στις περιπτώσεις μεταβατικών οικονομιών, η δυσκολία για εξασφάλιση σταθερής εργασίας και οικονομική επιβίωση μπορεί να χαλαρώσει τους κοινωνικούς δεσμούς και να ασκήσει τεράστιες πιέσεις στη σταθερότητα της ψυχικής υγείας του ατόμου. Συνεπώς απορρέει η ανάγκη για προγράμματα ψυχικής υγείας σε όλα τα επίπεδα, για ενίσχυση της προαγωγής της ψυχικής υγείας, της πρόληψης και της φροντίδας, αλλά και η ανάγκη για ανασχεδιασμό των υπηρεσιών προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Η έρευνα για την «οικονομία» της ψυχικής υγείας συνδυάζει μία ευρεία γκάμα επιστημών και στοιχείων. Οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν σε θέματα κόστους – οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-χρήσης. Ο τομέας του Π.Ο.Υ. για την «οικονομία» της ψυχικής υγείας ιδρύθηκε το 1998 με κύριους στόχους: 1) την προαγωγή υψηλής ποιότητας πρωτογενούς έρευνας 2) την παροχή στους κλινικούς ιατρούς πληροφοριών χρήσιμων στη λήψη αποφάσεων ανάλογα με τις ανάγκες του τομέα και 3) την ανάπτυξη δικτύων επικοινωνίας μεταξύ των ερευνητών, των κλινικών ιατρών και αυτών που λαμβάνουν αποφάσεις και καθορίζουν πολιτικές για την ψυχική υγεία. Σε αυτό το πλαίσιο ενθαρρύνονται θεματικά συνέδρια (Κάιρο 2000, Βουκουρέστι 2001, Σικάγο 2003, Βενετία 2005), όπως και η κυκλοφορία επίσημου περιοδικού του τομέα (The Journal of Mental Health Policy and Economics).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ. (World Health Report, 2002), οι ψυχικές παθήσεις και η ουσιοεξάρτηση αποτελούν σημαντικό μέρος (13%) της επίπτωσης σε θνησιμότητα και ανικανότητα ανάμεσα σε πλήθος άλλων σημαντικών νόσων. Από την έρευνα του Π.Ο.Υ. προκύπτει επίσης ότι η συνολική επιβάρυνση (%) σε Σταθμισμένα Έτη Αναπηρίας [Disability Adjusted Life Years (D.A.L.Y.)] παγκοσμίως από τη μονοπολική κατάθλιψη είναι στη δεύτερη θέση με 6% περίπου και σαφείς αυξητικές τάσεις. Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα ήδη από το 2002 οι νευροψυχιατρικές παθήσεις είναι στη δεύτερη θέση σε Σταθμισμένα Έτη Αναπηρίας [Disability Adjusted Life Years (D.A.L.Y.)], με οδηγό στα ποσοστά τη μονοπολική κατάθλιψη, ακολουθούμενη από τη νόσο Alzheimer και τις υπόλοιπες άνοιες, τη διπολική διαταραχή και φυσικά τη σχιζοφρένεια. Εάν σε αυτά τα μεγέθη συνυπολογιστεί το γεγονός ότι στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας το 30% περίπου των επισκέψεων αφορά ή προκαλείται από συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, γίνεται αντιληπτό το μέγεθος της συνολικής επιβάρυνσης που επιφέρουν οι ψυχικές παθήσεις στο κάθε άτομο μεμονωμένα αλλά και στο σύστημα υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Παράλληλες μελέτες έχουν καταδείξει πως το κόστος της «μη θεραπείας» είναι συχνά πολλαπλάσιο σε σχέση με το κόστος της άμεσης θεραπείας, φαρμακευτικής ή ψυχοθεραπευτικής (Slade, Salkever, 2001). Υπάρχει επίσης σύμπνοια παγκοσμίως στη θέση πως οι ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα, με μεγαλύτερο σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και με έμφαση στην ποιότητα ζωής, στην κοινότητα παρά σε ιδρυματικούς χώρους (Weisbrod et al, 1980 – W.H.O., 2001). Με βάση αυτή την παραδοχή, ο Marshall και οι συνεργάτες του (2002) συνέκριναν τρία θεραπευτικά πλαίσια: νοσοκομεία ημέρας για οξεία περιστατικά έναντι κλασσικής νοσηλείας, προστατευμένο εργασιακό περιβάλλον έναντι απλής

εκπαίδευσης για εργασία και νοσοκομεία ημέρας έναντι κοινοτικής φροντίδας. Τα ευνοϊκότερα αποτελέσματα εμφάνισε η φροντίδα στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένου και του κόστους χρήσης.

Είναι απόλυτα σαφές πως η συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τη φτώχεια και τις κοινωνικές διακρίσεις είναι βασικός παράγοντας και για την ορθή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών (Costello et al, 2003 - Patel and Kleinman, 2003). Αναγνωρίζεται επίσης με ευκολία και σαφήνεια ότι σε όλες τις χώρες μόνον η μείωση των ψυχικά πασχόντων έχει πρόσβαση σε αποτελεσματική θεραπεία ή και πρόληψη εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, τόσο λόγω της ύπαρξης προκατάληψης και «στιγμάτος» όσο και λόγω της ανεπαρκούς διασύνδεσης των δομών που παρέχουν ποικιλία παρεμβάσεων και υποστήριξης. Πάλι ο Π.Ο.Υ. προτείνει τη διατομεακή, διεπιστημονική, χωροταξική, πολυεπίπεδη, πολύπλοκη κοινωνική συνεργασία για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών νόσων, παράλληλα με διαδικασίες που αφορούν στην «αποστιγματοποίηση» και την αποφυγή διαχωριστικών συμπεριφορών από τις λοιπές δομές υγείας προς τους ψυχικά πάσχοντες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Andreasen NC, Black DW (2001): *Introductory Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing Inc, Washington DC
2. Μαδιανός Γ. Μιχάλης (2000): *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
3. Μάνος Νίκος (1997): *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη
4. «Νέες προοπτικές-σχεδιασμοί», 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Παιδοψυχιατρικής Εταιρίας Ελλάδος, Αθήνα, 8-11 Μαΐου 2003
5. Σακελλαρόπουλος Π. (2003): *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
6. Σακελλαρόπουλος Π. (2003): *Αναθεώρηση και αλλαγή προτεραιοτήτων στο χρόνο του προγράμματος Ψυχαργός*. Καταληκτική συνεδρία
7. Χαρτοκόλλης Π. (1986): *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1986
8. Berrndt ER, Bir A, Busch SH, Franck RG, Normand ST . The medical treatment of depression, 1991-1996: productive inefficiency, expected outcome variations, and price indexes. *J Health econ*. 2002a;21:373-396
9. Costello EJ, Compton SN, Keeler G, Angold A. Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *JAMA*. 2003;290:2023-2029
10. Dickey B, Normand SL, Hermann RC, et al. Guideline recommendations for treatment of schizophrenia: the impact of managed care. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:340-348
11. Saraceno B. Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry*. 2004;3:3-5
12. Shumway M. Preference weights for cost-outcome analyses of schizophrenia treatments: comparison of four stakeholder groups. *Schizophr Bull*.2003;29:257-266

13. World Health Organization. *The World Health Report 2001*. Mental Health; New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization ; 2001
14. World Health Organization. *The World Health Report 2002*. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002

Βασικές αρχές Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Κουνιάκης Φίλιππος

Κοινωνική υπηρεσία δεν είναι απλά μία εξωνοσοκομειακή μονάδα που διέπεται από κλασσικές «ιδρυματικές» λογικές και πρακτικές και αναπαράγει την εσωστρέφεια και τον αποκλεισμό, αλλά είναι ένα ζωντανό κομμάτι της κοινότητας σε διαρκή αλληλεπίδραση και ανταλλαγή δυναμικών.

Η πολιτική των υπηρεσιών κοινωνικής ψυχικής υγείας βασίζεται στην αρχή ότι η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η πρόληψη της ψυχικής ασθένειας αφορά τόσο στις κρατικές υπηρεσίες όσο και σε κάθε πολίτη. Άξονας της πολιτικής αυτής είναι η μεταφορά των υπηρεσιών από το ψυχιατρικό ίδρυμα, μέσω της τομεοποίησης, σε δομές στην κοινότητα, με στόχο τη συνεχή και αποτελεσματική φροντίδα για όλους όσους την έχουν ανάγκη. Παράλληλα δίνεται έμφαση στον τομέα της αγωγής της ψυχικής υγείας και της πρόληψης της ψυχικής ασθένειας.

Όπως είναι γνωστό, ο Caplan το 1964 διατύπωσε τις ακόλουθες βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την οργάνωση και λειτουργία κοινωνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών:

- 1. Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής (comprehensiveness)** με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικό πλαίσιο, εναρμονιζόμενο με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.
- 2. Η αρχή της τομεοποίησης (catchment-sectorization)**, της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, όπου, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο τομέας περιλαμβάνει 70.000-150.000 κατοίκους. Τα κυριότερα πλεονεκτήματα είναι:
 - Καθορισμένη υπευθυνότητα για κάθε άτομο που ζητά βοήθεια
 - Δίκτυο τοπικών διασυνδέσεων μεταξύ των φορέων και ανάπτυξη διασυνδεδετικής μεταξύ φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
 - Ξεκαθάρισμα των λειτουργιών τοπικών ομάδων
 - Δυνατότητα εκτίμησης τοπικών αναγκών
 - Ελαχιστοποίηση των «απωλειών» των ασθενών κατά την παρακολούθησή τους
 - Δυνατότητα σύγκρισης της αξιολόγησης υπηρεσιών με διαφορετικά πρότυπα παροχής υπηρεσιών σε διαφορετικούς τομείς
 - Ενίσχυση της ταυτοποίησης των μελών της ομάδας με την κοινότητα
 - Ενίσχυση της θεραπείας στο σπίτι ή της παροχής ημερήσιας φροντίδας
 - Δυνατότητα ενσωμάτωσης των υγειονομικών, κοινωνικών και εθελοντικών υπηρεσιών
- 3. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς (continuity of care)** από τον ίδιο θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας, η οποία για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο. Η διάσπαση της θεραπευτικής σχέσης (συμμαχίας) έχει αρνητικά αποτελέσματα στην εξέλιξη του θεραπευτικού πλάνου και του τελικού αποτελέσματος.

4. Η αρχή της ανταποκριτικότητας. Η προσέλευση του κοινού στη δομή είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών, που γίνεται μέσω της συνεργασίας με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας.

Μέσα στο πλαίσιο αυτό, προωθείται σταθερά και υλοποιείται η αποκέντρωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα, με βάση τις ανάγκες των ασθενών, τη συνεργασία των κοινοτικών αρχών και άλλων φορέων, την εύκολη πρόσβαση του κοινού στις υπηρεσίες, την άμεση ανταπόκριση σε καταστάσεις κρίσεων και την εμπλοκή των κοινοτήτων και του εθελοντισμού στα θέματα ψυχικής υγείας.

Οι νέοι τομείς προσφοράς υπηρεσιών, οι οποίοι συνεχώς ενισχύονται και επεκτείνονται, προορίζονται να αποτελέσουν τον πυρήνα των εναλλακτικών δομών που είναι απαραίτητες για την επιτυχία ενός νέου σύγχρονου τρόπου παροχής ψυχιατρικής φροντίδας. Τούτο συνάδει με τον τρόπο παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι δομές ψυχικής υγείας ασχολούνται και με τα τρία επίπεδα πρόληψης, στο βαθμό που τους επιτρέπουν οι ανθρώπινοι πόροι και παρά το ότι η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί έργο και πολλών άλλων υπηρεσιών του κράτους.

Οι σκοποί και στόχοι των κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας είναι:

- (α) Ο εκσυγχρονισμός των θεραπευτικών προσεγγίσεων με βάση τις κατευθυντήριες συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- (β) Η αλλαγή του τρόπου θεραπευτικής προσέγγισης από τον παραδοσιακό ασυλικό τρόπο στο σύγχρονο, με επίκεντρο τον ασθενή και τις εξατομικευμένες του ανάγκες στο χώρο όπου ζει και εργάζεται, με βάση το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο.
- (γ) Η περαιτέρω αποκέντρωση των προσφερόμενων υπηρεσιών και η εδραίωση της παροχής ψυχιατρικής φροντίδας με κοινωνικό και κοινοτικό προσανατολισμό, μέσω του θεσμού της πλήρους τομεοποίησης.
- (δ) Η αναβάθμιση και επέκταση της ψυχιατρικής σε εξειδικευμένους τομείς.
- (ε) Η συστηματική και προγραμματισμένη ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού σε θέματα προαγωγής της ψυχικής υγείας και η πρόληψη της ψυχικής ασθένειας.
- (στ) Η ευαισθητοποίηση του κοινού στα προβλήματα και τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών και η καταπολέμηση της προκατάληψης για την ψυχική ασθένεια.
- (ζ) Η παροχή πλήρους ψυχιατρικής φροντίδας με το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατό κόστος.
- (η) Η δημιουργία περισσότερων ενδιάμεσων δομών όπως Κέντρα Ημέρας, Ξενώνες, Μονάδες Εργασιακής Αποκατάστασης, Κέντρα Ημερήσιας Περίθαλψης και Φροντίδας.
- (θ) Η εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ραγδαίες εξελίξεις της ψυχιατρικής επιστήμης και στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού.
- (ι) Η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και η διασφάλιση υψηλού επιπέδου λειτουργίας των εξωνοσοκομειακών δομών με θέσπιση σχετικής νομοθεσίας.

Είναι αντιληπτό άμεσα το πολύπλοκο και πολυδιάστατο της ψυχιατρικής φροντίδας από μία μονάδα στην κοινότητα, η οποία θα πρέπει να προσφέρει πρόληψη και πρώιμη παρέμβαση, διαγνωστική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών, συμβουλευτική και θεραπευτικές παρεμβάσεις, ημερήσια φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους, ευαισθητοποίηση

και ενημέρωση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας και προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. και πάλι, η προαγωγή της ψυχικής υγείας είναι σημαντική καθώς: βελτιώνει τη σωματική υγεία και ευεξία, προλαμβάνει ή και μειώνει τον κίνδυνο κάποιων προβλημάτων ψυχικής υγείας όπως οι διαταραχές συμπεριφοράς, η κατάθλιψη και το άγχος, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, υποστηρίζει την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας, βελτιώνει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν, ενισχύει την ικανότητα των κοινοτήτων να υποστηρίξουν την κοινωνική ένταξη, αυξάνει την καλλιέργεια σε θέματα που αφορούν στην ψυχική υγεία ατόμων, οργανισμών και κοινοτήτων και τέλος βελτιώνει την υγεία στην εργασία.

Στο πλαίσιο των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, δημιουργήθηκε το 1977 ο πυρήνας της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής υπηρεσίας, η οποία συνεχώς αναβαθμίζεται και επεκτείνεται. Το δίκτυο της υπηρεσίας αυτής καλύπτει σήμερα σχεδόν όλες τις περιοχές, αστικές και υπαίθρου. Οι παρεμβάσεις και η εν γένει φροντίδα παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία, σε συμβουλευτικά κέντρα και κυρίως με κατ' οίκον επισκέψεις.

Οι κυριότερες δραστηριότητες των λειτουργιών Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι οι εξής:

- Σταθερή και συνεχής παρακολούθηση και στήριξη ασθενών στον τόπο διαμονής και εργασίας, με επακόλουθο την αποτροπή της υποτροπής της ψυχικής τους κατάστασης και επανεισαγωγής τους σε νοσοκομειακές δομές. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των ατόμων είναι ασθενείς με σοβαρές και ανθεκτικές ψυχιατρικές παθήσεις.
- Παρακολούθηση και άλλων ασθενών, για λίγους μήνες, με παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού κυρίως τύπου και στήριξης.
- Ψυχοεκπαίδευση ασθενών και των οικογενειών τους, ως και άλλων παροχέων φροντίδας, σε θέματα σχετιζόμενα με τη νόσο, τη φαρμακευτική αγωγή, το χειρισμό επίλυσης προβλημάτων, το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα.
- Υποστηρικτική – συμβουλευτική καθοδήγηση ασθενών.
- Διαφώτιση του κοινού σε θέματα πρόληψης της ψυχικής ασθένειας.
- Ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική μέσω της τηλεφωνικής γραμμής των κοινοτικών κέντρων σε οποιαδήποτε άτομα αποτανθούν τηλεφωνικά.
- Συνεργασία με άλλους λειτουργούς υγείας (και κυρίως την ομάδα της Π.Φ.Υ.), κοινοτικές αρχές, αστυνομία, σχολεία, υπηρεσίες ευημερίας, τοπικούς παράγοντες, εκπροσώπους της Εκκλησίας, εθελοντικούς οργανισμούς, κ.α.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σύγχρονης προσέγγισης, έχουν αναθεωρήσει τις θεραπευτικές μεθόδους τους και άρχισαν να προωθούν τη συγκρότηση διεπαγγελματικών ομάδων, όπου ο κάθε επαγγελματίας προσφέρει από τη δική του σκοπιά τις γνώσεις και την εμπειρία του και έχει την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη και αποκατάσταση του ασθενούς. Παράλληλα, ο ασθενής αναγνωρίζεται ως μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα, μέσα στο δικό του περιβάλλον, το δικό του τρόπο συμπεριφοράς με τα προβλήματά του και τις δυνατότητές του και όχι ως μια ψυχιατρική και προβληματική ύπαρξη, που πρέπει να την χειρίζονται άλλοι. Ο θεσμός των θεραπευτικών διεπιστημονικών ομάδων, που άρχισαν να σχηματίζονται τα τελευταία χρόνια, συνέβαλε σε πολύ καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ των λειτουργιών των διαφόρων επαγγελματιών και μεταξύ προσωπικού και ασθενούς.

Η φαρμακοθεραπεία εξακολουθεί να είναι βασικό στοιχείο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Μέσα στο πλαίσιο του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, έχει υιοθετηθεί η άποψη ότι τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με το συνδυασμό φαρμάκων, ψυχοθεραπευτικής αγωγής και παρεμβάσεων στο οικογενειακό - κοινωνικό περιβάλλον.

Στο σχήμα που παρατίθεται αναφέρεται συνοπτικά το σχέδιο δράσεων και παρεμβάσεων για την ευόδωση της προσπάθειας κοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές.



ΣΤΙΓΜΑ

Το στίγμα είναι ένα «σημάδι», ένα ανεπιθύμητο κοινωνικό χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί το άτομο από το περιβάλλον του. Έχει παρατηρηθεί μια στενή σχέση της ψυχικής ασθένειας (και ειδικότερα της σχιζοφρένειας) με καταστάσεις στιγματισμού προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Μερτίκα, Οικονόμου και συν., 2007). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας προκαλεί επιπτώσεις σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, όπως και στις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων. Οι προκαταλήψεις, ως σήμερα, αφορούν στην πεποίθηση της ανίατης - επικίνδυνης - ακαταλόγιστης πάθησης, που ίσως να είχε νόημα πριν αρκετές δεκαετίες λόγω της έλλειψης δραστικών και αποτελεσματικών φαρμάκων (Λιάκος, 2003). Οι Οικονόμου, Γραμανδάνη και συν., 2006, αναφέρουν το φαινόμενο που αφορά σε αντιδράσεις κατοίκων σε περιοχές που επρόκειτο να λειτουργήσουν δομές αποκατάστασης ως φαινόμενο «μακριά από τη γειτονιά μου» («Not in my backyard»).

Η ισότιμη ένταξη του ψυχικά ασθενούς στο κοινωνικό σύνολο χρειάζεται, εκτός από ένα αναπτυγμένο σύστημα εξωνοσοκομειακής υποστήριξης-περίθαλψης και πολλές προσπάθειες ευαισθητοποίησης της κοινότητας, για να μεταβάλει τη συνήθως αρνητική της στάση απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Η προσπάθεια αυτή πρέπει να είναι συνεχής και αδιάκοπη.

Από την πλευρά της δημόσιας υγείας μπορούν να προβλεφθούν και να υλοποιηθούν ποικίλες δράσεις, όπως:

- Προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής και μείωση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.
- Διασφάλιση προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών.
- Εκτίμηση-καταγραφή-πρόληψη για την ψυχική υγεία σε ευπαθείς κοινωνικά και οργανικά πληθυσμούς.
- Πολιτικές βελτίωσης παροχής υγείας .
- Αξιολόγηση ποιότητας συστημάτων παροχής ψυχικής υγείας και διασφάλιση του βέλτιστου στη χρηματοδότηση και συνολικότερη στήριξη.

Στο πλαίσιο αυτό, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι σύλλογοι των οικογενειών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας όπως ο Σ.Ο.Ψ.Υ. (Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία), με δράσεις που εστιάζουν σε:

- Αλληλεγγύη και αλληλοβοήθεια των μελών του Συλλόγου.
- Προστασία και υποστήριξη των ψυχικά αρρώστων και των οικογενειών τους.
- Η υπεύθυνη ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια και για τη σύγχρονη θεραπεία της.
- Ευαισθητοποίηση του κοινού, κατάργηση των διακρίσεων και δημιουργία θετικής εικόνας για τον ψυχικά ασθενή.

Ανάλογα σημαντική είναι και η δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας και αλληλοϋποστήριξης ασθενών με ψυχικά προβλήματα, που σταδιακά θα είναι σε θέση να διεκδικήσουν ρόλο και λόγο στη διαμόρφωση πολιτικών και αποφάσεων που αναφέρονται στους ίδιους, ερήμην των ιδίων μέχρι πρότινος.

Η συνεργασία, που συνεχώς αναπτύσσεται και αναβαθμίζεται, με άλλες υπηρεσίες, τα δημοτικά συμβούλια και τους εθελοντικούς οργανισμούς, η καλλιέργεια καλών σχέσεων με εργοδότες ψυχικά ασθενών που εργοδοτούνται στον ιδιωτικό τομέα, η επαφή που δημιουργείται μεταξύ ασθενών και του κοινωνικού συνόλου στο πλαίσιο προγραμμάτων κοινωνικοποίησης των ασθενών, αλλά και το γεγονός ότι έχει επιτραπεί στα μέσα μαζικής ενημέρωσης να επισκέπτονται όλους τους χώρους στους οποίους νοσηλεύονται ψυχικά ασθενείς και να δημοσιεύουν άρθρα και φωτογραφίες, χωρίς λογοκρισία, αυξάνουν συνεχώς την ευαισθησία του κοινού στα προβλήματα και τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών και συμβάλλουν στην καταπολέμηση της προκατάληψης για την ψυχική ασθένεια.

Συμπερασματικά, λειτουργώντας στο πλαίσιο μίας δομής Κοινοτικής Ψυχιατρικής, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας οφείλει να διατηρεί συνεχώς σε πρώτο πλάνο κάποιες βασικές έννοιες - έννοιες:

- Την ψυχοκοινωνική επανοηματοδότηση της τρέλας.
- Την αναφορά στην Κοινωνική Ψυχιατρική και δια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στην οργανωτική της μορφοποίηση.
- Το διακύβευμα, πάντα παρόν και ίσως τώρα δραματικά επίκαιρο, της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.
- Τη βαθιά πεποίθηση ότι χωρίς πρωτοβάθμια περίθαλψη απλώς είναι ανέφικτη.
- Τη θέση ότι ο μη αποκλεισμός του ψυχωσικού δεν είναι θέμα γεωγραφίας ή ρύθμισης του αρχιτεκτονικού χώρου αλλά η εμπράγματη υπαρξιακή σχεδόν γνώση ότι η κρίση μπορεί να γίνει το εκμαγείο, το πρόπλασμα στο θαυμαστό συμβάν της γιατρικής.

1. Eaton L. Most community mental health patients are happy with care but more want talking therapy. *BMJ*. 2008 Sep 16;337
 2. Scheffler Rm, Brown TT. Social capital, economics, and health: new evidence. *Health Econ Policy Law*. 2008 Oct; 3 (Pt 4):321-31
 3. Αποκατάσταση ατόμων με χρόνια ψύχωση: πριν και μετά. Δρ Στ. Γεωργιάδης, Κλινικός Ψυχολόγος, Δρ Χρ. Μέσσης, Ψυχίατρος, Δρ Γ. Καλακούτας, Ψυχίατρος
 4. Gottlieb BH (1981): *Social Networks and Social Support*. Sage Publications, London, 1981
 5. Ritter DR (1982): *Consultation, Education and Prevention in Community Mental Health*, Charles C Thomas, Springfield, Illinois, 1982
 6. Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne C (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston University Centre for Psychiatric Rehabilitation. Boston 2002
 7. Szmuckler G and Thornicroft G (eds.) (2001) *Community Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford 2001
 8. Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Έργου Ψυχαργώς Β' Φάση (2004). *Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας*. Μ.Υ.Π.: Αθήνα

 9. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2004α). *Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
 10. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2004β). *Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας. Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
 11. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2004γ). *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία. Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
-

Ψυχική νόσος και οικογένεια: Η Ψυχοεκπαίδευση ως όχημα αποστιγματισμού

Οικονόμου Μαρίνα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η οικογένεια αποτελεί το θεμελιώδη πυρήνα, το αρχικό κύτταρο της κοινωνικής ζωής και αλληλεπίδρασης. Μέσα από αυτή ο άνθρωπος ανακαλύπτει τη ζωή, διαμορφώνει την ταυτότητά του, προσεγγίζει τον κοινωνικό του περίγυρο και εισέρχεται στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης. Η καθημερινή συναισθηματική συναλλαγή και αλληλεπίδραση και οι λειτουργίες που το οικογενειακό σύστημα επιτελεί για τα μέλη του υπογραμμίζουν τη σημασία του. Η οικογένεια λειτουργεί ως εγγυήτρια της ταυτότητας των μελών της μέσω της παροχής αισθήματος ασφάλειας και ενότητας. Αποτελεί πηγή βοήθειας σε επείγουσες καταστάσεις και περιόδους κρίσεων και παρέχει καταφύγιο (άσυλο) στα μέλη της. Συχνά η οικογένεια κινητοποιείται στο σύνολό της για να συντρέξει ένα μέλος της που βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης. Ειδικά στην αρρώστια, αποτελεί το βασικό φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή, γεγονός που γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στη σοβαρή και χρόνια νόσο.

Στην περίπτωση της ψυχικής νόσου, ειδικά στις χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές, η οικογένεια παίζει ουσιαστικό ρόλο στην υποστήριξη των ασθενών στην κοινότητα και αποτελεί το κεντρικό κοινωνικό δίκτυο γι' αυτούς. Σε διεθνές επίπεδο, πάνω από το 60% των ατόμων με ένα πρώτο επεισόδιο σοβαρής ψυχικής νόσου επιστρέφει στην οικογένεια μετά τη νοσηλεία, ποσοστό το οποίο είναι μόνο κατά 10-20% μικρότερο αν συμπεριληφθούν οι ασθενείς με επανειλημμένες νοσηλείες. Για τη χώρα μας ειδικότερα, όπου η οικογένεια παραμένει ένας ισχυρός θεσμός, το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 90%. Είναι χαρακτηριστικό ότι, σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου, η Ελλάδα είναι η δεύτερη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την Πορτογαλία όπου οι ψυχικά ασθενείς μένουν με την οικογένειά τους.

Πλήθος ερευνών, στο ευρύ φάσμα των τριών τελευταίων δεκαετιών κυρίως, έχει αποδείξει ότι η οικογένεια - και ειδικές παράμετροι της οικογενειακής ζωής - αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εξέλιξη της σχιζοφρένειας και γενικά της χρόνιας και σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Πολλές έννοιες έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν τις οικογενειακές σχέσεις και την ενδοοικογενειακή επικοινωνία, όπως η οικογενειακή συνοχή, το συναισθηματικό ύφος ή κλίμα, η συναισθηματική ατμόσφαιρα και το εκφραζόμενο συναίσθημα. Αυτή που έχει μελετηθεί περισσότερο είναι η έννοια του εκφραζόμενου συναίσθηματος, η οποία προσδιορίζει τις μορφές και τους τύπους της συναισθηματικής έκφρασης του κάθε μέλους της οικογένειας προς ένα άλλο μέλος. Η συναισθηματική έκφραση μπορεί να πάρει (α) τη μορφή της επικριτικής στάσης, της επιθετικότητας ή της συναισθηματικής υπερεμπλοκής, οπότε και το εκφραζόμενο συναίσθημα χαρακτηρίζεται ως υψηλό ή αρνητικό, (β) τη μορφή της «ζεστασιάς» και της θετικής στάσης, οπότε χαρακτηρίζεται ως χαμηλό ή θετικό.

Εκτός όμως από την ποιότητα των σχέσεων μέσα στην οικογένεια, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής που συμβαίνουν μέσα στον κύκλο της οικογένειας, όπως το διαζύγιο ή ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας σε κάποιο

μέλος της. Αυτό που έχει διαπιστωθεί είναι ότι ο συνδυασμός και η συσσώρευση ψυχοτραυματικών εμπειριών στα μέλη της οικογένειας έχουν ισχυρότερη επίδραση ως προς την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας από ό,τι ένα και μόνο άμεσο ψυχοπιεστικό γεγονός. Επίσης, ψυχοτραυματικά γεγονότα όπως ο χωρισμός, ο θάνατος ή άλλες απώλειες, έχουν επανειλημμένα αναφερθεί ότι προηγούνται της εκδήλωσης μιας ψυχικής διαταραχής και θεωρούνται ότι μπορούν να διαταράξουν σημαντικά την οικογενειακή ισορροπία και ομοιόσταση και να πυροδοτήσουν την έναρξη μιας ψυχικής νόσου. Μια άλλη μεγάλη ομάδα γεγονότων ή συνθηκών ζωής περιλαμβάνει περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής αντιμετωπίζει απαιτητικές καταστάσεις ή υψηλές προσδοκίες, που προέρχονται κυρίως από τους γονείς, ενώ δεν είναι ασύνηθες η αρρώστια να εμφανιστεί μετά από πραγματική ή φαντασιωσική προσωπική αποτυχία.

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ήδη από μελέτες των δεκαετιών '70 και '80 έχει καταδειχθεί η αξία των παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν την οικογένεια του ασθενή στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Οι θεωρίες για το ρόλο του οικογενειακού περιβάλλοντος στην πρόγνωση της σχιζοφρένειας οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι, ειδικά για τους ασθενείς που ζουν με την οικογένειά τους, η εμπλοκή και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία θα παίζει ρόλο στη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Παράλληλα, είναι γεγονός ότι στις οικογένειες που ένα μέλος τους πάσχει από μια σοβαρή ψυχική νόσο παρατηρούνται συνήθως προβλήματα όπως: παρουσία έντασης και stress, διαταραγμένη επικοινωνία, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, αδυναμία κατανόησης της φύσης της ασθένειας και των συνεπειών της στη ζωή και τη λειτουργικότητα του αρρώστου, τάση για αίσθημα στίγματος και περιορισμό των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο.

Η διαπίστωση της σημασίας αυτών των προβλημάτων οδήγησε στην ανάπτυξη διαφόρων παρεμβάσεων τόσο στον άρρωστο όσο και στην οικογένεια, που ακολουθούν τις αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης και ονομάζονται ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Η Ψυχοεκπαίδευση εντάσσεται στο φάσμα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, που αποτελούν τις βασικές παρεμβάσεις στο χώρο της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης. Οι τελευταίες εξελίξεις καταδεικνύουν ότι τα οφέλη από την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων είναι πολλαπλά, όταν αυτές εφαρμόζονται στο πλαίσιο ενός πολυδιάστατου και ολοκληρωμένου θεραπευτικού προγράμματος.

Η Ψυχοεκπαίδευση, αν και δεν είναι θεραπεία από μόνη της αλλά συνιστάσα ενός ευρύτερου θεραπευτικού σχεδίου, αποτελεί ουσιαστική εκπαίδευση για τη διαβίου αντιμετώπιση της διαταραχής. Δίνει έμφαση στη θεώρηση της ψυχικής νόσου ως πολύπλοκου βιοψυχοκοινωνικού φαινομένου, η εμπειρία του οποίου είναι πάντα μοναδική, ξεχωριστή για το άτομο και έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια. Η φιλοσοφία της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης διέπεται από το αξίωμα του δικαιώματος στη γνώση. Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στην υπεύθυνη ενημέρωση για τη νόσο τους. Η γνώση είναι δύναμη, είναι ο δρόμος για την αποδοχή.

Βασικοί στόχοι της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης είναι:

α. η υπεύθυνη ενημέρωση, για την κατανόηση της ψυχικής διαταραχής και των σύγχρονων θεραπειών.

β. η εκπαίδευση για τη βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και την απόκτηση ειδικών δεξιοτήτων, ώστε να μπορούν τα μέλη της οικογένειας να

αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της αρρώστιας, να διαχειρίζονται το stress και να επιλύουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν.

γ. η υποστήριξη, πρακτική και συναισθηματική, στη φροντίδα του συγγενή και στην αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού.

Πιο αναλυτικά, η ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση επιδιώκει να επικοινωνηθεί στον ασθενή και στην οικογένεια η λογική που διέπει τη θεραπεία, ώστε να διευκολυνθεί η κατανόηση της διαταραχής και η αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης, έτσι όπως εφαρμόζεται σε κάθε περίπτωση. Σημαντική προτεραιότητα που τίθεται επίσης είναι να ενισχυθούν οι ικανότητες αυτο-αντιμετώπισης του ασθενή και των μελών της οικογένειας, βοηθώντας τους να αποκτήσουν ενεργητικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία. Τέλος, ο θεραπευτής παρουσιάζεται ως ένα υποστηρικτικό άτομο, γνώστης της νόσου και της αντιμετώπισής της, γεγονός που βοηθά να αναπτυχθεί θεραπευτική συμμαχία.

Ως θεραπευτική προσέγγιση, η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση παρουσιάζει ορισμένα σημαντικά πλεονεκτήματα. Δίνει τη δυνατότητα μακράς διάρκειας παρακολούθησης, είναι ευέλικτη ώστε να προσαρμόζεται στις ανάγκες και τις δυνατότητες των ασθενών και των οικογενειών και είναι προσβάσιμη στους ασθενείς της κοινότητας. Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση υλοποιείται από διεπιστημονική ομάδα ειδικών και η αποτελεσματικότητά της στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και όχι στην ετεροβαρή σχέση εξουσίας ιατρού - ασθενή. Ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία, σέβεται τις επιλογές του και προάγει τη συμμετοχή των οικογενειών στη θεραπευτική διαδικασία.

Η Ψυχοεκπαίδευση χρησιμοποιεί στοιχεία και τεχνικές από τη γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία, τη θεραπεία ζεύγους – οικογένειας, τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Στα ποικίλα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα εφαρμόζονται διάφορα μοντέλα, ανάλογα με τη συμμετοχή ή μη του ασθενούς και τον ομαδικό ή μη χαρακτήρα των προγραμμάτων (ομάδες συγγενών, ομάδες συγγενών και παράλληλες ομάδες ασθενών, ομάδες πολλών οικογενειών, παρέμβαση σε μεμονωμένες οικογένειες με συμμετοχή του ασθενούς, κ.α.).

Πάντως, παρά τις μεταξύ τους διαφορές, όλα τα ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα, σε συνδυασμό πάντα με τη φαρμακευτική θεραπεία που συνιστά και τη βασική θεραπεία για τη σχιζοφρένεια, αποδείχθηκαν στις έρευνες παρεμβάσεων εξαιρετικά αποτελεσματικά στη μείωση των σχιζοφρενικών υποτροπών, συγκρινόμενα με τη συνήθη ατομική υποστηρικτική παρέμβαση στον άρρωστο. Ως πιο επιτυχή και ολοκληρωμένα θεωρούνται τα μοντέλα εκείνα που συνδυάζουν το ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα, την έμφαση στη θεραπευτική και προληπτική σημασία των φαρμάκων, την εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων και σε τεχνικές αντιμετώπισης του stress, τη βελτίωση της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας, τη μείωση του υψηλού εκφραζόμενου συναισθήματος μέσα στην οικογένεια και των μη ρεαλιστικών προσδοκιών και τη διεύρυνση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου της οικογένειας.

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, μέσα από ποικίλους μηχανισμούς, ενδοπροσωπικούς και ενδοοικογενειακούς, φαίνονται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της έντασης και του άγχους, στη μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, στην ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα επιβάρυνσης από τη φροντίδα του αρρώστου, στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της οικογένειας προς τον άρρωστο και, τέλος, στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Γενικά, η Ψυχοεκπαίδευση αποτελεί βασική συνιστώσα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας και, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία, διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη στρατηγική της

όλης θεραπευτικής προσπάθειας όχι μόνο για την πρόληψη των υποτροπών αλλά και για τη γενικότερη ποιότητα ζωής του αρρώστου και της οικογένειάς του.

ΤΟ ΚΙΝΗΜΑ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ένα μεγάλο ζήτημα είναι ο ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια. Ειδικά τα τελευταία χρόνια με το κίνημα του αποϊδρυματισμού και την αντιμετώπιση του αρρώστου έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα, ο ρόλος της γίνεται ακόμη πιο σημαντικός. Όπως προαναφέρθηκε, η οικογένεια αποτελεί τη βασική και πολλές φορές τη μοναδική πηγή υποστήριξης, υλικής και συναισθηματικής, αφού το βάρος της φροντίδας και της υποστήριξης του ψυχικά αρρώστου μετακυλιέται σχεδόν αποκλειστικά στους κόλπους της. Ο ρόλος του φροντιστή συχνά παρουσιάζει πολλές δυσκολίες και επάγει σημαντικό προσωπικό κόστος. Στη σχιζοφρένεια, πολλά μέλη της οικογένειας βιώνουν σημαντικό στρες και επιβάρυνση σαν συνέπεια του ρόλου τους ως φροντιστές. Αυτό το στρες όχι μόνο είναι πιθανό να επηρεάσει την ευεξία των συγγενών και να υπονομεύσει την ικανότητά τους να στηρίζουν τον ασθενή μακροπρόθεσμα, αλλά μπορεί επίσης να έχει αντίκτυπο στην πορεία της ίδιας της ασθένειας και στην έκβασή της.

Ωστόσο, ελάχιστα είναι τα μέσα που παρέχονται στην οικογένεια για να τη διευκολύνουν να ανταπεξέλθει στο ρόλο που επωμίζεται και στις δυσβάσταχτες, πολλές φορές, συνέπειές του. Στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων η οικογένεια καλείται να ανταποκριθεί στις πιεστικές αυτές ανάγκες με τις δικές της δυνάμεις, χωρίς ουσιαστική υποστήριξη, χωρίς ενημέρωση, χωρίς εκπαίδευση. Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι το σύνηθες θεραπευτικό πλάνο για την αντιμετώπιση της χρόνιας ψυχικής διαταραχής δεν περιλαμβάνει την οικογένεια. Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, παρά το πλεονέκτημα της βραχείας διάρκειας και του μικρού κόστους τους, δεν έχουν ενσωματωθεί στο κορμό των παρεχόμενων υπηρεσιών για τους ψυχικά ασθενείς στη χώρα μας. Πολλά είναι αυτά που θα πρέπει να γίνουν τόσο στον τομέα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε αυτού του τύπου τις παρεμβάσεις όσο και στην ενημέρωση των ίδιων των οικογενειών.

Παράλληλα, δεν πρέπει να παρακαμφθεί εδώ **ο ρόλος του κοινωνικού στίγματος** που συνοδεύει τη σχιζοφρένεια και κατατρύχει τους ασθενείς που πάσχουν από αυτή. Περίπου 100.000 άτομα στην Ελλάδα ζουν έχοντας να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αλλά και την αρνητική αντίδραση της κοινωνίας απέναντί τους, μια αντίδραση που φτάνει τα όρια του κοινωνικού ρατσισμού. Το στίγμα, ιδίως για τη σχιζοφρένεια, επιβιώνει στην κοινωνία μας σε έκταση και βάθος που καθιστά αδήριτη την ανάγκη συσπείρωσης όχι μόνο των επίσημων κρατικών υπηρεσιών και των μη κυβερνητικών οργανώσεων, αλλά και του καθενός μας χωριστά, για τη σταδιακή του εξάλειψη.

Όπως προκύπτει από διεθνή αλλά και ελληνικά ερευνητικά ευρήματα, η άγνοια ή οι λανθασμένες αντιλήψεις για τις ψυχικές διαταραχές που επικρατούν στον «κοινό νοσοκομείο» συμβάλλουν σημαντικά στη διαίωνιση των αρνητικών στερεοτύπων, των προκαταλήψεων, του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών. Η ευαισθητοποίηση, λοιπόν, αλλά και η σωστή και αντικειμενική ενημέρωση του κοινού για τις ψυχικές διαταραχές είναι πρωταρχικής σημασίας για την αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος σε βάρος των ανθρώπων που νοσούν. Σε αυτή την κατεύθυνση συντονίζει τις προσπάθειές του το Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών - **«αντι-στίγμα»** που υλοποιείται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.). Το Πρόγραμμα «αντι-

στίγμα», που δραστηριοποιείται πολυεπίπεδα στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας, ξεκίνησε ως μέρος του διεθνούς προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (W.P.A.) για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων εξαιτίας της σχιζοφρένειας. Τα τελευταία χρόνια έχει διευρύνει τις δράσεις του σε όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών, με ιδιαίτερη έμφαση στη διπολική διαταραχή και την κατάθλιψη, καθώς έχει βρεθεί ότι οι ψυχικές ασθένειες στο σύνολό τους επιφέρουν ένα σημαντικό βαθμό στιγματισμού.

Πέρα όμως από τον άνθρωπο που νοσεί, η οικογένειά του υφίσταται και αυτή τις συνέπειες του στίγματος, βιώνει την κοινωνική προκατάληψη και, εντέλει, αυτοστιγματίζεται. Έτσι, αδυνατεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά και να διεκδικήσει αυτά που δικαιούται για λογαριασμό του αρρώστου. Με όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, η οικογένεια δεν καταφέρνει να προβάλει τα προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο, δεν οργανώνεται και δε διεκδικεί, δε «δημοσιοποιεί» την κατάσταση που αντιμετωπίζει και δεν αναζητά λύσεις, όπως συμβαίνει για άλλες ομάδες ασθενών.

Η πρώτη προσπάθεια να δημιουργηθεί στην Ελλάδα ένας σύλλογος από οικογένειες που έχουν συγγενή τους να πάσχει από μια σοβαρή ψυχική διαταραχή συνάντησε πολλές δυσκολίες, οι οποίες απέρρεαν από τους ενδοιασμούς της οικογένειας να βγάλει έξω στην κοινωνία το πρόβλημα της ψυχικής νόσου. Όμως, παρά τις δυσκολίες και τις αντιξοότητες, το 1993 ιδρύθηκε ο «Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία – Σ.Ο.Ψ.Υ.» από οικογένειες που παρακολουθούσαν ένα πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης στο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής του Βύρωνα-Καισαριανής. Αυτές οι ομάδες συγγενών αποτέλεσαν το «φυτώριο» που τώρα πια έχει ανθίσει και τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί και άλλοι σύλλογοι οικογενειών στις Σέρρες, στη Θεσσαλονίκη, στη Χαλκίδα, στην Πάτρα κ.α. Το 2002 δημιουργήθηκε το δευτεροβάθμιο όργανο αυτών των Συλλόγων, η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία – Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ. Παράλληλα, μέσα από την ωρίμανση των συνθηκών έχουν σημειωθεί σημαντικές πρωτοβουλίες και από την πλευρά των ίδιων των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που αυτο-οργανώνονται και διεκδικούν τα δικαιώματά τους μέσα από συλλόγους όπως η «Αναγέννηση», η «ΔΥΨΑ» κ.α.

Μέσα από όλες αυτές τις εξελίξεις το κίνημα των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών, που διεθνώς θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων τους, αποτελεί μια πραγματικότητα και στη χώρα μας, που εξελίσσεται και ενδυναμώνεται συνεχώς. Υπάρχει πλέον το κατάλληλο έδαφος για την εφαρμογή καινοτόμων προσεγγίσεων και τη διεύρυνση των υπαρχουσών, όπως η εφαρμογή του ψυχοεκπαιδευτικού μοντέλου και σε οικογένειες ασθενών με διπολική διαταραχή, καθώς και οι υποστηρικτικές ομάδες συγγενών που υλοποιούνται από τον Σ.Ο.Ψ.Υ. Καινοτομία του Συλλόγου αποτελεί και η ομάδα για αδέλφια ασθενών με σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή, η πραγματοποίηση της οποίας αντικατοπτρίζει την ωρίμανση των συνθηκών για μια πιο εξειδικευμένη προσέγγιση των προβλημάτων που τα μέλη της οικογένειας αντιμετωπίζουν.

Ο δρόμος για την κατάκτηση των -αυτονόητων για τους περισσότερους από μας- δικαιωμάτων που θα εξασφαλίσουν στους ανθρώπους που πάσχουν από ψυχική νόσο και τις οικογένειές τους την ποιότητα ζωής που τους αναλογεί είναι αναμφισβήτητα μακρύς και δύσβατος. Σε αυτό το δρόμο χρειάζεται να συμπορευτούμε ο καθένας από μας από το χώρο των λειτουργών της ψυχικής υγείας, καθώς η ψυχική νόσος είναι ένα θέμα που μας αφορά όλους. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι το επίπεδο πολιτισμού μιας κοινωνίας φαίνεται από την ανοχή στη

«διαφορετικότητα» και από τις ευκαιρίες που δίνει στα αδύναμα μέλη της για συμμετοχή και πρόοδο κρατώντας τις «πόρτες» της ζωής και της δημιουργίας ανοιχτές.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BENGTSSON-TOPS A., HANSSON L. (2001) Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to socio-demographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Int. J. Psychiatry*, 47, 67-77.

ECONOMOU M., GRAMANDANI C., RICHARDSON C., STEFANIS C. (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *World Psychiatry*, 4, suppl.1: 45-49.

FADDEN G., BEBBINGTON P., KUIPERS L. (1987) The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry*, 150:285-92.

FALLOON H.R. (2003) Family intervention for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World psychiatry*, 2:21-28.

GIBBONS J.S., HORN S.N., POWELL J.M., GIBBONS J.L. (1984) Schizophrenia patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a district general hospital. *Br. J. Psychiatry*, 144, 70-77.

GOODYER I.M. (1990) Family relationships, life events and childhood psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry Allied Allied Discip*, 31:161-192.

HATFIELD A. (1994) Family education: Theory and practice. *New Directions for Mental Health Services*, 62:3-11.

KANE J.M. (1985) Compliance issues in outpatient treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 5(3 Suppl):225-275.

LEFF J, VAUGHN C.E. (1981) The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up. *Br J Psychiatry*, 139:102-104.

MACMILLAN J.F., GOLD A., CROW T.J., JOHNSON A.L., JOHNSTONE E.C. (1986) The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia: IV Expressed emotion and relapse. *Br. J. Psychiatry*, 148, 133-143.

MAGLIANO L., FIORILLO A., FADDEN G., et al. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*, 4(1): 45-49.

SARTORIUS N., LEFF J., LOPEZ-IBOR J.J., MAJ M., OKASHA A. (Eds.) (2005). *Families and Mental Disorders: From Burden to Empowerment*. West Sussex, UK: Wiley.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΟΥΤΡΑ Α, ΚΟΛΟΣΤΟΥΜΠΗΣ Δ, ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ. (2008) Ο ρόλος των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στις ενδοοικογενειακές σχέσεις ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 101, 46-58.

ΜΕΡΤΙΚΑ Α., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ., ΣΤΑΛΙΚΑΣ Α., ΓΡΑΜΑΝΔΑΝΗ Χ. (2006). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και της σχιζοφρένειας: Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων. *Ψυχολογία*, 13 (3): 1-27.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ. (2008). Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102, 19-26.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ. (2005). Επίμετρο στο (Warner R.) *Το περιβάλλον της σχιζοφρένειας: Καινοτομίες στην πρακτική, στην πολιτική και την επικοινωνία*. Αθήνα: εκδ. Καστανιώτη.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ. (2000). Ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Στο *Ψυχιατρική, Β' Τόμος* (επιμ. εκδ: Χριστοδούλου Γ. Ν. και Συνεργάτες). Αθήνα: Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, εκδ. ΒΗΤΑ, σελ. 806-814.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ., ΓΡΑΜΑΝΔΑΝΗ Χ., ΛΟΥΚΗ Ε., ΓΙΩΤΗΣ Λ., ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. (2006). Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό (Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής) *Ψυχολογία* 13 (3), 28-43.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ.Π. & ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. (2000). Οικογένεια και πρόληψη. Στο *Πρόληπτική Ψυχιατρική* (επιμ. εκδ: Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π., Οικονόμου Μ.Π.). Αθήνα: εκδ. Βήτα, σελ. 55-59.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Αιτιολογία της σχιζοφρένειας και η σημασία της για την εφαρμογή ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων

Πολυχρονιάδης Νίκος

Ο Freud ουσιαστικά διατύπωσε δύο θεωρίες για τη σχιζοφρένεια, τη δομική θεωρία σύγκρουσης και άμυνας^{1,2} και τη θεωρία απόσυρσης – ελλείμματος (ή ανεπάρκειας)³⁻⁵, με το μεγαλύτερο όγκο των μετέπειτα ψυχολογικών θεωριών να ακολουθεί και να συνθέτει τις δύο αυτές θεματικές κατευθύνσεις.

Ο σχιζοφρενής υποτίθεται ότι είναι καθηλωμένος και παλινδρομεί σε ένα πρώιμο στάδιο τουλάχιστον μη επαρκούς διαφοροποίησης αναπαραστάσεων εαυτού – αντικειμένου και βέβαια αδυναμίας σύνθεσης «καλών» και «κακών» αναπαραστάσεων⁶⁻⁸. Έτσι, δείχνει να βρίσκεται εγκλωβισμένος στο δίλημμα μεταξύ επιθυμίας εγγύτητας και φόβου εγκλωβισμού, απορρόφησης και διάλυσης του εαυτού στη συμβίωση, δίλημμα εν τέλει μεταξύ απελπιστικής μοναξιάς και συμβιώτικης εξάρτησης⁹⁻¹². (Κατά την άποψή μας, στην προέκταση της όλης θεματικής, συναντούμε τη θεωρία του Bion για τις επιθέσεις στο δεσμό^{13,14} ή του Ogden για το στάδιο της μη εμπειρίας¹⁵).

Έκφραση και συγχρόνως διέξοδο από το κεντρικό δίλημμα και τα συνοδά βιώματα (π.χ. επιθετικότητα) ο σχιζοφρενής επιτυγχάνει μέσω πρωτογόνων αμυντικών μηχανισμών όπως: πρωτόγονη απόσυρση, άρνηση, παντοδύναμος έλεγχος, πρωτόγονη εξιδανίκευση και υποτίμηση, πρωτόγονες μορφές προβολής και ενδοβολής, προβλητική ταύτιση, διαχωρισμός (splitting)¹⁶.

Ο D. Stern, συνθέτοντας τις οπτικές της ψυχανάλυσης και της αναπτυξιακής ψυχολογίας, υποστηρίζει αντίθετα ότι διαφοροποιημένος από- και σε σχέση με- τον άλλον εαυτός υφίσταται από την αρχή της ζωής και ότι συγκεκριμένες αισθήσεις του εαυτού (senses of the self), που η καθεμία καθορίζει μια διαφορετική περιοχή εμπειρίας εαυτού και κοινωνικής σύνδεσης (domain of self-experience and social relatedness), συνιστούν τους κύριους οργανωτές της ψυχικής ζωής. Φαινόμενα όπως η συμβίωση, οι φαντασιώσεις συγχώνευσης, ο διαχωρισμός (splitting), η εξατομίκευση, η στοματικότητα, η εμπιστοσύνη, οι παρανοειδείς φαντασιώσεις συλλαμβάνονται νοητικά μόνον αφού αναδυθεί η ικανότητα συμβολισμού μέσω του λόγου με το πέρας της βρεφικής περιόδου και επεξεργάζονται εντός των περιοχών εμπειρίας εαυτού κατά την πορεία της ζωής, χωρίς να ανάγονται σε ηλικιακά ειδικές ευαίσθητες περιόδους της ανάπτυξης¹⁷.

Γενικά, η ψυχαναλυτική θεωρία προτείνει την ύπαρξη κάποιας δυσαρμονίας στην πρώιμη σχέση μητέρας – παιδιού και συχνά την παρουσία εγγενών ψυχολογικών ελλειμμάτων, ψυχολογικών περιορισμών ως αντίδραση σε πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ή βιολογικές βλάβες.

Τα οικογενειακά διαντιδραστικά μοντέλα (family transaction models) για τη σχιζοφρένεια αποτελούν προσπάθειες κατανόησης της διαταραχής ως αποτέλεσμα παρεκκλινουσών διαντιδράσεων, στάσεων και επικοινωνιών εντός της οικογένειας και προς τον ασθενή¹⁸⁻²¹. Μπορεί να μην έχουν αποδειχθεί ειδικά ή αιτιολογικά της σχιζοφρένειας, όμως το στρες που πηγάζει από τις περιγραφόμενες οικογενειακές διαντιδράσεις δείχνει να συντελεί αρνητικά στην πορεία της διαταραχής. Υπό το

πρίσμα αυτό, οι οικογενειακές θεωρίες βρίσκονται σε αρμονία με την υπόθεση ευαλωτότητας – στρες για τη σχιζοφρένεια.

Η υπόθεση ευαλωτότητας – στρες (vulnerability – stress) ή στρες - προδιάθεσης (stress – diathesis) συνιστά το αρχικό νευροδυναμικό μοντέλο για τη σχιζοφρένεια²². Η φύση και η εμπειρία αλληλεπιδρούν και οι ψυχοδυναμικοί παράγοντες παίζουν διευκολυντικό ή προφυλακτικό ρόλο στην έκφραση της διαταραχής. Η ευαλωτότητα γίνεται αντιληπτή ως μια διαρκής τάση προς ανάπτυξη συμπτωμάτων, όχι όμως στατική αλλά επιγενετικά διαμορφούμενη σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο και δείχνει να έχει πλευρές γενετικές, άλλες βιολογικές, ενώ δεν μπορεί να αποκλειστεί και η πιθανότητα ψυχοκοινωνικής προέλευσής της. Έχουν προταθεί διάφορες μορφές ευαλωτότητας, όπως ελλείμματα σε ανώτερες ή κατώτερες γνωσιακές λειτουργίες, ανεπαρκής έλεγχος της αυτόνομης απαντητικότητας ιδιαίτερα σε ενάντια ερεθίσματα, διαταραχές στην κοινωνική επάρκεια, ελλείμματα στις ικανότητες αντιμετώπισης (coping), όπως υπεραξιολόγηση του κινδύνου ή εκτεταμένη χρήση της άρνησης. Πάντως, η χρονική στιγμή της φαινοτυπικής εκδήλωσης της γονοτυπικής ευαλωτότητας ποικίλει. Οι στρεσογόνοι παράγοντες (εσωτερικά ή εξωτερικά συμβάντα που απαιτούν προσαρμογή) αφορούν στην επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος κατά την ανάπτυξη και αργότερα, σε κοινωνικοοικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες, στην κοινωνική δικτύωση και σε γεγονότα ή φάσεις ζωής. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε τη σημασία της διαμορφωθείσας προσωπικότητας στην πρόκληση στρεσογόνων συνθηκών αλλά και στην επεξεργασία και αντιμετώπιση εν δυνάμει στρεσογόνων παραγόντων.

Σε σχέση με το μοντέλο ευαλωτότητας – στρες για τη σχιζοφρένεια και την εν γένει συνεισφορά γενετικών και ψυχολογικών παραγόντων κατά την ανάπτυξη, αναφέρουμε την Φινλανδική μελέτη υιοθεσίας του Tienari και συν.²³, που συνέκρινε υιοθετημένα παιδιά σχιζοφρενών μητέρων με υιοθετημένα παιδιά μη σχιζοφρενών μητέρων. Διαπιστώθηκε ότι σημαντικά αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης σχιζοφρένειας υπάρχει μόνο στα παιδιά με γενετική επιβάρυνση και στρεσογόνο συναισθηματικό οικογενειακό περιβάλλον.

Ένα ακόμα σημείο στο οποίο χρειάζεται να σταθούμε αφορά στη διαταραχή σειράς γνωσιακών λειτουργιών στη σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα από τη στιγμή που κάποιες από αυτές τις διαταραχές έχουν θεωρηθεί ως δείκτες ευαλωτότητας. Οι γνωσιακές θεωρίες της σχιζοφρένειας προσπαθούν να εντοπίσουν τα βασικά ελλείμματα που να εξηγούν την πληθώρα των γνωσιακών διαταραχών, τα συμπτώματα και τις λειτουργικές εκπτώσεις. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ως προς τον εστιασμό σε κατώτερες ή ανώτερες γνωσιακές λειτουργίες ή σε ασυνείδητες ή συνειδητές διεργασίες²⁴⁻²⁷, ενώ περίπλοκη και όχι αποσαφηνισμένη δείχνει και η σχέση με τα συμπτώματα και τη λειτουργικότητα. Τα αποτελέσματα των μελετών της σχέσης γνωσιακών λειτουργιών και συμπτωμάτων είναι ανάμεικτα και διαφορετικά ερμηνεύσιμα²⁷. Έχει προταθεί, τέλος, μια σειρά μοντέλων με στόχο την εξήγηση της σχέσης μεταξύ γνωσιακής λειτουργίας και λειτουργικότητας²⁷⁻³⁰.

Το πιο πρόσφατο νευροδυναμικό μοντέλο της σχιζοφρένειας²² είναι το μοντέλο των συστημάτων παράλληλα καταναμημένης επεξεργασίας (parallel distributed processing systems)^{31,32}. Πρόκειται για λειτουργικά νευρωνικά δίκτυα τα οποία αποθηκεύουν και ανακαλούν πληροφορίες στη βάση σχημάτων ενεργοποίησης (patterns of activation) πολλών νευρώνων του δικτύου (π.χ. το σύστημα της μακρόχρονης μνήμης που περιλαμβάνει τον ιππόκαμπο και περιοχές του φλοιού του εγκεφάλου). Το μοντέλο αυτό του νου βρίσκεται σε αρμονία με πολλές βασικές ψυχαναλυτικές έννοιες όπως η αρχή του ελεύθερου συνειρμού, οι πρωτογενείς και δευτερογενείς διεργασίες, η αρχή της πολλαπλής λειτουργίας (multiple function), το

δυναμικό ασυνείδητο³³⁻³⁵. Με βάση τα δυναμικά έλξης (attractor dynamics), την τάση δηλαδή των συστημάτων να έλκονται προς τα σχήματα ενεργοποίησης χαμηλής ενεργειακής κατάστασης (low energy state) – σχήματα που διαταράσσουν στο μικρότερο βαθμό το σύστημα, θεμελιώδης βλάβη στη σχιζοφρένεια θεωρείται η ανάπτυξη παρασιτικών μνημών (parasitic memories). Πρόκειται για de novo συνθέσεις αναπαραστάσεων ή θραυσμάτων τους, που δεν ακολουθούν καν τους δρόμους της πρωτογενούς διεργασίας, εξαιρετικά χαμηλού ενεργειακού δυναμικού, εκκλόμενες ακόμα και από άσχετες ενδογενείς ή εξωγενείς νύξεις. Οι παρασιτικές μνήμες θα μπορούσαν να εξηγούν πολλά από τα φαινομενικά παράξενα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (π.χ. χάλαση συνειρμού, ιδέες τοποθέτησης σκέψης, ακουστικές ψευδαισθήσεις), συνυπάρχουν δε και αλληλεπιδρούν περίπλοκα με άθικτες πρωτογενείς και δευτερογενείς διεργασίες. Αίτια της εμφάνισης παρασιτικών μνημών θεωρούνται δομικές και λειτουργικές βλάβες του ιππόκαμπου ή υπερβολική αποψίλωση (pruning) φλοιικών συνάψεων, ιδίως στον μετωπιαίο φλοιό.

Η σημασία του βιολογικού παράγοντα (γενετικοί παράγοντες, βιοχημικοί παράγοντες, νευροανατομικοί και νευροφυσιολογικοί παράγοντες) στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας είναι αναντίρρητη και θεμελιώδης. Αυτό είναι ήδη φανερό από την προοδευτικά αυξανόμενη βαρύτητα που δίδεται σε αυτόν στις προηγούμενες περιγραφές. Ωστόσο, κατά την άποψή μας, η βιολογική προσέγγιση δεν θα πρέπει να αγνοεί την αιτιολογική αξία του «ψυχολογικού» κινήτρου και νοήματος πίσω από μεγάλο αριθμό φαινομένων και συμπτωμάτων της διαταραχής.

Από τις παραπάνω αναφορές αναδύεται εύλογα η αναγκαιότητα πολυδιάστατων, στοχευμένων και εξατομικευμένων ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων στη σχιζοφρένεια. Καθώς η φαρμακοθεραπεία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αντιμετώπισης, η σχέση με το θεραπευτή ή τον επαγγελματία φροντιστή, η επεξεργασία του νοήματος για τον ασθενή της λήψης φαρμακευτικής αγωγής και η ψυχοεκπαίδευση αποκτούν έναν ακόμα ιδιαίτερο ρόλο. Οι θεμελιώδεις καθώς και οι δευτερογενείς συγκρούσεις και αντιδράσεις μπορούν να αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας στο πλαίσιο της σχέσης με το θεραπευτή και στο πλαίσιο της θεραπευτικής κοινότητας. Έτσι, οι αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες της συχνά καταστροφικής αυτής διαταραχής θα πρέπει να ανακουφίζονται, ο άνθρωπος να οδηγείται προς προσαρμοστικότερους μηχανισμούς άμυνας και αντιμετώπισης, αλλά και η ψυχωτική εμπειρία να νοηματοδοτείται ουσιαστικά, εξασφαλίζοντας την αίσθηση της συνέχειας στον κατακερματισμένο εαυτό. Η σχέση ασθενούς – θεραπευτή είναι κατά την άποψή μας κεντρική, ενώ, με άλλη ευκαιρία, έχουμε περιγράψει στις ευνοϊκές επιδράσεις της θεραπευτικής κοινότητας. Το οικογενειακό σύστημα συχνά πάσχει, αν όχι πρωτογενώς, τουλάχιστον δευτερογενώς, όπως συχνά υποφέρουν και οι μονάδες του. Οι οικογενειακές παρεμβάσεις, λοιπόν, μπορεί να είναι αναγκαίες. Η παθογενετική επίδραση του στρες μπορεί να αντιμετωπιστεί αναιρώντας όχι μόνον οικογενειακούς αλλά και ευρύτερους κοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. κακές συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής, έλλειψη απασχόλησης, ανεπαρκής κοινωνική δικτύωση, δυσχερής διασύνδεση με κοινωνικές υπηρεσίες, κ.τ.λ.), αλλά και καθιστώντας τον ασθενή επαρκέστερο ως προς την επεξεργασία και αντιμετώπιση στρεσογόνων ερεθισμάτων. Παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση της αντιμετώπισης γνωσιακών ελλειμμάτων έχουν κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες αρχίσει να εφαρμόζονται πιο συστηματικά και να ελέγχεται η αποτελεσματικότητά τους. Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες έχει ως στόχο να αντιμετωπίσει πρωτογενή ή δευτερογενή ελλείμματα, τα οποία μπορεί να βρίσκονται σε αμφίδρομη σχέση με τη διαταραχή. Η

γενική θεραπευτική κατεύθυνση είναι προς την άμβλυνση των αδυναμιών και προς τη μεγιστοποίηση των δυνάμεων του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Freud S. (1894), "*The neuro-psychoses of defence*", Standard Edition 3.
2. Freud S. (1896), "*Further remarks on the neuro-psychoses of defence*", Standard Edition 3.
3. Freud S. (1911), "*Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia*", Standard Edition 12.
4. Freud S. (1914), "*On narcissism: an introduction*", Standard Edition 14.
5. Freud S. (1924), "*Neurosis and psychosis*", Standard Edition 19.
6. Kernberg O.F. (1976), "*Object-relations theory and clinical psychoanalysis*", Jason Aronson, Inc., New York.
7. Jacobson E. (1964), "*The Self and the Object World*", New York: International Universities Press.
8. Mahler M.S., Pine F., Bergman A. (1975), "*The psychological birth of the human infant*", Hutchinson of London.
9. Burnham D., Gladstone Al., Gibson R.W. (1967), "*Schizophrenia and the need – fear dilemma*", New York: International Universities Press.
10. Guntrip H. (1969), "*Schizoid phenomena, object – relations and the self*", New York: International Universities Press.
11. Fleck S. (1980), "*Some observations on the nature and value of psychotherapy with schizophrenic patients*" in "*The psychotherapy of schizophrenia*", Plenum Medical Book Company.
12. Μέντζος Σ. (2005), «Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας», για το Συνέδριο «*Το Παραλήρημα και το Υποκείμενο*» της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.
13. Bion W. R. (1959), "*Attacks on linking*", International Journal of Psycho-Analysis.
14. Bion W. R. (1962), "*A theory of thinking*", International Journal of Psycho-Analysis.
15. Ogden T. (1982), "*Projective identification and psychotherapeutic technique*", Paterson Marsh Ltd and Jason Aronson Inc.
16. Mc Williams N. (1994), "*Psychoanalytic Diagnosis*", The Guilford Press.
17. Stern D.N. (2000), "*The interpersonal world of the Infant*", Basic Books.
18. Lidz T., Fleck S., Cornelison A. (1965), "*Schizophrenia and the family*", New York: International Universities Press.
19. Bateson G., Jackson D., Haley J. et al. (1956), "*Toward a theory of schizophrenia*", Behav. Sci. 1: 251-264.
20. Singer M.T., Wynne L.C. (1966), "*Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT scoring manuals*", Psychiatry 29: 260-288.
21. Brown G., Birley J.L.T., Wing J.K. (1972), "*Influence of family life on the course of schizophrenia*", Br. J. Psychiatry 121: 241-258.
22. Mc Glashan T.H., Hoffman R.E. (2000), "*Schizophrenia: Psychodynamic to Neurodynamic Theories*" in *Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th Ed*, Sadock and Sadock, Lippincott Williams and Wilkins.

23. Tienari P. et al. (1985), "*The Finnish adoptive family study of schizophrenia*", Yale J. Biol. Med. 58:227.
24. Frith C.D. (1992), "*The cognitive neuropsychology of schizophrenia*", Hove, U.K.: Lawrence Erlbaum Associates.
25. Hemsley D.R. (2005), "*The schizophrenic experience: taken out of context*", Schizophrenia Bulletin 31: 1-11.
26. Cohen J.D. et al. (1999), "*Context-processing deficits in schizophrenia: converging evidence form three theoretically motivated cognitive tasks*", Journal of Abnormal Psychology 108: 120-133.
27. Wykes T., Reeder C. (2005), "*Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. Theory and Practice*", Routledge.
28. Brenner H.D., Roden V., Hodel B., Kienzle N., Reed D. and Lieberman R.P. (1994), "*Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients (IPT)*", New York: Hogrefe and Huber.
29. Mc Gurk S.R. and Mueser K.T. (2004), "*Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model*", Schizophrenia Research 70:147-173.
30. Spaulding W.D., Sullivan M.E. and Poland J.S. (2003), "*Treatment and rehabilitation of severe mental illness*", New York: Guilford Press.
31. Rumelhart D.D., Mc Clelland J.L. and the POP Research Group (1986), "*Parallel distributed processing: explorations in the microstructure of cognition*", Vols 1 and 2.
32. Rumelhart D.D. (1990), "*The architecture of mind: a connectionists approach*" in "*Foundations of cognitive science*".
33. Olds D.D. (1994), "*Connectionism and psychoanalysis*", Journal of American Psychoanalytic Association.
34. Western D. (1999), "*The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead?*", Journal of American Psychoanalytic Association.
35. Western D., Gabbard G.O. (1994), "*Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise and connectionism*", Journal of American Psychoanalytic Association.

Ιστορικό σύστασης και λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Με την αξιοποίηση του κανονισμού 815/84 της τότε Ε.Ο.Κ., που αποτέλεσε την αρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, ως τα τέλη του 2000 στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης τέθηκαν σε λειτουργία ενδιάμεσες ψυχιατρικές δομές (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Ξενώνες, Οικοτροφεία, κ.α.), οι περισσότερες εκ των οποίων είναι υπό την εποπτεία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και είναι ανεπτυγμένες κυρίως στην κεντρική και δυτική περιοχή του πολεοδομικού συγκροτήματος. Στην ίδια περιοχή λειτουργούσε και το μοναδικό μέχρι το 2002 Κέντρο Ημέρας στη Θεσσαλονίκη για άτομα με ψυχικά προβλήματα. Παρά τα επιτυχημένα επανενταξιακά προγράμματα που εφαρμόζει, δεν είναι δυνατό να καλύψει τις ανάγκες όλων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που ζουν στη Θεσσαλονίκη.

Τα Κέντρα Ημέρας είναι απαραίτητα για την ημερήσια φροντίδα χρόνιων ψυχικά ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί προέρχονται κυρίως από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, όπου νοσηλεύτηκαν για χρόνια ή οξύ ψυχιατρικό πρόβλημα και ζουν πια στην κοινότητα (με την οικογένειά τους, μόνοι, σε οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα, κλπ.). Επίσης, άτομα με χρόνια ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που δεν έχουν ιστορικό νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και ζουν στην κοινότητα μόνα ή με τις οικογένειές τους, μπορεί να έχουν ανάγκη ημερήσιας φροντίδας.

Κρίθηκε ότι η λειτουργία ενός Κέντρου Ημέρας στην κεντρική – ανατολική περιοχή του πολεοδομικού συγκροτήματος της Θεσσαλονίκης θα μπορούσε να καλύψει κάποιες από τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες για ημερήσια φροντίδα πολιτών που ζουν σε αυτές τις περιοχές. Αποστάλθηκε αίτηση της Α.μ.Κ.Ε. «ΣΥΝΘΕΣΗ» στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και εγκρίθηκε η ίδρυσή του. Έτσι το Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» αρχίζει τη λειτουργία του τον Ιανουάριο του 2002 στον Κεντρικό-Ανατολικό Τομέα της Θεσσαλονίκης (πληθυσμός 500.000 κάτοικοι περίπου) και αποτελεί Κέντρο Εξειδικευμένης Περίθαλψης σύμφωνα με το Νόμο 2716/99, Άρθρο 8.

Η λειτουργία του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» βασίζεται στις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας με:

- δημοκρατικές σχέσεις μελών και προσωπικού
- σεβασμό στη διαφορετικότητα του κάθε ατόμου
- προώθηση της ελεύθερης έκφρασης και επικοινωνίας
- σεβασμό των δικαιωμάτων όλων
- ενίσχυση της ικανότητας αντίληψης
- ενίσχυση της εκτίμησης και αντιμετώπισης της πραγματικότητας, τόσο μέσα στην ομάδα όσο και στην κοινότητα που διαβιών τα άτομα αυτά τις υπόλοιπες ώρες και ημέρες

Το θεραπευτικό περιβάλλον του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» συμβάλλει στη συνέχιση της θεραπείας, τη σταθεροποίηση της ψυχικής υγείας, καθώς και την τριτογενή πρόληψη

της ψυχικής διαταραχής (αποφυγή εισαγωγής για νοσηλεία) και προαγωγή της ψυχοκοινωνικής επανένταξης.

Το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» ξεκίνησε τη λειτουργία του με τη σταδιακή πρόσληψη προσωπικού. Τους πρώτους μήνες γινόταν παράλληλα οι εργασίες διαρρύθμισης του χώρου και προμήθειας του απαραίτητου εξοπλισμού. Κατά το διάστημα αυτό ξεκίνησαν έντονες αντιδράσεις από ομάδα κατοίκων της περιοχής, παρά την ενημέρωσή τους από την Εταιρία και το προσωπικό για τη λειτουργία και τους στόχους του Κ.Η.. Κορύφωση των αντιδράσεων αυτών ήταν η κατάθεση αγωγής εκ μέρους επιτροπής κατοίκων της περιοχής. Στο δικαστήριο κατατέθηκαν μαρτυρίες από ανάλογες αποκαταστασιακές δομές από όλη την Ελλάδα, τοποθετήσεις δημόσιων προσώπων και φορέων για την ανάγκη ύπαρξης τέτοιων δομών, καθώς και διακηρύξεις φορέων υπέρ της λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα στον αστικό ιστό. Η απόφαση του δικαστηρίου δικαίωσε τις προσπάθειες της Εταιρίας «ΣΥΝΘΕΣΗ» για την ίδρυση του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».

Από τον Απρίλιο του 2002 ξεκίνησε εντατικά η εκπαίδευση του προσωπικού, σύμφωνα με τρίμηνο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που οργανώθηκε από την Εταιρία. Έλαβαν μέρος επιστήμονες από την πόλη της Θεσσαλονίκης με μεγάλη εμπειρία στο χώρο της ψυχικής υγείας. Ταυτόχρονα γινόταν εσωτερική εκπαίδευση, ώστε να μπορούν οι εργαζόμενοι να αρχίσουν να λειτουργούν ως μέλη της θεραπευτικής ομάδας και ως πρόσωπα αναφοράς. Η εκπαίδευση ολοκληρώθηκε με πρακτική άσκηση που περιλάμβανε επισκέψεις σε υπηρεσίες του Ψ.Ν.Θ. (Κέντρο Ημέρας, Νοσοκομείο Ημέρας, Απόγειο - Κοινωνική Λέσχη, Σ.Θ.Ε.Μ.).

Από το Μάιο του 2002 άρχισαν να γίνονται δεκτές παραπομπές υποψηφίων μελών και το Σεπτέμβριο του 2002 ο αριθμός των μελών ήταν ικανός ώστε να συσταθούν ομάδες και να λειτουργήσει πλήρως το αποκαταστασιακό πρόγραμμα του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».

Τα επίσημα εγκαίνια του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» πραγματοποιήθηκαν στις 13/12/2002 παρουσία εκπροσώπων της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, του Ψ.Ν.Θ., των τοπικών αρχών και των τοπικών φορέων, καθώς και πλήθους κόσμου. Ακολούθησε συναυλία της Ορχήστρας Πνευστών του Κρατικού Ωδείου Θεσσαλονίκης στο Αμφιθέατρο της Γερμανικής Σχολής Θεσσαλονίκης. Η μουσική εκδήλωση συνδιοργανώθηκε από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και την Εταιρία «ΣΥΝΘΕΣΗ».

Βασικές αρχές και στόχοι λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»

Πολυχρονιάδης Νίκος

Τα Κέντρα Ημέρας αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Σύμφωνα με το Νόμο 2716/1999, Άρθρο 8, τα Κέντρα Ημέρας περιλαμβάνονται στα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης και σύμφωνα με το Άρθρο 1 του ίδιου νόμου, λειτουργούν «...με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και της εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής δυναμική διαδικασία τριτογενούς πρόληψης, που αρχίζει με τη διάγνωση της νόσου και περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία της αρρώστιας→ ανικανότητας→ αναπηρίας, με παράλληλη την κοινωνική ενσωμάτωση του ανάπηρου ανθρώπου. Η αποκατάσταση στοχεύει όχι μόνο σε παρεμβάσεις στο άτομο αλλά και στο άμεσο περιβάλλον του και την κοινότητα με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής του επανένταξης (Μαδιανός, 2000).

Το Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» βασίζει τη λειτουργία του στις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας και θεραπείας περιβάλλοντος. Επιπρόσθετα, η ομαδική εργασία του προσωπικού σε συνδυασμό με την ατομική ευθύνη και πρωτοβουλία, η διακριτότητα αλλά και συμπληρωματικότητα των ρόλων, η υπέρβαση των παραδοσιακών νοοτροπιών και η δημιουργία ενός νέου επαγγελματικού προτύπου αποτελούν βασικούς παράγοντες επιτυχημένης λειτουργίας.

Οι ασθενείς-μέλη του Κέντρου Ημέρας έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν εξατομικευμένη θεραπεία και φροντίδα, με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τις αξίες τους και κάτω από τις ίδιες επιστημονικές και ηθικές συνθήκες με κάθε άλλον άρρωστο άνθρωπο.

Οι στόχοι των ατομικών και ομαδικών, θεραπευτικών και ευρύτερων αποκαταστασιακών διαδικασιών, παρεμβάσεων και προγραμμάτων που εφαρμόζονται στο Κέντρο Ημέρας είναι:

- εξατομικευμένη υποβοήθηση της ανάπτυξης και αυτοπραγμάτωσης των μελών και συνεισφορά στην πρόληψη ή αντιμετώπιση των υποτροπών.
- υποστήριξη των οικογενειών των μελών, αντιμετώπιση επιβαρυντικών για τον ασθενή δυσλειτουργικών διεργασιών εντός αυτών, ψυχοεκπαίδευση.
- βελτιστοποίηση της παροχής υπηρεσιών προς τα μέλη μέσα από τη συνεργασία με τους θεράποντες και τη διασύνδεση με το δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης.
- ενημέρωση της κοινότητας, αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής νόσου, ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στη διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

- συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού και έρευνα στο πεδίο της επιστήμης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- συνεχής αξιολόγηση του έργου και διασφάλιση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Αποδέκτες των υπηρεσιών του Κέντρου Ημέρας

Οι υπηρεσίες και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Κέντρων Ημέρας εξειδικεύονται ανάλογα:

- α) με τον πληθυσμό στον οποίον απευθύνονται και τις ανάγκες του
- β) τα κοινωνικά-οικονομικά χαρακτηριστικά της κοινότητας την οποία εξυπηρετούν (αστική, ημιαστική, αγροτική)
- γ) τα πολιτιστικά δεδομένα, ήθη και έθιμα του κοινωνικού χώρου
- δ) τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους που έχει στη διάθεσή της η μονάδα
- ε) τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους που έχει στη διάθεσή του το δίκτυο των μονάδων του Το.Ψ.Υ.

Στο δομημένο πρόγραμμα του Κέντρου Ημέρας μπορούν να συμμετέχουν ως μέλη άτομα άνω των 18 ετών με σοβαρή ψυχική διαταραχή ή/και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία διαμένουν στα όρια του αντίστοιχου Το.Ψ.Υ. Άτομα με σοβαρή αυτοκτονική ή ανθρωποκτονική πρόθεση, σοβαρές βίαιες εκδηλώσεις, κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες μπορεί να μη γίνονται δεκτά ως μέλη, όπως και άτομα που η θεραπευτική ομάδα κρίνει ότι οι υπηρεσίες του Κέντρου Ημέρας δεν απαντούν στις ανάγκες τους. Ο αριθμός των μελών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα δεν ξεπερνάει τα 25, ενώ δεν υπάρχει περιορισμός στον αριθμό των συμμετεχόντων στις δραστηριότητες της Κοινωνικής Λέσχης. Η χρονική διάρκεια συμμετοχής στο πρόγραμμα καθορίζεται σε μεσομακροπρόθεσμη βάση ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες και δυνατότητες. Αυτή τη στιγμή η χρονική διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος είναι 18 μήνες, με παράταση μέχρι 6 μήνες κατά τη διάρκεια της οποίας το μέλος παρακολουθεί μέρος των δραστηριοτήτων, εφόσον κάτι τέτοιο κριθεί σκόπιμο από τη θεραπευτική ομάδα και το μέλος. Πάντως, η φύση της χρόνιας ψυχωτικής διεργασίας αναδεικνύει ζητήματα όπως η διάρκεια, η μορφή των παρεμβάσεων, η διατήρηση του αποτελέσματος, η αναγκαιότητα πλήρους ανάπτυξης αποκαταστασιακών δομών και υπηρεσιών. Η διαδικασία παραπομπής και υποδοχής του ασθενούς καθορίζεται από τη θεραπευτική ομάδα και συνήθως προϋποθέτει την επαρκή συνεργασία του ασθενούς με θεράποντα ή θεραπευτική δομή.

Με βάση τους στόχους λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας, η θεραπευτική ομάδα συνεργάζεται με άτομα ή δομές που έχουν την ευθύνη της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς-μέλους του Κέντρου Ημέρας, με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με την οικογένεια και άλλους φροντιστές, με την κοινότητα και τους φορείς της.

Παρεχόμενες υπηρεσίες

Το Κέντρο Ημέρας, σε συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του Το.Ψ.Υ. και φορείς της κοινότητας, παρέχει υπηρεσίες σε ατομικό, ομαδικό, οικογενειακό και κοινοτικό επίπεδο:

- εκτίμηση αναγκών, εκπόνηση και εφαρμογή εξατομικευμένων σχεδίων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, με στόχους την ανάδυση, επεξεργασία και καλύτερη διαχείριση αναγκών, επιθυμιών,

συναισθημάτων και τάσεων· τη βελτίωση των ελλειμματικών ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και την τροποποίηση δυσλειτουργικών συμπεριφορών και στάσεων· την υποβοήθηση της διαδικασίας επαγγελματικής επανένταξης· την ενίσχυση των διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων και δραστηριοτήτων· τη βελτίωση των εσωτερικευμένων σχέσεων εαυτού-άλλου· την ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης· την ανασύνθεση, ενίσχυση της συνοχής και εμπλουτισμό της αίσθησης ταυτότητας

- ψυχαγωγικές και πολιτιστικές δραστηριότητες
- παρασκευή γευμάτων και εστίαση
- λειτουργία Κοινωνικής Λέσχης
- υποστήριξη των οικογενειών και εφαρμογή ειδικών θεραπευτικών παρεμβάσεων
- συνεργασία με το θεράποντα και τις υπηρεσίες που εμπλέκονται στη θεραπευτική αντιμετώπιση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς-μέλους του Κέντρου Ημέρας
- ενημέρωση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές
- εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού και συμμετοχή του προσωπικού σε επιστημονικές και εκπαιδευτικές συναντήσεις και δραστηριότητες
- ερευνητικές δραστηριότητες
- διαδικασίες αξιολόγησης του έργου και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι σύμφωνες με τις βασικές αρχές και υλοποιούν τους στόχους λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας. Οι υπηρεσίες παρέχονται μέσα από ατομικές ή ομαδικές, ψυχοθεραπευτικές, εκπαιδευτικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Συμμετοχή στο σχεδιασμό και υλοποίηση του προγράμματος δραστηριοτήτων έχουν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ή/και εξωτερικοί συνεργάτες και την τελική ευθύνη φέρουν ο συντονιστής και ο επιστημονικά υπεύθυνος του Κέντρου Ημέρας.

Η Θεραπευτική Ομάδα

Πολυχρονιάδης Νίκος, Γκαϊνταρτζή Χρύσα

Η Θεραπευτική Ομάδα (Θ.Ο.) περιλαμβάνει το σύνολο των μελών του προσωπικού του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Πιστεύουμε ότι κάθε «στιγμή» της ψυχικής εμπειρίας περιέχει το συνδυασμό (με διαφορετική κάθε φορά επιμέρους βαρύτητα) των κινήτρων της ανθρώπινης συμπεριφοράς και τα πεπρωμένα τους. Έτσι οι διαδικασίες της διαπροσωπικής μάθησης και της προβλητικής ταύτισης έχουν, εφόσον τύχουν κατάλληλης χρήσης και ανταπόκρισης εκ μέρους της Θ.Ο., ιδιαίτερη μεταλλακτική αξία. Η θέση μας αυτή προσδίδει θεραπευτική σημασία και δυνατότητες σε κάθε «στιγμή» και σε κάθε «συνάντηση» ασθενών και προσωπικού ή ασθενών και θεσμικών λειτουργιών.

Οι ρόλοι των μελών της Θ.Ο. είναι συγχρόνως διακριτοί και αλληλεπικαλυπτόμενοι, κάτι που απαιτεί στενή και αρμονική συνεργασία αλλά παρέχει ευελιξία απέναντι στις απαιτήσεις της λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας και της ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών. Κομβική στη λειτουργία του Κ.Η. είναι η ύπαρξη προσώπου αναφοράς για κάθε ασθενή-μέλος. Η Θ.Ο., τα μέλη της, τα πρόσωπα αναφοράς, οι ομαδικές δραστηριότητες επιβλέπονται από τον ψυχίατρο-συντονιστή και την ψυχολόγο. Εξωτερικοί συνεργάτες συμμετέχουν σε δραστηριότητες επίβλεψης, εκπαίδευσης, έρευνας και εφαρμογής ειδικών θεραπευτικών τεχνικών. Της συνολικής λειτουργίας του Κ.Η. επίσταται η επιστημονικά υπεύθυνη.

Στη Θ.Ο. του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» συμμετέχουν ο ψυχίατρος κος Πολυχρονιάδης Νίκος, η ψυχολόγος κα Χίου Καλλιόπη, η ειδική εκπαιδευτρια κα Ευγενίδου Βενετία, η κοινωνική λειτουργός κα Καραγιάννη Μαρία, η νοσηλεύτρια κα Καλούδη Κατερίνα, η διοικητική υπάλληλος κα Χίσα Ειρήνη και η φροντίστρια κα Σάτκα Λίτσα. Παλαιότερα, αντί ειδικής εκπαιδευτριας, το προσωπικό στελέχωνε εργοθεραπευτής. Μνημονεύουμε την πολύτιμη προσφορά στην πορεία και εξέλιξη του Κ.Η. παλαιότερων μελών του προσωπικού, των ψυχολόγων κου Τσικώτη Νίκου και κας Γκαϊνταρτζή Χρύσας, των εργοθεραπευτών κας Ναγοπούλου Πέπης και κου Θεοδωρίδη Αλέξανδρου, της διοικητικής υπαλλήλου κας Άσλαμ Δόξης και της φροντίστριας κας Αγαπητού Αλίκης. Επιστημονικά υπεύθυνη του Κ.Η. είναι η ψυχίατρος κα Παπαϊωάννου Καλλιόπη.

Ψυχίατρος

Στο Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», ο ψυχίατρος είναι συγχρόνως ο συντονιστής της θεραπευτικής ομάδας. Έτσι, έχει την τελική ευθύνη για την ανάπτυξη, οργάνωση και εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος και των λοιπών δράσεων του Κ.Η., για τις δραστηριότητες και τη συνεργασία των μελών του προσωπικού, για την εφαρμογή των αρχών της θεραπευτικής κοινότητας και την εμπέδωση της βιο-ψυχο-κοινωνικής αντίληψης για την ψυχική διαταραχή.

Ο ψυχίατρος συντονίζει τη δίωρη εβδομαδιαία συνάντηση του προσωπικού του Κ.Η., είναι υπεύθυνος για το ετήσιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα του προσωπικού,

επιβλέπει και συνεργάζεται με την ψυχολόγο, συνεργάζεται με την επιστημονικά υπεύθυνη και τη «διασυνδέει» με τη θεραπευτική ομάδα.

Επίσης, μοιράζεται με την ψυχολόγο το έργο της διαγνωστικής εκτίμησης των ασθενών – υποψηφίων μελών του Κ.Η. και εκπαίδευσης μελών του προσωπικού στη διαγνωστική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντος, καθώς και της ατομικής επίβλεψης των προσώπων αναφοράς. Συμμετέχει ως θεραπευτής στην ομαδική ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου και στην ομάδα ψυχοεκπαίδευσης συγγενών μελών του Κ.Η.. Επιβλέπει κάποιες από τις ομαδικές δραστηριότητες.

Τέλος, είναι υπεύθυνος για την οργάνωση και τήρηση αρχείου μελών (ασθενών), τη συνεργασία με τους θεράποντες, την αξιολόγηση του προσωπικού του Κ.Η., την ανά εξάμηνο εκτίμηση - σε συνεργασία με την ψυχολόγο - της πορείας της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με χρήση της κλίμακας P.A.N.S.S., ενώ συμμετέχει στο ερευνητικό έργο του Κ.Η.

Ψυχολόγος

Η κλινική ψυχολόγος συνεργάζεται με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα στη βάση των αρχών της θεραπευτικής κοινότητας και του βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου για την ψυχική διαταραχή. Λόγω του ρόλου της και της καθημερινής της εμπλοκής στις δραστηριότητες του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», φροντίζει -υπό την επίβλεψη του ψυχιάτρου- για την ομαλή λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος και τη συνεργασία των μελών του προσωπικού.

Μοιράζεται με τον ψυχίατρο τη διαγνωστική εκτίμηση των ασθενών – υποψηφίων μελών του Κ.Η., την ανά εξάμηνο εκτίμηση της πορείας της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με χρήση της κλίμακας P.A.N.S.S., την ατομική επίβλεψη των προσώπων αναφοράς.

Συνεργάζεται με τα πρόσωπα αναφοράς σε τακτές συναντήσεις με τους ασθενείς - μέλη ή και με τις οικογένειές τους, στην επικοινωνία με θεράποντες ιατρούς - παραπέμποντες των μελών, στην οργάνωση και τήρηση αρχείου των μελών του Κέντρου Ημέρας.

Έχει την ευθύνη της στατιστικής επεξεργασίας των ερωτηματολογίων για την εκτίμηση της πορείας των μελών και συμμετέχει ενεργά στο ερευνητικό έργο του Κ.Η.. Παρακολουθεί και συμμετέχει με εργασίες σε συνέδρια και ημερίδες. Βοηθά στην οργάνωση ημερίδων και επιστημονικών συναντήσεων της Α.μ.Κ.Ε. «Σύνθεση» και στην επιμέλεια πρακτικών. Είναι υπεύθυνη για το σχεδιασμό και τη διαχείριση της ιστοσελίδας της Α.μ.Κ.Ε. «Σύνθεση».

Συμμετέχει στις παρακάτω δομημένες ομαδικές δραστηριότητες και έχει την ευθύνη της επίβλεψης κάποιων από αυτές:

- Ομάδα μελών και προσωπικού («μεγάλη ομάδα»)
- Ομάδα ψυχοεκπαίδευσης συγγενών μελών του Κ.Η. (σε συνεργασία με τον ψυχίατρο και την κοινωνική λειτουργό)
- Ομαδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων (σε συνεργασία με την κοινωνική λειτουργό)
- Ομάδα εικαστικών (σε συνεργασία με την ειδική εκπαιδευτριά)
- Ομάδα έκφρασης και επικοινωνίας (σε συνεργασία με τη νοσηλεύτρια)
- Ομάδα πολιτιστικών – video (σε συνεργασία με την κοινωνική λειτουργό)
- Εκπαίδευση σε ατομικές-κοινωνικές δεξιότητες (σε συνεργασία με την ειδική εκπαιδευτριά)

- Ομάδα εφημερίδας
- Χορωδία (σε συνεργασία με την κοινωνική λειτουργό)

Συμμετέχει στη δίωρη εβδομαδιαία συνάντηση του προσωπικού του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ», στο πρόγραμμα εβδομαδιαίων μαθημάτων, στη μηνιαία επίβλεψη της θεραπευτικής ομάδας από εξωτερικό ψυχίατρο, στις εξόδους και τις εκδρομές του Κ.Η.

Ειδική Εκπαιδευτρια

Η ειδική εκπαιδευτρια είναι επιφορτισμένη με δραστηριότητες που στόχο τους έχουν την κατά το δυνατόν βελτίωση της λειτουργικότητας των μελών του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» μέσω:

- Υποβοήθησης της ενεργοποίησης του ατομικού δυναμικού που διαθέτει το κάθε μέλος
- Οργάνωσης της καθημερινότητας στην κατεύθυνση της προαγωγής της λειτουργικότητας και της μείωσης της νοσηρής ενασχόλησης
- Βελτίωσης της γνωστικής λειτουργίας
- Βελτίωσης ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων
- Βελτιστοποίησης της αισθητικότητας και της κινητικότητας

Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο του προγράμματος λειτουργίας του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ»:

- Αναλαμβάνει ρόλο προσώπου αναφοράς υπό την επίβλεψη του ψυχίατρου και της ψυχολόγου.
- Διατηρεί επικοινωνία, συνεργάζεται και προβαίνει σε συμβουλευτικές συναντήσεις με την οικογένεια, συνήθως σε συνεργασία με τον ψυχίατρο ή την ψυχολόγο.
- Επικοινωνεί με τους θεράποντες - παραπέμποντες των μελών, με στόχο την καλύτερη συνεργασία και συντονισμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- Συμπληρώνει ανά εξάμηνο σειρά ερωτηματολογίων για την εκτίμηση της πορείας των μελών για τα οποία είναι πρόσωπο αναφοράς, διατηρεί στοιχεία για τις νοσηλείες τους κατά την τελευταία πενταετία, συμπληρώνει ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς – απόδοσης στην απασχόληση για όλα τα μέλη.
- Ενημερώνει τους φακέλους των μελών για την πορεία τους.
- Συμμετέχει στις παρακάτω ομαδικές δραστηριότητες :
 - 1) Ομάδα εφημερίδας
 - 2) Ομάδα μελών και προσωπικού («Μεγάλη Ομάδα»)
 - 3) Ομάδα εικαστικών (σε συνεργασία με την ψυχολόγο)
 - 4) Ομάδα επιτραπέζιων παιχνιδιών (σε συνεργασία με τη νοσηλεύτρια)
 - 5) Ομάδα ψυχαγωγίας (σε συνεργασία με τη νοσηλεύτρια και την φροντίστρια χώρου)
 - 6) Ομάδα θεατρικής έκφρασης
 - 7) Δραστηριότητες εκπαίδευσης σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες
- Συμμετέχει στις εξόδους του Κ.Η. και τις εκδρομές.
- Συμμετέχει στη δίωρη εβδομαδιαία συνάντηση του προσωπικού του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».
- Συμμετέχει στη μηνιαία επίβλεψη της θεραπευτικής ομάδας από εξωτερικό ψυχίατρο.

- Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, συμμετέχει στο πρόγραμμα εβδομαδιαίων μαθημάτων.
- Συμμετέχει στις δραστηριότητες της Κοινωνικής Λέσχης του Κ.Η.

Κοινωνική Λειτουργός

Η κοινωνική λειτουργός καλείται να αξιοποιήσει τις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας (εργασία με άτομα, ομάδες, οικογένειες και φυσικά με την κοινότητα), με στόχο την υποστήριξη, ενδυνάμωση, ενθάρρυνση και πληροφόρηση των μελών.

Συγκεκριμένα, οι δράσεις που αναλαμβάνει στο Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» προς την κατεύθυνση αυτή είναι:

- Αναλαμβάνει ρόλο προσώπου αναφοράς υπό την επίβλεψη του ψυχιάτρου και της ψυχολόγου.
- Διατηρεί επικοινωνία, συνεργάζεται και προβαίνει σε συμβουλευτικές συναντήσεις με την οικογένεια, συνήθως σε συνεργασία με τον ψυχίατρο ή την ψυχολόγο.
- Επικοινωνεί με τους θεράποντες - παραπέμποντες των μελών, με στόχο την καλύτερη συνεργασία και συντονισμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- Συμπληρώνει ανά εξάμηνο σειρά ερωτηματολογίων για την εκτίμηση της πορείας των μελών για τα οποία είναι πρόσωπο αναφοράς, διατηρεί στοιχεία για τις νοσηλείες τους κατά την τελευταία πενταετία, συμπληρώνει ερωτηματολόγιο επιβάρυνσης στην οικογένεια, σε συνεργασία με την οικογένεια του κάθε μέλους.
- Ενημερώνει τους φακέλους των μελών για την πορεία τους.
- Συνεργάζεται με άλλες αποκαταστασιακές υπηρεσίες, με στόχο την καλύτερη δυνατή αποκατάσταση των μελών αφού ολοκληρώσουν το πρόγραμμα στο Κ.Η.
- Έχει επαφές με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης, κοινωνικοπρονοιακούς φορείς. Επίσης, διατηρεί επαφές με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, την Εκκλησία, τα σχολεία της περιοχής, προκειμένου να πραγματοποιηθούν από κοινού δραστηριότητες, με στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε θέματα ψυχικής υγείας.
- Συμμετέχει στις παρακάτω ομαδικές δραστηριότητες :
 - 1) Ομάδα εφημερίδας
 - 2) Ομαδική ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου (σε συνεργασία με τον ψυχίατρο)
 - 3) Ομάδα πολιτιστικών - video (σε συνεργασία με την ψυχολόγο)
 - 4) Ομάδα μελών και προσωπικού («Μεγάλη Ομάδα»)
 - 5) Χορωδία (σε συνεργασία με την ψυχολόγο)
 - 6) Εκμάθηση στοιχείων Η/Υ στα μέλη
 - 7) Ομαδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων (σε συνεργασία με την ψυχολόγο)
 - 8) Ομάδα ψυχοεκπαίδευσης οικογενειών ασθενών - μελών του Κ.Η. (σε συνεργασία με τον ψυχίατρο και την ψυχολόγο)
- Συμμετέχει στη δίωρη εβδομαδιαία συνάντηση του προσωπικού του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».

- Συμμετέχει στη μηνιαία επίβλεψη της θεραπευτικής ομάδας από εξωτερικό ψυχίατρο.
- Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, συμμετέχει στο πρόγραμμα εβδομαδιαίων μαθημάτων.
- Οργανώνει και συμμετέχει στις εξόδους και εκδρομές του Κ.Η.
- Συμμετέχει στις δραστηριότητες της Κοινωνικής Λέσχης και έχει την ευθύνη της οργάνωσης των εκδηλώσεων που λαμβάνουν χώρα σε αυτή.
- Συνεργάζεται με την ψυχολόγο προκειμένου να αναληφθούν πρωτοβουλίες για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας στην ψυχική νόσο.

Νοσηλεύτρια

Η νοσηλεύτρια, λόγω της εκπαίδευσής της στο χώρο της υγείας, είναι εξ' αρχής μια επαγγελματίας ευαισθητοποιημένη και προσανατολισμένη στην κατανόηση των αναγκών και ανακούφιση των ασθενών.

Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο του προγράμματος λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»:

- Αναλαμβάνει ρόλο προσώπου αναφοράς υπό την επίβλεψη του ψυχιάτρου και της ψυχολόγου.
- Διατηρεί επικοινωνία, συνεργάζεται και προβαίνει σε συμβουλευτικές συναντήσεις με την οικογένεια, συνήθως σε συνεργασία με τον ψυχίατρο ή την ψυχολόγο.
- Επικοινωνεί με τους θεράποντες - παραπέμποντες των μελών, με στόχο την καλύτερη συνεργασία και συντονισμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- Συμπληρώνει ανά εξάμηνο σειρά ερωτηματολογίων για την εκτίμηση της πορείας των μελών για τα οποία είναι πρόσωπο αναφοράς και διατηρεί στοιχεία για τις νοσηλείες τους κατά την τελευταία πενταετία.
- Ενημερώνει τους φακέλους των μελών για την πορεία τους.
- Συμμετέχει στις παρακάτω ομαδικές δραστηριότητες :
 - 1) Ομάδα εφημερίδας
 - 2) Ομάδα μελών και προσωπικού («Μεγάλη Ομάδα»)
 - 3) Ομάδα επιτραπέζιων παιχνιδιών (σε συνεργασία με την ειδική εκπαιδευτρια)
 - 4) Ομάδα έκφρασης (σε συνεργασία με την ψυχολόγο)
 - 5) Ομάδα ψυχαγωγίας (σε συνεργασία με την ειδική εκπαιδευτρια και την φροντίστρια χώρου)
 - 6) Ομάδα θεατρικής έκφρασης
 - 7) Δραστηριότητες εκπαίδευσης σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες
- Συμμετέχει στις εξόδους και τις εκδρομές του Κ.Η.
- Συμμετέχει στις δραστηριότητες της Κοινωνικής Λέσχης του Κ.Η.
- Συμμετέχει στη δίωρη εβδομαδιαία συνάντηση του προσωπικού του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».
- Συμμετέχει στη μηνιαία επίβλεψη της θεραπευτικής ομάδας από εξωτερικό ψυχίατρο.

Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, συμμετέχει στο πρόγραμμα εβδομαδιαίων μαθημάτων. Εκπαίδευση από τον ψυχίατρο στα βασικά στοιχεία ψυχοφαρμακολογίας.

Διοικητική Υπάλληλος

Η διοικητική υπάλληλος είναι επιφορτισμένη με την ευθύνη του προγραμματισμού και διεκπεραίωσης οικονομικών και διοικητικών εργασιών.

Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»:

- Οργανώνει το ταμείο, ελέγχει τις αγορές και τα τιμολόγια, καταβάλλει τις οφειλές από λειτουργικές και λοιπές δαπάνες.
- Συντάσσει οικονομικά στοιχεία (προϋπολογισμό έτους, μηνιαίους, τριμηνιαίους και ετήσιους απολογισμούς, κ.τ.λ.) και τα αποτυπώνει στα ειδικά έντυπα του Υπουργείου Υγείας, του Υπουργείου Οικονομίας και άλλων φορέων.
- Επικοινωνεί με τους αρμόδιους φορείς του Υπουργείου Υγείας για οικονομικά και διοικητικά θέματα σχετικά με το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».
- Πραγματοποιεί λογιστικές εργασίες όπως σύνταξη συμβάσεων, διεκπεραίωση εργασιών σε αρμόδιες υπηρεσίες, μισθολογικές καταστάσεις και καταβολή μισθών, απόδοση φόρων και ενσήμων, κλείσιμο οικονομικού έτους και αντιμετώπιση λογιστικών ζητημάτων που προκύπτουν κατά τη λειτουργία του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».
- Αναλαμβάνει γραμματειακή υποστήριξη: Οργάνωση ηλεκτρονικού αρχείου, τήρηση πρωτοκόλλου, τήρηση προγράμματος συνεντεύξεων υποψήφιων μελών, πληροφόρηση σχετικά με το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» προς τους ενδιαφερόμενους.
- Συμμετέχει στη δίωρη εβδομαδιαία συνάντηση του προσωπικού του Κ.Η.« ΕΣΤΙΑ».
- Συμμετέχει στις δραστηριότητες της Κοινωνικής Λέσχης.
- Συμμετέχει στις εκδηλώσεις του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» (έξοδοι, εκδρομές, εορταστικές εκδηλώσεις, κ.τ.λ.).
- Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, συμμετέχει στο πρόγραμμα εβδομαδιαίων μαθημάτων.

Φροντίστρια Χώρου

Η φροντίστρια χώρου λειτουργεί επικουρικά στις υπόλοιπες ειδικότητες. Είναι υπεύθυνη για την ευταξία και καθαριότητα του χώρου. Λόγω του ρόλου της και των συχνών ευκαιριών διαντίδρασης με τα μέλη, μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση ενός καλοήθους μοντέλου διαπροσωπικών σχέσεων.

Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»:

- Είναι υπεύθυνη για τη φροντίδα του χώρου, την καθαριότητα και την παρασκευή του μεσημεριανού γεύματος. Επιμελείται την προμήθεια αναλώσιμου υλικού για την κουζίνα και την καθαριότητα.
- Βοηθά στη γραμματειακή υποστήριξη.

- Τηρεί αρχείο σχετικά με τις καθημερινές δραστηριότητες στο Κ.Η..
- Διεκπεραιώνει εξωτερικές εργασίες σε υπηρεσίες.
- Συμμετέχει στις δραστηριότητες της Κοινωνικής Λέσχης του Κ.Η..
- Συμμετέχει στις παρακάτω ομαδικές δραστηριότητες :
 - 1) Ομάδα μελών και προσωπικού («Μεγάλη Ομάδα»)
 - 2) Δραστηριότητες εκπαίδευσης σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες.
 - 3) Ομάδα ψυχαγωγίας (σε συνεργασία με τη νοσηλεύτρια και την ειδική εκπαιδευτρια)
 - 4) Ομάδα θεατρικής έκφρασης
 - 5) Ομάδα εικαστικών
 - 6) Ομάδα πολιτιστικών – video
- Συμμετέχει στις εξόδους και τις εκδρομές του Κ.Η.
- Συμμετέχει στη δίωρη εβδομαδιαία συνάντηση του προσωπικού του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».
- Συμμετέχει στη μηνιαία επίβλεψη της θεραπευτικής ομάδας από εξωτερικό ψυχίατρο.
- Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, συμμετέχει στο πρόγραμμα εβδομαδιαίων μαθημάτων.

ΠΡΟΣΩΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Η ύπαρξη προσώπου αναφοράς για κάθε ασθενή - μέλος του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» συνιστά έναν σημαντικό θεσμό στο πλαίσιο της λειτουργίας του Κ.Η.. Ρόλο προσώπου αναφοράς αναλαμβάνουν η νοσηλεύτρια, η ειδική εκπαιδευτρια και η κοινωνική λειτουργός. Το πρόσωπο αναφοράς παρίσταται στην αρχική διαγνωστική συνέντευξη, έχει σταθερές συναντήσεις με τον ασθενή – μέλος (ανά μία ή ανά δύο εβδομάδες) και επιβλέπεται για την εργασία του από την ψυχολόγο και τον ψυχίατρο. Υπάρχει αμφίδρομη επικοινωνία πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή μεταξύ του προσώπου αναφοράς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας. Το πρόσωπο αναφοράς απ' τη μια τροφοδοτεί τη θεραπευτική ομάδα με την εμπειρία του από την επαφή και σχέση με τον ασθενή, απ' την άλλη υλοποιεί τις γενικές κατευθύνσεις και αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας.

Το πρόσωπο αναφοράς έχει την ευθύνη της συνεργασίας με τον ασθενή για τη διαχείριση πρακτικών προβλημάτων σε ποικίλους τομείς της ζωής του και της επικοινωνίας και συνεργασίας με το θεράποντα. Διατηρεί επικοινωνία με την οικογένεια του ασθενούς και εφόσον εντοπίζονται στρεσογόνοι για τον ασθενή παράγοντες εντός αυτής, συμμετέχει σε συμβουλευτικές συναντήσεις με την οικογένεια, σε συνεργασία συνήθως με την ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο. Διαμορφώνει το υποστηρικτικό πλαίσιο εντός του οποίου αναδύονται, εκφράζονται και επεξεργάζονται δυσφορικά συναισθήματα, συγκρούσεις, δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και διαντιδράσεις, ενώ συγχρόνως ενισχύει τις ωριμότερες και προσαρμοστικότερες λειτουργίες του ασθενούς. Παρακολουθεί τις διεργασίες του αποχωρισμού καθώς η συμμετοχή του ασθενούς στο πρόγραμμα του Κ.Η. οδεύει προς το τέλος, παρεμβαίνει αν χρειαστεί, ενώ παίζει κεντρικό ρόλο στις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας για την κατεύθυνση του ασθενούς μετά το Κ.Η. και την υλοποίησή τους. Εν τέλει, στοχεύει μέσα από τις στάσεις και παρεμβάσεις του (και ίσως σε μεγάλο βαθμό μέσα από την κατάλληλη αντιμετώπιση των προβλητικών

ταυτίσεων του ασθενούς) στην ανάπτυξη και εσωτερίκευση ενός καλοήθους μοντέλου διαπροσωπικής σχέσης.

Πρόγραμμα λειτουργίας

Γκαϊνταρτζή Χρύσα, Πολυχρονιάδης Νίκος

Το πρόγραμμα λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» περιλαμβάνει ομαδικές δραστηριότητες, ατομικές συναντήσεις, παρεμβάσεις στην οικογένεια και δραστηριότητες εκπαίδευσης και επίβλεψης του προσωπικού. Στόχος είναι, όπως εκτίθεται στο παρόν και συναφή κεφάλαια, η ανταπόκριση στις πολλαπλές ανάγκες των ασθενών-μελών του Κ.Η.

Σε ό,τι αφορά τις ομάδες, το πρόγραμμα λειτουργίας κατά διαστήματα αναδιαρθρώνεται και εμπλουτίζεται. Γίνεται προσπάθεια να παραμένουμε εναρμονισμένοι με τις ανάγκες των μελών μας (και όχι να τις προσαρμόζουμε στις δικές μας), αποζητούμε την ανατροφοδότηση και προσέχουμε ώστε να ελέγχουμε αντικειμενικά τα αποτελέσματα του έργου μας. Αποφεύγουμε την ασφάλεια αλλά και την αλλοτριωτική επίδραση της άκαμπτης εμμονής διατηρώντας επαφή με τις επιστημονικές και ερευνητικές εξελίξεις. Διατηρούμε την ταυτότητά μας, αλλά συγχρόνως εξελισσόμαστε.

Όπως θα φανεί στη συνέχεια, συνήθως οι ομάδες υπηρετούν πολλαπλούς σκοπούς, στοχεύοντας σε σειρά πεδίων της ψυχικής ζωής και λειτουργίας, ώστε να αμβλύνονται αδυναμίες και να ενισχύονται δυνατότητες. Την παρούσα χρονική στιγμή λαμβάνουν χώρα στο Κ.Η. οι ακόλουθες ομαδικές δραστηριότητες:

- «Μεγάλη» ομάδα
- Ομαδική ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου
- Ομάδα έκφρασης και επικοινωνίας
- Ομάδα εικαστικών
- Ομαδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων
- Άλλες δραστηριότητες εκπαίδευσης σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες
- Ομάδα ψυχαγωγίας
- Ομάδα εφημερίδας
- Ομάδα πολιτιστικών-video
- Ομάδα επιτραπέζιων παιχνιδιών
- Εκμάθηση βασικών στοιχείων Η/Υ
- Χορωδία
- Ομάδα θεατρικής έκφρασης
- Οργανωμένες έξοδοι-Εορταστικές εκδηλώσεις-Εκδρομές
- **Ομάδα ψυχοεκπαίδευσης**
- **Κοινωνική Λέσχη**

Μεγάλη ομάδα

Κύριο φυσιολογικό χαρακτηριστικό της μεγάλης ομάδας είναι η συμμετοχή του συνόλου των ασθενών-μελών και του προσωπικού του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Υιοθετεί τις αρχές της ομαδικής θεραπείας υποστηρικτικού τύπου,

συντονίζεται από την ψυχολόγο, πραγματοποιείται με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα και έχει διάρκεια σαράνταπέντε λεπτών.

Προηγείται συνάντηση του προσωπικού προκειμένου να συζητηθούν και να συναποφασιστούν ανακοινώσεις που αφορούν στη λειτουργία του Κ.Η. και θα γίνουν στην ομάδα. Οι ανακοινώσεις συχνά αφορούν στην ένταξη μέλους στην ομάδα, στην επικείμενη αποχώρηση μέλους από την ομάδα, σε αλλαγές στο θεραπευτικό πρόγραμμα ή τη θεραπευτική ομάδα, σε άδειες του προσωπικού, στον προγραμματισμό εκδηλώσεων ή δραστηριοτήτων, στην καθημερινότητα του Κ.Η.

Κατά τη διάρκεια της ομάδας δίνεται η ευκαιρία συζήτησης και ανταλλαγής απόψεων και ομαδικής λήψης αποφάσεων. Γίνεται η γνωριμία με νέα μέλη και εκφράζονται συναισθήματα σχετικά με τον αποχωρισμό μελών από την ομάδα. Συχνά η συζήτηση επεκτείνεται σε συναφή ζητήματα όπως η μελλοντική αποκατάσταση μετά το Κ.Η., οι συνέπειες και απώλειες λόγω της ψυχικής ασθένειας.

Η συμμετοχή όλων επιτρέπει την ευρύτερη επεξεργασία θεμάτων που αφορούν σε σχέσεις μεταξύ των μελών αλλά και με την ομάδα του προσωπικού. Τα μέλη της ομάδας ενισχύονται να εκθέτουν τις απόψεις τους αναφορικά με τη λειτουργία του Κ.Η., να διεκδικούν δικαιώματα και να εκφράζουν συναισθήματα από την αλληλεπίδρασή τους με την ομάδα του προσωπικού.

Η μεγάλη ομάδα, λοιπόν, προσφέρει ευκαιρίες για ενίσχυση της συνοχής της ομάδας του Κ.Η., για έκφραση και διεκδίκηση αιτημάτων, για επεξεργασία και ενίσχυση διαπροσωπικών σχέσεων, για άσκηση δεξιοτήτων λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας.

Με τη λήξη της μεγάλης ομάδας πραγματοποιείται συνάντηση του προσωπικού για ανασκόπηση των ζητημάτων που ανέκυψαν και έκφραση απόψεων και συναισθημάτων.

Ομαδική ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου

Λόγω του σχετικά μεγάλου αριθμού ασθενών - μελών του Κέντρου Ημέρας, έχουν δημιουργηθεί δύο ομάδες ψυχοθεραπείας υποστηρικτικού τύπου, μεικτές ως προς τα χαρακτηριστικά των μελών τους, όπως φύλο, ηλικία, ψυχοπαθολογία, επίπεδο λειτουργικότητας. Η συχνότητα των συνεδριών είναι μία φορά την εβδομάδα και η διάρκειά τους 45 λεπτά. Με την έναρξη της συμμετοχής του στο θεραπευτικό πρόγραμμα του Κ.Η., ο κάθε ασθενής επιλέγεται για τη μία από τις δύο ομάδες ψυχοθεραπείας, από την οποία αποχωρεί με το τέλος της παρακολούθησης του δεκαοκτάμηνου προγράμματος. Σε ρόλους θεραπευτή-συνθεραπευτή εναλλάσσονται η κοινωνική λειτουργός και ο ψυχίατρος, ο οποίος εκ των πραγμάτων έχει και την ευθύνη της επίβλεψης.

Η ομάδα εστιάζει στις διαντιδράσεις και βιώματα των μελών της στο «εδώ και τώρα» της συνεδρίας, όπως και στις εμπειρίες τους εντός της «κοινότητας» του Κ.Η., γίνεται δε προσπάθεια σύνδεσης με εμπειρίες του παρόντος εκτός του Κ.Η. αλλά και του παρελθόντος. Έτσι, αναδύονται, εκφράζονται και επεξεργάζονται ανάγκες και επιθυμίες, συναισθήματα και γνώσεις, αμυντικοί μηχανισμοί και στρατηγικές αντιμετώπισης, σχήματα διαντίδρασης, συμπτώματα. Η εμφάνιση συναισθημάτων σχετικά με την απώλεια και τον αποχωρισμό, όπως και σχετικά με την εγγύτητα στη σχέση με τον άλλον, είναι εξαιρετικά συχνή. Η όποια τάση ευνοϊκής αλλαγής των εσωτερικευμένων αντικειμενότροπων σχέσεων θα μας ήταν ευπρόσδεκτη, όπως και η ανακούφιση αγχών που σχετίζονται με την ψυχωτική διεργασία. Ενισχύεται η

καταλληλότερη διαχείριση των εσωτερικών βιωμάτων και τάσεων, η χρήση ωριμότερων αμυντικών μηχανισμών, η εξεύρεση και εφαρμογή καταλληλότερων σχημάτων συμπεριφοράς και διαντίδρασης, η αυτοεκτίμηση. Τα συμπτώματα νοσηματοδοτούνται, κάτι που σε συνδυασμό με τις συνδέσεις των εμπειριών του παρόντος, του παρελθόντος, εντός και εκτός του Κ.Η., εντός και εκτός της οικογένειας, αποτελεί μέρος της προσπάθειας ενίσχυσης της αίσθησης συνέχειας του εαυτού.

Χρειάζεται, επίσης, να αναφερθούμε σε μια σειρά θεμάτων με σχετιζόμενη ή διαφορετική θέση στην ψυχική λειτουργία των ασθενών, που εμφανίζονται συχνά στην πορεία της ομάδας. Έτσι, βλέπουμε να αναδύονται συναισθήματα σχετικά με τις συνέπειες και τις οριστικές απώλειες λόγω της διαταραχής, με τις διεργασίες του πένθους να βρίσκονται σε εξέλιξη ή να παραμένουν «παγωμένες». Συχνά ανακύπτει το πρόβλημα του μετά το Κ.Η. μέλλοντος, κάτι που έχει μια ρεαλιστική βάση και μια αναγωγή στην προβληματική του αποχωρισμού. Με κάποιες ευκαιρίες, τα μέλη της ομάδας αναφέρονται στην τραυματική εμπειρία της εισβολής της ψύχωσης και της νοσηλείας. Ελλείμματα σε κοινωνικές δεξιότητες (π.χ. βλεμματική επαφή, διεξαγωγή διαλόγου) απαιτούν κατευθυντικές παρεμβάσεις από την πλευρά των θεραπειών, ενώ, καθώς διατυπώνονται ερωτήματα ή εκδηλώνονται δυσπροσαρμοστικές στάσεις σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή ή τη φύση της διαταραχής, οι θεραπευτές ενεργούν ψυχοεκπαιδευτικά.

Σε άλλοτε άλλο, λοιπόν, βαθμό και καθώς η ομάδα εξελίσσεται, τίθεται σε λειτουργία μια σειρά θεραπευτικών παραγόντων: ενστάλλαξη ελπίδας, παγκοσμιότητα (universality), μετάδοση πληροφοριών, αλτρουισμός, διορθωτική ανακεφαλαίωση της πρωτογενούς οικογενειακής ομάδας, ανάπτυξη τεχνικών κοινωνικοποίησης, συμπεριφορές μίμησης, διαπροσωπική μάθηση, συνεκτικότητα της ομάδας, κάθαρση, ακόμη και υπαρξιακοί παράγοντες (Yalom, 1975).

Ομάδα έκφρασης και επικοινωνίας

Η ομάδα έκφρασης και επικοινωνίας βασίζεται σε βιωματικές, δομημένες ασκήσεις. Είναι βιωματικές διότι τα μέλη της ομάδας συμμετέχουν μέσω ανάληψης συγκεκριμένων ρόλων ή δράσεων. Είναι δομημένες διότι εξελίσσονται σε συγκεκριμένο τόπο και χρόνο και ακολουθούν συγκεκριμένες οδηγίες. Οι ασκήσεις ενισχύουν τα μέλη ώστε να έρθουν σε επαφή με συναισθήματα, άγνωστα κομμάτια του εαυτού τους, ακόμα και το ίδιο τους το σώμα και επιταχύνουν τις αλληλεπιδράσεις εντός της ομάδας καθώς διευκολύνουν εισαγωγικές κοινωνικές συμπεριφορές.

Βασικό χαρακτηριστικό των ασκήσεων είναι ότι έχουν τη μορφή παιχνιδιού, συνεπώς οι άμυνες και οι αντιστάσεις που είναι συνδεδεμένες με την έκθεση του εαυτού εξασθενούν, όπως και η αυτοκριτική και ενισχύεται η ενημερότητα για τον εαυτό και τις σχέσεις με τους άλλους. Σε ένα ασφαλές περιβάλλον τα μέλη της ομάδας καλούνται να δοκιμάσουν νέες συμπεριφορές και τρόπους έκφρασης και επικοινωνίας. Οι ασκήσεις δίνουν την ευκαιρία ακόμη και στα πιο διστακτικά μέλη να συμμετέχουν.

Η ομάδα έκφρασης και επικοινωνίας πραγματοποιείται με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα, διαρκεί μία ώρα και συντονίζεται εναλλάξ από τη νοσηλεύτρια και την ψυχολόγο, η οποία έχει και την ευθύνη της επίβλεψης. Στην ομάδα συμμετέχουν όλα

τα μέλη του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Κάθε συνάντηση της ομάδας έχει συγκεκριμένη δομή:

- Προετοιμασία της άσκησης σε σχέση με τη διαμόρφωση του χώρου, τη μουσική, τα υλικά
- Άνοιγμα της συνάντησης με ακριβείς και ξεκάθαρα διατυπωμένες οδηγίες για την άσκηση και αποσαφήνιση αποριών
- Εκτέλεση άσκησης
- Συζήτηση και επεξεργασία θεμάτων από το βίωμα της άσκησης

Ανάλογα με τον κεντρικό στόχο που αποβλέπουν, οι ασκήσεις θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε:

- Ασκήσεις επικέντρωσης στο «εδώ και τώρα», π.χ. «επαφή με το χώρο». Τα μέλη κινούνται ελεύθερα στο χώρο, έρχονται σε επαφή με τα αντικείμενα του χώρου χρησιμοποιώντας όλες τους τις αισθήσεις, βρίσκουν τη θέση τους στο χώρο.
- Ασκήσεις μη λεκτικής επικοινωνίας, π.χ. «πόσο κοντά σε αντέχω». Τα μέλη στέκονται όρθια σε δύο σειρές, απέναντι η μία στην άλλη σε απόσταση τριών περίπου μέτρων. Η πρώτη σειρά αρχίζει να πλησιάζει τη δεύτερη, η οποία μένει ακίνητη και σταματά στην επιθυμητή για την απέναντι σειρά απόσταση. Τα μέλη παραμένουν σιωπηλά καθ' όλη τη διάρκεια της άσκησης και επικοινωνούν μόνο μέσω βλεμματικής επαφής. Στη συνέχεια ανταλλάσσουν ρόλους.
- Ασκήσεις λεκτικής επικοινωνίας, π.χ. «ενεργητική ακρόαση: αναγνωρίζω τα συναισθήματα». Τα μέλη χωρίζονται σε δυάδες. Ο ένας μιλά για κάτι που του συνέβη πρόσφατα και του έκανε εντύπωση. Ο άλλος ακούει και προσπαθεί να αναγνωρίσει τα συναισθήματα που εκφράζει λεκτικά και εξωλεκτικά. Στη συνέχεια αλλάζουν ρόλους.
- Ασκήσεις ανάπτυξης δημιουργικότητας και φαντασίας, π.χ. «μάσκα με πηλό». Τα μέλη κατασκευάζουν μάσκες και τις διακοσμούν.
- Ασκήσεις εμπιστοσύνης, π.χ. «ο τυφλός και ο μουγγός». Τα μέλη χωρίζονται σε ζευγάρια. Ο ένας κλείνει τα μάτια του με μαντίλι και έχει το ρόλο του τυφλού. Ο άλλος έχει το ρόλο του μουγγού, επομένως δεν μιλά και καθοδηγεί τον τυφλό σε έναν περίπατο. Στη συνέχεια αλλάζουν ρόλους.
- Ασκήσεις χαλάρωσης, π.χ. «σφίξιμο – χαλάρωση». Διαδοχική σύσφιξη και χαλάρωση των βασικών ομάδων μυών.
- Ασκήσεις εμβάθυνσης και επεξεργασίας προσωπικών θεμάτων, π.χ. «οι δύο όψεις του εαυτού μου». Δίνονται οδηγίες να ζωγραφίσει το κάθε μέλος ατομικά σε φύλλο χαρτί στη μια πλευρά τον εαυτό του όπως τον βλέπει ο ίδιος και στην άλλη πλευρά όπως νομίζει ότι τον βλέπουν οι άλλοι.
- Ασκήσεις δεσίματος ομάδας: «το έμβλημα της ομάδας». Σχεδιάζεται το περίβλημα ενός εμβλήματος σε κομμάτι χαρτόνι και κόβεται σαν παζλ σε τόσα τμήματα όσα τα μέλη της ομάδας. Τα μέλη ζωγραφίζουν τα κομμάτια και στη συνέχεια τα ενώνουν ξανά σε έμβλημα.

Ομάδα εικαστικών

Στην ομάδα εικαστικών η θεραπευτική αξία των αλληλεπιδράσεων εντός της ομάδας ενισχύεται μέσα από την εικαστική έκφραση. Τα μέλη εκφράζονται μέσα από

σχήματα και μορφές, χρώματα και εικόνες και ανακινούνται συναισθήματα και μνήμες συνδεδεμένες με σημαντικά βιώματά τους. Λεκτικές και εξωλεκτικές μορφές επικοινωνίας και έκφρασης εναλλάσσονται και αλληλοσυμπληρώνονται. Στο πλαίσιο της ομάδας δίνεται η δυνατότητα για δημιουργική απασχόληση των μελών, για εκπαίδευση στην ολοκλήρωση ενός συγκεκριμένου έργου και άσκηση γνωστικών και κινητικών δεξιοτήτων, για συνεργασία και ομαδικότητα.

Η ομάδα εικαστικών πραγματοποιείται με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα, διαρκεί μία ώρα και συντονίζεται από την ειδική εκπαιδευτρια και την ψυχολόγο, η οποία έχει και την ευθύνη της επίβλεψης. Στην ομάδα συμμετέχουν όλα τα μέλη του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ».

Πριν από κάθε συνάντηση της ομάδας προετοιμάζονται τα υλικά, ο χώρος και η μουσική. Στο πρώτο μέρος δίνονται ακριβείς και σαφείς οδηγίες για το θέμα της ομάδας και συχνά κατασκευάζεται ένα πρότυπο από τις συντονίστριες. Το δεύτερο μέρος αφορά στην εκτέλεση των έργων ατομικά ή ομαδικά, με καθοδήγηση και διευκρινίσεις όταν χρειάζεται. Το τρίτο μέρος της ομάδας περιλαμβάνει παρουσίαση των έργων, με συζήτηση και επεξεργασία των ζητημάτων που προκύπτουν.

Κάποια παραδείγματα θεμάτων της ομάδας εικαστικών είναι:

- Ατομική ζωγραφική ελεύθερου θέματος. Τα μέλη προβάλλουν στις ζωγραφιές ανάγκες, επιθυμίες, σκέψεις και συναισθήματα, τα οποία στη συνέχεια γίνονται αντικείμενο συζήτησης και επεξεργασίας από την ομάδα.
- Το «κουτί – εαυτός». Τα μέλη αναπαριστούν τον εαυτό τους διακοσμώντας κουτιά από χαρτόνι. Καθώς εξαρτάται από τους ίδιους αν θα κλείσουν το κουτί ή αν θα το ανοίξουν κατά τη διάρκεια της συζήτησης, έχουν την ευκαιρία να αναπαριστούν και κατά πόσο κρύβουν ή συγκαλύπτουν τα συναισθήματά τους. Η ενασχόληση με το θέμα αυτό τους ενθαρρύνει να εστιάσουν στο πώς αισθάνονται τον εαυτό τους σε σχέση με τον εξωτερικό κόσμο.
- Τα «συμβολικά πορτρέτα». Ζητείται από τα μέλη να κατασκευάσουν συμβολικά πορτρέτα από την ομάδα ή κάποια μέλη της. Από το πώς αναπαρίσταται ο αρχηγός, ποιο μέλος δεν αναπαρίσταται καθόλου, ποιος είναι ο αποδιοπομπαίος τράγος, ποιος ταυτίζεται με το συντονιστή της ομάδας απορρέουν σημαντικές πληροφορίες για τις διαντιδράσεις των μελών.

Παραδείγματα υλικών που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή ατομικών ή ομαδικών έργων είναι:

- Ξυλομπογιές (χοντρές και ψιλές), μαρκαδόροι (χοντροί και λεπτοί), ακρυλική τέμπερα, κηρομπογιές.
- Βιτρό: το θέμα σχεδιάζεται και χρωματίζεται πάνω σε γυαλί ή ειδικό πλαστικό υλικό με ειδικές ακρυλικές τέμπερες.
- Πηλός: πρόκειται για ένα εύπλαστο υλικό με το οποίο κατασκευάζονται τα έργα, που στη συνέχεια χρωματίζονται.
- Κολάζ: σύνθεση διαφορετικών χρωμάτων και σχημάτων σε ένα νέο σύνολο. Τα υλικά που χρησιμοποιούνται είναι περιοδικά, εφημερίδες, κόλλα, χαρτόνι.
- Μωσαϊκό: τα μέλη κολλούν μικρές ψηφίδες διαφόρων χρωμάτων σε πλαστική επιφάνεια για να αποτυπώσουν σχήματα και μορφές.

Ομαδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων

Το ομαδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων προέκυψε ως απάντηση στην ανάγκη για μια πιο δομημένη μορφή εκπαίδευσης των ασθενών – μελών του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» σε στοιχειώδεις και σύνθετες κοινωνικές δεξιότητες. Στο τέλος του 2006, σχεδιάστηκε από την ψυχολόγο και την κοινωνική λειτουργό (σε συνεργασία με εξωτερικό επιβλέποντα) ένα ειδικό, κατευθυντικό και δομημένο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες, με ακριβή καθορισμό της δομής του, προσεκτική επιλογή των συμμετεχόντων και καταγραφή των κοινωνικών τους ελλειμμάτων.

Το πρόγραμμα ολοκληρώνεται σε 16 με 18 εβδομαδιαίες συναντήσεις διάρκειας 1.5 ώρας και βασίζεται σε γνωστικές και συμπεριφορικές τεχνικές εκπαίδευσης, όπως ασκήσεις προθέρμανσης, modeling, παιχνίδια ρόλων, θετική ενίσχυση. Για την ομάδα επιλέγονται 8 με 10 μέλη του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ». Οι κοινωνικές δεξιότητες προς εκπαίδευση είναι μη λεκτικές, όπως βλεμματική επαφή και έκφραση προσώπου, λεκτικές, όπως έναρξη, διατήρηση και κλείσιμο συζήτησης και δεξιότητες αυτοφροντίδας. Για μια λεπτομερή περιγραφή παραπέμπουμε στο Παράρτημα Β.

Μέχρι στιγμής έχουν ολοκληρωθεί δύο κύκλοι, ο πρώτος από τον Μάρτιο έως τον Ιούλιο του 2007 με εξωτερική επίβλεψη και ο δεύτερος από τον Οκτώβριο του 2007 έως τον Μάρτιο του 2008. Την ομάδα συντονίζουν η κοινωνική λειτουργός και η ψυχολόγος, η οποία έχει πια και την ευθύνη της επίβλεψης.

Άλλες δραστηριότητες εκπαίδευσης σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες

- **Εκπαίδευση σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες - Αγορά**

Πρόκειται για ένα ατομικό πρόγραμμα εκπαίδευσης σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες που συνθέτουν την κατάλληλη συμπεριφορά κατά την αγορά τροφίμων. Σχεδιάστηκε από την ψυχολόγο ως απάντηση σε ελλείμματα ασθενών-μελών του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και επικοινωνίας και βασίζεται σε συμπεριφορικές τεχνικές εκπαίδευσης.

Μία φορά την εβδομάδα, εναλλάξ η ειδική εκπαιδευτρια και η ψυχολόγος βγαίνουν με έναν ασθενή-μέλος του Κ.Η για ψώνια στο φούρνο, στο super-market, στο μπακάλικο, στο μανάβικο της γειτονιάς. Δίνεται έτσι η δυνατότητα εξάσκησης των ασθενών-μελών σε κοινωνικές δεξιότητες αλλά και εξοικείωσης της τοπικής κοινωνίας με τους ψυχικά ασθενείς και διάγνωσης των στερεοτύπων που συχνά τους συνοδεύουν. Στο πλαίσιο του προγράμματος αγοράζονται τα απαραίτητα υλικά για την παρασκευή του φαγητού από την ομάδα μαγειρικής της επόμενης ημέρας. Πραγματοποιείται επομένως μια ολοκληρωμένη δραστηριότητα, από τον υπολογισμό των υλικών μέχρι το μεσημεριανό γεύμα.

Το πρόγραμμα αποτελείται από συγκεκριμένα στάδια που εκτελούνται από τον ασθενή-μέλος με καθοδήγηση και διευκρινίσεις όταν χρειάζεται. Στις πρώτες συνεδρίες εξηγείται η λογική και χρησιμότητα των δεξιοτήτων προς εκπαίδευση. Αφού διαφανούν οι δυνατότητες και τα ελλείμματα του κάθε μέλους, οι συντονίστριες σχεδιάζουν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα και καταγράφουν την πορεία του.

Ακολουθεί ένα παράδειγμα από την αγορά τροφίμων σε super-market:

- 1^ο Στάδιο: Προγραμματισμός πριν τα ψώνια

Λογική: Πριν βγεις για ψώνια είναι πολύ σημαντικό να ξέρεις τι θα μαγειρέψεις, ποια είναι τα υλικά που χρειάζεσαι και σε τι ποσότητες, και πόσα περίπου χρήματα θα

πάρεις μαζί σου. Με τον τρόπο αυτό εξοικονομείς χρόνο, γιατί αλλιώς είναι πολύ εύκολο να ξεχάσεις κάτι οπότε θα χρειαστεί να βγεις ξανά για ψώνια, αλλά και χρήμα, καθώς αγοράζεις ακριβώς όσα χρειάζεσαι. Εξίσου σημαντικό είναι να έχεις αποφασίσει σε ποιο κατάστημα θα πας και με ποιο τρόπο.

Βήματα:

1. Κατάγραψε τα υλικά που θα χρειαστείς για την παρασκευή του συγκεκριμένου γεύματος
2. Δες ποια υλικά έχεις ήδη και ποια σου χρειάζονται και διάγραψε από τη λίστα όσα δεν θα χρειαστεί να ψωνίσεις
3. Υπολόγισε την ποσότητα των υλικών που θα χρειαστείς, για παράδειγμα «αν για μια μερίδα χρειάζομαι μια πατάτα, για 4 μερίδες πόσες θα χρειαστώ;». Στη συνέχεια, δίπλα από κάθε υλικό, γράψε την ποσότητα που χρειάζεσαι
4. Υπολόγισε περίπου πόσο θα κοστίσει το κάθε υλικό και κατάγραφέ το. Στη συνέχεια κάνε την πρόσθεση και φρόντισε να έχεις μαζί σου λίγα περισσότερα χρήματα από αυτά που σου χρειάζονται
5. Σκέψου σε ποιο κατάστημα θα πας, συχνά μπορεί να χρειαστεί να πας σε δύο ή τρία διαφορετικά μαγαζιά, π.χ. στο φούρνο, στο super market
6. Φρόντισε να είσαι σίγουρος για τη διαδρομή και για το πώς θα μεταφέρεις τα ψώνια, μπορεί να χρειαστεί να πάρεις καρότσι
7. Πριν φύγεις έλεγξε ότι έχεις πάρει μαζί σου τη λίστα και τα χρήματα

- 2^ο Στάδιο: Επιλογή τροφίμων σε supermarket

Λογική: Στο supermarket πρέπει να βρεις μόνος σου πού βρίσκεται το κάθε προϊόν και να πάρεις την σωστή ποσότητα. Γι' αυτό είναι χρήσιμο να ακολουθείς τα παρακάτω βήματα:

Βήματα:

1. Υπολόγισε πόσα θα ψωνίσεις και πάρε καλάθι ή καρότσι
2. Δες τη λίστα και ταξινόμησε στο μυαλό σου τα προϊόντα σε λαχανικά, όσπρια κ.τ.λ.
3. Ψάξε να βρεις το πρώτο τμήμα, για παράδειγμα των λαχανικών
4. Ξεκίνα από το πρώτο προϊόν, δες την τιμή, φρόντισε να επιλέξεις φρέσκα προϊόντα ή να κοιτάς την ημερομηνία λήξης αν υπάρχει
5. Πάρε την ποσότητα που έχεις καταγράψει
6. Ακολούθησε την ίδια διαδικασία για όλα τα υλικά της λίστας
 - Σε μερικά τμήματα χρειάζεται να ζητήσεις να σου ζυγίσουν τα τρόφιμα. Στην περίπτωση αυτή καλό είναι να ακολουθήσεις κάποια βήματα στην επικοινωνία σου με τον υπάλληλο

Βήματα:

1. Περίμενε τη σειρά σου
2. Κοίταξε τον υπάλληλο
3. Δίνε μία-μία τις σακούλες για ζύγισμα, ρίχννε μια ματιά στις τιμές και τοποθέτησέ τις στο καλάθι ή καρότσι
4. Ευχαρίστησε τον υπάλληλο

- 3^ο Στάδιο: Πληρωμή τροφίμων στο ταμείο

1. Περίμενε τη σειρά σου
2. Κοίταξε τον υπάλληλο
3. Πέρασε ένα-ένα τα τρόφιμα ή άφησε απλά το καλάθι στο ταμείο
4. Άκουσε την τιμή προσεκτικά ή κοίταξε την στη μηχανή. Αν δεν είσαι σίγουρος, ζήτησέ του ευγενικά να επαναλάβει

5. Δώσε τα χρήματα στον υπάλληλο διατηρώντας βλεμματική επαφή
6. Πάρε τα ρέστα και την απόδειξη, έλεγξε αν τα ρέστα είναι σωστά και ευχαρίστησε τον υπάλληλο
7. Βάλε τα τρόφιμα σε σακούλες και σιγουρέψου ότι τα πήρες όλα
 - Αν πάρεις τιμολόγιο απλά έλεγξέ το και φρόντισε να το πάρεις μαζί σου

- 4^ο Στάδιο: Τακτοποίηση τροφίμων
 1. Ρίξε μια ματιά στην απόδειξη
 2. Τοποθέτησε τα προϊόντα στη θέση τους

- **Ομάδα Μαγειρικής**

Η ομάδα μαγειρικής πραγματοποιείται με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα, διαρκεί 45 λεπτά, συντονίζεται από τη νοσηλεύτρια και τη φροντίστρια χώρου και επιβλέπεται από την ψυχολόγο. Δύο ασθενείς-μέλη του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» κάθε φορά επιλέγονται για να παρασκευάσουν, με την καθοδήγηση των συντονιστριών, το μεσημεριανό γεύμα της ημέρας. Δίνεται έτσι καταρχήν μια μοναδική ευκαιρία παρατήρησης των ατομικών δυνατοτήτων και ελλειμμάτων αυτοεξυπηρέτησής τους. Σε ένα ευχάριστο κλίμα, τα μέλη απασχολούνται δημιουργικά, εκπαιδεύονται στην ολοκλήρωση ενός απλού γεύματος, εξασκούνται σε γνωστικές και κινητικές δεξιότητες και ενισχύονται να λειτουργούν συνεργατικά. Από τη συμμετοχή τους στην ομάδα μαγειρικής αποκομίζουν συναισθήματα ικανοποίησης και υπερηφάνειας που τονώνουν την αυτοεκτίμησή τους και είναι εμφανή κατά το μεσημεριανό γεύμα της ημέρας, όπου είθισται να επιβραβεύονται λεκτικά από την υπόλοιπη ομάδα του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».

- **Εκπαίδευση στην πρωινή και μεσημεριανή τακτοποίηση**

Οι ασθενείς-μέλη του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», κατά την παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος, εκπαιδεύονται σε δεξιότητες υγιεινής και αυτοεξυπηρέτησης, μέσα από τη συμμετοχή τους στην πρωινή και μεσημεριανή τακτοποίηση. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης στην πρωινή και μεσημεριανή τακτοποίηση συντονίζεται εναλλάξ από την ειδική εκπαιδευτρια και τη νοσηλεύτρια και εφαρμόζεται σε συνεργασία με τη φροντίστρια χώρου. Στο τέλος της εβδομάδας, η συντονίστρια του προγράμματος συμπληρώνει το καθηκοντολόγιο της επόμενης εβδομάδας, σύμφωνα με το οποίο καθημερινά εκπαιδεύεται ένα μέλος του Κ.Η. στην πρωινή τακτοποίηση και δύο στη μεσημεριανή τακτοποίηση. Η συχνότητα της συμμετοχής του κάθε μέλους εξαρτάται από τις δυνατότητες και τα ελλείμματά του στις δεξιότητες προς εκπαίδευση.

Καθημερινά, τα μέλη είναι υπεύθυνα να μεταφέρουν στην κουζίνα τα χρησιμοποιημένα ποτήρια. Το αρμόδιο μέλος του πρωινού καθηκοντολόγιου πλένει και τοποθετεί στο πλυντήριο πιάτων τα ποτήρια και καθαρίζει τους πάγκους της κουζίνας. Οι αρμοδιότητές του τελειώνουν με την έναρξη της μεσημεριανής τακτοποίησης.

Στην μεσημεριανή τακτοποίηση συνεργάζονται κάθε φορά δύο μέλη υπό την καθοδήγηση των συντονιστριών. Οι αρμοδιότητες του πρώτου μέλους είναι: παρασκευή και σερβίρισμα σαλάτας, ξέστρωμα και μάζεμα σερβίσιων, πέταμα σκουπιδιών, καθάρισμα τραπεζιών και τακτοποίηση τραπεζαρίας. Οι αρμοδιότητες του δεύτερου μέλους είναι: στρώσιμο τραπεζαρίας (τραπεζομάντιλα, μαχαιροπήρουνα, νερό, ψωμί και τέλος σερβίρισμα φαγητού), πλύσιμο και τοποθέτηση πιάτων στο πλυντήριο και καθάρισμα πάγκων.

Όλα τα μέλη συμμετέχουν στο μεσημεριανό γεύμα, σε ένα ευχάριστο και χαλαρό κλίμα παρέας, όπου δίνεται η δυνατότητα εκπαίδευσης σε ατομικές δεξιότητες και δεξιότητες επικοινωνίας.

Με τη λήξη του ημερήσιου προγράμματος, το κάθε μέλος τοποθετεί το ποτήρι του στο πλυντήριο, συλλέγει τα σκουπίδια του στο καλάθι απορριμμάτων και φροντίζει να τοποθετεί την καρέκλα του στη θέση της.

Οι καθημερινές αρμοδιότητες των μελών στο χώρο του Κέντρου Ημέρας και η τακτή συμμετοχή τους στο πρόγραμμα της πρωινής και της μεσημεριανής τακτοποίησης συμβάλλουν στην αίσθηση της υπευθυνότητας και της ανεξαρτησίας και ενισχύουν συναισθήματα ικανοποίησης και υπερηφάνειας.

Ομάδα ψυχαγωγίας

Η ομάδα ψυχαγωγίας είναι η πιο πρόσφατη ομάδα στο πρόγραμμα λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Προέκυψε από τη συνεργασία και τις ιδέες μελών του προσωπικού του Κ.Η., αρχικά ως απάντηση στην ανάγκη δημιουργικής απασχόλησης μελών του Κ.Η. που δεν είχαν επιλεγεί να συμμετέχουν στην ομάδα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων. Γρήγορα εξελίχθηκε, διαμόρφωσε τη φυσιογνωμία της, κέρδισε την αποδοχή των μελών και η ονομασία της αφορά πια μόνο σε ένα από τα στοιχεία της.

Η ομάδα ψυχαγωγίας πραγματοποιείται με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα, διαρκεί μία ώρα, συντονίζεται διαδοχικά από τη νοσηλεύτρια, την ειδική εκπαιδευτρια ή τη φροντίστρια χώρου και επιβλέπεται από τον ψυχίατρο. Τα μέλη προτρέπονται να στρέψουν το ενδιαφέρον τους σε σημαντικούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και δημιουργίας. Κινητοποιούνται να αναζητήσουν πληροφορίες από διάφορες πηγές όπως εγκυκλοπαίδειες, βιβλία, διαδίκτυο, οικογένεια, φίλοι ή να ανακαλέσουν γνώσεις και προσωπικές εμπειρίες. Καλούνται να εκθέσουν και να μοιραστούν απόψεις, δεδομένα, προτιμήσεις, επιθυμίες, βιώματα που συνδέονται με την προσωπική και οικογενειακή τους ιστορία. Κάθε θεματολογικός κύκλος ολοκληρώνεται με κάποια συναφή ομαδική δραστηριότητα στην πόλη.

Για παράδειγμα, ένα από τα θέματα της ομάδας ψυχαγωγίας ήταν η μουσική. Τα μέλη κλήθηκαν να συλλέξουν πληροφορίες σχετικά με την ιστορία και τα είδη της μουσικής. Κατά τις εβδομάδες που ακολούθησαν η ομάδα συζήτησε για τη μουσική και τη σημασία της για τους ανθρώπους, για τη θέση της στη ζωή του κάθε μέλους, αλλά και για αγαπημένα τραγούδια και τραγούδια που έχουν συνδέσει με σημαντικές στιγμές της ζωής τους. Ο θεματολογικός κύκλος ολοκληρώθηκε με επίσκεψη σε δισκοπωλείο, αναζήτηση και συμφωνία για αγορά κάποιων δίσκων μουσικής για το Κ.Η.

Η ομάδα ψυχαγωγίας, λοιπόν, προσφέρει ευκαιρίες για εμπλουτισμό του αποθέματος γνώσεων των μελών της, για αυτοέκφραση και ενίσχυση των

διαπροσωπικών σχέσεων, για άσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων, για επαφή με νέα ή παραμελημένα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, με την προσωπική ή οικογενειακή ιστορία. Οι μέχρι στιγμής θεματικοί κύκλοι είναι οι ακόλουθοι: 1.Μουσική 2.Ταξίδια 3.Φωτογραφία 4.Βιβλία 5.Μόδα 6.Λαογραφία 7.Κινηματογράφος, Θέατρο, Τηλεόραση 8.Λουλούδια, Φυτολόγιο.

Ομάδα εφημερίδας

Η ομάδα εφημερίδας πραγματοποιείται με συχνότητα τέσσερις φορές την εβδομάδα και είναι η αρχική εισαγωγική ομάδα στο ημερήσιο θεραπευτικό πρόγραμμα του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Έχει διάρκεια μισής ώρας και συντονίζεται εναλλακτικά από τη νοσηλεύτρια, την ειδική εκπαιδευτρια, την ψυχολόγο και την κοινωνική λειτουργό.

Ο συντονιστής της ομάδας εφημερίδας έχει επιλέξει ένα άρθρο με επίκαιρη πολιτική, κοινωνική, επιστημονική, οικολογική ή εικαστική θεματολογία. Ένας ή δύο ασθενείς-μέλη διαβάζουν το άρθρο στην υπόλοιπη ομάδα και κατόπιν ένα άλλο μέλος καλείται να κάνει μια σύντομη περίληψη. Αφού διευκρινιστούν τυχόν απορίες, η συζήτηση ξεκινά με σχολιασμό του άρθρου και επεκτείνεται. Τα μέλη ενισχύονται να εκφράζουν και να μοιράζονται με την υπόλοιπη ομάδα γνώσεις και πληροφορίες, προσωπικές απόψεις, κρίσεις και προτιμήσεις, βιώματα και συναισθήματα.

Με την ομάδα εφημερίδας επιδιώκεται η εξάσκηση γνωστικών λειτουργιών όπως η συγκέντρωση και η προσοχή, η μνήμη, η αφαιρετική και η κριτική ικανότητα· ο εμπλουτισμός του αποθέματος γνώσεων· η ενίσχυση δεξιοτήτων λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας· η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε θέματα της επικαιρότητας· η καλύτερη επαφή με την κοινωνική πραγματικότητα. Προσφέρονται επίσης ευκαιρίες και εμπειρίες ταύτισης και σύνδεσης, αντίθεσης και διαφοροποίησης, στο πλαίσιο της γενικότερης διαλεκτικής εγγύτητας-απόστασης, εαυτού-άλλου.

Ομάδα πολιτιστικών – video

Κεντρική δραστηριότητα στην ομάδα πολιτιστικών – video είναι η προβολή ταινιών ή ντοκιμαντέρ. Επιλέγονται κατά κύριο λόγο ταινίες που διαπραγματεύονται κοινωνικά και ιστορικά θέματα και ντοκιμαντέρ οικολογικού και επιστημονικού περιεχομένου. Η προβολή διαρκεί δύο περίπου ώρες με ενδιάμεσο δεκάλεπτο διάλειμμα. Ακολουθεί σαρανταπεντάλεπτη συζήτηση με ανταλλαγή απόψεων γύρω από την πλοκή της ταινίας και τις στάσεις και συμπεριφορές των πρωταγωνιστών. Τα ντοκιμαντέρ δίνουν τροφή για ενημέρωση και ανταλλαγή γνώσεων και απόψεων. Η συζήτηση επεκτείνεται σε ιστορικά και πολιτιστικά θέματα και αναδύονται γενικότεροι προβληματισμοί.

Τα μέλη της ομάδας ενισχύονται να εκφράσουν και να επεξεργαστούν μέσα από τους συνειρμούς τους συναισθήματα, σκέψεις και τοποθετήσεις, προσωπικές μνήμες και βιώματα που αναδύθηκαν από την προβολή. Δίνεται η δυνατότητα εξάσκησης γνωστικών λειτουργιών όπως η συγκέντρωση, η αντίληψη, η προσοχή και η μνήμη και ανάπτυξης της φαντασίας. Η επίτευξη του στόχου αυτού διευκολύνεται από το ψυχαγωγικό περιεχόμενο της ομάδας, που την καθιστά ιδιαίτερα ελκυστική

στα μέλη της. Ταυτόχρονα επιδιώκεται η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μελών γύρω από την επικαιρότητα και κατ' επέκταση η επαφή τους με την κοινωνική πραγματικότητα. Βασικό πλεονέκτημα της ομάδας είναι επίσης ότι αυξάνει την συνεκτικότητα των μελών του Κ.Η., καθώς ενθαρρύνεται μέσω της συζήτησης το μοίρασμα προσωπικών βιωμάτων, απόψεων και προτιμήσεων.

Η ομάδα πραγματοποιείται μία φορά το δεκαπενθήμερο, συντονίζεται από την κοινωνική λειτουργό και την ψυχολόγο και απευθύνεται σε όλα τα μέλη του Κ.Η. Οι δραστηριότητες της ομάδας σχεδιάζεται να διευρυνθούν στο μέλλον με επισκέψεις στην πόλη, σε μουσεία ή εκθεσιακούς χώρους, που θα ολοκληρώνουν τη θεματολογία της ταινίας ή του ντοκιμαντέρ που προβλήθηκε.

Ομάδα επιτραπέζιων παιχνιδιών

Πρόκειται για μια από τις πιο δημοφιλείς ομάδες του προγράμματος του Κ.Η. λόγω του ψυχαγωγικού της περιεχομένου. Μέσω της ενασχόλησης με επιτραπέζια παιχνίδια επιδιώκεται η παρέμβαση στα αρνητικά συμπτώματα των ψυχωτικών διαταραχών που αφορούν στη μείωση ή απώλεια φυσιολογικών λειτουργιών και στις διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών. Οι επιμέρους στόχοι της ομάδας είναι η βελτίωση της ψυχοκινητικότητας των μελών, η εξάσκηση γνωστικών λειτουργιών όπως η συγκέντρωση, η μνήμη και η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η εκπαίδευση στην τήρηση κανόνων και ορίων, η ενίσχυση δεξιοτήτων λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, η ψυχαγωγία και εκτόνωση.

Η ομάδα επιτραπέζιων παιχνιδιών πραγματοποιείται μία φορά την εβδομάδα και διαρκεί μια ώρα. Συντονίζεται εναλλάξ από την ειδική εκπαιδευτριά και τη νοσηλεύτρια, η οποία έχει και την ευθύνη της ομάδας.

Κάποια από τα επιτραπέζια παιχνίδια είναι:

- Ζωγραφομαχίες: τα μέλη χωρίζονται σε δύο ομάδες. Κάθε μέλος της ομάδας προσπαθεί να αποδώσει την έννοια που του ζητείται επιλέγοντας έναν από τους τρεις ακόλουθους τρόπους, παντομίμα, προφορική περιγραφή ή σκίτσο.
- TABOO: τα μέλη χωρίζονται σε δυο ομάδες. Κάθε μέλος της ομάδας προσπαθεί να περιγράψει στους συμπαίκτες του την έννοια που του ζητείται, έχοντας τον περιορισμό κάποιων παράγωγων λέξεων.
- Όνομα, Ζώο, Φυτό: δίνεται ένα γράμμα της αλφαβήτου και τα μέλη καλούνται ατομικά να γράψουν μια λέξη που να ξεκινά με το γράμμα αυτό κάτω από την κάθε κατηγορία (όνομα, ζώο φυτό).
- Βρες την παροιμία: η δραστηριότητα είναι ατομική. Γίνεται η περιγραφή μιας έννοιας και τα μέλη καλούνται να βρουν την παροιμία.
- Ελληνικός Κινηματογράφος: Δίνονται στοιχεία μιας ταινίας ή κάποιων ρόλων και ζητείται ο τίτλος της ταινίας ή τα ονόματα των ηθοποιών.

Εκμάθηση βασικών στοιχείων Η/Υ

Το πρόγραμμα εκμάθησης βασικών στοιχείων Η/Υ απευθύνεται σε όσους ασθενείς – μέλη επιθυμούν να διδαχθούν βασικές λειτουργίες και εφαρμογές των Η/Υ. Η εκπαίδευση γίνεται σε ομάδες δύο ατόμων, περιλαμβάνει οκτώ εβδομαδιαία μισάωρα μαθήματα και συντονίζεται από την κοινωνική λειτουργό.

Χορωδία

Η χορωδία γίνεται μία φορά κάθε δεκαπέντε ημέρες και έχει διάρκεια μισή ώρα. Συντονίζεται από την κοινωνική λειτουργό και την ψυχολόγο και απευθύνεται σε όλους τους ασθενείς-μέλη του Κ.Η.«ΕΣΤΙΑ» ανεξάρτητα από τις φωνητικές τους ικανότητες. Σε ένα ευχάριστο και χαλαρό κλίμα παρέας, οι συμμετέχοντες συνεργάζονται σε τραγούδια του έντεχνου και λαϊκού ρεπερτορίου ή τραγούδια που έχουν σχέση με μεγάλες εορτές και επετείους. Η χορωδία συχνά παρουσιάζει ένα μικρό αριθμό τραγουδιών σε εορταστικές εκδηλώσεις του Κέντρου Ημέρας, στις οποίες παρίστανται και οικογένειες των μελών, φίλοι και εθελοντές.

Ομάδα θεατρικής έκφρασης

Η ομάδα θεατρικής έκφρασης (ο.θ.ε.) πραγματοποιείται μια φορά την εβδομάδα, διαρκεί δύο ώρες και συμμετέχουν όλα τα μέλη του Κέντρου Ημέρας.

Την ευθύνη της έχει εξωτερική συνεργάτης του Κ.Η., σκηνοθέτης-θεατρική παιδαγωγός, και από το προσωπικό συμμετέχουν η νοσηλεύτρια, η ειδική εκπαιδευτρια και η φροντίστρια. Στις πρώτες συναντήσεις της ομάδας οργανώνονται θεατρικά παιχνίδια με στόχο την καλύτερη σωματική έκφραση και επικοινωνία των μελών, την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης και της ικανότητας έκφρασης συναισθημάτων. Σταδιακά τα μέλη της ομάδας καθοδηγούνται να «υποδύονται» ρόλους, να ανιχνεύουν σχέσεις και καταστάσεις. Δημιουργείται κλίμα ουσιαστικότερης επαφής και αισιοδοξίας, καθώς η ομάδα εστιάζεται συνήθως στα θετικά συναισθήματα.

Η ο.θ.ε. οργανώνεται περιοδικά στο Κ.Η., ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους και με το υπόλοιπο πρόγραμμα του Κέντρου. Συνήθως διαρκεί 3-6 μήνες τη χειμερινή περίοδο.

Οργανωμένες έξοδοι – Εορταστικές εκδηλώσεις – Εκδρομές

Η ικανότητα ψυχαγωγίας αποτελεί σημαντικό συστατικό της ισορροπημένης και υγιούς ψυχικής ζωής και λειτουργίας. Δραστηριότητες όπως οργανωμένες έξοδοι, εορταστικές εκδηλώσεις, εκδρομές προσφέρουν ευκαιρίες για ενίσχυση και εμπλουτισμό των δεσμών μεταξύ των μελών του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Δίνουν δυνατότητες για άσκηση υπαρχουσών, νεοαποκτημένων ή επαναποκτημένων ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων σε ποικίλα περιβάλλοντα και καταστάσεις, για αύξηση του αποθέματος γνώσεων και επαφή με τον πολιτισμό. Συντελούν στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας και καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου.

Οργανωμένες έξοδοι πραγματοποιούνται ανά δεκαπενθήμερο με συμμετοχή των μελών και του προσωπικού του Κ.Η. και περιλαμβάνουν επισκέψεις σε χώρους τέχνης και πολιτισμού, σε εκθέσεις ή περιηγήσεις στην πόλη, καφέ και φαγητό. Έχουν οργανωθεί, επίσης, βραδινές έξοδοι σε χορούς, θέατρα και κινηματογράφους.

Πέραν του εορτασμού των γενεθλίων των μελών του Κ.Η., οργανώνονται εορταστικές εκδηλώσεις (συνήθως στο πλαίσιο της Κοινωνικής Λέσχης) με την ευκαιρία των θεσμοθετημένων εορτών ή σε άλλες περιστάσεις (για παράδειγμα, αποχαιρετισμός των εθελοντών του Ερυθρού Σταυρού για το καλοκαίρι). Συμμετέχουν όχι μόνο τα μέλη και το προσωπικό του Κ.Η., αλλά και οικογένειες, φίλοι, εθελοντές, ενώ σημαίνουσα αξία έχει η συμμετοχή ή συνεργασία με φορείς και θεσμικούς παράγοντες της κοινότητας (Εκκλησία, τοπικοί σύλλογοι και ενώσεις, χορωδίες κτλ).

Τέλος, το Κ.Η. οργανώνει πια τουλάχιστον τρεις ανά έτος μονοήμερες ή ολιγόήμερες εκδρομές για τα μέλη του σε διάφορες τοποθεσίες της Βόρειας Ελλάδας.

ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Ένα από τα αποτελέσματα της συνεργασίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» με το Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.) Θεσσαλονίκης ήταν η φιλοξενία στο χώρο του Κ.Η. ομάδας ψυχοεκπαίδευσης συγγενών ασθενών με σχιζοφρένεια, οργανωμένης από τον Σ.Ο.Ψ.Υ. Τις συνεδρίες παρακολούθησαν ως παρατηρητές μέλη της θεραπευτικής ομάδας του Κ.Η.

Η εφαρμογή ενός ανάλογου προγράμματος ψυχοεκπαίδευσης συγγενών των ασθενών-μελών του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» προϋποθέτει και ξεκινά με μια σειρά ενεργειών από τη θεραπευτική ομάδα. Στη συνάντηση προσωπικού και μελών του Κ.Η. («Μεγάλη ομάδα») ανακοινώνεται η προοπτική εφαρμογής και η φύση του προγράμματος ψυχοεκπαίδευσης συγγενών και διερευνώνται οι αντιδράσεις των μελών. Τα πρόσωπα αναφοράς αναλαμβάνουν τη συζήτηση με τα συγκεκριμένα μέλη των οποίων οι συγγενείς (συνήθως γονείς) προτείνεται να συμμετέχουν στο πρόγραμμα, καθώς και την ενημέρωση των θεραπόντων ψυχιάτρων. Η κοινωνική λειτουργός επικοινωνεί τηλεφωνικά και καλεί τους συγγενείς σε μια κοινή, προπαρασκευαστική συνάντηση, στόχος της οποίας είναι να πληροφορηθούν οι συγγενείς για το προτεινόμενο πρόγραμμα και να ενισχυθεί η κινητοποίησή τους προς συμμετοχή.

Η ψυχοεκπαίδευση συγγενών ασθενών-μελών του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» βασίζεται στο βιβλίο εργασίας «Πρόγραμμα ALLIANCE - Εκπαιδευτικό υλικό για ασθενείς με σχιζοφρένεια, τους συγγενείς τους και επαγγελματίες ψυχικής υγείας - Οδηγός για επαγγελματίες ψυχικής υγείας» με τροποποιήσεις και προσαρμογές που κρίθηκαν σκόπιμες. Περιλαμβάνει εννέα εβδομαδιαίες συνεδρίες, διάρκειας μιάμισης ώρας η καθεμία. Οι συνεδρίες, ανάλογα με το περιεχόμενό τους, συντονίζονται από τον ψυχίατρο, την ψυχολόγο ή την κοινωνική λειτουργό, αλλά ανεξάρτητα από το συντονιστή, τα τρία μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι σταθερά παρόντα. Κάθε κύκλος ψυχοεκπαίδευσης ξεκινά με έξι έως οκτώ οικογένειες ή μέλη οικογενειών ασθενών αποκλειστικά με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Η θεματολογία των εννέα συνεδριών είναι η ακόλουθη:

1. Εισαγωγή (γνωριμία, πλαίσιο, προσδοκίες)
2. Τι είναι ψύχωση (συμπτώματα, πορεία, πρόγνωση)
3. Αιτιολογία της ψύχωσης (μοντέλο ευαλωτότητας – στρες)
4. Θεραπευτική αντιμετώπιση – φάρμακα
5. Θεραπευτική αντιμετώπιση – ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις
6. Ο ρόλος της οικογένειας – Υποστηρικτικές ομάδες
7. Τρόπος ζωής – συμβουλές για την προαγωγή της ψυχικής υγείας

8. Πρόληψη υποτροπών – σχέδιο αντιμετώπισης για επείγουσες καταστάσεις
9. Απολογισμός – συζήτηση εφ' όλης της ύλης

Στόχος είναι η πληροφόρηση και η κατανόηση από τους συγγενείς της φύσης της διαταραχής, των θεραπευτικών δυνατοτήτων και της δικής τους συμμετοχής στη θεραπευτική προσπάθεια. Έτσι, μπορούν να έρθουν σε καλύτερη επαφή με το βίωμα του ανθρώπου τους, ενώ δίνονται δυνατότητες άρσης παγιωμένων και δυσλειτουργικών πεποιθήσεων (για παράδειγμα, ότι ο ασθενής είναι τεμπέλης, ότι δεν μπορεί να έχει ποτέ ορθή κρίση και να λάβει ορθές αποφάσεις ή ότι η στάση τους κατά την ανατροφή του παιδιού ευθύνεται για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας). Ενσταλάσσεται ελπίδα και ενισχύεται η αίσθηση ελέγχου, καθώς πληροφορούνται για την επιστημονική εξέλιξη και προσπάθεια, το εύρος των θεραπευτικών παρεμβάσεων και δυνατοτήτων σε συνδυασμό με τη θεμελιώδη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής και της συνεργασίας στη λήψη της για τη θεραπεία και την πρόληψη των υποτροπών, την ενεργητική συμμετοχή που μπορούν να έχουν με κατάλληλες στάσεις και συμπεριφορές στην ευνοϊκότερη πορεία της διαταραχής. Δυσφορικά συναισθήματα (για παράδειγμα άγχος, θλίψη, θυμός, ενοχές, ανημπόρια) αναδύονται και ανακουφίζονται ή εντοπίζονται παθολογίες (σε ενδοψυχικό επίπεδο, σε διαπροσωπικό επίπεδο) που χρειάζονται αντιμετώπιση. Η σχέση και η συνεργασία των οικογενειών με το Κ.Η. ενισχύονται. Οι οικογένειες και τα μέλη τους, βέβαια, αλληλεπιδρούν μέσα στην ομάδα. Μοιράζονται εμπειρίες, προτείνουν λύσεις, αλληλοϋποστηρίζονται, το αίσθημα της μοναχικής τους πορείας ανακουφίζεται.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΣΧΗ

Ο περιορισμός των κοινωνικών και διαπροσωπικών σχέσεων, στο πλαίσιο της γενικότερης λειτουργικής έκπτωσης, αποτελεί συχνό πρόβλημα για τους ανθρώπους με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια. Οφείλεται σε σειρά παθολογικών διεργασιών που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή, μπορεί όμως με τη σειρά του να ευνοήσει την ανάπτυξη δυσφορικών συναισθημάτων ή και κλινικών συνδρόμων (κατάθλιψη, άγχος), να επιδεινώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς, να οδηγήσει σε ακόμα μεγαλύτερη λειτουργική έκπτωση (για παράδειγμα, εξασθενούν δεξιότητες που είχαν διατηρηθεί μετά την έναρξη της διαταραχής, δεν αναπτύσσονται άλλες που θα μπορούσαν) και – ως στρεσογόνο παράγοντας – να επιδεινώσει την πορεία της νόσου. Σημαντικός είναι και ο αντίκτυπος στην οικογένεια, καθώς συχνά οι γονείς ή τα αδέρφια παραμένουν οι μόνοι σύντροφοι του ασθενούς.

Η Κοινωνική Λέσχη προσφέρει, λοιπόν, ευκαιρίες για τη δημιουργία και ενίσχυση κοινωνικών σχέσεων και δραστηριοτήτων, για ψυχαγωγία και για ανακούφιση της δυσφορίας που προκαλούν τα βιώματα της μοναξιάς, της θλίψης, του άγχους και του φόβου, της εγκατάλειψης ή απομόνωσης, του κενού, της απάθειας, της ανηδονίας. Έτσι, ως θεσμός, λειτουργεί ως «βάση ασφάλειας» για τους επισκέπτες της.

Η Κοινωνική Λέσχη του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» λειτουργεί στο χώρο του Κ.Η., δύο απογεύματα την εβδομάδα (Δευτέρα και Πέμπτη, 5.30 έως 8.00 μ.μ.). Μέλη του προσωπικού (κοινωνική λειτουργός, νοσηλεύτρια, ειδική εκπαιδευτρια, διοικητική υπάλληλος, φροντίστρια χώρου) παρευρίσκονται κάθε φορά ανά δύο. Η κοινωνική λειτουργός του Κ.Η. έχει τη συνολική ευθύνη της λειτουργίας της Κ.Λ., όπως και την ευθύνη των οργανωμένων εκδηλώσεων στο πλαίσιο της. Πέραν των ενεργών και πρώην μελών του Κ.Η. και άλλων χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας,

στην Κ.Λ. συμμετέχουν φίλοι και συγγενείς των ασθενών καθώς και εθελοντές. Κατά τα επτά χρόνια λειτουργίας του Κ.Η., ο αριθμός των συμμετεχόντων προοδευτικά αυξάνεται. (Μέσος όρος αριθμού συμμετεχόντων κατά το τελευταίο έτος περίπου 17 άτομα).

Η Κ.Λ. παρέχει ένα ευχάριστο, ήρεμο, ζεστό και ανεκτικό περιβάλλον, όπου οι άνθρωποι συνυπάρχουν, γνωρίζονται μεταξύ τους, συζητούν, δημιουργούν παρέες και φίλιες, διασκεδάζουν, ακούνε μουσική, παίζουν επιτραπέζια παιχνίδια, τραγουδούν, παρακολουθούν τηλεόραση.

Κατά διαστήματα, πέραν των εορταστικών, οργανώνονται εκδηλώσεις με θέματα ευρέως κοινωνικού ενδιαφέροντος σε συνεργασία και με την εθελοντική συμμετοχή επαγγελματιών, φορέων και θεσμικών παραγόντων της κοινότητας, οργανώσεων. Επιλεκτικά, αναφέρουμε τις ενημερωτικές εκδηλώσεις από ειδικούς σε θέματα υγείας (κάπνισμα, πρώτες βοήθειες, στοματική υγιεινή, παχυσαρκία), τις παρουσιάσεις της Διεθνούς Αμνηστίας για την ιστορία και τη δράση της οργάνωσης για την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της Ορνιθολογικής Εταιρίας για περιβαλλοντικά ζητήματα, την ενημέρωση από την Πυροσβεστική Υπηρεσία για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών, τις φιλολογικές βραδιές.

Εκπαίδευση του προσωπικού

Πολυχρονιάδης Νίκος

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού είναι αναγκαία για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τη θεραπευτική ομάδα προς τους ασθενείς-μέλη του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Η γνώση διευρύνεται και εμπορεύεται, βελτιώνεται η επικοινωνία μεταξύ των μελών του προσωπικού, εμποδώνεται η αίσθηση αξίας και νοήματος πίσω από τις παρεμβάσεις και την εν γένει εργασία με τους ασθενείς, ενισχύεται η αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, επιτυγχάνεται καλύτερη κατανόηση του βιώματος του ασθενούς (αλλά και του βιώματος του εαυτού σε σχέση με τον ασθενή), αναδύονται νέες οπτικές που συνιστούν ερέθισμα για περαιτέρω αναζητήσεις.

Οι δραστηριότητες ομαδικής και ατομικής επίβλεψης κατέχουν σημαντική θέση στο πρόγραμμα λειτουργίας του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ». Η θεραπευτική ομάδα επιβλέπεται σε εβδομαδιαία βάση από τον ψυχίατρο, οι ομάδες επιβλέπονται από τον ψυχίατρο ή την ψυχολόγο, ενώ συστηματικές είναι και οι ατομικές επιβλέψεις των προσώπων αναφοράς από τον ψυχίατρο και την ψυχολόγο. Τέλος, μια φορά το μήνα, η θεραπευτική ομάδα επιβλέπεται από εξωτερικό επιβλέποντα, ψυχίατρο.

Με ευθύνη του ψυχιάτρου, οργανώνεται και διεξάγεται κάθε χρόνο σειρά μαθημάτων στο πλαίσιο του συνεχιζόμενου εκπαιδευτικού προγράμματος. Την προετοιμασία και παρουσίαση των μαθημάτων αναλαμβάνουν τα πρόσωπα αναφοράς. Οι κύκλοι των εκπαιδευτικών μαθημάτων, χρονολογικά από την έναρξη λειτουργίας του Κ.Η. μέχρι σήμερα, ήταν οι ακόλουθοι:

- «Εισαγωγή σε θέματα ψυχιατρικής νοσολογίας και θεραπευτικής» (22 εκπαιδευτικές ώρες)
- «Θέματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, οργάνωσης υπηρεσιών και νομοθεσίας» (16 εκπαιδευτικές ώρες), εισηγήθηκαν επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκτός του Κ.Η.
- «Βασικά θέματα ψυχικής υγείας» (41 εκπαιδευτικές ώρες), με βάση το ομότιτλο Εκπαιδευτικό Πακέτο, Α. Καραστεργίου – Ν.Μπούρας – J. Boardman
- «Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες» (14 εκπαιδευτικές ώρες), από το ομότιτλο Εγχειρίδιο, Jill Wilkinson – Sandra Canter, μετάφραση – επιμέλεια Καλλιόπη Παπαϊωάννου – Βαγγέλης Παππάς
- «Ψυχαναλυτική Διάγνωση: I. Εννοιολογικά Ζητήματα» (32 εκπαιδευτικές ώρες), Nancy Mc Williams, μετάφραση Αντωνία Καραμπέτσου, επιμέλεια Τάνια Αναγνωστοπούλου – Σοφία Τριλιβά
- «Θέματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης» (13 εκπαιδευτικές ώρες), συλλογή άρθρων από περιοδικά του χώρου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Τέλος, τα μέλη του προσωπικού, ανάλογα με τα ενδιαφέροντα, την ειδικότητα και το πεδίο δράσης τους, συμμετέχουν σε επιστημονικές συναντήσεις και δραστηριότητες (συνέδρια, ημερίδες, εργαστήρια, εκπαιδευτικά προγράμματα, κτλ.), με εστιασμό κυρίως σε θέματα γενικής ψυχιατρικής, σχιζοφρένειας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ειδικών θεραπευτικών μεθόδων.

Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση της κοινότητας και λειτουργική διασύνδεση του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Πολυχρονιάδης Νίκος

Σύμφωνα με τις Γενικές Αρχές του Νόμου 1716/1999 «Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν... με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας... της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Οι πολλαπλές, σύνθετες και σε πολλά επίπεδα ανάγκες των ασθενών με χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές καθιστούν αναγκαία την αρμονική συνεργασία υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κοινωνικοπρονοιακών φορέων και κοινότητας. Το Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» προσπαθεί να ανταποκριθεί σε αυτές τις απαιτήσεις.

Στόχος είναι η συστηματική, περιοδική ενημέρωση (με τηλεφωνικές επικοινωνίες, συναντήσεις, ενημερωτικό υλικό, κ.τ.λ.) σχετικά με τη λειτουργία και την πορεία του Κ.Η., ώστε να εξασφαλίζεται η βέλτιστη διασύνδεση και συνεργασία των υπηρεσιών. Έτσι, διατηρείται επαφή με επαγγελματίες και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα του τομέα Κεντρικής και Ανατολικής Θεσσαλονίκης (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ι.Κ.Α., ιδιώτες ψυχίατροι, ψυχιατρικές κλινικές). Επίσης με κοινωνικές υπηρεσίες, όπως αυτές του Ψ.Ν.Θ. και των Γενικών Νοσοκομείων, των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και του Ι.Κ.Α., των δημοτικών διαμερισμάτων της Κεντρικής και Ανατολικής Θεσσαλονίκης, καθώς και με υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, το τμήμα ειδικών αναγκών του Ο.Α.Ε.Δ., τον Ερυθρό Σταυρό.

Σε συνεργασία, μάλιστα, με τον ψυχίατρο κο Λαζαρίδη Βύρωνα, γραμματέα του Σ.Ο.Ψ.Υ. Θεσσαλονίκης και τον ψυχίατρο κο Τσιλίκα Σωτήρη, επιμελητή Α΄ Ε.Σ.Υ. του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γ.Ν.Ν. «Ιπποκράτειο», έγινε καταγραφή του συνόλου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του Το.Ψ.Υ. Ανατολικής Θεσσαλονίκης.

Οι διαστάσεις του στίγματος της ψυχικής νόσου συνιστούν δείκτη πολιτισμού μιας κοινωνίας. Συχνά το στίγμα γίνεται εμπόδιο στις προσπάθειες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων, τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο λειτουργίας υπηρεσιών. Η προοπτική και η έναρξη λειτουργίας του Κ.Η., για παράδειγμα, οδήγησε σε έντονες και κάποιες φορές ακραίες αντιδράσεις μερίδα της τοπικής κοινότητας. Ο φόβος είναι συχνά ένα εξαιρετικά δυνατό συναίσθημα. Διαχέεται και κινητοποιεί αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές. Ωστόσο, σήμερα η κοινότητα είναι μάλλον σύμμαχός μας και μάλιστα φέρνει κοντά μας το πολυτιμότερο της κομμάτι: η γιορτή του γειτονικού παιδικού σταθμού (Ιούνιος 2008) φιλοξενήθηκε στο χώρο του Κ.Η.

Από την έναρξη λειτουργίας του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ», έχουν ενημερωθεί σχετικά με το έργο και τις δραστηριότητές του διευθυντές σχολείων της περιοχής, δημοτικοί σύμβουλοι, η Εκκλησία, η Χ.Ε.Ν. Χαριλάου, η διοίκηση του τοπικού αστυνομικού τμήματος, πολιτιστικοί και φιλανθρωπικοί σύλλογοι. Στο πλαίσιο μάλιστα της αγωγής υγείας στην κοινότητα, σε συγκέντρωση καθηγητών και μαθητών του 30^{ου}

Ενιαίου Λυκείου Χαριλάου, παρουσιάστηκαν ζητήματα όπως η ψυχική διαταραχή, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Διαδικασία παρακολούθησης και αξιολόγησης του έργου του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»

Παπαϊωάννου Καλλιόπη

Η αξιολόγηση της λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» είναι συνεχής και πολυεπίπεδη. Προς την κατεύθυνση αυτή κινούνται οι ακόλουθες ενέργειες:

1. Τακτικές συναντήσεις των μελών της Εταιρίας «ΣΥΝΘΕΣΗ» για τη συνολική και επιμέρους εκτίμηση της πορείας του έργου .
2. Συνεχής επίβλεψη και αξιολόγηση του προσωπικού του Κ.Η. από την επιστημονικά υπεύθυνη.
3. Αξιολόγηση σε τακτά, ανά εξάμηνο, διαστήματα, με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων και δεικτών αποτελεσματικότητας για:
 - Την κάλυψη των προσδοκιών των μελών του Κ.Η.
 - Τις επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζωής (Quality of Life) των μελών του Κ.Η. από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.
 - Την ικανοποίηση από τη συμμετοχή στις δραστηριότητες του Κ.Η.
 - Τις επιπτώσεις στην κατάσταση της ψυχοπαθολογίας των μελών του.
 - Τις επιπτώσεις στη σταθεροποίηση, ανάπτυξη, αλλαγή των κοινωνικών και εργασιακών δεξιοτήτων των μελών του Κ.Η.
 - Την άποψη των οικογενειών, καθώς και των εξωτερικών θεραπειών για τη λειτουργία του Κ.Η.
4. Συνεργασία με εξωτερικό έμπειρο αξιολογητή για αξιολόγηση της υλοποίησης του έργου.
5. Σύνταξη ετήσιας έκθεσης με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων, τη στατιστική επεξεργασία και το σχολιασμό τους.
6. Προγραμματικές συνεδριάσεις, στις οποίες συμμετέχουν οι επιστημονικά υπεύθυνοι και οι συντονιστές των μονάδων της Εταιρίας, για το σχεδιασμό των προγραμμάτων της επόμενης χρονιάς και απολογισμό της προηγούμενης.

Μεθοδολογία αξιολόγησης και αποτελέσματα

Αγγελίδης Γιώργος, Γκαϊνταρτζή Χρύσα

Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία

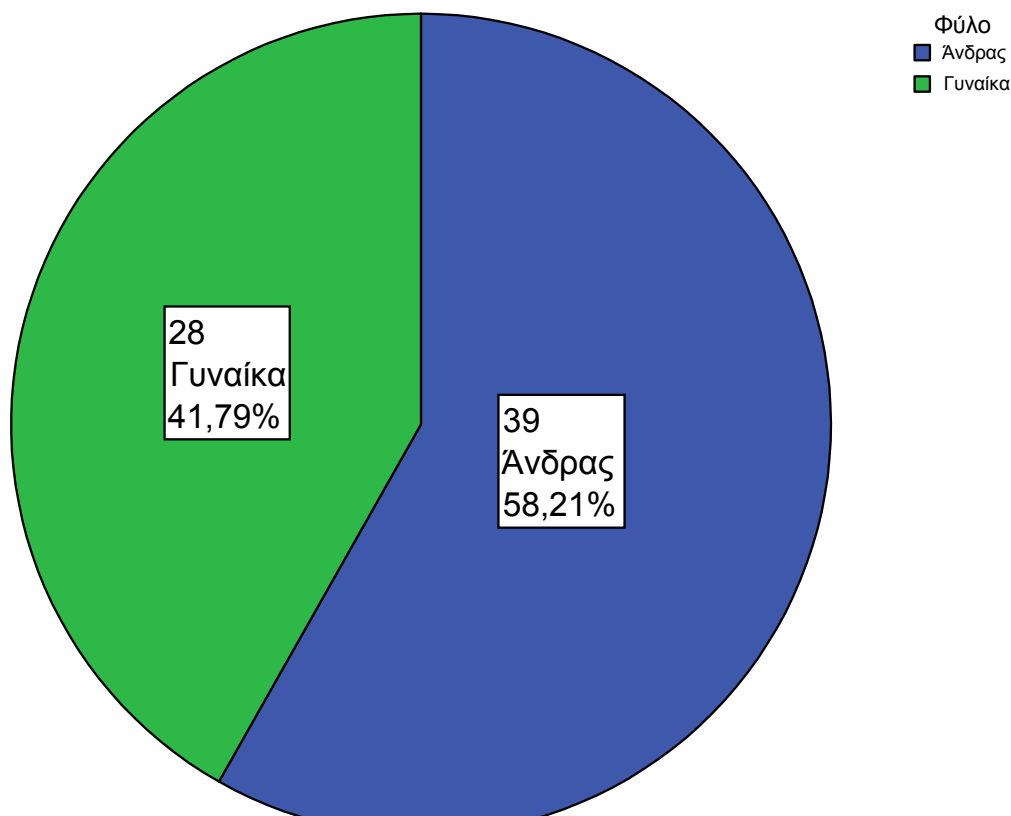
Στη διάρκεια της περιόδου 2002–2008, έγιναν αρχικές συνεντεύξεις-εκτιμήσεις ή και συμμετείχαν σε δραστηριότητες και προγράμματα του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» 140 ενήλικα άτομα.

Ωστόσο, σε 67 από τα άτομα αυτά, τα οποία παρακολούθησαν το πρόγραμμα του Κ.Η. για τουλάχιστον 6 μήνες, κρατήθηκαν πληρέστερα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και έγιναν από το προσωπικό του Κ.Η. 2 τουλάχιστον κλινικές αξιολογήσεις με τη βοήθεια ερωτηματολογίων (αναλύονται στη συνέχεια). Τα στατιστικά αποτελέσματα και οι αναλύσεις που παρουσιάζονται στις επόμενες σελίδες αναφέρονται μόνο στα 67 αυτά άτομα και όχι στο σύνολο των ατόμων που παρακολούθησαν περιστασιακά τις δραστηριότητες του Κ.Η.

Οι υπόλοιποι 73 ασθενείς είτε παρακολουθούν σταθερά το πρόγραμμα του Κ.Η. αλλά δεν έχουν συμπληρώσει 6 μήνες (οπότε δεν έχουν λάβει χώρα 2 αξιολογήσεις) είτε, στην πλειοψηφία, δεν έχουν προσέλθει μετά την αρχική συνέντευξη ή έχουν αποχωρήσει μετά από βραχεία (συνήθως αρκετά μικρότερη των 6 μηνών) παρουσία. Παράγοντες που φαίνεται ότι συντελούν σε αυτό είναι η μειωμένη εναισθησία, η ύπαρξη σοβαρών αρνητικών συμπτωμάτων ή αποδιοργάνωσης της σκέψης και λιγότερο συχνά-η εξ' αρχής ύπαρξη σοβαρών παραγωγικών συμπτωμάτων ή η σύντομη σε σχέση με την έναρξη παρακολούθησης του προγράμματος και σοβαρή υποτροπή. Σε κάθε περίπτωση πάντως, η κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς από το θεράποντά του, η κινητοποίηση μέσω της ανάδειξης κινήτρων και η εξασφάλιση της συναίνεσής του παίζουν σημαντικό ρόλο και δε θα πρέπει να αμελούνται.

Στο *Γράφημα 1* παρουσιάζεται η κατανομή ως προς τον παράγοντα του φύλου για τα 67 άτομα (39 άνδρες, ποσοστό 58,21% και 28 γυναίκες, ποσοστό 41,79%).

Γράφημα 1: Φύλο



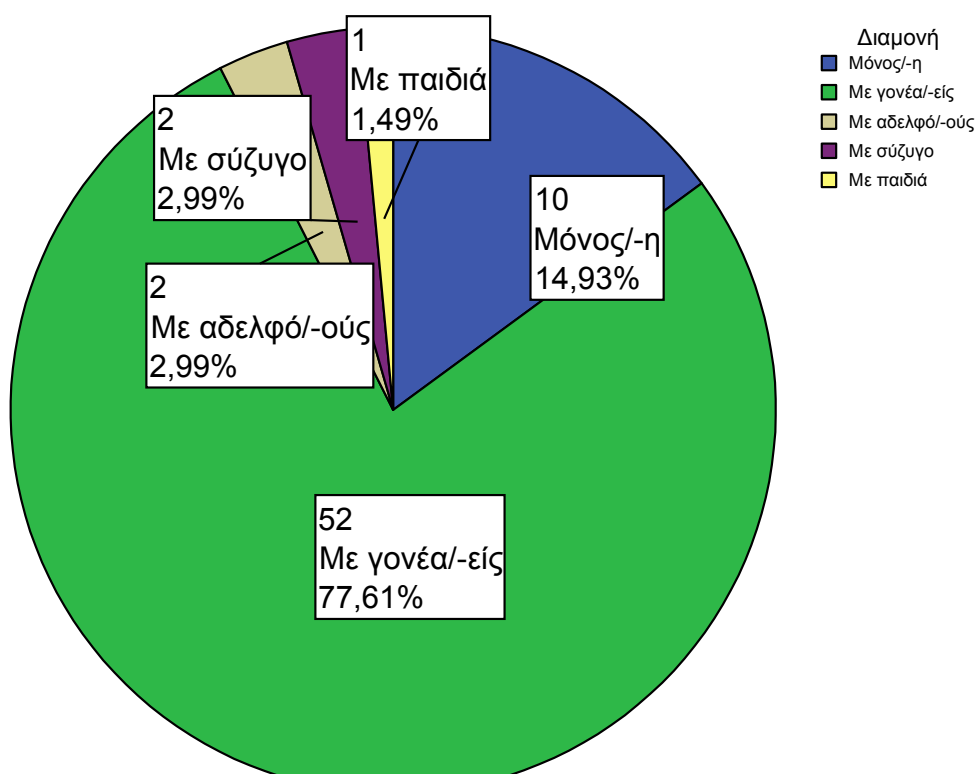
Πίνακας 1: Στατιστικά (μεμονωμένες μεταβλητές)

	Μέσος Όρος (Mean)	Κεντρική Τιμή (Median)	Επικρατούσα Τιμή (Mode)
Ηλικία	36	34	22
Ηλικία Έναρξης Νόσου, σε χρόνια	20,37	20,00	17
Διάρκεια Νόσου, σε χρόνια	15,77	14,00	5
Αριθμός Εισαγωγών σε Μονάδα Ψ. Νοσηλείας (ιστορικό)	2,98	2,00	1
Διάρκεια Παραμονής στο Κ.Η., σε μήνες	13,26	13,00	13

Όπως διαπιστώνει κανείς από τον Πίνακα 1, ο μέσος όρος ηλικίας των μελών του Κ.Η. είναι τα 36 χρόνια, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας όταν πρωτοεμφανίστηκε η ψυχική νόσος είναι τα 20 περίπου χρόνια. Ο μέσος όρος των ετών νόσησης από την ψυχική αρρώστια είναι 15,77 χρόνια. Στον ίδιο Πίνακα καταγράφεται επίσης ο μέσος αριθμός των εισαγωγών (περίπου 3) των ατόμων αυτών σε Μονάδα Ψυχιατρικής Νοσηλείας (όπως αναφέρεται στο ιστορικό τους), καθώς και η διάρκεια της παραμονής τους στο Κ.Η., σε μήνες (περίπου 13), παρόλο που κάποιοι συνεχίζουν να συμμετέχουν σε δραστηριότητες του Κέντρου τη χρονική περίοδο αυτής της αξιολόγησης.

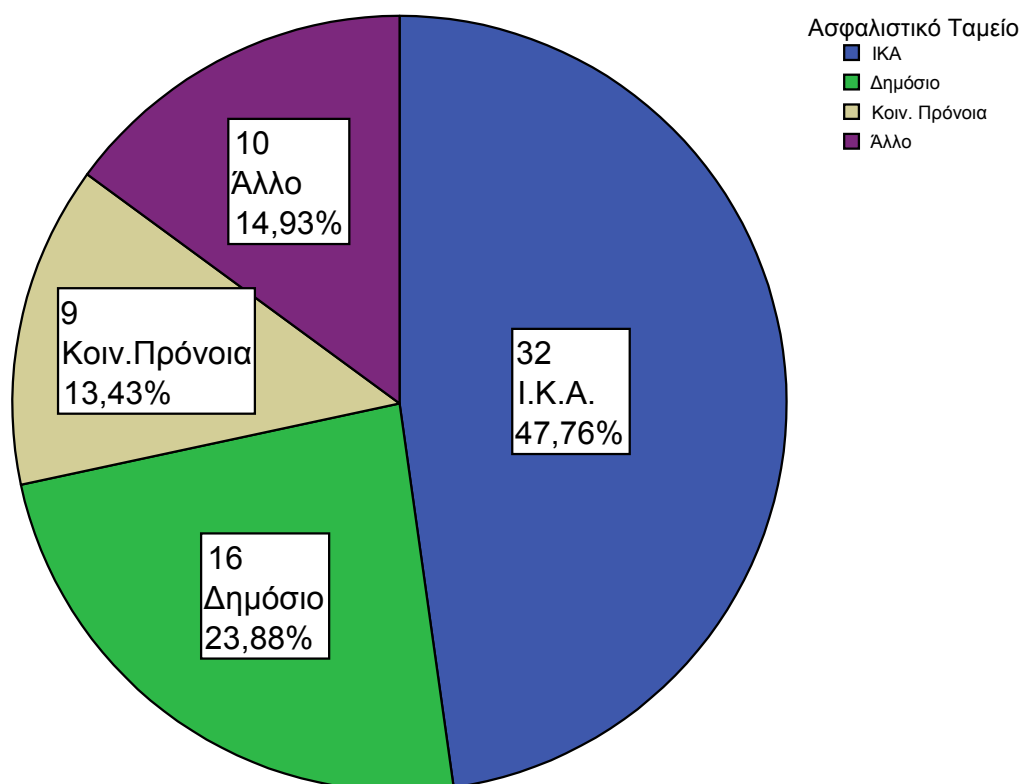
Όπως φαίνεται στο Γράφημα 2, τα άτομα αυτά ζουν στην πλειονότητα (77,61%) με έναν ή και με τους δύο γονείς τους. Μόνοι τους ζουν οι 10 από αυτούς (ποσοστό 14,93%), ενώ μόνο 3 (ποσοστό περίπου 4,5%) ζουν με σύζυγο ή παιδιά τους.

Γράφημα 2: Διαμονή



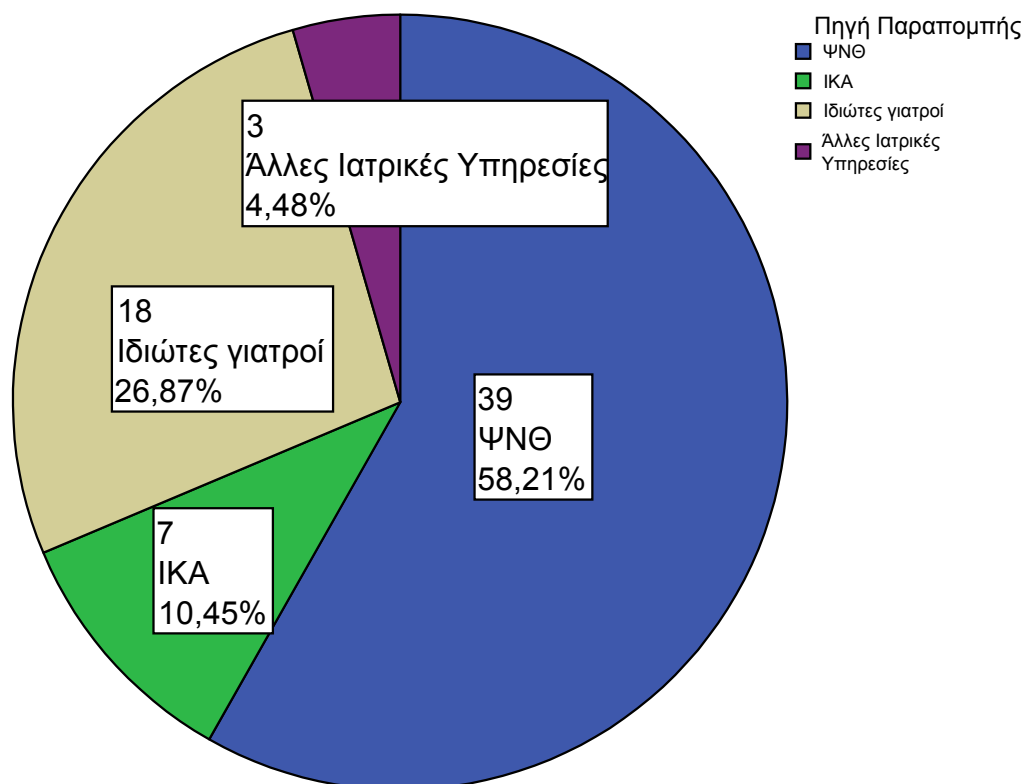
Στο *Γράφημα 3* καταγράφονται τα Ασφαλιστικά Ταμεία στα οποία είναι ασφαλισμένα τα 67 μέλη του Κ.Η. Στην πλειονότητά τους (32 άτομα) πρόκειται για ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. (ποσοστό 47,76%), ενώ λιγότεροι (16 άτομα) και σε μικρότερο ποσοστό (23,88%) είναι ασφαλισμένοι στο Δημόσιο ή σε άλλα Ταμεία (10 άτομα ή ποσοστό 14,93%). Εννέα άτομα (ποσοστό 13,43%) είναι ασφαλισμένα μέσω της Κοινωνικής Πρόνοιας.

Γράφημα 3: Ασφαλιστικά Ταμεία



Στο παρακάτω *Γράφημα 4* καταγράφονται οι πηγές παραπομπής των ατόμων στο Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ». Όπως φαίνεται, 39 άτομα (58,21% του συνόλου) παραπέμφθηκαν από Υπηρεσίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), 18 άτομα (26,87% του συνόλου) από ιδιώτες γιατρούς της Θεσσαλονίκης, 7 άτομα (10,45% του συνόλου) από Υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. Θεσσαλονίκης, ενώ 3 άτομα (4,48% του συνόλου) από άλλες Ιατρικές Υπηρεσίες.

Γράφημα 4: Επαγγελματίες Υγείας & Υπηρεσίες που παραπέμπουν άτομα για ένταξη σε δραστηριότητες του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ».

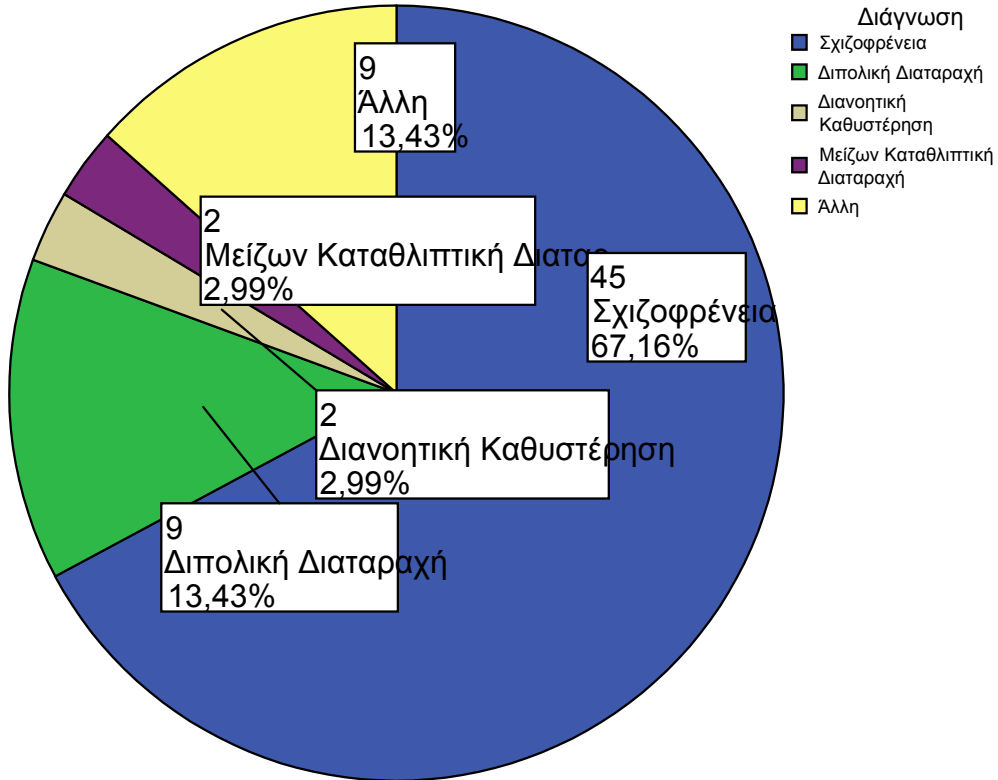


Αναλυτικότερα, από τα 39 άτομα που παραπέμφθηκαν από το Ψ.Ν.Θ., σε ποσοστό 41,1% προήλθαν από το Νοσοκομείο Ημέρας, 28,2% από το Δ΄ Τμήμα Οξέων Ψυχιατρικών Περιστατικών, 10,2% από το Κοινοτικό Κέντρο Κεντρικού Τομέα, 5,1% από τη Β΄ Πανεπιστημιακή Κλινική, το Α΄ και το Γ΄ Τμήμα Οξέων Ψυχιατρικών Περιστατικών και 2,6% από το Τμήμα Στήριξης Οικογένειας και την Ο.Ψ.Σ.Α.Τ.

Όσον αφορά στην ψυχιατρική διάγνωση, στην πλειονότητα (67,16% του συνόλου των 67 ατόμων) πρόκειται για άτομα με σχιζοφρένεια. Εννέα άτομα (13,43% του συνόλου) διαγνώστηκαν ως πάσχοντα από διπολική διαταραχή, δύο άτομα από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (2,99%), ακόμη δύο άτομα από διανοητική καθυστέρηση (2,99%), ενώ σε εννέα άτομα (13,43% του συνόλου) έχει

τεθεί άλλη ψυχιατρική διάγνωση, στη μεγάλη πλειονότητα «ψυχωτική, μη σχιζοφρενική διαταραχή» (Γράφημα 5).

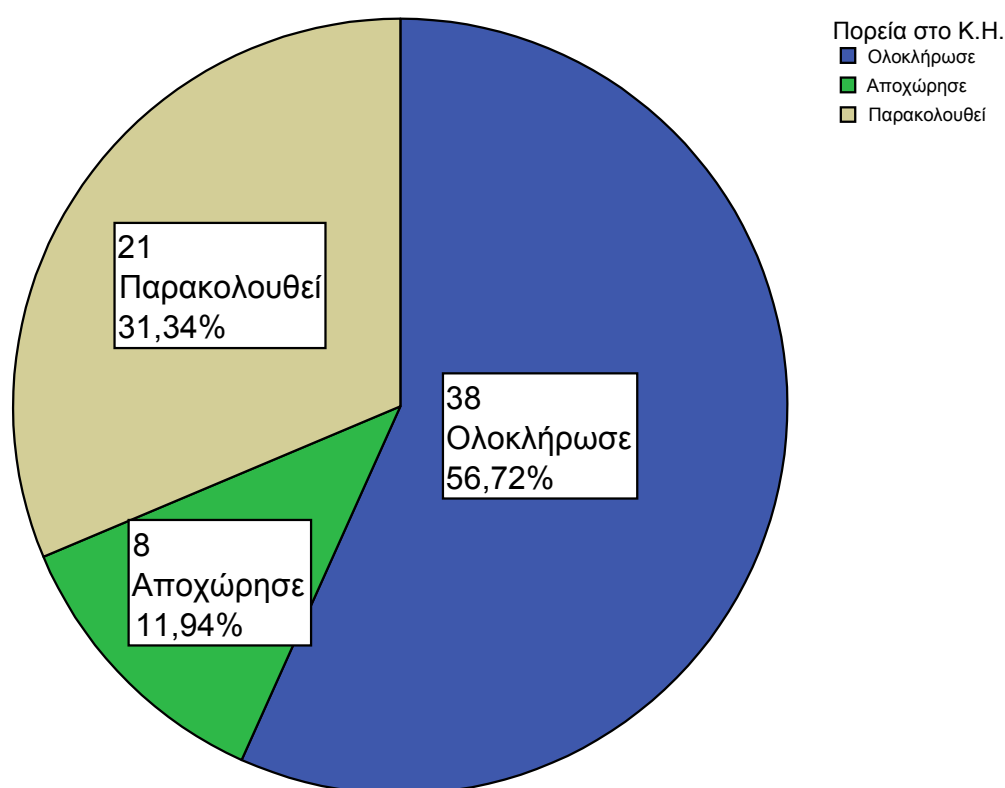
Γράφημα 5: Ψυχιατρική Διάγνωση



Στο *Γράφημα 6* καταγράφεται η πορεία των 67 ατόμων στο Κ.Η., ανάλογα με το εάν ολοκλήρωσαν (38 άτομα, ποσοστό 56,72% του συνόλου), εξακολουθούν να παρακολουθούν (21 άτομα, ποσοστό 31,34%) ή αποχώρησαν (8 άτομα, ποσοστό 11,94%) από το θεραπευτικό πρόγραμμα που είχε σχεδιασθεί για αυτά.

Σημειώνεται, ωστόσο, ότι ακόμη και για τα 8 άτομα που αποχώρησαν πριν ολοκληρώσουν απόλυτα το θεραπευτικό πλάνο τους, έχουμε έγκυρες εκτιμήσεις τους από τα μέλη του προσωπικού του Κ.Η., που μας επιτρέπουν τη στατιστική επεξεργασία δεδομένων τους από κλίμακες / ερωτηματολόγια και την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων.

Γράφημα 6: Πορεία στο Κέντρο Ημέρας



Ανάγκες νοσηλείας

Υπολογίστηκαν οι ημέρες νοσηλείας σε Μονάδα Ψυχιατρικής Νοσηλείας (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο / Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική), ανά άτομο, ανά έτος, πριν και μετά την ένταξη του κάθε ατόμου στα προγράμματα και τις δραστηριότητες του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ». Αυτό κρίθηκε πως είναι ένας δείκτης αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων στο Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ».

Για τον υπολογισμό των ημερών νοσηλείας σε Μονάδα Ψυχιατρικής Νοσηλείας πριν την ένταξη του κάθε ατόμου στα προγράμματα και τις δραστηριότητες του Κ.Η., λήφθηκαν υπόψη τα 5 προηγούμενα χρόνια από την ένταξη του ατόμου αυτού στο

Κ.Η. και υπολογίστηκε ο μέσος όρος της 5ετίας, ανά έτος. Ο μέσος όρος είναι: 22,82 ± 43,89 ημέρες νοσηλείας, ανά έτος, ανά άτομο.

Καταγράφηκαν επίσης οι τυχόν ημέρες νοσηλείας σε Μονάδα Ψυχιατρικής Νοσηλείας μετά την ένταξη του κάθε ατόμου στα προγράμματα και τις δραστηριότητες του Κ.Η. Ο μέσος όρος είναι: 5,09 ± 15,14 ημέρες νοσηλείας, ανά έτος, ανά άτομο.

Η διαφορά τους αυτή, με συσχετισμένο έλεγχο t, είναι στατιστικά σημαντική $t(65)=3,108$, $p=0,003$. Η συμμετοχή, λοιπόν, των ατόμων στα προγράμματα και τις δραστηριότητες του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» συσχετίζεται σημαντικά με μείωση του αριθμού ημερών νοσηλείας τους σε Μονάδα Ψυχιατρικής Νοσηλείας (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο / Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική).

Διαδικασία παρακολούθησης και αξιολόγησης του έργου του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»

Η αξιολόγηση της λειτουργίας του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» είναι συνεχής και πολυεπίπεδη. Γίνεται αξιολόγηση σε τακτά, ανά εξάμηνο, διαστήματα, με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων και δεικτών αποτελεσματικότητας για :

- Την κάλυψη των προσδοκιών των πελατών του Κ.Η.
- Τις επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζωής (Quality of Life) των χρηστών των υπηρεσιών του Κ.Η. από την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.
- Την ικανοποίηση από τη συμμετοχή στις δραστηριότητες του Κ.Η.
- Τις επιπτώσεις στην κατάσταση της ψυχοπαθολογίας των χρηστών των υπηρεσιών του Κ.Η.
- Τις επιπτώσεις στη σταθεροποίηση, ανάπτυξη, αλλαγή των κοινωνικών και εργασιακών δεξιοτήτων των χρηστών των υπηρεσιών του Κ.Η.
- Την άποψη των οικογενειών, καθώς και των εξωτερικών θεραπειών για τη λειτουργία του Κ.Η.

Μεθοδολογία για την Αξιολόγηση

Στη διάρκεια των 7 χρόνων λειτουργίας του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ», εκτιμήθηκαν οι παρακάτω παράμετροι που αφορούν στα 67 μέλη και τις οικογένειές τους:

- Ψυχοπαθολογία.
- Λειτουργικότητα.
- Ποιότητα Ζωής.
- Συμπεριφορά - Απόδοση στην Απασχόληση.
- Κοινωνικές Δεξιότητες, Χρήση Υπηρεσιών, Ασφαλείς Συνθήκες Διαβίωσης.
- Ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες.
- Επιβάρυνση στην Οικογένεια.

Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences v.13 (SPSS Inc.).

Αποτελέσματα

Στον παρακάτω Πίνακα 2 καταγράφονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα από συγκρίσεις εκτιμήσεων Κλιμάκων – Ερωτηματολογίων (σύγκριση με διαδοχικά t-tests).

**Πίνακας 2: Συγκρίσεις Εκτιμήσεων Κλιμάκων – Ερωτηματολογίων
(Σύγκριση με διαδοχικά t-tests)**

Κλίμακες – Ερωτηματολόγια	Αρχική Εκτίμηση		Τελική Εκτίμηση		Σύγκριση
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	
Κλίμακα PANSS-Θετική	15,20	5,54	13,27	5,27	t(58)=3,764 p<0,001
Κλίμακα PANSS-Αρνητική	21,58	7,59	18,85	7,24	t(58)=6,302 p<0,001
Κλίμακα PANSS-Γεν. Ψυχοπαθολογία	34,05	8,34	29,36	8,05	t(57)=7,252 p<0,001
Κλίμακα PANSS-Προφίλ Κινδύνου Επιθετικότητας	4,72	2,18	4,17	1,67	t(57)=2,916 p=0,005
Κλίμακα PANSS-Συνολική	75,60	19,96	65,93	18,83	t(58)=7,013 p<0,001
Λειτουργικότητα	34,85	5,36	35,42	5,11	t(58)=-1,312 p=0,195 (NS)
Ποιότητα Ζωής	53,81	9,64	54,85	10,63	t(58)=-0,884 p=0,381 (NS)
Εργασία	44,59	16,91	44,08	16,52	t(58)=0,938 p=0,352 (NS)
Υπηρεσίες	1,42	1,75	1,12	1,40	t(58)=1,941 p=0,057
Ασφάλεια	1,37	1,67	0,86	1,29	t(58)=3,641 p<0,001
Δεξιότητες	4,22	2,61	3,12	2,17	t(58)=4,658 p<0,001

Όπου ΜΟ: μέσος όρος, ΤΑ: τυπική απόκλιση

Ψυχοπαθολογία

Χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS). Βαθμολογήθηκαν ξεχωριστά τα επιμέρους στοιχεία της (Θετική Κλίμακα, Αρνητική Κλίμακα, Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας, Προφίλ Κινδύνου Επιθετικότητας) και καταγράφηκε η συνολική - τελική (total) τιμή της Κλίμακας. Η εκτίμηση έγινε από τον ψυχίατρο και την ψυχολόγο της θεραπευτικής ομάδας.

Αριθμός ατόμων που εκτιμήθηκαν στη διάρκεια της 7ετίας: 67. Έγιναν τουλάχιστον 2 εκτιμήσεις για κάθε άτομο. Η πρώτη εκτίμηση γινόταν περίπου 2 μήνες από την ένταξη του ατόμου στην «ΕΣΤΙΑ». Στα περισσότερα άτομα έγιναν και άλλες, ενδιάμεσες, εκτιμήσεις. Ωστόσο, για λόγους στατιστικής ανάλυσης και επεξεργασίας, λαμβάνονται υπόψη μόνον η πρώτη και η τελευταία εκτίμηση.

Κλίμακα PANSS-Θετική

Πρώτη εκτίμηση: Μέσος Όρος ± Τυπική Απόκλιση: 15,20 ± 5,54.

Τελευταία εκτίμηση: Μέσος Όρος ± Τυπική Απόκλιση: 13,27 ± 5,27.

$t(58)=3,764, p<0,001$

Σχόλιο: Παρατηρείται σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα PANSS-Θετική (στατιστικά σημαντική διαφορά, $p<0,001$), ένδειξη σημαντικής βελτίωσης της θετικής ψυχοπαθολογίας των μελών με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Κλίμακα PANSS-Αρνητική

Πρώτη εκτίμηση: Μέσος Όρος \pm Τυπική Απόκλιση: $21,58 \pm 7,59$.

Τελευταία εκτίμηση: Μέσος Όρος \pm Τυπική Απόκλιση: $18,85 \pm 7,24$.

$t(58)=6,302, p<0,001$

Σχόλιο: Όπως και με την PANSS-Θετική, παρατηρείται σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα PANSS-Αρνητική (στατιστικά σημαντική διαφορά, $p<0,001$), ένδειξη σημαντικής βελτίωσης της αρνητικής ψυχοπαθολογίας των μελών με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Κλίμακα PANSS-Γενικής Ψυχοπαθολογίας

Πρώτη εκτίμηση: Μέσος Όρος \pm Τυπική Απόκλιση: $34,05 \pm 8,34$.

Τελευταία εκτίμηση: Μέσος Όρος \pm Τυπική Απόκλιση: $29,36 \pm 8,05$.

$t(57)=7,252, p<0,001$

Σχόλιο: Όπως και με τις δυο προηγούμενες υποκλίμακες της PANSS, έτσι και στην κλίμακα PANSS-Γενικής Ψυχοπαθολογίας παρατηρείται σημαντική μείωση της βαθμολογίας (στατιστικά σημαντική διαφορά, $p<0,001$), ένδειξη σημαντικής βελτίωσης της γενικής ψυχοπαθολογίας των μελών με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Κλίμακα PANSS-Προφίλ Κινδύνου Επιθετικότητας

Πρώτη εκτίμηση: Μέσος Όρος \pm Τυπική Απόκλιση: $4,72 \pm 2,18$.

Τελευταία εκτίμηση: Μέσος Όρος \pm Τυπική Απόκλιση: $4,17 \pm 1,67$.

$t(57)=2,916, p=0,005$

Σχόλιο: Όπως και με τις προηγούμενες υποκλίμακες της PANSS, έτσι και στην κλίμακα PANSS-Προφίλ Κινδύνου Επιθετικότητας παρατηρείται σημαντική μείωση της βαθμολογίας (στατιστικά σημαντική διαφορά, $p=0,005$), ένδειξη σημαντικής βελτίωσης των μελών με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Κλίμακα PANSS-Συνολική

Πρώτη εκτίμηση: Μέσος Όρος \pm Τυπική Απόκλιση: $75,60 \pm 19,96$.

Τελευταία εκτίμηση: Μέσος Όρος \pm Τυπική Απόκλιση: $65,93 \pm 18,83$.

$t(58)=7,013 p<0,001$

Σχόλιο: Παρατηρείται σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα PANSS-Συνολική (στατιστικά σημαντική διαφορά, $p<0,001$), ένδειξη σημαντικής βελτίωσης της συνολικής ψυχοπαθολογίας των μελών με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Λειτουργικότητα

Χρησιμοποιήθηκε το τμήμα που αφορά στην εκτίμηση της λειτουργικότητας από *Ερωτηματολόγιο Επανένταξης στην Κοινότητα* (Τροποποιημένο κείμενο από το *Community Placement Questionnaire, PI Clifford, 1986*). Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα Γ.

Η εκτίμηση της λειτουργικότητας του κάθε ατόμου έγινε από το πρόσωπο αναφοράς (key worker / case manager), μέλος της θεραπευτικής ομάδας.

Εκτιμήθηκε η λειτουργικότητα των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα του Κ.Η. σε καθημερινές ασχολίες και δραστηριότητες στη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, κατά τη διάρκεια των 7 χρόνων λειτουργίας του Κ.Η.

Εκτιμήθηκαν 10 παράμετροι λειτουργικότητας: αγορά / ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα χώρου παραμονής, χρήση δημόσιων μεταφορικών μέσων, κοινωνική συνύπαρξη, συμμετοχή σε δραστηριότητες, συζητήσεις με τα μέλη του προσωπικού της «ΕΣΤΙΑΣ», συζήτηση με τα άλλα μέλη της «ΕΣΤΙΑΣ», εμφάνιση και πρωινό ξύπνημα / πρωινή προσέλευση στην «ΕΣΤΙΑ».

Τα στατιστικά, συγκριτικά αποτελέσματα αναφέρονται σε 67 μέλη για τα οποία έγιναν τουλάχιστον 2 εκτιμήσεις. Η πρώτη εκτίμηση γινόταν περίπου 2 μήνες από την ένταξη του ατόμου στην «ΕΣΤΙΑ», ενώ η τελευταία εκτίμηση γινόταν πριν την ολοκλήρωση του προγράμματος. Σε αρκετούς έγιναν και άλλες, ενδιάμεσες εκτιμήσεις.

Η βαθμολόγηση έγινε με κλίμακα 5 σημείων (από μέγιστο 4: πλήρης ικανότητα, μέχρι ελάχιστο 1: ανικανότητα ή άρνηση).

Πρώτη εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: 34,85 \pm 5,36. Τελευταία εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: 35,42 \pm 5,11. Παρατηρείται αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα. Η διαφορά είναι στατιστικά μη σημαντική, $p=0,195$, ένδειξη, ωστόσο, βελτίωσης της λειτουργικότητας των μελών με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Ποιότητα Ζωής

Χρησιμοποιήθηκε ένα *Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής* αποτελούμενο από 9 ερωτήσεις. Η εκτίμηση έγινε από το πρόσωπο αναφοράς (key worker / case manager), μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Έγιναν 2 εκτιμήσεις.

Σε μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 10 (όπου 1 σημαίνει το χειρότερο και 10 το καλύτερο), ζητήθηκε από τα μέλη της «ΕΣΤΙΑΣ» να βαθμολογήσουν *«πώς αισθάνθηκαν στη ζωή τους τον τελευταίο μήνα»*.

Τα στατιστικά, συγκριτικά αποτελέσματα αναφέρονται σε 67 μέλη για τα οποία έγιναν τουλάχιστον 2 εκτιμήσεις. Η πρώτη εκτίμηση γινόταν περίπου 2 μήνες από την ένταξη του ατόμου στην «ΕΣΤΙΑ», ενώ η τελευταία εκτίμηση γινόταν πριν την ολοκλήρωση του προγράμματος. Σε αρκετούς έγιναν και άλλες, ενδιάμεσες εκτιμήσεις.

Τα 9 ερωτήματα αφορούσαν:

1. Στη σωματική υγεία (λαμβάνοντας υπ' όψη και τις δυσάρεστες παρενέργειες των φαρμάκων).
2. Στη διάθεση γενικά (με την έννοια ότι αισθάνονται ευχαριστημένοι με τον εαυτό τους, ήσυχοι, αισιόδοξοι ή αντίθετα, απαισιόδοξοι, ανήσυχοι).
3. Στο αν κάνουν κάτι χρήσιμο για τους ίδιους και για τους άλλους (απασχόληση, φροντίδα σπιτιού, παιδιών, εθελοντική εργασία, κλπ).
4. Στην οικονομική κατάσταση.
5. Στις σχέσεις (συναισθηματικές και σεξουαλικές).
6. Στις σχέσεις με τους φίλους και την κοινωνική ζωή.
7. Στον τρόπο τους να περνούν τον ελεύθερο χρόνο, να διασκεδάζουν.
8. Στην ασφάλεια της περιοχής (κλοπές, βία).
9. Στη ζωή τους γενικά.

Η βαθμολόγηση έγινε με κλίμακα 10 σημείων (από μέγιστο 10: πολύ καλή / υπέροχη, μέχρι ελάχιστο 1: πολύ άσχημη / απαίσια). Το συνολικό σκορ για κάθε άτομο μπορεί να βρίσκεται μεταξύ του 90 (πολύ καλή / υπέροχη) και του 9 (πολύ άσχημη / απαίσια).

Πρώτη εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: 53,81 \pm 9,64. Τελευταία εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: 54,85 \pm 10,63. Παρατηρείται μικρή αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα. Ωστόσο η διαφορά είναι στατιστικά μη σημαντική, $p=0,381$, ένδειξη σχετικής βελτίωσης της ποιότητας ζωής των μελών με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Συμπεριφορά - Απόδοση στην Απασχόληση

Χρησιμοποιήθηκε ένα Ερωτηματολόγιο Απόδοσης στην Απασχόληση (Τροποποιημένο κείμενο από το *A standardized assessment of the work behaviour of psychiatric patients*, by RDP Griffiths, *British Journal of Psychiatry*, 1973. Και: *The measurement of work performance of psychiatric patients: a reappraisal*, by AJ Cheadle and R Morgan, *British Journal of Psychiatry*, 1972). Συμπληρώθηκε από την εργοθεραπεύτρια της θεραπευτικής ομάδας.

Εκτιμήθηκαν 25 παράμετροι που αφορούν σε θέματα ποιότητας στην εργασία – απασχόληση, αλλά και διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της απασχόλησης στην «ΕΣΤΙΑ». Οι παράμετροι αυτοί καταγράφονται παρακάτω, στις δύο ποιοτικά ακραίες τους καταστάσεις:

1. Κάνει περίπλοκες δουλειές / Μπορεί να κάνει μόνο απλές δουλειές
2. Αντιλαμβάνεται τις οδηγίες γρήγορα / Δεν μπορεί να αντιληφθεί οδηγίες
3. Εργάζεται πολύ γρήγορα / Εργάζεται πολύ αργά
4. Εργάζεται συνέχεια / Απασχολείται για μικρές μόνο περιόδους
5. Αποζητά την απασχόληση / Αποφεύγει την απασχόληση
6. Αποδέχεται επίβλεψη ή καθοδήγηση / Θίγεται ή πειράζεται από επίβλεψη-καθοδήγηση
7. Δεν χρειάζεται επίβλεψη-καθοδήγηση / Χρειάζεται συνεχή επίβλεψη-καθοδήγηση
8. Θέλει να αλλάξει «πόστα» απασχόλησης / Αρνείται να αλλάξει «πόστα» απασχόλησης
9. Ψάχνει για πιο πολλή απασχόληση / Περιμένει να της (του) ανατεθεί απασχόληση
10. Πάντα με καλή κρίση / Ποτέ με καλή κρίση
11. Εξαιρετική ποιότητα απασχόλησης / Άσχημη ποιότητα απασχόλησης
12. Καλή επιδεξιότητα με τα χέρια / Αδεξιότητα με τα χέρια
13. Χρησιμοποιεί καλά εργαλεία-συσσκευές / Δεν χρησιμοποιεί καλά εργαλεία-συσσκευές
14. Τα πάει καλά με τους άλλους / Τα πάει άσχημα με τους άλλους
15. Επικοινωνεί αυθόρμητα / Δεν επικοινωνεί με τους άλλους
16. Ποτέ δεν φτάνει αργά ή φεύγει νωρίς / Πάντοτε φτάνει αργά και φεύγει νωρίς
17. Πάντοτε τελειώνει τη δουλειά / Αφήνει τη δουλειά μισοτελειωμένη
18. Οι άλλοι την (τον) αποδέχονται γρήγορα / Δεν ταιριάζει-συμφωνεί εύκολα με τους άλλους
19. Αναλαμβάνει ηγεμονικούς ρόλους / Αφήνει στους άλλους τις πρωτοβουλίες
20. Λογική στάση απέναντι στην εξουσία / Δημιουργεί φασαρίες
21. Αν ήμουν εργοδότης θα την (τον) προσλάμβανα / Αν ήμουν εργοδότης δεν θα την (τον) προτιμούσα
22. Εμπιστεύεται πολύ τον εαυτό της (του) / Δεν εμπιστεύεται αρκετά τον εαυτό της (του)

23. *Αποδέχεται πρόθυμα κριτική και διορθώσεις / Δεν αποδέχεται πρόθυμα κριτική και διορθώσεις*

24. *Αποδέχεται πρόθυμα υπευθυνότητες / Δεν αποδέχεται καμιά υπευθυνότητα*

25. *Παίρνει πολλές πρωτοβουλίες / Δεν παίρνει καμιά πρωτοβουλίες*

Η βαθμολόγηση έγινε με κλίμακα 5 σημείων (από 0: υψηλή ποιότητα, μέχρι 4: χαμηλή ποιότητα). Το συνολικό σκορ για κάθε άτομο κυμαίνεται από 0 (άριστη ποιότητα) μέχρι 100 (χαμηλή ποιότητα).

Τα στατιστικά, συγκριτικά αποτελέσματα αναφέρονται σε 67 μέλη για τα οποία έγιναν τουλάχιστον 2 εκτιμήσεις. Η πρώτη εκτίμηση γινόταν περίπου 2 μήνες από την ένταξη του ατόμου στην «ΕΣΤΙΑ», ενώ η τελευταία εκτίμηση γινόταν πριν την ολοκλήρωση του προγράμματος. Σε αρκετούς έγιναν και άλλες, ενδιάμεσες εκτιμήσεις.

Πρώτη εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: 45,59 \pm 16,91. Τελευταία εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: 44,08 \pm 16,52. Παρατηρείται μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα ($p=0,352$ – NS), ένδειξη βελτίωσης της ποιότητας στην εργασία – απασχόληση, αλλά και των διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της απασχόλησης, με τη συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Εκτίμηση Χρήσης Υπηρεσιών, Ασφαλών Συνθηκών Διαβίωσης, Κοινωνικών Δεξιοτήτων

Η εκτίμησή τους έγινε με τη χρήση ενός τροποποιημένου Ερωτηματολογίου από το *St. Brendan's Rehabilitation Services Assessment Schedule, Dublin, Ireland*. Η εκτίμηση του κάθε ατόμου έγινε από το πρόσωπο αναφοράς (key worker / case manager), μέλος της θεραπευτικής ομάδας.

Για την εκτίμηση της *Χρήσης Υπηρεσιών / Διευκολύνσεων στην Κοινότητα*, κλήθηκαν τα μέλη της «ΕΣΤΙΑΣ» να απαντήσουν με Ναι ή με Όχι σε έναν κατάλογο (παρατίθεται στη συνέχεια) 10 ερωτήσεων. Αξιολογήθηκαν τα «Όχι» επειδή εκφράζουν κάποια αδυναμία του ατόμου, που χρειάζεται την παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας ώστε να κατακτηθεί ο στόχος να εκτιμηθεί η παράμετρος αυτή με «Ναι» στο μέλλον.

1. *Μπορεί να χρησιμοποιήσει κοινόχρηστο τηλέφωνο.*
2. *Μπορεί να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο της «ΕΣΤΙΑΣ» ή του σπιτιού (εφ' όσον υπάρχει).*
3. *Μπορεί να πάει να φάει σ' ένα εστιατόριο, ταβέρνα, καφενείο, κλπ.*
4. *Μπορεί να πάει στο κουρείο / κομμωτήριο.*
5. *Μπορεί να πάει σε ταχυδρομικό γραφείο.*
6. *Μπορεί να πληρώσει λογαριασμούς κοινοχρήστων, ΔΕΗ, Ύδρευσης, κλπ.*
7. *Γνωρίζει τι είδους μαγαζιά υπάρχουν περίπου στη γειτονιά.*
8. *Μπορεί να τα βγάλει πέρα στην κοινότητα, ακόμη και με καταστάσεις που δεν είναι τόσο πολύ εξοικειωμένος/η.*
9. *Μπορεί να χρησιμοποιεί μόνος / η αστικά ή και υπεραστικά λεωφορεία για τις μετακινήσεις.*
10. *Καταλαβαίνει τις κοινόχρηστες ταμπέλες ή τα σήματα (δρόμων, μαγαζιών, Υπηρεσιών, σηματοδότες Τροχαίας, κλπ.).*

Τα στατιστικά, συγκριτικά αποτελέσματα αναφέρονται σε 67 μέλη για τα οποία έγιναν τουλάχιστον 2 εκτιμήσεις. Η πρώτη εκτίμηση γινόταν περίπου 2 μήνες από την ένταξη του ατόμου στην «ΕΣΤΙΑ», ενώ η τελευταία εκτίμηση γινόταν πριν την

ολοκλήρωση του προγράμματος. Σε αρκετούς έγιναν και άλλες, ενδιάμεσες εκτιμήσεις.

Πρώτη εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: $1,42 \pm 1,75$. Τελευταία εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: $1,12 \pm 1,40$. Παρατηρείται μεγάλη μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα. Η διαφορά είναι οριακά στατιστικά μη σημαντική ($p=0,57$), ένδειξη σημαντικής βελτίωσης της δυνατότητας χρήσης υπηρεσιών / διευκολύνσεων στην κοινότητα των μελών με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Για την εκτίμηση των *Ασφαλών Συνθηκών Διαβίωσης*, κλήθηκαν τα μέλη της «ΕΣΤΙΑΣ» να απαντήσουν με Ναι ή με Όχι σε έναν κατάλογο (παρατίθεται στη συνέχεια) 6 ερωτήσεων. Αξιολογήθηκαν τα «Όχι» επειδή εκφράζουν κάποια αδυναμία του ατόμου, που χρειάζεται την παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας ώστε να κατακτηθεί ο στόχος να εκτιμηθεί η παράμετρος αυτή με «Ναι» στο μέλλον.

1. Γνωρίζει οδηγίες αποφυγής πυρκαγιάς στην «ΕΣΤΙΑ».
2. Γνωρίζει οδηγίες αντίδρασης σε περίπτωση που εκδηλωθεί πυρκαγιά σε κλειστό χώρο (νοσοκομείο, κινηματογράφος, ταβέρνα, κλπ.).
3. Γνωρίζει πώς να αποταθεί τηλεφωνικά στην Πυροσβεστική Υπηρεσία (τηλ.: 199).
4. Γνωρίζει να χρησιμοποιεί σωστά / με ασφάλεια ηλεκτρικές συσκευές.
5. Γνωρίζει να χρησιμοποιεί σωστά / με ασφάλεια συσκευές γκαζιού.
6. Μπορεί να κυκλοφορεί με σχετική ασφάλεια στο δρόμο (κυκλοφοριακή αγωγή).

Τα στατιστικά, συγκριτικά αποτελέσματα αναφέρονται σε 67 μέλη για τα οποία έγιναν τουλάχιστον 2 εκτιμήσεις. Η πρώτη εκτίμηση γινόταν περίπου 2 μήνες από την ένταξη του ατόμου στην «ΕΣΤΙΑ», ενώ η τελευταία εκτίμηση γινόταν πριν την ολοκλήρωση του προγράμματος. Σε αρκετούς έγιναν και άλλες, ενδιάμεσες εκτιμήσεις.

Πρώτη εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: $1,37 \pm 1,67$. Τελευταία εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: $0,86 \pm 1,29$. Παρατηρείται σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,001$), ένδειξη σημαντικής βελτίωσης της δυνατότητας για ασφαλείς συνθήκες διαβίωσης στην κοινότητα των μελών με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Για την εκτίμηση των *Κοινωνικών Δεξιοτήτων*, κλήθηκαν τα μέλη της «ΕΣΤΙΑΣ» να απαντήσουν με Ναι ή με Όχι σε έναν κατάλογο (παρατίθεται στη συνέχεια) 18 ερωτήσεων. Αξιολογήθηκαν τα «Όχι» επειδή εκφράζουν κάποια αδυναμία του ατόμου, που χρειάζεται την παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας ώστε να κατακτηθεί ο στόχος να εκτιμηθεί η παράμετρος αυτή με «Ναι» στο μέλλον.

1. Διατηρεί κατάλληλη στάση στο σώμα.
2. Περπατά σωστά.
3. Διατηρεί κατάλληλη βλεματική επαφή με συνομιλητές.
4. Χρησιμοποιεί κατάλληλες εκφράσεις προσώπου.
5. Στέκεται στη σωστή απόσταση από τους άλλους.
6. Χρησιμοποιεί κατάλληλο τόνο φωνής.
7. Χρησιμοποιεί κατάλληλη ένταση φωνής (ούτε πολύ χαμηλόφωνα, ούτε πάρα πολύ δυνατά).
8. Παρακολουθεί / προσέχει τους άλλους όταν μιλούν.
9. Ξεκινά μια συζήτηση.
10. Διατηρεί μια συζήτηση.
11. Μπορεί να εκφράσει κατάλληλα τα αισθήματά του / της.

12. Μπορεί να εκφράσει με λόγια, κατάλληλα τις ανάγκες του / της.
13. Κάθεται μαζί με άλλους.
14. Δείχνει κατάλληλο ενδιαφέρον για τους άλλους.
15. Φροντίζει / δεν αμελεί τον εαυτό του / της.
16. Χρησιμοποιεί φράσεις και λέξεις που δεν θίγουν τον συνομιλητή του / της.
17. Η συμπεριφορά του / της δείχνει πως «πιστεύει στον εαυτό του / της».
18. Μπορεί να χαλαρώσει (να μην βρίσκεται σε κατάσταση έντασης).

Τα στατιστικά, συγκριτικά αποτελέσματα αναφέρονται σε 67 μέλη για τα οποία έγιναν τουλάχιστον 2 εκτιμήσεις. Η πρώτη εκτίμηση γινόταν περίπου 2 μήνες από την ένταξη του ατόμου στην «ΕΣΤΙΑ», ενώ η τελευταία εκτίμηση γινόταν πριν την ολοκλήρωση του προγράμματος. Σε αρκετούς έγιναν και άλλες, ενδιάμεσες εκτιμήσεις.

Πρώτη εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: $4,22 \pm 2,61$. Τελευταία εκτίμηση: συνολικό σκορ στην κλίμακα, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση: $3,12 \pm 2,17$. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα ($p < 0,001$), ένδειξη σημαντικής βελτίωσης των κοινωνικών δεξιοτήτων με τη συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες της «ΕΣΤΙΑΣ».

Επιβάρυνση στην Οικογένεια

Εκτιμήθηκε η επιβάρυνση στην οικογένεια με τη χρήση του *Ερωτηματολόγιου Επιβάρυνσης στην Οικογένεια από την παρουσία ενός ατόμου με ψυχοδιαφορικό πρόβλημα* (βρίσκεται στο Παράρτημα Γ). Η εκτίμηση έγινε με τη βοήθεια της κοινωνικής λειτουργού της θεραπευτικής ομάδας, στη διάρκεια των επτά χρόνων λειτουργίας του Κ.Η. Μέχρι τις 31 Αυγούστου 2008 είχαν συμπληρωθεί ερωτηματολόγια για 41 άτομα.

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από μέλη της οικογένειας, στην πλειονότητά τους γονείς (ποσοστό 83%) που ζουν μαζί με το άτομο με ψυχοδιαφορικό πρόβλημα. Απάντησαν, επίσης, ο αδελφός για τέσσερα άτομα, ο σύζυγος για ένα άτομο και τα παιδιά (ένας γιος και μια θυγατέρα) για δύο άτομα. Για τα υπόλοιπα μέλη του Κ.Η. δεν υπήρχαν κοντινοί συγγενείς για να δώσουν αξιόπιστες και έγκυρες πληροφορίες.

Διαγνωστικά, στην πλειονότητά τους, οι ασθενείς – μέλη του Κ.Η. που οι συγγενείς τους απάντησαν στο ερωτηματολόγιο αυτό έχουν χαρακτηριστεί ως άτομα με σχιζοφρένεια (οι 33 από αυτούς) και με διπολική διαταραχή (οι τρεις από αυτούς).

Εκτιμώντας την οικονομική επιβάρυνση, στο ερώτημα «Μήπως ο ασθενής σας έχασε τη δουλειά του ή σταμάτησε να κάνει την εργασία / σπουδές που έκανε πριν;» οι περισσότεροι (ποσοστό 70%) απάντησαν *Ναι*. Σημαντικά μικρότερο (29%) ήταν το ποσοστό των συγγενών που απάντησαν *Ναι* στο ερώτημα «Σταμάτησε κανείς άλλος από την οικογένεια να εργάζεται επειδή έπρεπε να παραμείνει στο σπίτι λόγω της πάθησης του αρρώστου;». Περίπου οι μισοί (ποσοστό 49%) δήλωσαν ότι «Ο ασθενής ξόδεψε ή έχασε χρήματα χωρίς αιτία λόγω της πάθησής του ή χρειάστηκε να δαπανηθούν χρήματα σε φάρμακα, γιατρούς, κλπ». Οι περισσότεροι (95%) δεν έκαναν ορισμένες ιδιαίτερες δαπάνες, ούτε αναγκάστηκαν να δανεισθούν πολλά χρήματα ή ακόμη να ξοδέψουν χρήματα από καταθέσεις σε τράπεζες, ταμειευτήριο, κ.λ.π. (85%). Στην πλειονότητά τους (ποσοστό 87%) δήλωσαν ότι «Δε χρειάστηκε να αναβληθεί κάποια προγραμματισμένη δραστηριότητα της οικογένειας εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών από την πάθηση του αρρώστου».

Όσον αφορά στη διάσπαση των τακτικών δραστηριοτήτων της οικογένειας, οι περισσότεροι ασθενείς (ποσοστό 78%) δεν πήγαιναν στην εργασία τους, ενώ επίσης οι περισσότεροι (ποσοστό 58%) δεν βοηθούσαν σε οικιακές εργασίες. Στις πιο

πολλές οικογένειες (80%) έπρεπε κάποιος από την οικογένεια να αφιερώσει χρόνο για να προσέχει τον αρρώστο, ώστε να αναγκάζεται να παραμελήσει κάποια δική του δραστηριότητα ή να αναγκάζεται να παραμελήσει κάποια δική του δραστηριότητα λόγω της συμπεριφοράς του αρρώστου. Ωστόσο, σε επόμενη ερώτηση καταγράφεται ότι στις λιγότερες από τις μισές οικογένειες (ποσοστό 39%) παραμελήθηκαν τα υπόλοιπα μέλη εξ αιτίας της πάθησης του αρρώστου.

Στην εκτίμηση της *διάσπασης του ελεύθερου χρόνου (ξεκούρασης) της οικογένειας*, σε περίπου 70% των περιπτώσεων αναστάλθηκαν τελείως ή σε κάποιο βαθμό διάφορες μορφές διασκέδασης των μελών της οικογένειας και η πάθηση του αρρώστου ήταν η αιτία να χάσει κάποιο άλλο άτομο της οικογένειας τις διακοπές του ή το χρόνο της ξεκούρασής του. Στις μισές περίπου οικογένειες (ποσοστό 51%) έπρεπε κάποια άλλη δραστηριότητα, όπως για παράδειγμα κάποιο ευχάριστο ταξίδι ή μια οικογενειακή συγκέντρωση για διασκέδαση, χορό ή γιορτή, να αναβληθεί εξ αιτίας της πάθησης του αρρώστου.

Στην εκτίμηση της *διάσπασης της οικογενειακής αλληλεπίδρασης*, στο 73% των οικογενειών υπήρχε κάποια αρρωστημένη επίδραση στη γενική ατμόσφαιρα του σπιτιού. Σε σχετικά λίγες, ωστόσο, οικογένειες (29%) υπήρχαν διαφωνίες για την αντιμετώπιση του αρρώστου και η πάθησή του είχε κάποια άλλη επίδραση στις σχέσεις των μελών της οικογένειας ή στις σχέσεις της οικογένειας με τους συγγενείς και τους γείτονες. Σε μία στις δύο, περίπου, οικογένειες (ποσοστό 51%) διάφοροι συγγενείς ή γείτονες αραιώσαν τις επισκέψεις τους στο σπίτι λόγω της άσχημης συμπεριφοράς του ασθενούς και, παράλληλα, τα μέλη της οικογένειας απομονώθηκαν αποφεύγοντας να έχουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους διότι υπήρχε ο φόβος ότι οι άλλοι θα τους παρεξηγούσαν. Μόνο σε μία στις έξι οικογένειες, περίπου, η πάθηση του αρρώστου είχε κάποια άλλη επίδραση στις σχέσεις των μελών της οικογένειας ή στις σχέσεις της οικογένειας με τους συγγενείς και τους γείτονες.

Όσον αφορά σε θέματα *επίδρασης στη σωματική και ψυχική υγεία των άλλων*, στη μία στις τρεις, περίπου, οικογένειες (ποσοστό 34%) καταγράφεται και θεωρείται ότι τα άλλα μέλη της οικογένειας νόσησαν από κάποια σωματική αρρώστια ή χτύπησαν εξ αιτίας της συμπεριφοράς του ασθενούς. Επίσης, περίπου σε μία στις τέσσερις οικογένειες (ποσοστό 26%) καταγράφεται και θεωρείται ότι κάποιο άλλο άτομο της οικογένειας απευθύνθηκε σε γιατρό για ψυχολογική πάθηση εξ αιτίας της συμπεριφοράς του ασθενούς.

Ικανοποίηση από τις Προσφερόμενες Υπηρεσίες

Έχει ζητηθεί από μέλη της «ΕΣΤΙΑΣ» που συμμετείχαν στο πρόγραμμα του Κ.Η. τουλάχιστον για 6 μήνες να εκφράσουν γραπτά την ικανοποίησή τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Στο ερωτηματολόγιο έχουν απαντήσει περισσότερα από 30 άτομα. Οι περισσότεροι απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις. Ωστόσο, κάποιες ερωτήσεις δεν απαντήθηκαν από όλους. Έτσι στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων λαμβάνεται υπ' όψη το % ποσοστό των ατόμων που απάντησαν στην κάθε ερώτηση – υποερώτηση.

Στην πρώτη θεματική ενότητα ερωτήσεων «*Τι σας ικανοποιεί περισσότερο από τις υπηρεσίες που προσφέρει το προσωπικό του Κέντρου Ημέρας Εστία;*», στην πρόταση «*Με ικανοποιεί η προθυμία τους να επιλύουν προβλήματα σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών της Εστίας*» οι περισσότεροι από αυτούς (ποσοστό 84%) δηλώνουν «πολύ-πάρα πολύ ικανοποιημένοι». Στην πρόταση «*Με ικανοποιεί η προθυμία τους να επιλύουν προβλήματα σχετικά με τη διαβίωση στην κοινότητα, με την*

οικογένεια, τους φίλους και τους άλλους ανθρώπους» επίσης οι περισσότεροι από αυτούς (ποσοστό 84%) δηλώνουν «πολύ-πέρα πολύ ικανοποιημένοι». Στην πρόταση «Με ικανοποιεί η προθυμία τους να επιλύουν προβλήματα που σχετίζονται με συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής» σε ποσοστό 82% δηλώνουν «πολύ-πέρα πολύ ικανοποιημένοι». Στην πρόταση «Με ικανοποιεί η ικανότητά τους να «προσέχουν» τι λέει ο άλλος όταν αναφέρεται σε προσωπικά του θέματα» σε ποσοστό 83% δηλώνουν «πολύ-πέρα πολύ ικανοποιημένοι». Στην πρόταση «Με ικανοποιεί η ικανότητά τους να «προσέχουν» τι λέει ο άλλος όταν αναφέρεται σε καταστάσεις που τον πλήγωσαν στο παρελθόν» πολλοί από αυτούς (ποσοστό 63%) δηλώνουν «πολύ-πέρα πολύ ικανοποιημένοι». Στην πρόταση «Με ικανοποιεί η ικανότητά τους να με «κατανοούν», να με αντιμετωπίζουν σαν συνταγματικά ισότιμο πολίτη και να σέβονται τα δικαιώματά μου» στην πλειονότητά τους (ποσοστό 90%) δήλωσαν: ναι.

Στη δεύτερη θεματική ενότητα ερωτήσεων «Τι θεωρείτε χρήσιμο από τη σχέση σας με το προσωπικό της Εστίας;», τα περισσότερα άτομα (ποσοστό 88%) δηλώνουν «Με βοηθούν να κατανοήσω τον εαυτό μου» και «Με βοηθούν να απαλλαγώ από τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής μου». Όλοι τους (ποσοστό 100%) δηλώνουν ότι «Με βοηθούν να αποκτήσω αυτογνωσία για την ψυχική διαταραχή μου» και «Με βοηθούν να περάσω δημιουργικά και ευχάριστα τις ώρες παραμονής μου στην Εστία».

Στην τρίτη θεματική ενότητα ερωτήσεων «Τι θα μπορούσατε να προτείνετε για τη βελτίωση της σχέσης σας με το προσωπικό της Εστίας;», οι περισσότεροι (ποσοστό 85%) δηλώνουν ότι «Δεν θα ήθελαν να αυξηθούν οι ώρες παραμονής τους στην Εστία», ενώ οι υπόλοιποι προτείνουν αύξηση των ωρών από 1 μέχρι 2 κάθε ημέρα. Στην πλειονότητά τους (ποσοστό 95%) «Θα ήθελαν να ενημερώνονται για κάθε αλλαγή που αφορά στο πρόγραμμα των δραστηριοτήτων τους στην Εστία». Οι περισσότεροι από αυτούς (ποσοστό 84%) παραδέχονται ότι «Αυτό (ενημέρωση για αλλαγές) γίνεται σε σημαντικό βαθμό σήμερα». Σε ποσοστό 60% προτείνουν «Να υπάρχουν στο πρόγραμμα περισσότερες ώρες «ξεγνοιασιάς» (επιτραπέζια παιχνίδια, παρακολούθηση video, οργανωμένες έξοδοι, κ.α.) παρά μια τυπική «ψυχοθεραπευτική σχέση». Λιγότεροι (ποσοστό 41%) επιζητούν «Να ενισχυθεί η ψυχοθεραπευτική σχέση».

Η τέταρτη θεματική ενότητα ερωτήσεων αφορούσε στη «Θεραπευτική στάση του προσωπικού της Εστίας». Οι περισσότεροι (ποσοστό 66%) «Δεν θεωρούν καθόλου επικριτική απέναντί τους τη στάση του προσωπικού της Εστίας». Από τους υπόλοιπους, άλλοι θεωρούν λίγο (ποσοστό 29%) και άλλοι πολύ (ποσοστό 7%) επικριτική τη στάση του προσωπικού. Όλοι τους «Επιζητούν ειλικρίνεια και γνησιότητα από τη στάση του προσωπικού της Εστίας απέναντί τους».

Οι περισσότεροι (ποσοστό 92%) «Δεν αισθάνονται πως υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι προσέγγισής τους από τα μέλη του προσωπικού της Εστίας». Ωστόσο, κάποιοι μεμονωμένοι δηλώνουν: «Το κάθε μέλος μας προσεγγίζει διαφορετικά. Το πρόσωπο αναφοράς το συμβουλευόμαστε περισσότερο». «Οι τρόποι διαφέρουν ως προς την προσωπικότητα, το χαρακτήρα και την ιδιοσυγκρασία του κάθε μέλους του προσωπικού».

Στο ερώτημα «Ποιόν από τους τρόπους προσέγγισης θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες σας και γιατί» κάποια από τα μέλη απάντησαν: «Μου αρέσει αρέσει ο καλός, φιλικός και ευγενικός τρόπος». «Όταν έρχεται ο γιατρός και μας μιλάει». «Τη Μικρή Ομάδα, επειδή έχουμε περισσότερο χρόνο να μιλήσουμε». «Συζήτηση για προσωπικά θέματα». «Να επικοινωνώ περισσότερο με τα μέλη του προσωπικού όταν έχω κάποιο πρόβλημα». «Όλοι οι τρόποι προσέγγισης είναι καλοί και χρήσιμοι». «Οι Ομάδες (Μικρή και Μεγάλη)».

Όλοι τους «Θα ήθελαν να εκπαιδευτούν, ώστε να αποφεύγουν την επανεμφάνιση συμπτωμάτων της ψυχικής αρρώστιας». Οι περισσότεροι (ποσοστό 82%) δηλώνουν ότι «Θα προτιμούσαν τα μέλη του προσωπικού της Εστίας να είναι συνήθως «ζωντανά που θα τάραζαν συνεχώς τα νερά». Οι υπόλοιποι «Θα προτιμούσαν τα μέλη του προσωπικού της Εστίας να είναι συνήθως σιωπηλά και ήρεμα».

Επίσης, σε ποσοστό 82% δηλώνουν ότι «Επιζητούν περισσότερο μια φιλική σχέση με τα μέλη του προσωπικού της Εστίας παρά μια επαγγελματική σχέση». Οι υπόλοιποι 18% δηλώνουν ότι προτιμούν περισσότερο κάποια «επαγγελματική σχέση». Όταν τους ζητείται να επιχειρηματολογήσουν για την προτίμησή τους αυτή κάποιοι σημειώνουν: «Μου αρέσει να αισθάνομαι την Εστία σαν μια οικογένεια». «Να νιώθω άνετα, έτσι τους καταλαβαίνω καλύτερα, έχω ανάγκη από φίλους». «Αισθανόμαστε σαν να είμαστε ίσοι». «Στο Κέντρο ερχόμαστε να ενισχυθούμε συναισθηματικά και όχι να μας θυμίζει την εργασία μας». «Επειδή μπορούμε να καταλαβαινόμαστε πιο καλά». «Επειδή δεν έχω παρέες». «Έχω την ανάγκη να μοιραστώ τα προβλήματά μου μ' ένα φιλικό πρόσωπο». «Δεν έχω πολλούς φίλους και θέλω να αποκτήσω φίλους». «Να με βοηθάνε να μιλάμε και να κάνουμε παρέα». «Αισθάνομαι πιο άνετα κι ο χρόνος κυλά πιο ευχάριστα». «Προτιμώ τη φιλική σχέση. Με βοηθά περισσότερο στην αρρώστια μου».

Σχεδόν όλοι τους (ποσοστό 94%) «Θα ήθελαν τα μέλη του προσωπικού της Εστίας να τους «βάζουν» στην πραγματικότητα και όχι να τους αφήνουν στον «κόσμο τους» (τον μερικές φορές εξωπραγματικό)». Όταν τους ζητείται να εκφράσουν τις απόψεις τους κάποιοι σημειώνουν: «Θέλω να αισθάνομαι καλά στον κόσμο μου». «Πρέπει και εμείς να είμαστε προσγειωμένοι, για να διακρίνουμε τον πραγματικό κόσμο από τον φανταστικό». «Έτσι πιστεύω πως είναι καλύτερα για μένα». «Για να μην αποτελούμε εξαίρεση». «Θέλω να ζω στην πραγματικότητα». «Επειδή αισθάνομαι καλύτερα όταν μου λένε την πραγματικότητα». «Γίνομαι ώριμος και αντιμετωπίζω καλύτερα τη ζωή». «Για να συνηθίσουμε το επαγγελματικό περιβάλλον». «Για να ξεπερνάμε τα προβλήματά μας και να συνεχίζουμε». «Επειδή έτσι ζω στην πραγματικότητα». «Επειδή θέλω ειλικρινή άτομα γύρω μου».

Τα περισσότερα άτομα (ποσοστό 80%) θεωρούν ότι είναι «πολύ-πέρα πολύ υποβοηθητική» η στάση του προσωπικού της «ΕΣΤΙΑΣ» άμεσης καθοδήγησης μέσα από συμβουλές και συστάσεις, όπως επίσης ότι τα μέλη του προσωπικού της «ΕΣΤΙΑΣ» ενδιαφέρονται «πολύ-πέρα πολύ» γι' αυτούς ειλικρινά. Όλοι τους θεωρούν τα μέλη του προσωπικού της «ΕΣΤΙΑΣ» περισσότερο σαν θεραπευτές τους παρά σαν «ψυχρούς επαγγελματίες», ενώ επίσης όλοι τους θεωρούν ότι τα μέλη του προσωπικού της «ΕΣΤΙΑΣ», σαν θεραπευτές τους, είναι «πολύ-πέρα πολύ καλά» εκπαιδευμένοι.

Η πέμπτη θεματική ενότητα ερωτήσεων αφορούσε σε «Γενικά θέματα (ποιότητα ζωής και προσφερόμενων υπηρεσιών, αποδοχή στη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου)». Στην πλειονότητά τους (ποσοστό 85%) «Επιζητούν βελτίωση της ποιότητας ζωής τους στην κοινότητα». Όλοι τους αποδέχονται τελικά ως «καλό-πολύ καλό» το επίπεδο προσφερόμενων υπηρεσιών της «ΕΣΤΙΑΣ». Στο ερώτημα «Εάν πιστεύετε πως το επίπεδο προσφερόμενων υπηρεσιών της Εστίας χρειάζεται αναμόρφωση / βελτίωση, παρακαλούμε γράψτε μας τους τομείς που κατά τη γνώμη σας πρέπει να βελτιωθούν, καθώς και τις δικές σας προτάσεις» κάποιοι σημείωσαν: «Περισσότερες εκδρομές, εξόδους και διασκέδαση». «Να ασχολούμασταν με πιο περίπλοκα πράγματα στη ζωγραφική, στις μικροκατασκευές». «Η ομάδα των εικαστικών δεν μου αρέσει». «Περισσότερες ομάδες δραστηριοτήτων, καινούριες ιδέες». «Περισσότερη εργασιοθεραπεία, περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη στην αρχή τουλάχιστον». Στην πλειονότητά τους (ποσοστό μεγαλύτερο του 60%)

δηλώνουν ότι «Δεν δίστασαν καθόλου να εκφράσουν ανοιχτά και ελεύθερα τις απόψεις τους». Ο ένας στους τρεις δήλωσε ότι δίστασε «λίγο» να τις εκφράσει, ενώ ένας ακόμη δίστασε «πολύ». Όλοι τους δηλώνουν ότι «Δεν θεωρούν ότι μπορεί να «απορριφθούν ή να κακοπεράσουν» εξ αιτίας των απαντήσεων που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο αυτό».

Συμπεράσματα

Το Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» λειτουργεί από το 2002 στον κεντρικό-ανατολικό τομέα του πολεοδομικού συγκροτήματος Θεσσαλονίκης. Κύριος στόχος της λειτουργίας του είναι η επαρκής, κατά το δυνατόν, για κάθε άτομο-μέλος του, ψυχοκοινωνική επανένταξη και λειτουργική αυτονόμηση.

Στη διάρκεια της χρονικής περιόδου 2002 - 2008, έγιναν αρχικές συνεντεύξεις-εκτιμήσεις ή και συμμετείχαν σε δραστηριότητες και θεραπευτικά προγράμματα του Κ.Η. 140 ενήλικα άτομα με ψυχιατρικά / ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Ωστόσο, σε 67 από τα άτομα αυτά, κρατήθηκαν πληρέστερα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και έγιναν από το προσωπικό του Κ.Η. 2 τουλάχιστον κλινικές αξιολογήσεις με τη βοήθεια ερωτηματολογίων.

Στη μεγάλη πλειονότητά τους πρόκειται για ψυχωτικά άτομα με ιστορικό νοσηλείας σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, που συμμετέχουν σε προγράμματα της «ΕΣΤΙΑΣ» για περισσότερους από 13 μήνες και ζουν στην κοινότητα με τους γονείς τους.

Η συμμετοχή αυτών των ατόμων στα προγράμματα και τις δραστηριότητες του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» διαπιστώθηκε πως συσχετίζεται σημαντικά με μείωση του αριθμού ημερών νοσηλείας τους σε ψυχιατρικό νοσοκομείο / ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Γνωρίζοντας την αρνητική επίδραση της νοσηλείας κάποιου ατόμου με σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα στην αυτοεκτίμησή του και το «στιγματισμό» του, αναγνωρίζεται η σημαντική συμβολή του Κ.Η. στη μείωση αυτών των επιπτώσεων.

Η συμμετοχή των ατόμων αυτών στις δραστηριότητες και τα προγράμματα του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» διαπιστώθηκε ότι συνέβαλε στη σημαντική βελτίωση της ψυχοπαθολογίας τους, καθώς και στη σχετική βελτίωση της λειτουργικότητάς τους, της ποιότητας ζωής τους, της ποιότητας στην εργασία – απασχόληση αλλά και των διαπροσωπικών σχέσεών τους στο χώρο της απασχόλησης, όπως επίσης και της δυνατότητάς τους για χρήση υπηρεσιών / διευκολύνσεων στην κοινότητα.

Η συμμετοχή τους στις δραστηριότητες και τα προγράμματα του Κ.Η. συνέβαλε επίσης στη σημαντική βελτίωση της δυνατότητας για επίτευξη ασφαλών συνθηκών διαβίωσης στην κοινότητα, καθώς και στη σημαντική βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων τους.

Τα περισσότερα άτομα δηλώνουν ικανοποιημένα από τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο Κ.Η. Με μία μόνον εξαίρεση, κανένα από τα μέλη δεν εμφάνισε σοβαρά διαταρακτική ή επικίνδυνη και καταστρεπτική συμπεριφορά στη διάρκεια της παραμονής του στο Κ.Η.

Κρίνεται ότι σε μεγάλο βαθμό το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» έχει καλύψει, στη διάρκεια της χρονικής περιόδου 2002 – 2008, τους στόχους του για παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών ημερήσιας ψυχοκοινωνικής φροντίδας σε άτομα που ζουν στη γεωγραφική περιοχή που καλύπτει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cheadle AJ, Morgan R. The measurement of work performance of psychiatric patients: a reappraisal. *British Journal of Psychiatry* 1972, 120:437-441.
2. Clifford PI. *The Community Placement Questionnaire*. London: Research and development for psychiatry, T.R. House, London SE1 1LB, 1989.
3. Griffiths RDP. A standardized assessment of the work behaviour of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry* 1973, 123:403-408.
4. Laggari V, Koutsiafti P, Goula Z, et. al. Psychiatric stigma: the perceptions of a day center's patients on chronic illness. *Annals of General Psychiatry* 2006, 5(Suppl 1), s. 151.
5. Λύκουρας Ε, Μπότσης Α, Ουλής Π. (Επιμέλεια έκδοσης). *Η Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS)*. Αθήνα 1997.
6. Mahendran R, Ibrahim K, Tan YP. Psychiatric day centers: The Singapore experience. *Singapore Medical Journal* 1995, 36:644-646.
7. Τόλιου Α. Συμπεράσματα και σχόλια για τα δέκα χρόνια λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας του Ψ.Ν.Θ. Πρακτικά επιστημονικής ημερίδας «Λειτουργία των Κέντρων Ημέρας στο δίκτυο των επανενταξιακών δομών. Εμπειρίες και προοπτικές». Διοργάνωση: Κέντρο Ημέρας / Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 1999.
8. Wilder J. Το Κέντρο Ημέρας ως Τμήμα του δικτύου Αποκατάστασης. Πρακτικά επιστημονικής ημερίδας «Λειτουργία των Κέντρων Ημέρας στο δίκτυο των επανενταξιακών δομών. Εμπειρίες και προοπτικές». Διοργάνωση: Κέντρο Ημέρας / Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 1999.

Προβληματισμοί και προοπτικές

Πολυχρονιάδης Νίκος (I)
Παπαϊωάννου Καλλιόπη (II)

(I)

Η εμπειρία των επτά χρόνων λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας φέρνει μαζί της προβληματισμούς και γεννά προοπτικές, καθώς φιλόδοξος στόχος μας παραμένει ένας συνδυασμός αλλαγών (ή τουλάχιστον έναρξής τους) σε ενδοψυχικό, διαπροσωπικό, συμπεριφορικό και επίπεδο λειτουργικότητας.

Ο αριθμός των ασθενών-μελών του Κ.Η. δεν ξεπερνά τους είκοσι πέντε. Με βάση τις υποδομές, τον αριθμό των μελών του προσωπικού και τις κατευθύνσεις της δουλειάς μας, πιστεύουμε ότι μεγαλύτερος αριθμός ασθενών θα λειτουργούσε σε βάρος της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

Η διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος έχει αυξηθεί από ένα σε ενάμισι έτος, ενώ ακολουθεί παράταση μερικής παρακολούθησης του προγράμματος μέχρι και έξι μηνών. Δίνεται έμφαση τόσο στην παρακολούθηση και παρέμβαση στις τόσο σημαντικές για τους ασθενείς διεργασίες αποχωρισμού όσο και σε πρακτικά ζητήματα σχετικά με το μετέπειτα πλαίσιο ζωής τους. Κατά το χρονικό διάστημα συμμετοχής στο πρόγραμμα, πράγματι παρατηρούνται και αρχίζουν να σταθεροποιούνται θετικές αλλαγές σε πολλούς ασθενείς, συχνά όμως διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν ασθενείς που χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να επιτύχουν αλλαγές ή ασθενείς στους οποίους οι ούτως ή άλλως συνεχιζόμενες ανάγκες των σχιζοφρενών δείχνουν πιο επιτακτικές. Ωστόσο η ύπαρξη νέων παραπομπών και αιτημάτων προς το παρόν δεν καθιστά δυνατή την αύξηση της διάρκειας παρακολούθησης. Δεν είμαστε μάλλον σε θέση να μιλήσουμε για δεδομένη βέλτιστη διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος, διάρκεια που όμως δεν μπορούμε, για ποικίλους λόγους, να εξατομικεύσουμε.

Η κλινική μας εκτίμηση και η εφαρμογή κλιμάκων, συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων συγκλίνουν στο ότι σημαντικός αριθμός ασθενών παρουσιάζει βελτίωση σε μεγάλο εύρος ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Έχει διαπιστωθεί επίσης σημαντική μείωση των αναγκών νοσηλείας. Προς το παρόν, δεν είμαστε σε θέση να εκτιμήσουμε τη σχετική συνεισφορά μη ειδικών παραγόντων και εξειδικευμένων παρεμβάσεων ούτε έχουμε διαπιστώσει σαφείς παράγοντες πρόγνωσης της πορείας. Μελέτες που θα χρησιμοποιούσαν ομάδα ελέγχου (ένα ανάλογων χαρακτηριστικών δείγμα ασθενών που λαμβάνει τη «συνήθη» θεραπεία, π.χ. φαρμακοθεραπεία και μηνιαίες επισκέψεις στο θεράποντα) θα επικύρωναν ή όχι την εκτίμησή μας περί θετικής επίδρασης του θεραπευτικού προγράμματος.

Μείζον ζήτημα αποτελεί η διατήρηση ή όχι του θεραπευτικού αποτελέσματος που πολλοί ασθενείς επιτυγχάνουν. Η κατοπινή μας πληροφόρηση (μέσω ατομικών επαφών με το πρόσωπο αναφοράς, μέσω της Κοινωνικής Λέσχης, μέσω πληροφοριών από άλλες πηγές) δείχνει ότι κάποιοι ασθενείς διατηρούν αυτά που έχουν κερδίσει, ενώ άλλοι εκπίπτουν ή υποτροπιάζουν. Μελέτες που θα εκτιμούσαν την πορεία των ασθενών μετά τη λήξη του προγράμματος θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμες, αλλά, τουλάχιστον στην παρούσα φάση, το προσωπικό δεν διαθέτει το πλεόνασμα χρόνου για να τις διεξάγει.

Η αίσθησή μας είναι ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών που θα ωφελούνταν από το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Κ.Η. δεν έρχεται ποτέ σε επαφή με αυτό και οι αιτίες μπορεί να είναι πολλές. Απαιτείται εντατικότερη και συνεχής ενημέρωση γιατρών και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, δομών και υπηρεσιών στην κοινότητα. Απ' την άλλη, οι εν δυνάμει παραπέμποντες ίσως δεν γνωρίζουν ή αμφιβάλλουν για την αποτελεσματικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ή, ακόμα, περιορίζονται από το φόρτο εργασίας ή από την απαισιοδοξία σχετικά με την πρόγνωση ιδιαίτερα των σχιζοφρενών ασθενών. Τέλος, δεν θα πρέπει να λησμονούνται παράγοντες όπως η περιορισμένη εναισθησία των ασθενών, η έντονη αρνητική συμπτωματολογία και το στίγμα.

Πέραν των διεργασιών αποχωρισμού ή αν θέλετε στο πλαίσιό τους, είμαστε προσανατολισμένοι στην επιτακτική ανάγκη, με το πέρας του προγράμματος, το ενδιαφέρον των ασθενών να παραμείνει στραμμένο προς διαπροσωπικές, κοινωνικές σχέσεις και δημιουργικές δραστηριότητες. Οφείλουμε δυστυχώς να ομολογήσουμε, λαμβάνοντας υπόψιν και τους περιορισμούς που η σχιζοφρένεια ούτως ή άλλως συχνά συνεχίζει να θέτει, ότι το δίκτυο υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δημιουργικής απασχόλησης, προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, προστατευόμενης εργασίας παραμένει φτωχό.

Πρόσφατα έχουν εισαχθεί στο πρόγραμμα λειτουργίας του Κ.Η. δύο νέες ομαδικές δραστηριότητες, η εφαρμογή των οποίων έφερε μαζί της νέους προβληματισμούς. Η συμπεριφορικού προσανατολισμού ομάδα εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες οδήγησε μεν σε βελτίωση κοινωνικών ελλειμμάτων-στόχων, όμως είμαστε εξαιρετικά επιφυλακτικοί ως προς τη γενίκευση και τη διατήρηση του αποτελέσματος. Έτσι, στόχος μας είναι, με βάση σύγχρονα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα, η εφαρμογή εντατικότερων (με μεγαλύτερη συχνότητα συνεδριών, μακρότερη διάρκεια, μεγαλύτερο εστιασμό στις γνωσιακές λειτουργίες, πιο απαιτητικούς και πολυεπίπεδους στόχους) προγραμμάτων εκπαίδευσης.

Η ψυχοεκπαίδευση οικογενειών ασθενών-μελών του Κ.Η. μετρά μόνον ένα κύκλο συνεδριών, η εμπειρία είναι σίγουρα μικρή για εξαγωγή συμπερασμάτων, ωστόσο προβληματιστήκαμε από το μεγάλο ποσοστό αποχωρήσεων. Πιθανολογούμε ότι ο εκπαιδευτικός χαρακτήρας του προγράμματος (σε αντιδιαστολή με ένα πιο «υποστηρικτικό» πλαίσιο που ενδεχομένως προσδοκούσαν οι οικογένειες), η μεγάλη συναισθηματική καταπόνηση, το άγχος και η άρνηση των συγγενών συνιστούν κάποια από τα αίτια των αποχωρήσεων. Μένει να δούμε στην πορεία αν το φαινόμενο συνεχίζεται και να προσαρμόσουμε, εφόσον χρειαστεί, ανάλογα την τεχνική μας.

Σε ό,τι αφορά τις οικογένειες των ασθενών που παρακολουθούν το πρόγραμμα του Κ.Η., συχνά διαπιστώνεται η ύπαρξη δυσλειτουργικών και στρεσογόνων για τον ασθενή σχημάτων διαντίδρασης εντός αυτών. Επίσης διαπιστώνεται η ύπαρξη δυσφορικών συναισθημάτων ή και ψυχικών διαταραχών στα μέλη τους. Φαίνεται, λοιπόν, ότι πέραν των συμβουλευτικών, υπάρχει ανάγκη πιο εξειδικευμένων παρεμβάσεων. Μια σειρά παραγόντων, όπως η έλλειψη εξειδίκευσης, χρονικοί περιορισμοί λόγω φόρτου εργασίας και περιορισμένου αριθμού μελών προσωπικού ή το ότι η ευθύνη του κεντρικού θεραπευτικού σχεδιασμού ανήκει στον θεράποντα ψυχίατρο, δεν έχει επιτρέψει την εφαρμογή οικογενειακών θεραπειών. Απαιτείται, όμως, από την πλευρά μας, καλύτερη διασύνδεση με υπηρεσίες που παρέχουν οικογενειακή θεραπεία και στενότερη συνεργασία και προς αυτή την κατεύθυνση με τους θεράποντες.

Με βάση τα προηγούμενα, αρχίζει να γίνεται φανερό ότι εντός του συνεκτικού πλαισίου λειτουργίας του Κ.Η., μπορεί να ενδείκνυνται θεραπευτικές παρεμβάσεις

που να αφορούν σε υποσύνολα της ομάδας των ασθενών. Για παράδειγμα, κάποιος από τους ασθενείς μπορεί να χρειάζονται εξειδικευμένη προσπάθεια βελτίωσης των γνωσιακών λειτουργιών, άλλοι των κοινωνικών ελλειμμάτων τους, ενώ άλλοι παρεμβάσεις στην οικογένειά τους. Η εξατομίκευση συνάδει με την περίπλοκη και πολυπαραγοντική φύση των σοβαρών ψυχικών διαταραχών και πιστεύουμε ότι έχει θέση εντός ομαδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η θεραπευτική ομάδα του Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» είναι και οφείλει να παραμείνει μια «ζωντανή» ομάδα. Έχουμε στραμμένο το ενδιαφέρον μας στις ανάγκες των ασθενών, ερχόμαστε σε επαφή με τα ποικίλα ρεύματα επιστημονικής σκέψης, μαθαίνουμε από την εμπειρία μας και διατηρούμε επίγνωση της ευθύνης του ρόλου που η κοινωνία μας εμπιστεύτηκε απέναντι σε μια από τις πιο ευαίσθητες και δοκιμαζόμενες ομάδες του πληθυσμού της.

(II)

Στο πλαίσιο των προβληματισμών μας, που αφορούν στις προοπτικές των Κέντρων Ημέρας, αναφέρουμε:

1. Όπως περιγράψαμε στο κεφάλαιο για την Τομεοποίηση, η αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας συναρτάται με τη δικτύωση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, η οποία στην πράξη δεν έχει λειτουργήσει. Οι Τ.Ε.Ψ.Υ., παρόλο που έχουν ορισθεί τα καθήκοντά τους ήδη από το 2000, δε διαθέτουν δυνατότητα λήψης αποφάσεων και δεν μπορούν να ασκήσουν το έργο που τους έχει ανατεθεί.

2. Τα Κέντρα Ημέρας έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν κυρίως από εταιρίες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς σύμφωνα με το Άρθρο 11 του Νόμου 2716/1999: «Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία... Κέντρων Ημέρας, Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανάταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης. Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Το αυτό φυσικό ή νομικό πρόσωπο μπορεί να λειτουργεί περισσότερες από μία Μ.Ψ.Υ.. Οι μονάδες αυτές των φυσικών και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.)».

Η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα έχει προχωρήσει κυρίως με τη λειτουργία των Οικοτροφείων, τα οποία στεγάζουν και προσφέρουν αποκαταστασιακές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε μεγάλο αριθμό ψυχικά ασθενών που για πολλά χρόνια νοσηλεύονταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία κυρίως για κοινωνικούς λόγους. Η διασύνδεση αυτή όμως πρέπει να ενισχυθεί περισσότερο μέσα στο πλαίσιο των Το.Ψ.Υ. και προς την κατεύθυνση της υλοποίησης της δικτύωσης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3. Το Κέντρο Ημέρας λειτουργεί σύμφωνα με το Άρθρο 8 του Νόμου 2716/1999 σαν Κέντρο Εξειδικευμένης Περίθαλψης. Δεν έχει ορισθεί από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος».

Η Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος «Ψυχαργός – Β΄ Φάση» συνέταξε τον Ιούνιο του 2005 έναν Οδηγό Οργάνωσης και Λειτουργίας των Κέντρων Ημέρας και τον απέστειλε σε όλους τους φορείς για συζήτηση. Στείλαμε τις παρατηρήσεις μας σε αυτές τις προτάσεις αλλά δεν υπήρξε συνέχεια. Αυτό που θέλουμε να τονίσουμε είναι ότι πολλές καθοριστικές λεπτομέρειες

αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας των Κ.Η. συνδέονται με τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των ασθενών-μελών τους, καθώς και με τη σύνθεση και τις εξειδικευμένες γνώσεις του προσωπικού. Το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» εξυπηρετεί κατά βάση ασθενείς με σχιζοφρένεια, νεαρής-μέσης ηλικίας, κατοίκους αστικών περιοχών, που διαμένουν με τις οικογένειές τους.

4. Βασικό θέμα, ακόμη, αποτελεί η ομαλή ροή της χρηματοδότησης των αστικών μη κερδοσκοπικών εταιριών, οι οποίες για να συνεχίσουν το έργο τους απρόσκοπτα θα πρέπει να είναι σε θέση να διατηρούν σταθερό το προσωπικό τους, εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο. Τα στελέχη των εταιριών θα πρέπει πέρα από την καθημερινή εργασία τους, παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, να μπορούν να προγραμματίζουν μακροπρόθεσμες δραστηριότητες και παρεμβάσεις, να επιτελούν επιστημονικό έργο και να συνεισφέρουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των πολιτών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Οι προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις, ερευνητικές εργασίες και εισηγήσεις αναφέρονται στην εμπειρία μας από την εν γένει λειτουργία του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», περιγράφουν συγκεκριμένες ομαδικές δραστηριότητες ή την εφαρμογή εξειδικευμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων, μελετούν τα αποτελέσματα του θεραπευτικού προγράμματος σε σειρά τομέων της ψυχικής ζωής και λειτουργίας των ασθενών-μελών του Κ.Η., συνεισφέροντας στο διάλογο για το ρόλο και το έργο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Το Κ.Η. «ΕΣΤΙΑ» έχει διοργανώσει δύο ημερίδες σχετικά με θέματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Στο Παράρτημα Α αναφέρονται οι συμμετοχές του Κ.Η. σε συνέδρια και επιστημονικές συναντήσεις, ενώ στο Παράρτημα Β παρατίθενται αναλυτικά κάποιες από αυτές τις εργασίες.

- **18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής
Μάιος 2004, Κως**

Αναρτημένη Ανακοίνωση:

Κέντρο Ημέρας «Εστία» (I): Μια νέα δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Ανατολική Θεσσαλονίκη

Ν.Πολυχρονιάδης, Ν.Τσικώτης, Μ.Καραγιάννη, Κ.Καλούδη, Α.Θεοδωρίδης, Μ.Σωτηρίου, Γ.Αγγελίδης

Αναρτημένη Ανακοίνωση:

Κέντρο Ημέρας «Εστία» (II): Εκτίμηση πορείας ψυχοπαθολογίας και αναγκών νοσηλείας μελών

Ν.Πολυχρονιάδης, Ν.Τσικώτης, Γ.Αγγελίδης, Μ.Σωτηρίου

Αναρτημένη Ανακοίνωση:

Κέντρο Ημέρας «Εστία» (III): Εκτίμηση πορείας λειτουργικότητας μελών

Μ.Καραγιάννη, Κ.Καλούδη, Α.Θεοδωρίδης, Θ.Ναγοπούλου, Γ.Αγγελίδης, Ν.Πολυχρονιάδης, Ν.Τσικώτης

Αναρτημένη Ανακοίνωση:

Κέντρο Ημέρας «Εστία»: Εμπειρία δύο χρόνων λειτουργίας

Ν.Τσικώτης, Ν.Πολυχρονιάδης, Μ.Σωτηρίου, Κ.Παπαϊωάννου, Α.Αλβανού

- **Επιστημονική Συνάντηση: «Ψυχιατρικές Δομές Ημερήσιας Φροντίδας: Λειτουργία – Αποτελέσματα – Προοπτικές»
Δεκέμβριος 2004, Θεσσαλονίκη**

Εισήγηση:

Η επίδραση της εφαρμογής των αρχών της θεραπευτικής κοινότητας στην ψυχωτική ψυχολογία *

Ν. Πολυχρονιάδης

Εισήγηση:

Κέντρο Ημέρας «Εστία»: Αξιολόγηση πορείας μελών *

Ν. Τσικώτης

Εισήγηση:

Λειτουργία – Δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας «Εστία» *

Κ.Καλούδη, Μ.Καραγιάννη

- **Ημερίδα: «Κέντρα Ημέρας: ανταλλαγή εμπειριών από τη λειτουργία τους»
Ιούνιος 2005, Αθήνα**

Εισήγηση:

Η επίδραση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του Κέντρου Ημέρας «Εστία» στην ψυχοπαθολογία των μελών του

Ν. Πολυχρονιάδης

- **IX World Congress Of Psychosocial Rehabilitation
October 2006, Athens**

Poster:

“Estia” Day Center: An Evaluation of Members’ Psychopathology Course,
Nursing Needs and Correlated Factors

N.Polychroniadis, Ch.Gaintartzi, N.Tsikotis, A.Alvanou, L. Karamitopoulos

- **Πανελλήνιο Συνέδριο: «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Σχιζοφρένεια»
Ιούνιος 2007, Αλεξανδρούπολη**

Αναρτημένη Ανακοίνωση:

Εκτίμηση και Συσχέτιση Πορείας Ψυχοπαθολογίας και Λειτουργικότητας
Ασθενών με Σχιζοφρένεια στο Κέντρο Ημέρας «Εστία» Θεσσαλονίκης *

Χ. Γκαϊνταρτζή, Ν. Πολυχρονιάδης, Α.Αλβανού, Λ.Καραμητόπουλος

- **1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών: «Γνωσιακές
ψυχοθεραπείες: Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές»
Νοέμβριος 2007, Πάτρα**

Προφορική Ανακοίνωση:

Πιλοτική Διερεύνηση της Αποτελεσματικότητας Προγράμματος
Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων σε Σχιζοφρενικούς Ασθενείς

Χ. Γκαϊνταρτζή, Μ. Καραγιάννη, Λ. Κωνσταντινίδης.

Αναρτημένη Ανακοίνωση:

Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων σε Σχιζοφρενικούς
Ασθενείς - Μέλη του Κέντρου Ημέρας «Εστία» Θεσσαλονίκης

Χ. Γκαϊνταρτζή, Μ. Καραγιάννη, Λ. Κωνσταντινίδης

- **Ημερίδα: «Προγράμματα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων σε Δομές
Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης»
Μάρτιος 2008, Θεσσαλονίκη**

Εισήγηση:

Προς ένα απαρτιωμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής θεραπείας στο Κέντρο
Ημέρας «Εστία» *

Ν. Πολυχρονιάδης

Εισήγηση:

Ομαδικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων του Κέντρου
Ημέρας «Εστία»: περιγραφή, προβληματισμοί και αποτελέσματα *

Μ. Καραγιάννη, Χ. Γκαϊνταρτζή

- **20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής
Μάιος 2008, Κρήτη**

Αναρτημένη Ανακοίνωση:

Περιγραφή της λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας «Εστία» Θεσσαλονίκης
μέσα από την παρουσίαση της πορείας ασθενούς-μέλους του
Χ. Γκαϊνταρτζή, Μ.Καραγιάννη

Αναρτημένη Ανακοίνωση:

Πρόταση για τη δικτύωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του Ανατολικού
Τομέα Θεσσαλονίκης
Σ. Τσιλίκας, Β. Λαζαρίδης, Β. Ευγενίδου, Μ. Καραγιάννη, Κ.Παπαϊωάννου

* Αναλυτική παράθεση στο Παράρτημα Β

Παρασκευή 10 Δεκεμβρίου 2004

**Επιστημονική Συνάντηση:
«Ψυχιατρικές Δομές Ημερήσιας Φροντίδας:
Λειτουργία – Αποτελέσματα – Προοπτικές»**

**Οργάνωση:
Εταιρία «Σύνθεση», Κέντρο Ημέρας «Εστία»
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Κέντρο Ημέρας, Νοσοκομείο Ημέρας**

Πρόγραμμα

9:00 – 9:30 Προσέλευση – Εγγραφές

9:30 – 9:45 Χαιρετισμός εκπροσώπου του Υπουργείου Υγείας
και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

A. ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ «ΕΣΤΙΑ» Συντονιστής: Σωτηρίου Μιχάλης, ψυχίατρος

10:00 – 11:00

“Η επίδραση της εφαρμογής των αρχών της θεραπευτικής
κοινότητας στην ψυχωτική ψυχολογία”
Πολυχρονιάδης Νίκος, ψυχίατρος

“Κέντρο Ημέρας «Εστία»: αξιολόγηση πορείας μελών”
Τσικώτης Νίκος, ψυχολόγος

“Λειτουργία – Δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας «Εστία»”
Καλούδη Κατερίνα, νοσηλεύτρια
Καραγιάννη Μαρία, κοινωνική λειτουργός

B. ΠΡΟΣΚΕΚΑΛΗΜΕΝΟΙ ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ Συντονιστής: Σωτηρίου Μιχάλης, ψυχίατρος

11:00 – 12:00

“Κέντρο Ημέρας: Βασικό συστατικό στην ολοκληρωμένη
φροντίδα ψυχικής υγείας ”
Ζαχαριάς Ευάγγελος, κοινωνικός λειτουργός

“Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία με ψυχωτικούς”
Σίμος Γρηγόρης, ψυχίατρος

Γ. ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ Ψ.Ν.Θ.
Συντονιστής: Πολυχροιάδης Νίκος, ψυχίατρος

12:30 – 13:30

“α. Αποστιγματισμός των ψυχικά ασθενών
β. Ευαισθητοποίηση της κοινότητας
γ. Καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού
Οι βασικοί στόχοι των δραστηριοτήτων του Κέντρου Ημέρας”
Γκίμας Δημήτριος, εργοθεραπευτής
Συμεωνίδης Γιώργος, ηθοποιός

“Κοινωνική Λέσχη· ένας προστατευμένος χώρος ψυχαγωγίας”
Σπανού Θάλεια, ψυχιατρική νοσηλεύτρια

Δ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ Ψ.Ν.Θ.
Συντονιστής: Πολυχροιάδης Νίκος, ψυχίατρος

13:30 – 14:30

“Ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα Νοσοκομείου Ημέρας”
Αλβανού Αγγελική, ψυχίατρος

“Νοσοκομείο Ημέρας – Κέντρο Ημέρας: μιλούν οι ασθενείς”
Παπαδοπούλου Ματίνα, ψυχολόγος

“Ο ρόλος της επισκέπτριας υγείας στο Νοσοκομείο Ημέρας”
Μαρίνου Χρυσοστέλλα, επισκέπτρια υγείας

14:30 Συζήτηση - Κλείσιμο

Ελαφρύ γεύμα

Πέμπτη 6 Μαρτίου 2008

Ημερίδα:
**«Προγράμματα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων σε Δομές
Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης»**

Οργάνωση:
**Προσωπικό του Κέντρου Ημέρας «Εστία»
Α.μ.Κ.Ε. «Σύνθεση»**

Πρόγραμμα

10:00 – 10:15	Πρόλογος: Προς ένα απαρτιωμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής θεραπείας στο Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» Πολυχρονιάδης Νίκος, ψυχίατρος
10:15 – 11:00	Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία και Εκπαίδευση Κοινωνικών Δεξιοτήτων Κωνσταντινίδης Λευτέρης, ψυχολόγος
11:00 – 11:45	Ομαδικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ»: περιγραφή, προβληματισμοί και αποτελέσματα Καραγιάννη Μαρία, κοινωνική λειτουργός – Γκαϊνταρτζή Χρύσα, ψυχολόγος
11:45 – 12:15	Συζήτηση
12:15 – 12:45	Διάλειμμα – Καφέ
12:45 – 13:00	Ομάδα Εστίασης στο Κέντρο Ημέρας «ΑΝΑΤΟΛΗ»: Σκέψεις και Προβληματισμοί. Κυριακίδου Μαρία, ψυχολόγος – Ζαρζοπούλου Αγγελική, κοινωνική λειτουργός
13:00 – 13:15	Εκπαίδευση σε Δεξιότητες Αυτόνομης Διαβίωσης και Κοινωνικές Δεξιότητες των ενοίκων του Οικοτροφείου «ΑΞΙΟΣ». Παπακυρίδου Ισιδώρα, κοινωνική λειτουργός – Αργύρογλου Νίκος, ψυχολόγος
13:15 – 13:30	Εκπαίδευση Κοινωνικών Δεξιοτήτων στο Οικοτροφείο «ΑΘΩΝΑΣ» Αντωνοπούλου Ανθή, κοινωνική λειτουργός – Χρυσοχοϊδου Παρασκευή, ψυχολόγος – Σαμαλέκη Κατερίνα, απασχολησιοθεραπεύτρια
13:30 – 14:00	Συζήτηση
	Ελαφρύ γεύμα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Εισήγηση:

Η επίδραση της εφαρμογής των αρχών της θεραπευτικής κοινότητας στην ψυχωτική ψυχολογία

N. Πολυχρονιάδης

Περιοριζόμενοι στις κατά την άποψή μας βασικότερες ψυχοδυναμικές συλλήψεις σχετικά με τον ψυχωτικό νου και τη χρόνια ευαλωτότητα για ψυχωτική κατάρρευση, υποθέτουμε ότι ο ψυχωτικός αντιμετωπίζει λόγω ιδιοσυστασίας ή/και απογοήτευσης από την πραγματικότητα ένα πράγματι υπαρξιακό δίλημμα: από τη μια αδυνατεί να αποδεχθεί την αμφιθυμία του για το αντικείμενο(21), διαβαίνοντας το πρωταρχικό πένθος(2) ή την καταθλιπτική θέση(1,22) και να εγκαταστήσει ουσιαστική αντικειμενότροπη θέση, διαφοροποιώντας την εικόνα του εαυτού από την εικόνα του αντικειμένου(9,11,12). Από την άλλη η αναγκαιότητα της συσχέτισης με το αντικείμενο εγείρει στοματικά(7) ή συμβιωτικά(14) ζητήματα και κινητοποίηση άγχους αφανισμού, οπότε ο εαυτός θα κατακλυσθεί, θα εγκολλωθεί από κάποιον άλλο, θα πάψει να υπάρχει(8). Η βασική εμπιστοσύνη (προς εαυτό και αντικείμενο) είναι ελλειμματική προς όφελος της δυσπιστίας(4,5), όπως ελλειμματική είναι η ταυτότητα και ο έλεγχος της πραγματικότητας, συμπεριλαμβανομένων των ορίων Εγώ – μη Εγώ(24). Η λύση (και αυτή η «νοσηματοδότηση» του φαινομενικού ψυχωτικού αλλοπρόσαλλου αποτελεί σημαντικότερη προσφορά της ψυχαναλυτικής σκέψης) δίδεται από πρωτόγονες άμυνες όπως: πρωτόγονη απόσυρση, άρνηση, παντοδύναμος έλεγχος, πρωτόγονη εξιδανίκευση και υποτίμηση, πρωτόγονες μορφές προβολής και ενδοβολής, διχοτόμηση(16).

Ακόμα και με την αποδοχή νεότερων, συνθετικών της ψυχανάλυσης και αναπτυξιακής ψυχολογίας απόψεων ότι διαφοροποιημένος από- και σε σχέση με- τον άλλον εαυτός υφίσταται από την αρχή της ζωής(23), η παθολογική επεξεργασία στον ψυχωτικό ζητημάτων όπως π.χ. στοματικότητα, συμβίωση, εξατομίκευση, εμπιστοσύνη δεν παύει να μας απασχολεί, ακόμα και αν δεν γίνεται αντιληπτή ως αποτέλεσμα παλινδρόμησης σε αντίστοιχα στάδια ανάπτυξης των δύο πρώτων χρόνων της ζωής.

Το αρχικό νευροδυναμικό μοντέλο της σχιζοφρένειας, η υπόθεση «στρες – προδιάθεση» (stress-diathesis)(15), δέχεται την αλληλεπίδραση προδιαθεσικών (γενετικών ή πρώιμων επίκτητων βιολογικών) παραγόντων, διαρκών αλλά διαμορφούμενων παρ' όλ' αυτά επιγενετικά και στρεσογόνων παραγόντων (εσωτερικών ή εξωτερικών συμβάντων που απαιτούν προσαρμογή), με αποτέλεσμα την εκδήλωση συμπτωμάτων. Ως παραδείγματα άλλοτε άλλης έναρξης φαινοτυπικών εκδηλώσεων γονοτυπικών ευαλωτήτων αναφέρουμε τα ελλείμματα στην επεξεργασία σύνθετων πληροφοριών, τον κακό έλεγχο της αυτόνομης απαντητικότητας ιδιαίτερα σε ενάντια προς το άτομο ερεθίσματα, τις διαταραχές στην επεξεργασία διαπροσωπικών ερεθισμάτων ή τα ελλείμματα στην επίλυση προβλημάτων όπως π.χ. η υπερβολική χρήση της άρνησης ή η υπεραξιολόγηση του κινδύνου. Οι στρεσογόνοι παράγοντες αφορούν στην επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος κατά την ανάπτυξη και αργότερα, σε κοινωνικοοικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες, στην κοινωνική δικτύωση και σε χρόνια ή οξεία στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Υποστηρίζουμε λοιπόν ότι από τη στιγμή που τα ερεθίσματα αξιολογούνται γνωστικά και επενδύονται συναισθηματικά (π.χ. ως επικίνδυνα και αγχογόνα) με βάση την εμπειρία και μάθηση και από τη στιγμή που η φύση της ευαλωτότητας δείχνει να συνεισφέρει στο εν δυνάμει παθογόνο βίωμα, οι ψυχοδυναμικές συλλήψεις διατηρούν την αξία τους.

Το πιο πρόσφατο νευροδυναμικό μοντέλο της σχιζοφρένειας είναι το μοντέλο των «συστημάτων νευρωνικών δικτύων» (neuronal network systems) ή μοντέλο των

«συστημάτων παράλληλα κατανομημένης επεξεργασίας» (parallel distributed processing systems)(19,20). Ουσιαστικά πρόκειται για μια ευρύτερη, δεύτερη επανάσταση στην πειραματική ψυχολογία και τις νευροεπιστήμες, που δείχνει να σηματοδοτεί το πέρασμα από το μοντέλο «νους ως υπολογιστής» στο μοντέλο «νους ως εγκέφαλος»(18,26). Η σημασία για την επιβεβαίωση αλλά και την εξέλιξη σημαντικών ψυχαναλυτικών απόψεων δείχνει να είναι μεγάλη: Υπερεπιλεκτικά, θα λέγαμε ότι η μνήμη οργανώνεται σε συνειρμικά δίκτυα, με τμήματα συνειδητά ή ασυνειδητά. Ασυνειδητά τόσο λόγω της λειτουργίας του εγκεφάλου αυτής καθαυτής όσο και για αμυντικούς λόγους. Να προσθέσουμε τις σοβαρότατες ενδείξεις ύπαρξης όχι μόνο γνωστικών ασυνείδητων διεργασιών, αλλά και συναισθηματικών, αμυντικών καθώς και ασυνείδητων κινήτρων(25). Επανερχόμενοι στο ζήτημα της σχιζοφρένειας, υποτίθεται ότι τα συστήματα αυτά -λόγω προγεννητικών/περιγεννητικών βλαβών ή γενετικά προγραμματισμένης υπερβολικής αποψίλωσης (pruning) συνάψεων- παρουσιάζουν συγκεκριμένα, άκαμπτα επαναλαμβανόμενα σχήματα ενεργοποίησης (παρασιτικές μνήμες) από μεγάλο και ακατάλληλο εύρος εισερχόμενων πληροφοριών. Μπορεί λοιπόν τουλάχιστον κάποιες περιπτώσεις σχιζοφρένειας να προέρχονται από μια τέτοια νευρολογική δυσλειτουργία σε ανθρώπους μέχρι τότε αναπτυξιακά φυσιολογικούς. Επιλεκτική καταστροφή ή αναστολή πιο όψιμων αναπτυξιακών επιπέδων της προσωπικότητας, ιδιαίτερα δομών, λειτουργιών και αναπαραστάσεων εαυτού, μπορεί να οδηγήσει σε παλινδρόμηση σε πιο πρώιμα επίπεδα οργάνωσης προσωπικότητας και ανάπτυξης, χωρίς να προϋποτίθενται καθηλώσεις και αμυντικά κίνητρα γι' αυτή την παλινδρόμηση. Η φροϋδική θεωρία «απόσυρσης – ελλείμματος» (withdrawal-deficit theory) έρχεται έτσι ξανά στο νου μας(3,6).

Οι ασθενείς του Κέντρου Ημέρας είναι ως επί τω πλείστον ψυχωτικοί και μάλιστα σχιζοφρενείς. Πέραν της «αρνητικής» συμπτωματολογίας, κατά κανόνα διαπιστώνουμε και «θετική» συμπτωματολογία, αν και συνήθως αμβλυμένη. Ωστόσο υποστηρίζουμε ότι σε άλλοτε άλλο βαθμό «μη ψυχωτικό Εγώ» (10) υφίσταται και αποτελεί βάση για εφαρμογή παρεμβάσεων που κινούνται στο πλαίσιο των αρχών της θεραπευτικής κοινότητας. Το ζήτημα είναι με ποιους τρόπους και προς ποιες κατευθύνσεις θα μπορούσε να επιδρά σε ασθενείς ψυχωτικού επιπέδου οργάνωσης τόσο μια συνολική όσο και επιμέρους λειτουργίες στο πνεύμα των αρχών της ανεκτικότητας (permissiveness), απόδοσης πραγματικότητας (reality confrontation), εκδημοκρατισμού (democratization) και κοινωνισμού (communalism)(17).

Η ανεκτικότητα και η απόδοση πραγματικότητας συνδέονται στενά και δε νοείται η εν γένει στάση μας να μη χαρακτηρίζεται και από τις δύο. Δείχνουν να απευθύνονται σε θεμελιώδη ζητήματα της ψυχωτικής προβληματικής και συγχρόνως, κάποιες φορές, να έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ τους. Η ανεκτικότητα αφορά στο εύρος του ψυχικού βιώματος (π.χ. γνωσίες και συναισθήματα, άμυνες, επαναλαμβανόμενα δυσλειτουργικά σχήματα διαπροσωπικών σχέσεων, ψυχωτικά συμπτώματα, εκδραματίσεις), διαμορφώνονται συνθήκες που ευνοούν την έκφραση και αποφεύγεται η καταστολή με «διατάγματα», ώστε η στάση ή η συμπεριφορά να είναι διαθέσιμες προς παρατήρηση και επεξεργασία. Η απόδοση πραγματικότητας, παρά τις αντιξοότητες του έργου μας, πιστεύουμε ότι αφορά στη σχέση: εξωτερική πραγματικότητα (π.χ. εξωτερικές συνθήκες, συνέπειες) – εσωτερική πραγματικότητα (π.χ. μαθημένα σχήματα, εσωτερικές αναπαραστάσεις, παθολογικές λύσεις). Στην ουσία, ο ιδεατός στόχος είναι να λέγεται η αλήθεια με αγάπη – και να εισπράττεται έτσι. Σε μια ομάδα με ψυχωτικά μέλη, αναπόφευκτα, το μεγαλύτερο φορτίο του έργου της «ταχυδακτυλογραφικής» κάποιες φορές εξισορρόπησης υποστήριξης – απόδοσης πραγματικότητας πέφτει στο προσωπικό. Το πως οι «αντιμεταβιβαστικές» μας κινήσεις μπορούν να υποσκάψουν την εφαρμογή των αρχών της θεραπευτικής

κοινότητας αποτελεί μείζων θέμα, αλλά όχι της παρούσας εισήγησης. Από την άλλη, επιπρόσθετες θεραπευτικές τεχνικές (π.χ. ατομική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή ψυχοθεραπεία) είναι συμβατές, επιθυμητές ή και αναγκαίες.

Αντιλαμβανόμενοι ότι ο ψυχωτικός, ακόμη και όταν εκλείπουν θεαματικά συμπτώματα, δε νιώθει ιδιαίτερα ασφαλής για τον εαυτό του στο πλαίσιο της σχέσης του με τον άλλον, κατανοούμε ότι η ανεκτικότητα θα μπορούσε να προάγει την ψυχολογική ασφάλεια μέσα από την εσωτερίκευση του άλλου ως αντικειμένου άξιου εμπιστοσύνης. Ιδανικά και μέσα από επανειλημμένες εμπειρίες, ο άλλος δεν είναι απαραίτητα μια τιμωρητική, καταστροφική φιγούρα, έτοιμη να τον οδηγήσει στον αφανισμό. Εσωτερικά βιώματα γίνονται περισσότερο ανεκτά, καθώς η έκφραση τους δεν οδηγεί σε καταστροφή τον ίδιο τον ασθενή, τον άλλον – καθώς η ουσιαστικά ανεκτική στάση προϋποθέτει και εν τέλει επικοινωνεί βασική ισχύ και εμπιστοσύνη προς τον εαυτό του φορέα της – ή σε εγκατάλειψη του ασθενούς από τον άλλον. Έτσι διαμορφώνονται συνθήκες μείωσης του άγχους ή αύξησης της ανοχής στο άγχος. Επιπλέον αποφεύγονται επιπρόσθετα, δευτερογενή ναρκισσιστικά πλήγματα λόγω δυσμενών αντιδράσεων στην έκφραση του ψυχωτικού συμπτώματος.

Η απόδοση πραγματικότητας δείχνει να αποτελεί από τη μια απαραίτητη προσθήκη, καθώς τα όρια, η ετερότητα και η φύση της σχέσης δε φαίνεται να διασφαλίζονται επαρκώς (π.χ. το πρόσωπο αναφοράς μπορεί να βιώνεται ως αδύναμο, κατεστραμμένο, μυστικά έτοιμο να επιτεθεί ή αδιάφορο προς τον ασθενή), από την άλλη μπορεί να εκληφθεί ως η επιβεβαίωση μερικών από τους χειρότερους φόβους του ψυχωτικού (π.χ. προσπάθεια του προσώπου αναφοράς να αφανίσει την πραγματικότητα του ασθενούς επιβάλλοντας τη δική του πραγματικότητα, επίθεση από ένα κακό αντικείμενο). Ιδανικά, ο κατάλληλος συνδυασμός ανεκτικότητας – απόδοσης πραγματικότητας θα μπορούσε να ευνοήσει την εσωτερίκευση μιας νέας εμπειρίας (την εγγραφή μιας νέας αναπαράστασης) εαυτού – σε – σχέση – με – τον – άλλον: «Είμαι αποδεκτός από κάποιον διαφορετικό από εμένα, ο οποίος νοιώθει, καταλαβαίνει, ενδιαφέρεται εκτός των άλλων και για μένα, χωρίς να με καταστρέφει, να τον καταστρέφω ή να γινόμαστε ένα». Η ψυχολογία του Εγώ θα μιλούσε για το ξεπέραςμα της συμβίωσης και των πρώτων σταδίων της φάσης αποχωρισμού – εξατομίκευσης. Η σύγχρονη ψυχολογία Εαυτού, για επαρκή ανάπτυξη κυρίως της πυρηνικής (core relatedness) αλλά και της δυποκειμενικής (intersubjective relatedness) σύνδεσης εαυτού με τον άλλον(23).

Έτσι η απόδοση πραγματικότητας – υπό την προϋπόθεση ότι αποδίδει την πραγματικότητα του ασθενούς και των σχέσεών του, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό – αποκτά σημασία ως πράξη, ακόμα και πέραν της εναισθησίας που μπορεί να κερδηθεί από τον ασθενή. Υπάρχουν, επιπλέον, κάποια σημεία σε σχέση με την απόδοση πραγματικότητας που πρέπει έστω εν τάχει να αναφερθούν, κάποια από τα οποία μπορεί να αποτελούν αντικείμενο διχογνωμίας ή αμφιβολιών. Λόγω των τρομακτικών φαντασιώσεων των ασθενών ψυχωτικού επιπέδου οργάνωσης, ίσως η κατάλληλη αποκάλυψη των συναισθημάτων μας μπροστά σε μια τέτοια απαίτηση να αποτελεί την καταλληλότερη επιλογή, προσβλέποντας στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης μέσα από την ειλικρίνεια, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης μέσα από την επικύρωση της ορθότητας κάποιων αντιλήψεών τους και στην αντιμετώπιση πρωτόγονων φαντασιώσεων καταστροφής μέσα από την αποδοχή της ανθρώπινης φύσης και των συστατικών της (π.χ. συναισθήματα θυμού). Ανάλογα μπορεί ίσως να λειτουργήσει και η προσεκτική αυτοαποκάλυψη. Τέλος, πιστεύουμε ότι συχνά είναι αναγκαίο να εστιάζουμε όχι στις άμυνες που θέτει σε λειτουργία ο ασθενής αλλά σε βαθύτερα συναισθήματα και στρεσογόνες συνθήκες. Παράδειγμα: Η ασθενής, κινούμενη μπρος – πίσω στην καρέκλα της, λέει ότι ο πατέρας της κρατάει συντροφιά τα βράδια. Ακούει τη φωνή του να της λέει να αποφεύγει να βγαίνει για καφέ με

παιδιά από το Κ.Η. και ότι το προσωπικό δε νοιάζεται και δε θέλει το καλό της. Μέλος προσωπικού (αποφεύγοντας την αντιπαράθεση στη βάση της άρνησης του θανάτου του πατέρα ή στη βάση της προβολής του θυμού της σε αντιδιαστολή με τα θετικά συναισθήματα του προσωπικού γι αυτή): Φαίνεσαι πράγματι αναστατωμένη τις τελευταίες ημέρες. Ίσως το γεγονός ότι το Κέντρο θα είναι κλειστό την επόμενη εβδομάδα σε κάνει να νιώθεις πιο μόνη και να αναπολείς τη συντροφιά του πατέρα σου. Άλλωστε οι περισσότεροι άνθρωποι αναζητούν τους αγαπημένους τους όταν νιώθουν μόνοι. Καταλαβαίνω επίσης ότι θα ήθελες να κάναμε κάτι για να μείνει το Κέντρο ανοιχτό αυτές τις ημέρες...

Ο εκδημοκρατισμός αφορά στην εφαρμογή (σε βαθμό κατάλληλο προς τις υπάρχουσες συνθήκες) πιο ελαστικής και συμμετοχικής διαχείρισης, με διάνοιξη οριζόντιας και κάθετης επικοινωνίας, ενθάρρυνση της πρόσωπο – με – πρόσωπο συναλλαγής και της άσκησης κριτικής και μοίρασμα με ουσιαστικό τρόπο της ευθύνης των αποφάσεων. Η αρχή του κοινωνισμού χρησιμεύει για να τονίσει τη συμμετοχική φύση του όλου εγχειρήματος. Η συμμετοχή, στο πλαίσιο ενός περιβάλλοντος αποδοχής κι εμπιστοσύνης, διευκολύνεται με το μοίρασμα καθηκόντων, δραστηριοτήτων και χώρων.

Αν χρειάζεται να αρχίσουμε με τη διατύπωση κάποιας ανησυχίας, αυτή θα αφορούσε στον κίνδυνο άρνησης σημαντικών διαφορών και ατομικών αναγκών, ιδιαίτερα από τη στιγμή που αυτό είναι ένα εξαιρετικά ευαίσθητο σημείο της ψυχωτικής οργάνωσης. Από την άλλη, ένα με βάση αυτές τις αρχές διαμορφωμένο πλαίσιο δείχνει να είναι το καταλληλότερο για την εκδήλωση των ψυχικών προϊόντων των ασθενών, την ανάπτυξη σχέσεων και μεταβιβαστικών – αντιμεταβιβαστικών κινήσεων και την επεξεργασία τους. Και ίσως το καταλληλότερο για να εφαρμοσθούν οι λειτουργίες που συνδέονται με την ανεκτικότητα και την απόδοση πραγματικότητας. Η διαθεσιμότητα, η ανάδειξη της αυθεντικής ανθρώπινης διάστασης και η ειλικρίνεια των μελών του προσωπικού θα μπορούσαν να σηματοδοτούν νέες προοπτικές για τις εσωτερικευμένες αντικειμενότητες σχέσεις, το ίδιο και οι μεταξύ των μελών του προσωπικού σχέσεις. Επιπλέον, δεξιότητες (π.χ. επίλυση προβλημάτων, διεκδικητικότητα και τρόποι έκφρασης σκέψεων, συναισθημάτων, επιθυμιών, υιοθέτηση κατάλληλων συμπεριφορών) θα μπορούσαν να ενισχυθούν, όπως και η πληγείσα αυτοεκτίμηση.

Κλείνοντας, αναφέρουμε ότι η μοναδική μας φιλοδοξία ήταν να συνοψίσουμε τις βασικότερες των αντιλήψεών μας για τους ψυχωτικούς ασθενείς και την αντιμετώπισή τους στο πλαίσιο μιας δομής που διέπεται από τις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας. Κατά τα άλλα, οι δυνατότητες γόνιμου προβληματισμού είναι πολλές. Για παράδειγμα, πολλοί έχουν αναφερθεί στις αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις προς ψυχωτικούς ασθενείς και τη σημασία τους. Σε σχετική συνάφεια, τι συμβαίνει με την αναλογία ασθενών – μελών της θεραπευτικής ομάδας; Επίσης, δεδομένης της φύσης της ψύχωσης, πως τοποθετούμαστε σχετικά με το ζήτημα της χρονικής διάρκειας εφαρμογής των προγραμμάτων μας; Και ποιες οι συνέπειες του αποχωρισμού και η πορεία του ασθενούς μετά την αποχώρησή του; Σε κάποιο άλλο επίπεδο, ποιες οι συνέπειες του συνδυασμού με άλλες μορφές θεραπείας και ποιες θεωρητικές συνθέσεις επιβάλλονται; Το σίγουρο είναι ότι η κοινοτική ψυχιατρική και οι θεσμοί της δίνουν νέα ώθηση στην ψυχολογική σκέψη και στην προσπάθεια θεραπευτικής αντιμετώπισης των βαρύτερα νοσούντων ψυχικά ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Κλάιν Μ.: Η Ψυχανάλυση των Παιδιών, 1979
- 2) Πλουμπίδης Δ.Ν.: Η Διδασκαλία του P.C.Racamier για τις Ψυχώσεις, στο: Σχιζοφρένεια: Φαινομενολογική και Ψυχαναλυτική Προσέγγιση, 2002
- 3) Φρόντ Σ.: Ψυχαναλυτικές Παρατηρήσεις για μια Αυτοβιογραφικά Καταγραμμένη Περίπτωση Παράνοιας, στο: Τρία Ιστορικά Ασθένειας, 1995
- 4) Erikson E.H.: Childhood and Society, 1950
- 5) Erikson E.H.: Identity and the Life Circle, 1959
- 6) Freud S.: On Narcissism: An Introduction, 1914
- 7) Freud S.: Three Essays on the Theory of Sexuality, 1905
- 8) Guntrip H.: Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self, 1969
- 9) Jacobson E.: The Self and the Object World, 1964
- 10) Katan M.: The Non Psychotic Part of the Personality in Schizophrenia, International Journal of Psychoanalysis, 1954
- 11) Kernberg O. F.: Borderline Conditions and Pathological Narcissism, 1975
- 12) Kernberg O. F.: Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis, 1976
- 13) Little M.I.: Transference Neurosis and Transference Psychosis, 1981
- 14) Mahler M.S., Pine F., Bergman A.: The Psychological Birth of the Human Infant, 1975
- 15) Mc Glashan T.H., Hoffman R.E.: Schizophrenia: Psychodynamic to Neurodynamic Theories, in : Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock & Sadock , 2000
- 16) Mc Williams N.: Psychoanalytic Diagnosis, 1994
- 17) Morice J.K.W.: Basic Concepts : A Critical Review, in: Therapeutic Communities: Reflections and Progress
- 18) Olds D.D.: Connectionism and Psychoanalysis, Journal of American Psychoanalytic Association, 1994
- 19) Rumelhart D.D., Mc Clelland J.L. and the PDP Research Group: Parallel Distributed Processing: Explorations in the Microstructure of Cognition, Vols 1 and 2, 1986
- 20) Rumelhart D.D.: The Architecture of Mind: A Connectionists Approach, in: Foundations of Cognitive Science, 1990
- 21) Searles H.F.: Collected Papers, 1965
- 22) Segal H.: Introduction to the Work of Melanie Klein, 1975
- 23) Stern D.N.: The Interpersonal World of the Infant, 2000
- 24) Sullivan H. S.: The Psychiatric Interview, 1954
- 25) Westen D.: The Scientific Status of Unconscious Processes: Is Freud Really Dead ?, Journal of American Psychoanalytic Association, 1999
- 26) Westen D., Gabbard G.O.: Developments in Cognitive Neuroscience: I. Conflict, Compromise and Connectionism, Journal of American Psychoanalytic Association, 1994

Εισήγηση:

Κέντρο Ημέρας «Εστία»: Αξιολόγηση πορείας μελών

Ν. Τσικώτης

Το Κέντρο Ημέρας «Εστία» έχει συσταθεί από τη Μη Κερδοσκοπική Εταιρία Έρευνας, Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «Σύνθεση» και

λειτουργεί - καλύπτοντας τις ανάγκες της Κεντρικής και Ανατολικής Θεσσαλονίκης - εδώ και 2,5 περίπου χρόνια, με στόχο να συντελέσει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με σοβαρή ψυχική διαταραχή (κυρίως ψυχωτικών).

Το δομημένο πρόγραμμα λειτουργίας περιλαμβάνει σειρά ομαδικών δραστηριοτήτων: ψυχοθεραπευτικές ομάδες υποστηρικτικού τύπου, εκπαιδευτικές δραστηριότητες, καθώς και ψυχαγωγικές και κοινωνικές – πολιτιστικές δραστηριότητες. Δύο απογεύματα την εβδομάδα λειτουργεί Κοινωνική Λέσχη. Επιπλέον, λαμβάνουν χώρα συναντήσεις των μελών με το πρόσωπο αναφοράς όταν παρίσταται ανάγκη και συναντήσεις με τις οικογένειες, με στόχο τη βελτίωση της αποδοχής του ατόμου, των διαντιδράσεων και της ποιότητας ζωής όλων των μελών της οικογένειας.

Κατά την έως τώρα λειτουργία του Κέντρου Ημέρας έχουν συμμετάσχει στο πρόγραμμά του 40 ενήλικα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα 26 είναι άνδρες και τα 14 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 33,9 χρόνια (εύρος: 19-55 χρόνια). Τα περισσότερα από αυτά (25 άτομα-ποσοστό 62,5%) έχουν παραπεμφθεί από υπηρεσίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, 11 άτομα έχουν παραπεμφθεί από ιδιώτες και 4 από ψυχιατρικές υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. Στη μεγάλη πλειονότητά τους (28 άτομα-70%) πάσχουν από σχιζοφρένεια, 3 από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, 5 από διπολική διαταραχή, ενώ 4 άτομα έχουν άλλες διαγνώσεις. Οι περισσότεροι είναι χρόνιοι ψυχιατρικοί ασθενείς (μέσος όρος διάρκειας ψυχικής νόσου 13,1 χρόνια) και έχουν ιστορικό νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ιδιωτική ψυχιατρική κλινική (75%-μέσος όρος αριθμού εισαγωγών: 2,6 εισαγωγές ανά άτομο).

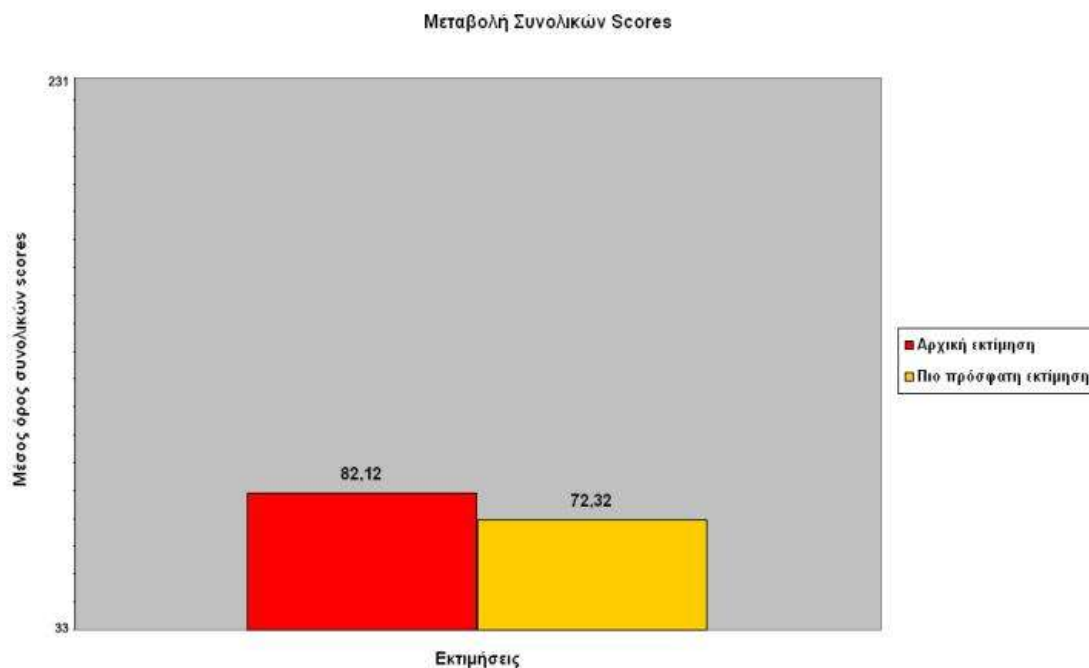
Η αξιολόγηση της πορείας των ασθενών – μελών γίνεται συστηματικά ανά 6 μήνες και εντάσσεται στην γενικότερη αξιολόγηση της λειτουργίας του Κ.Η. Συνοπτικά, μπορούμε να αναφέρουμε πως συμπληρώνονται επιμέρους ερωτηματολόγια ή κλίμακες από τα πρόσωπα αναφοράς, τον ψυχίατρο και τον ψυχολόγο. Εξετάζονται διάφοροι τομείς της ζωής των ασθενών, όπως η λειτουργικότητα, οι κοινωνικές δεξιότητες, η απόδοση στην εργασία, κλπ.

Η ψυχοπαθολογία αξιολογήθηκε με τη χρήση της Κλίμακας Θετικού Και Αρνητικού Συνδρόμου (P.A.N.S.S.). Για κάθε ασθενή λαμβάνουν χώρα 3 αξιολογήσεις (την περίοδο έναρξης, περί το μέσο της παρακολούθησης του προγράμματος και πριν τη λήξη), καθεμία από 2 εκτιμητές (ψυχίατρο και ψυχολόγο). Μέχρι τώρα, υπάρχουν τουλάχιστον 2 αξιολογήσεις για 34 ασθενείς. Για τη στατιστική επεξεργασία των τιμών στην κλίμακα P.A.N.S.S. χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ελέγχου στατιστικά σημαντικής διαφοράς σε ζευγαρωτές παρατηρήσεις (Wilcoxon Signed Ranks Test). Ο μέσος όρος των συνολικών σκορ στην κλίμακα P.A.N.S.S. κατά την πρώτη αξιολόγηση ήταν 82,12 ενώ κατά την πιο πρόσφατη 72,32 μειωμένος κατά 11,93%. Σε 30 ασθενείς διαπιστώθηκε μείωση του συνολικού σκορ στην κλίμακα, σε 2 παρέμεινε το ίδιο και μόνο σε 2 ασθενείς διαπιστώθηκε αύξηση. Η παραπάνω μείωση είναι στατιστικά σημαντική ($z = -3,975, p < 0,001$). Οι μέσοι όροι των σκορ στις κλίμακες θετικής συμπτωματολογίας, αρνητικής συμπτωματολογίας, γενικής ψυχοπαθολογίας και στα συμπληρωματικά στοιχεία για το προφίλ κινδύνου επιθετικότητας παρουσίασαν στατιστικά σημαντική μείωση κατά 10,10% ($z = -2,375, p < 0,05$), 11,56% ($z = -3,742, p < 0,001$), 12,81% ($z = -3,975, p < 0,001$) και 13,16% ($z = -2,556, p < 0,05$) αντίστοιχα.

Για τους προαναφερθέντες 34 ασθενείς, υπολογίστηκε το άθροισμα των ημερών νοσηλείας (122) κατά τη διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος του Κέντρου Ημέρας και το άθροισμα των χρονικών διαστημάτων παρακολούθησης του προγράμματος σε μήνες (411,5). Επίσης υπολογίστηκε το άθροισμα των ημερών νοσηλείας (4061) από το 1998 μέχρι την έναρξη παρακολούθησης του προγράμματος

(Ιούνιος 2002 έως Φεβρουάριος 2004) και το άθροισμα των χρονικών διαστημάτων από 1-1-98 μέχρι την ημερομηνία έναρξης παρακολούθησης του προγράμματος σε μήνες (2100,5). Έτσι διαπιστώθηκε ότι στην περίοδο συμμετοχής στο πρόγραμμα αντιστοιχούν 3,55 ημέρες νοσηλείας ανά άτομο ανά έτος ενώ στην προηγηθείσα του Κ.Η. πενταετία αντιστοιχούν 23,2 ημέρες νοσηλείας ανά άτομο ανά έτος, 6,53 φορές περισσότερες.

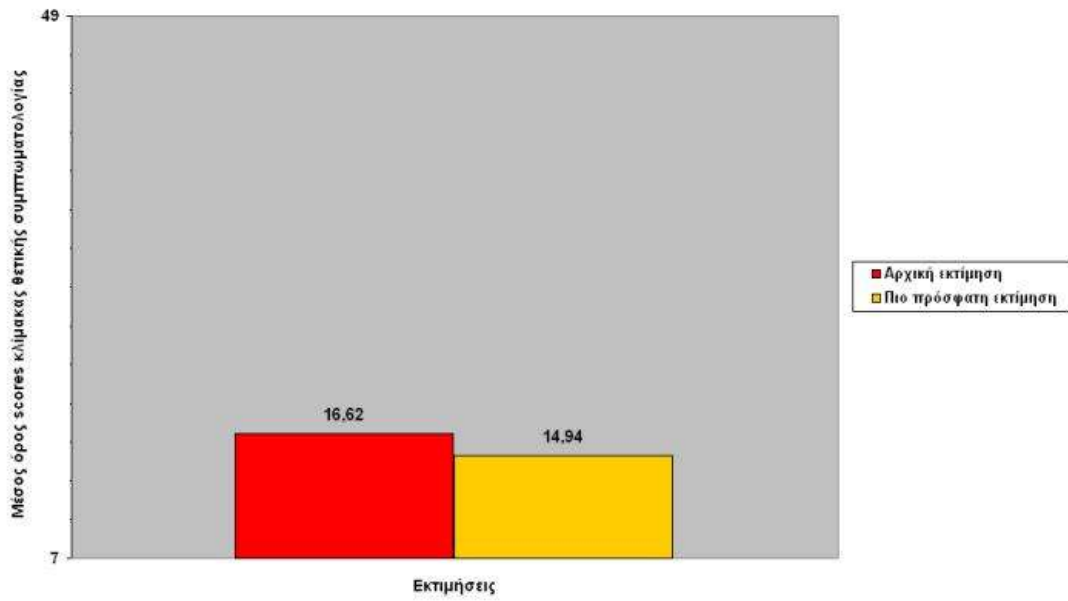
Η βελτίωση της ψυχοπαθολογίας, όπως εκτιμήθηκε με την κλίμακα P.A.N.S.S. και η συγκριτική μείωση των ημερών νοσηλείας συμφωνούν με την κλινική μας αίσθηση από την καθημερινή επαφή με τους ασθενείς – μέλη του Κέντρου Ημέρας. Πάντως η προσπάθεια ερμηνείας των προαναφερθέντων αποτελεσμάτων θα πρέπει να λάβει υπόψη σειρά παραγόντων. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ένταξης στο πρόγραμμα κατά την περίοδο υποχώρησης της οξείας φάσης, η πορεία της νόσου αυτή καθαυτή παίζει σημαντικό ρόλο. Απ' την άλλη, η καλύτερη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή αναδεικνύει τη σημασία του θεραπευτικού περιβάλλοντος του Κέντρου Ημέρας. Πέραν αυτών όμως, εκτιμούμε ότι πρέπει να συνυπολογιστούν το δομημένο πρόγραμμα και η βασισμένη στις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας εν γένει λειτουργία του Κέντρου Ημέρας «Εστία».



Μείωση 11,93%

Wilcoxon signed ranks test ($z = -3,975, p < 0,001$)

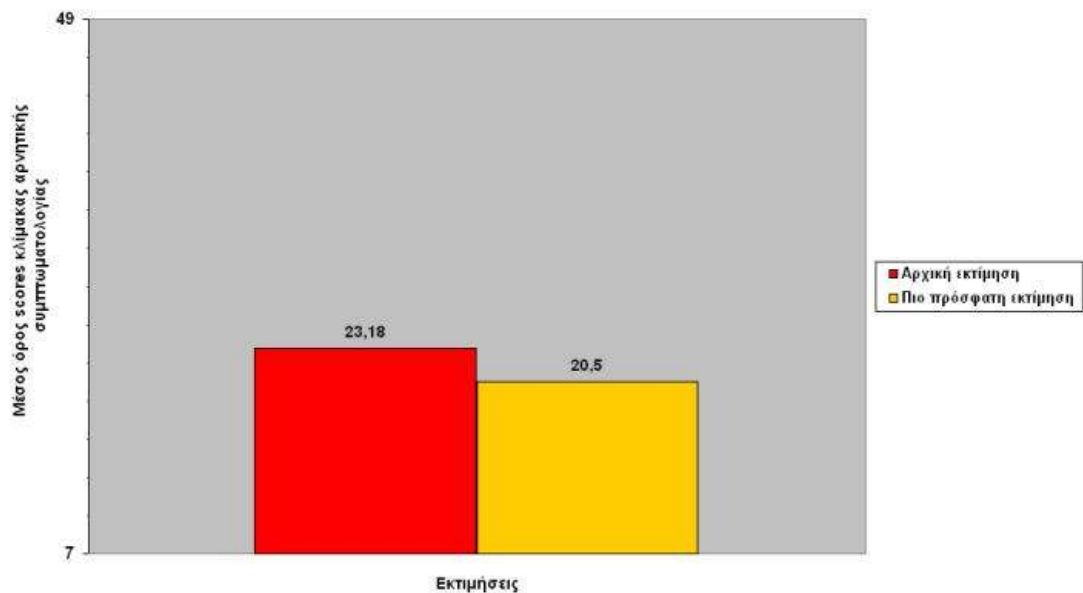
Μεταβολή scores Κλίμακας Θετικής Συμπτωματολογίας



Μείωση 10,10%

Wilcoxon signed ranks test ($z = -2,375, p < 0,05$)

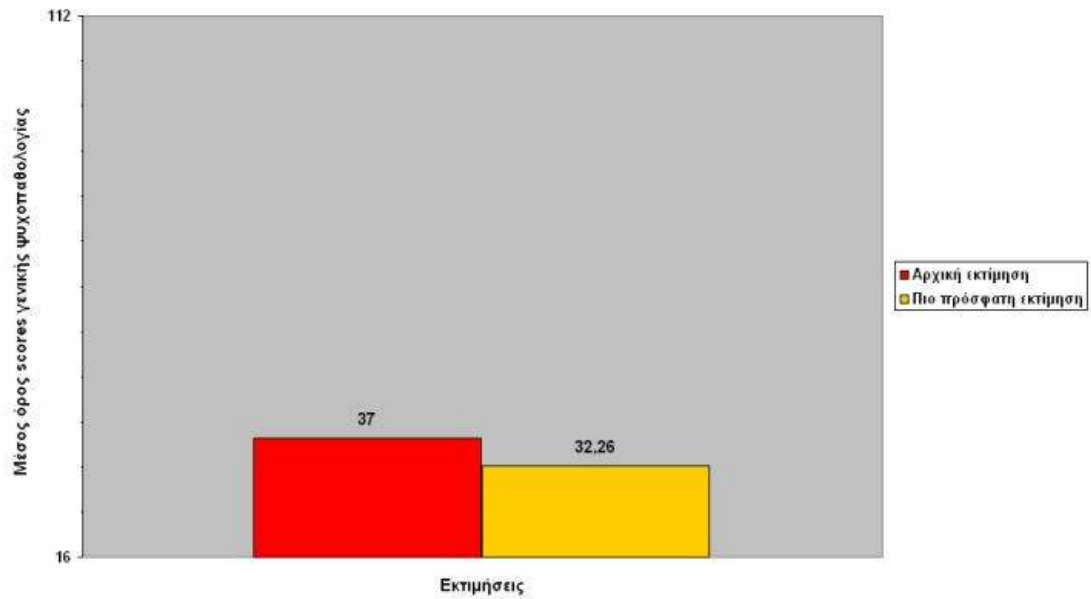
Μεταβολή Scores Κλίμακας Αρνητικής Συμπτωματολογίας



Μείωση 11,56%

Wilcoxon signed ranks test ($z = -3,742, p < 0,001$)

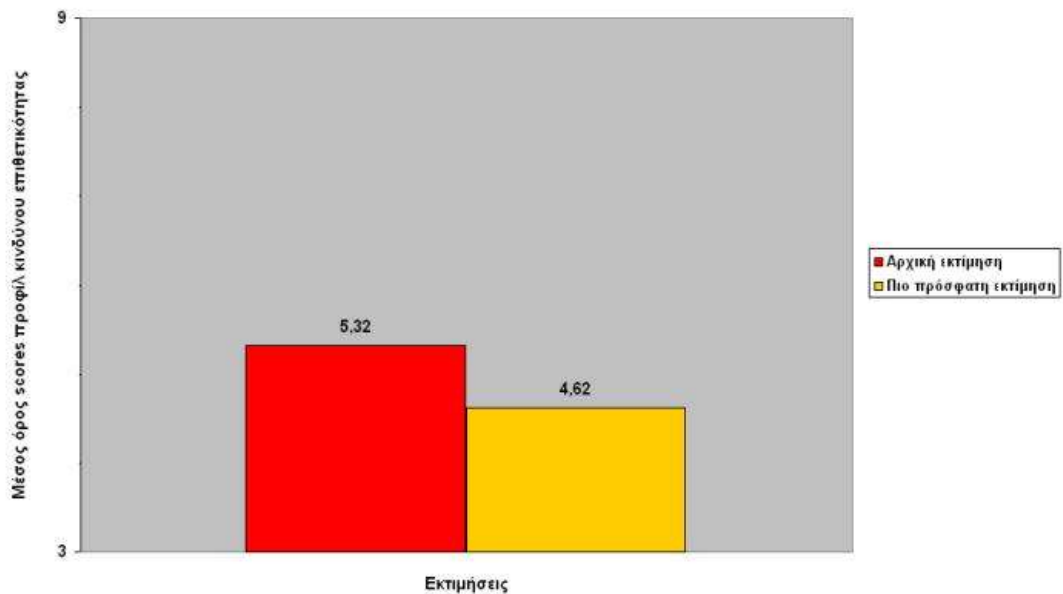
Μεταβολή Scores Γενικής Ψυχοπαθολογίας



Μείωση 12,81%

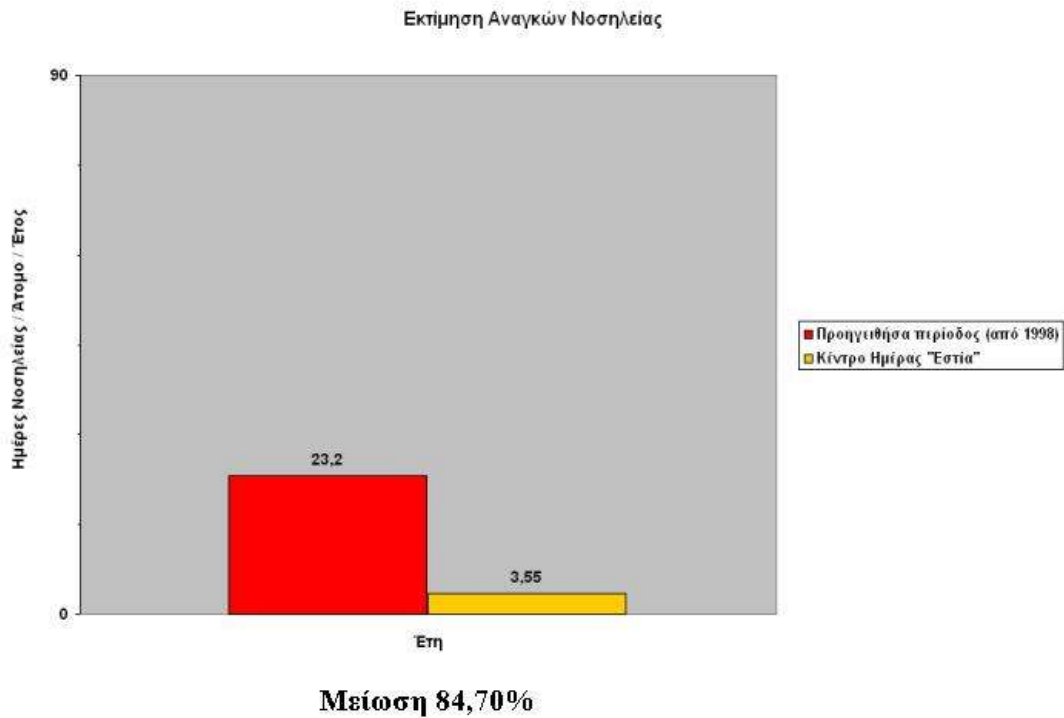
Wilcoxon signed ranks test ($z = -3,975, p < 0,001$)

Μεταβολή Scores Προφίλ Κινδύνου Επιθετικότητας



Μείωση 13,16%

Wilcoxon signed ranks test ($z = -2,556, p < 0,05$)



Στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, εκτός από την «ομάδα αξιολόγησης» του Κέντρου Ημέρας «Εστία», συμμετείχε και ο στατιστικολόγος κ. Καραμητόπουλος Λεωνίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Η Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS). Επιμέλεια έκδοσης: Λύκουρας Ε, Μπότσης Α, Ουλής Π. Αθήνα 1997
2. Cheadle AJ and Morgan R: The measurement of work performance of psychiatric patients: a reappraisal. British Journal of Psychiatry, 1972
3. Clifford PI: The Community Placement Questionnaire. London: Research and development for psychiatry, T.R. House, London SE1 1LB, 1989
4. Griffiths RDP: A standardized assessment of the work behaviour of psychiatric patients. British Journal of Psychiatry, 1973
5. Έκθεση αξιολόγησης «Κέντρο Ημέρας «Εστία», περίοδος αξιολόγησης: από την έναρξη λειτουργίας (Σεπτέμβριος 2002) μέχρι 30.06.2004».

Εισήγηση:

Λειτουργία – Δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας «Εστία»

Κ. Καλούδη, Μ. Καραγιάννη

Το Κέντρο Ημέρας «Εστία» ανήκει στο δίκτυο κοινοτικών, επανενταξιακών υπηρεσιών και χρηματοδοτείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Βασικός σκοπός της λειτουργίας του είναι η ψυχοκοινωνική επανένταξη και λειτουργική αυτονόμηση των μελών του. Το Κ.Η. «Εστία» αποτελεί την πρώτη δομή που δημιούργησε η Εταιρία Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ΣΥΝΘΕΣΗ.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Από χρόνια είχε διαφανεί η ανάγκη δημιουργίας και λειτουργίας επαρκούς αριθμού Κέντρων Ημέρας στη Θεσσαλονίκη και ιδιαίτερα στον Κεντρικό-Ανατολικό τομέα της πόλης, απαραίτητων για την ημερήσια φροντίδα χρόνιων ψυχικά ασθενών. Έτσι, τον Ιανουάριο του 2002 αρχίζει η λειτουργία του Κ.Η. «Εστία» που αποτελεί Κέντρο Εξειδικευμένης Περίθαλψης σύμφωνα με τον Νόμο 2716/99.

Κυρίως κατά την περίοδο πριν την έναρξη προσέλευσης μελών, η στάση μερίδας της κοινότητας ήταν ιδιαίτερα αρνητική, με οργάνωση κινητοποιήσεων και καταφυγή ακόμα και σε επιθετικές συμπεριφορές, παρά την προηγηθείσα ενημέρωση. Η μετέπειτα ομαλοποίηση της κατάστασης φαίνεται να συνδέεται με τη συνέχιση των προσπαθειών πληροφόρησης και διασύνδεσης με την κοινότητα και με την εκ των πραγμάτων ανακούφιση των ανησυχιών για χρήση «ναρκωτικών» και επιθετικές «εξάρσεις» από την πλευρά των μελών με πρόβλεψη καταστροφικών συνεπειών στη λειτουργία της τοπικής κοινωνίας. Από τον Απρίλιο του 2002 ξεκίνησε η εκπαίδευση του προσωπικού με τρίμηνο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τη συμμετοχή έμπειρων επιστημόνων από το χώρο της ψυχικής υγείας. Παράλληλα γινόταν εσωτερική εκπαίδευση ώστε να λειτουργήσουν οι εργαζόμενοι σαν θεραπευτική ομάδα και ορισμένοι από αυτούς σαν πρόσωπα αναφοράς. Τον Ιούλιο έγιναν δεκτές οι πρώτες παραπομπές υποψηφίων μελών και τον Σεπτέμβριο του 2002 ο αριθμός των μελών ήταν τέτοιος ώστε να συσταθούν ομάδες και να λειτουργήσει πλήρως το αποκαταστασιακό πρόγραμμα του Κ.Η. «Εστία».

ΣΤΟΧΟΙ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Όπως προαναφέρθηκε, βασικός σκοπός της λειτουργίας του Κ.Η. «Εστία» είναι η ψυχοκοινωνική επανένταξη και λειτουργική αυτονόμηση κάθε μέλους του.

Ενδιάμεσοι στόχοι είναι:

- Η ενδυνάμωση των ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων του ατόμου-μέλους καθώς και η βελτίωση των ελλειμματικών δεξιοτήτων του.
- Η ενθάρρυνση και η ενίσχυση αλλαγών στις συμπεριφορές και συνήθειες που έχουν αποδειχθεί δυσλειτουργικές για το ίδιο το άτομο.
- Η βελτίωση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης.
- Η υποβοήθηση της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής, σε συνεργασία με τους θεραπευτές των ατόμων και το τοπικό δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Η συνεργασία με εργασιακές δομές της κοινότητας.
- Η συνεργασία με την οικογένεια, το γειτονικό και συγγενικό περιβάλλον.

ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΗΜΕΡΑΣ «ΕΣΤΙΑ»

Τα άτομα που πρόκειται να γίνουν μέλη του Κ.Η. «Εστία», πρέπει να κατοικούν στην περιοχή της Κεντρικής-Ανατολικής Θεσσαλονίκης και να παραπέμπονται από υπηρεσία, φορέα ή ιδιώτη ο οποίος διατηρεί και τη θεραπευτική-ιατρική φροντίδα του ατόμου. Η θεραπευτική ομάδα, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ανάγκες, τις επιθυμίες αλλά και την κλινική εικόνα του υποψήφιου μέλους, αποφασίζει εάν θα ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα του Κ.Η. «Εστία». Παράγοντες αποκλεισμού αποτελούν η βίαιη αυτο- ή/και ετερο- καταστροφική συμπεριφορά καθώς και οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών.

Παραπομπές μπορούν να γίνονται από:

- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (από ολόκληρο το δίκτυο των υπηρεσιών του)
- Τις υπηρεσίες και φορείς των Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας της περιοχής της Κεντρικής- Ανατολικής Θεσσαλονίκης που ανήκουν στα Α' και Β' ΠΕ.ΣΥ.Π. της Κεντρικής Μακεδονίας (γενικά νοσοκομεία, ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, ιδιώτες ψυχίατροι, οικογενειακοί γιατροί, κ.α.).
- Υπηρεσίες Πρόνοιας της Νομαρχίας και των Δήμων.
- Κοινωνικές Υπηρεσίες Ιερών Μητροπόλεων, Ενοριών.
- Αυτοπαραπομπές.

Το Κ.Η. «Εστία» λειτουργεί για τα μέλη του από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή (ώρες 09.00 - 15.00, εκτός αργιών). Δύο φορές την εβδομάδα, κατά τις απογευματινές ώρες (17.30 - 20.00) λειτουργεί με πρόγραμμα Κοινωνικής Λέσχης. Το πρόγραμμα μπορούν να παρακολουθήσουν έως 25 μέλη. Η παροχή υπηρεσιών είναι δωρεάν. Η τυπική διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος είναι 12 μήνες. Σε περιπτώσεις όμως που τα ίδια τα μέλη το επιθυμούν και το προσωπικό κρίνει σκόπιμο συμφωνείται η παράταση της παρακολούθησης για ένα επιπλέον εξάμηνο, τρεις φορές την εβδομάδα (Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η θεραπευτική ομάδα απαρτίζεται από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων: Ψυχίατρο, Ψυχολόγο (οι οποίοι συντονίζουν τη θεραπευτική ομάδα, εποπτεύουν τις θεραπευτικές δραστηριότητες και τα πρόσωπα αναφοράς), Κοινωνική Λειτουργό, Εργοθεραπευτή, Νοσηλεύτρια (που αναλαμβάνουν και ρόλο προσώπων αναφοράς), Διοικητική Υπάλληλο και Φροντιστή χώρου.

Τα πρόσωπα αναφοράς, πέρα από τη συμμετοχή τους σε ομαδικές δραστηριότητες που θα αναφερθούν στη συνέχεια, πραγματοποιούν:

- Συναντήσεις τακτικές και έκτακτες με τα μέλη και τις οικογένειές τους, κάποιες φορές και με τη συμμετοχή του Ψυχιάτρου ή του Ψυχολόγου.
- Τηλεφωνικές επικοινωνίες με τους παραπέμποντες για την καλύτερη συνεργασία όσον αφορά την πορεία των μελών.
- Ενημέρωση των φακέλων για την πορεία κάθε μέλους.
- Συμπλήρωση ερωτηματολογίων ανά εξάμηνο για την πορεία των μελών.

Η ομάδα εποπτεύεται από Ψυχίατρο, Επιστημονικά Υπεύθυνη του Κ.Η. «Εστία».

Εκτός από τη βασική θεραπευτική ομάδα, υπηρεσίες εκπαιδευτικές, ερευνητικές και επίβλεψης παρέχουν τόσο τα μέλη της Εταιρίας, όσο και έμπειροι συνεργάτες.

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΗΜΕΡΑΣ «ΕΣΤΙΑ»

Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα του Κ.Η. «Εστία» περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές ομάδες και δραστηριότητες οι οποίες έχουν πολλαπλούς στόχους με τελικό σκοπό τη βελτίωση της λειτουργικότητας των μελών.

A. Ψυχοθεραπευτικές ομάδες υποστηρικτικού τύπου (βασισμένες σε προσεγγίσεις της ψυχοδυναμικής, γνωστικής και συμπεριφορικής θεωρίας),όπως:

- Μεγάλη Ομάδα (συμμετέχουν όλα τα μέλη του Κ.Η. «Εστία» και το προσωπικό).
- Ομαδική Ψυχοθεραπεία, υποστηρικτικού τύπου (συμμετέχουν μέλη και εξειδικευμένα άτομα του προσωπικού).
- Ομάδα έκφρασης, με χρησιμοποίηση της θεραπευτικής επίδρασης των τεχνών.
- Ομάδα εικαστικών.

B. Εκπαιδευτικές - Κοινωνικές δραστηριότητες, όπως:

- Εργοθεραπεία.
- Εκπαίδευση σε κοινωνικές και εργασιακές δεξιότητες, για τη βελτίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων κάθε μέλους, στο οικογενειακό, κοινοτικό και εργασιακό περιβάλλον του.
- Εκμάθηση βασικών στοιχείων Η/Υ.
- Ομάδα εφημερίδας.

Γ. Ψυχαγωγικές δραστηριότητες- Πολιτιστικές Ομάδες, όπως:

- Ομάδα πολιτιστικών, VIDEO.
- Ομάδα επιτραπέζιων παιχνιδιών.
- Ομάδα χορωδίας.
- Απογευματινές δραστηριότητες Κοινωνικής Λέσχης
- Εορταστικές εκδηλώσεις.
- Οργανωμένοι έξοδοι.
- Εκδρομές.

A. Ψυχοθεραπευτικές ομάδες υποστηρικτικού τύπου

1. Μεγάλη ομάδα

Η μεγάλη ομάδα πραγματοποιείται μια φορά την εβδομάδα και έχει διάρκεια 45 λεπτών. Πρόκειται για μία συνάντηση όλων των μελών και του προσωπικού που έχει ψυχοθεραπευτικό χαρακτήρα υποστηρικτικού τύπου. Συχνά επικεντρώνεται στη λειτουργία του προγράμματος, τη συμμετοχή των μελών σε αυτό καθώς και τις σχέσεις τόσο μεταξύ τους όσο και με το προσωπικό. Είναι ο χώρος όπου γίνονται ανακοινώσεις και παίρνονται διάφορες αποφάσεις για τη λειτουργία του προγράμματος με τη συμβολή και των μελών.

2. Ομαδική ψυχοθεραπεία, υποστηρικτικού τύπου.

Έχουν διαμορφωθεί 2 ομάδες μελών, μεικτές ως προς το φύλο, την ηλικία, την ψυχοπαθολογία και το επίπεδο λειτουργικότητας. Η συχνότητα της ψυχοθεραπείας

για κάθε ομάδα είναι μία φορά την εβδομάδα και η διάρκεια 45 λεπτά. Η ομαδική ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου των επί το πλείστον ψυχωτικών ασθενών έχει ως στόχο την ενίσχυση του «Εγώ» τους. Η έκφραση και επεξεργασία συναισθημάτων και γνωσιών, η επικέντρωση στις διαπροσωπικές σχέσεις, η ενίσχυση πιο ώριμων αμυνών εις βάρος πιο πρωτόγονων, η απόδοση πραγματικότητας, η ψυχοεκπαίδευση συνιστούν μερικές από τις οδούς πραγμάτωσης του στόχου της.

3.Ομάδα έκφρασης

Η ομάδα έκφρασης πραγματοποιείται μία φορά την εβδομάδα και διαρκεί μία ώρα. Στην ομάδα συμμετέχουν όλα τα μέλη. Η ομάδα αυτή βασίζεται σε τεχνικές δραματοποίησης, παίξιμο ρόλου και προβολής συναισθημάτων. Σκοπός της είναι να διευκολύνει τα μέλη να εκφράσουν – και να μοιραστούν με τους άλλους συναισθήματα, θετικά ή αρνητικά.

4. Ομάδα εικαστικών

Η ομάδα εικαστικών πραγματοποιείται μία φορά την εβδομάδα και διαρκεί μία ώρα. Στην ομάδα συμμετέχουν όλα τα μέλη. Αποτελεί μια ειδική ομάδα έκφρασης στη διάρκεια της οποίας, τα μέλη έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν και να προβάλλουν σκέψεις και συναισθήματα μέσα από τις ζωγραφιές τους. Αφού εκφραστούν μέσα από τα έργα τους ακολουθεί συζήτηση και επεξεργασία. Τα έργα γίνονται τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο.

B. Εκπαιδευτικές- Κοινωνικές δραστηριότητες

1. Ομάδα εργοθεραπείας

Η ομάδα εργοθεραπείας γίνεται μία φορά την εβδομάδα και διαρκεί μία ώρα και συμμετέχουν όλα τα μέλη. Τα μέλη χρησιμοποιούν διάφορα υλικά για να ολοκληρώσουν ποικίλες κατασκευές, ατομικά ή ομαδικά. Μετά την ολοκλήρωση των έργων ακολουθεί συζήτηση.

2. Εκπαίδευση σε δεξιότητες

Κάθε μέλος, στη διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος του Κ.Η. «Εστία», έχει την ευκαιρία να εκπαιδευτεί, μέσα από τη συμμετοχή σε δομημένες και μη δραστηριότητες, σε θέματα διαπροσωπικών σχέσεων, κοινωνικών επαφών, ατομικής υγιεινής, καθαριότητας και δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης.

Στην **ομάδα ζαχαροπλαστικής** τα μέλη μαθαίνουν να κατασκευάζουν μία ποικιλία γλυκισμάτων και άλλων εδεσμάτων.

Στην **ομάδα εστίασης 2** από τα μέλη, διαφορετικά κάθε φορά, ετοιμάζουν το χώρο (στρώσιμο τραπεζιών, ετοιμασία συνοδευτικών πιάτων) και προσκαλούν τα υπόλοιπα μέλη για φαγητό. Μετά το τέλος του φαγητού, το οποίο γίνεται σε χαλαρή και οικογενειακή ατμόσφαιρα, τα μέλη καθαρίζουν το χώρο και τα σκεύη.

3. Ομάδα Η/Υ

Η ομάδα Η/Υ πραγματοποιείται μία φορά την εβδομάδα και περιλαμβάνει οκτώ μισάωρα μαθήματα. Όσα μέλη το επιθυμούν, μπορούν να διδαχθούν βασικές

λειτουργίες και εφαρμογές Η/Υ, σε ομάδες δυο ατόμων, ανάλογα με τη λειτουργικότητά τους και το χρόνο παραμονής τους στο πρόγραμμα το Κ.Η. «Εστία».

4. Ομάδα εφημερίδας

Με την ομάδα εφημερίδας ξεκινάει κάθε μέρα το ημερήσιο πρόγραμμα του Κ.Η. «Εστία». Συζητείται η επικαιρότητα με σκοπό την ενημέρωση των μελών πάνω σε θέματα πολιτικής, επιστήμης, τεχνολογίας, οικολογίας, τέχνης, κ.α. Πέραν της διεύρυνσης της 'αποθήκης γνώσεων' στοχεύουμε στην έκφραση και τη βελτίωση των δεξιοτήτων συνομιλίας. Στις ομάδες αυτές λαμβάνουν μέρος όλα τα μέλη.

Γ. Ψυχαγωγικές δραστηριότητες - Πολιτιστικές ομάδες

1. Ομάδα VIDEO

Η ομάδα VIDEO πραγματοποιείται μία φορά την εβδομάδα και διαρκεί 2 ώρες (μεσολαβεί 10λεπτο διάλειμμα). Στην ομάδα συμμετέχουν όλα μέλη. Περιλαμβάνει προβολή ταινιών ή ντοκιμαντέρ. Επόμενη μέρα ακολουθεί ωριαία συζήτηση, σχετική με τα θέματα που προκύπτουν από την προβολή. Επιλέγονται ταινίες με θέματα κοινωνικά, ιστορικά, κωμωδίες, περιπέτειες. Τα ντοκιμαντέρ είναι συνήθως οικολογικού και επιστημονικού περιεχομένου. Η συζήτηση οδηγεί σε διευκρίνηση των θεμάτων που διαπραγματεύεται η ταινία, σε ανταλλαγή απόψεων και έκφραση συναισθημάτων.

2. Ομάδα επιτραπέζιων παιχνιδιών

Η ομάδα των επιτραπέζιων παιχνιδιών πραγματοποιείται μία φορά την εβδομάδα και διαρκεί μία ώρα. Στην ομάδα συμμετέχουν όλα τα μέλη. Η ενασχόληση με τα επιτραπέζια παιχνίδια επιδιώκει:

- Κινητοποίηση των μελών
- Εκπαίδευση στην τήρηση κανόνων και ορίων
- Αύξηση της προσοχής
- Βελτίωση της μνήμης και της συγκέντρωσης
- Ενίσχυση της ικανότητας λύσης προβλημάτων
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας
- Ψυχαγωγία

3. Ομάδα χορωδίας

Η ομάδα της χορωδίας λειτούργησε έπειτα από αίτημα των ίδιων των μελών. Πραγματοποιείται κάθε 15 μέρες και διαρκεί μία ώρα. Συμμετέχουν όλα τα μέλη. Στην ομάδα δημιουργείται ένα ευχάριστο συναίσθημα παρέας, συνεργασίας για την επίτευξη κοινού στόχου, που είναι η καλή παρουσίαση των τραγουδιών. Η χορωδία έχει παρουσιάσει μικρά προγράμματα σε εκδηλώσεις του Κ.Η. «Εστία» γεγονός που ικανοποίησε όλους τους συμμετέχοντες.

4. Οργανωμένες έξοδοι

Οργανωμένες έξοδοι γίνονται κάθε 15ήμερο, με όλα τα μέλη και σχεδόν όλο το προσωπικό. Συνήθως περιλαμβάνουν επίσκεψη σε κάποιο χώρο τέχνης, σε μουσεία, σε εποχιακές εκθέσεις ή είναι περιηγήσεις στην πόλη για καφέ και φαγητό. Σκοπός των εξόδων είναι η ψυχαγωγία των μελών, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η επιμόρφωση σε σχέση με τα πολιτιστικά δρώμενα της πόλης μας. Στοχεύουν παράλληλα και στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας για την αποδοχή των ατόμων που πάσχουν από ψυχική νόσο.

5. Εορταστικές εκδηλώσεις

Εορταστικές εκδηλώσεις οργανώνονται στο χώρο του Κ.Η. «Εστία». Στις μεγάλες γιορτές των Χριστουγέννων, της Αποκριάς, του Πάσχα, οργανώνονται εορταστικές εκδηλώσεις για τα μέλη, τις οικογένειες και τους φίλους τους, τους εθελοντές και τους συνεργάτες. Για τις εκδηλώσεις αυτές καλούμε σε συνεργασία τους φορείς της κοινότητας (όπως την ενορία της Οσίας Ξένης, τη ΧΕΝ Χαριλάου κ.α.) με σκοπό την ενσωμάτωση και την αποδοχή των μελών από την τοπική κοινωνία.

6. Εκδρομές

Στη διάρκεια του καλοκαιριού, οργανώνονται εκδρομές σε περιοχές γύρω από τη Θεσσαλονίκη. Συνδυάζονται επισκέψεις με επιμορφωτικό χαρακτήρα(σε αρχαιολογικούς χώρους, Μουσεία, Μονές, οικότοπους κ.λ.π.) σε πόλεις και γραφικές τοποθεσίες στην ύπαιθρο. Συχνά γίνονται σε παραθαλάσσιες περιοχές για να περιλαμβάνουν κολύμπι για όσα μέλη το επιθυμούν.

Απογευματινές εκδηλώσεις Κοινωνικής Λέσχης

Η Κοινωνική Λέσχη είναι μία επιπρόσθετη υποστηρικτική υπηρεσία και λειτουργεί ανελλιπώς όλο το χρόνο, Δευτέρα και Πέμπτη, τις ώρες 5:30 - 8:00μ.μ., στο χώρο του Κ.Η. «Εστία». Την επισκέπτονται μέλη ή πρώην μέλη του Κ.Η. «Εστία», ένοικοι από Οικοτροφεία και χρήστες άλλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εθελοντές του Κ.Η., οι φίλοι και οι συγγενείς των μελών. Παρακολουθούν 15 άτομα κατά μέσο όρο. Στόχος της Κοινωνικής Λέσχης είναι η ψυχαγωγία, η κοινωνικοποίηση, η αίσθηση ότι υπάρχει ένα στέκι, όπου μπορούν να βρίσκονται σε τακτική βάση, να ψυχαγωγούνται και να επικοινωνούν. Οι επισκέπτες της Κοινωνικής Λέσχης μαζί με το προσωπικό ακούν μουσική, κουβεντιάζουν, παίζουν επιτραπέζια παιχνίδια, παρακολουθούν προγράμματα της τηλεόρασης, δημιουργούν φιλίες και περνούν ευχάριστα κάποιες ώρες. Μία φορά το μήνα οργανώνονται εκδηλώσεις στοχεύοντας στην ενημέρωση των μελών για διάφορα θέματα (υγείας, επιστήμης, τέχνης, οικολογίας, θρησκείας κ.α.) με την εθελοντική συμμετοχή διαφόρων επαγγελματιών, τοπικών φορέων, την εκκλησίας, κ.α. όσο και στο άνοιγμα προς το κοινωνικό σύνολο, την ενημέρωση και ευαισθητοποίησή του για την ψυχική ασθένεια.

Ενημέρωση-ευαισθητοποίηση κοινότητας και λειτουργική διασύνδεση του Κ.Η «Εστία» με άλλες υπηρεσίες

Η προσπάθεια για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας καθώς και για διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες είναι συνεχής. Στο πλαίσιο αυτό έχει γίνει ενημέρωση:

- Τοπικών, κοινοτικών και δημόσιων φορέων
- Επαγγελματιών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Κοινωνικών υπηρεσιών
- Προνοιακών υπηρεσιών

ΟΜΑΔΑ ΕΚΦΡΑΣΗΣ

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι:

- Δημιουργία σκίτσων: Τα μέλη καλούνται να δημιουργήσουν σκίτσάκια για διάφορα συναισθήματα και με αφορμή αυτά ακολουθεί συζήτηση.
- Πρωινή εκπομπή: Τα μέλη καλούνται να αναλάβουν και να αποδώσουν ρόλους στο πλαίσιο πρωινής εκπομπής. Κατόπιν ακολουθεί συζήτηση.
- Αυτοτελές Ομαδικό Παραμύθι: Τα μέλη καλούνται να δημιουργήσουν και να ολοκληρώσουν την ιστορία του παραμυθιού έχοντας τον τίτλο. Κατόπιν ακολουθεί συζήτηση.
- Εφημερίδα: Τα μέλη καλούνται να δημιουργήσουν μία εφημερίδα αποδίδοντας γραπτά τη θεματολογία των άρθρων. Ακολουθεί συζήτηση.
- Παραμύθι: Δημιουργείται μία ιστορία, κατανέμονται οι ρόλοι στην ομάδα, οι οποίοι βιώνονται και παίζονται. Ακολουθεί συζήτηση.
- Μουσικά Όργανα: Παίζονται διάφοροι ρυθμοί και αποδίδονται καταστάσεις μέσω της χρήσης μουσικών οργάνων.
- Μάντεψε ποιος: Γίνεται περιγραφή των χαρακτηριστικών ενός προσφιλούς προς το μέλος προσώπου. Ακολουθεί συζήτηση.

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Μερικά παραδείγματα της ομάδας αυτής είναι:

- Βιτρό-Ψευδοβιτρό: Πάνω σε γυαλί ή ειδικό πλαστικό υλικό γίνεται ο σχεδιασμός και ο χρωματισμός θέματος, με τη χρήση ειδικών χρωμάτων και ακρυλικές τέμπερες.
- Πηλός: Με το εύπλαστο αυτό υλικό δίνεται όγκος σε σχήματα με μεγάλη ελευθερία επιλογών. Αφού στεγνώσει ο πηλός, ακολουθεί ο χρωματισμός των έργων.
- Κολάζ: Είναι η σύνθεση διαφορετικών χρωμάτων και σχημάτων και η δημιουργία ενός νέου συνόλου. Τα υλικά που χρησιμοποιούνται είναι χαρτόνι, κόλλα, περιοδικά κ.α.
- Κολάζ με όσπρια και ζυμαρικά: Σύνθεση των προαναφερθέντων υλικών και απόδοση ποικίλης θεματολογίας.
- Μωσαϊκό: Η τοποθέτηση μικρών ψηφίδων επάνω σε πλαστική επιφάνεια καταλήγει στην αποτύπωση συγκεκριμένης εικόνας.
- Κατασκευή κούκλας: Με τη χρήση υλικών όπως μπάλες από φελιζόλ, πλαστικούς κώνους και ύφασμα δημιουργείται ποικιλία μορφών.

- Κατασκευή αρωματικών κεριών και σαπουνιών: Επεξεργασία πλακών σαπουνιού και κεριού ώστε να σχηματοποιηθούν νέες μορφές των παραπάνω υλικών.

ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΕΣ ΕΞΟΔΟΙ

Έως τώρα επισκεφθήκαμε:

- Το Αρχαιολογικό Μουσείο Θεσσαλονίκης
- Το Μουσείο Βυζαντινού Πολιτισμού
- Το Μουσείο μουσικών οργάνων
- Εκθέσεις στη Δημοτική Πινακοθήκη
- Εκθέσεις στο Μουσείο Σύγχρονης Τέχνης
- Τη Διεθνή Έκθεση Θεσσαλονίκης
- Την έκθεση για την υγεία (ALTER-EXPO)
- Την ανθοέκθεση
- Τον εκθεσιακό χώρο στο «Απόγειο»

Επιπλέον έγιναν νυκτερινές εξόδοι :

- Στο χορό που οργάνωσε ο Σύλλογος Φίλων του Νοσοκομείου Ημέρας του Ψ.Ν.Θ.
- Σε θέατρα
- Σε κινηματογράφους, όπου τα μέλη χρησιμοποίησαν τις κάρτες πολιτισμού που το προσωπικό είχε μεριμνήσει να εκδώσει.

ΕΚΔΡΟΜΕΣ

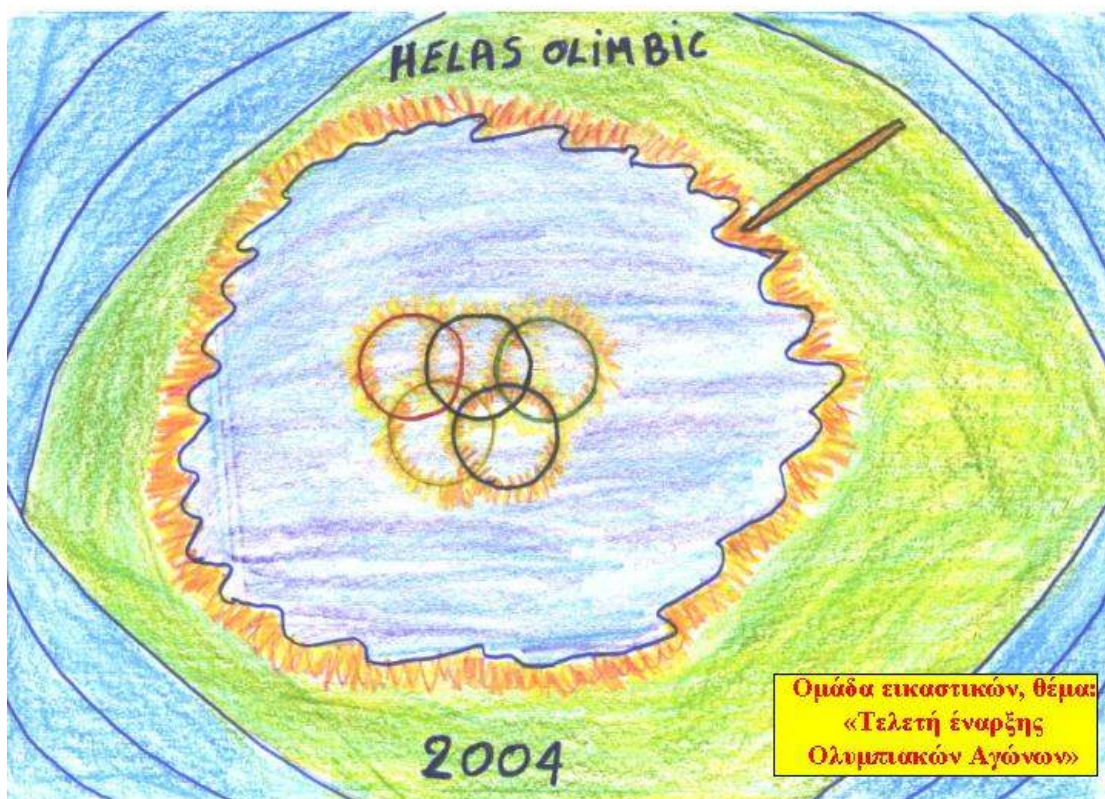
Έως σήμερα πραγματοποιήθηκαν οι εξής εκδρομές:

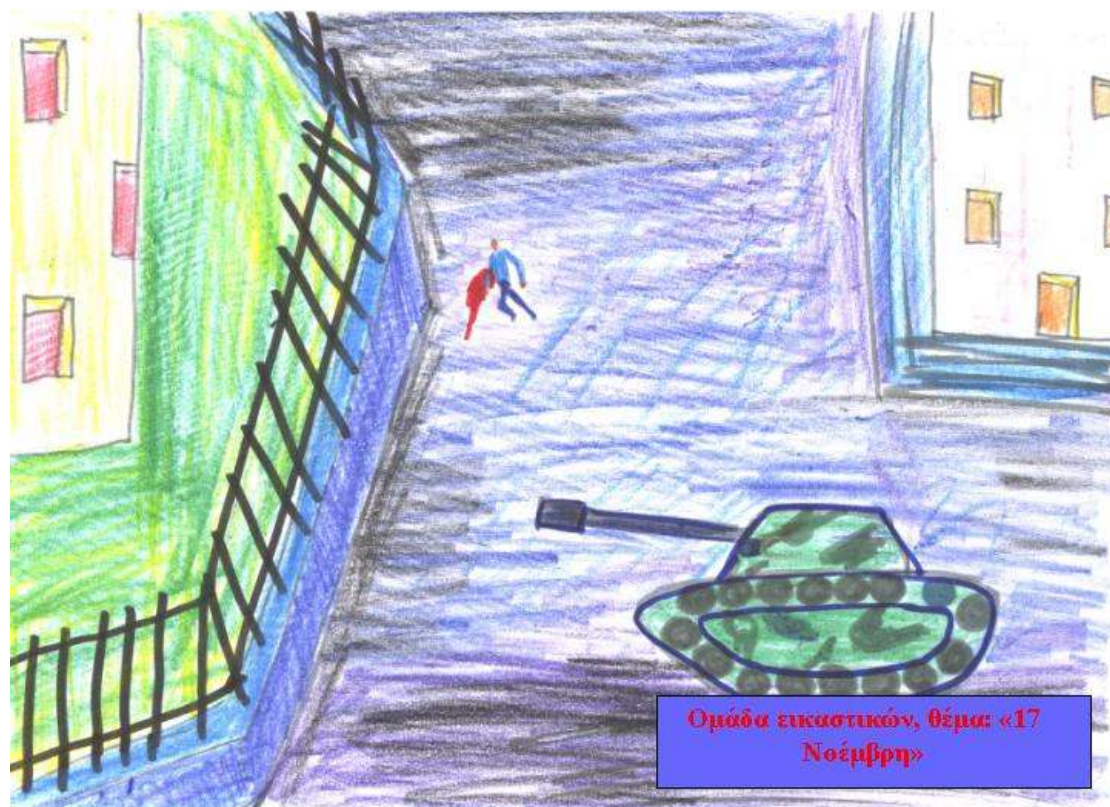
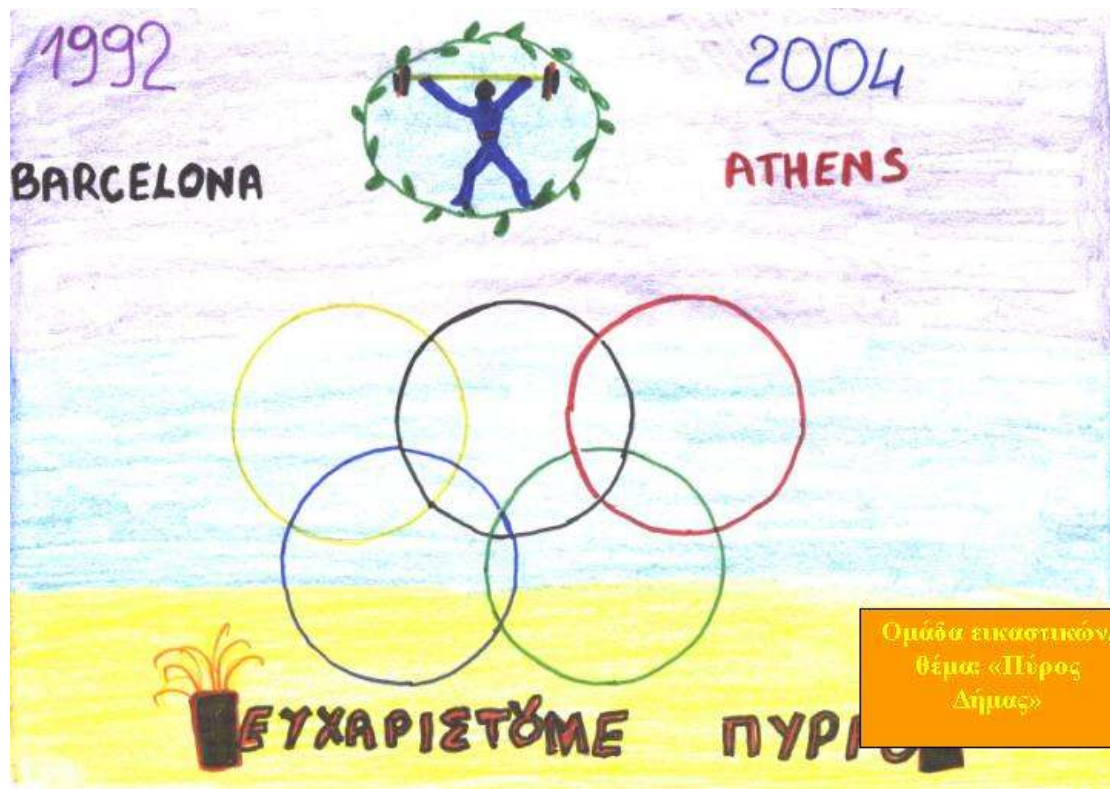
- Ολοήμερη εκδρομή στην Ποτίδαια, για μπάνιο και περιήγηση στο γραφικό χωριό της Αθύτου.
- Ολοήμερη εκδρομή στη Γερακινή, με επίσκεψη στο Οικοτροφείο «Αθωνας» και στην ακτή Καλόγριας για μπάνιο.
- Ολοήμερη εκδρομή με περιηγήσεις στην Έδεσσα, Νάουσα, Βέροια καθώς και επίσκεψη στον αρχαιολογικό χώρο της Αρχαίας Πέλλας, στο εκεί μουσείο.
- Ολοήμερη εκδρομή με επίσκεψη στο χιονοδρομικό κέντρο του Ελατοχωρίου και με περιήγηση στην πόλη της Κατερίνης.
- Ολοήμερη εκδρομή στον Πλαταμώνα, για μπάνιο και περιήγηση στο γραφικό χωριό του Λιτοχώρου.
- Διήμερη εκδρομή στη Χαλκιδική, με διαμονή στα Ψακούδια. Έγιναν εξορμήσεις για μπάνιο στην ακτή Καλόγριας και στον Άη-Γιάννη καθώς και επίσκεψη στη Μονή Βατοπεδίου.
- Ολοήμερη εκδρομή με επίσκεψη στο Κέντρο Πληροφόρησης της Ορνιθολογικής Εταιρίας, που εδρεύει στη Χαλάστρα, καθώς και ξενάγηση στον υδροβιότοπο του Καλοχωρίου.
- Μέλη του Κ.Η. «Εστία» και του προσωπικού παρακολούθησαν και συμμετείχαν στις εορταστικές εκδηλώσεις του Οικοτροφείου «Αθωνας» στη Γερακινή καθώς και του Οικοτροφείου «Αξιός» στην Περαία Θεσσαλονίκης.

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΛΕΣΧΗΣ

Έως σήμερα έλαβαν χώρα οι εξής οργανωμένες δραστηριότητες:

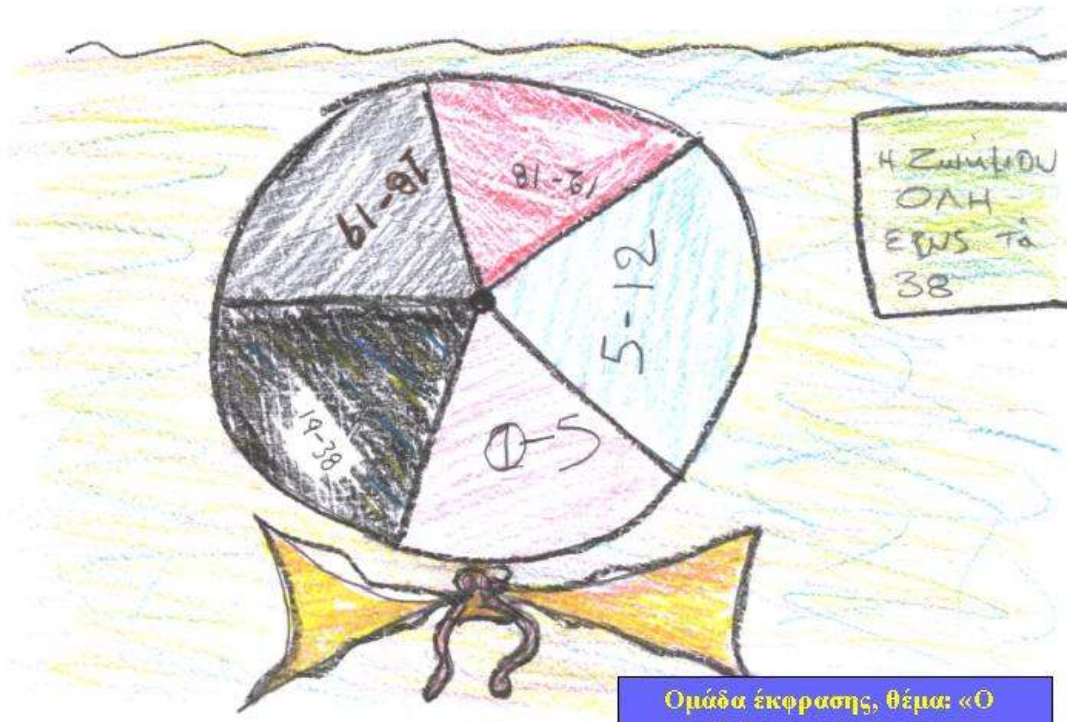
- Χριστουγεννιάτικες γιορτές, με τη συμμετοχή της Ενορίας της Οσίας Ξένης και άλλων τοπικών φορέων.
- Κοπή Βασιλόπιτας με τη συμμετοχή εθελοντών του Κ.Η. «Εστία».
- Προβολές ταινιών με ακόλουθη συζήτηση για τα θέματα που διαπραγματεύονται.
- Ενημέρωση από ομάδα οδοντιάτρων σχετικά με θέματα στοματικής υγιεινής.
- Ενημέρωση από πνευμονολόγο για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος.
- Ενημέρωση από τη Διεθνή Αμνηστία για την ιστορία και τις δράσεις της.
- Ενημέρωση από καρδιολόγο για θέματα σχετικά με πρώτες βοήθειες.
- Συζήτηση για ζητήματα θρησκείων με την παρουσία θεολόγου.
- Ενημέρωση από εκπρόσωπο της Ορνιθολογικής Εταιρίας για ζητήματα περιβάλλοντος καθώς και το έργο τους στο Δέλτα του Αξιού.
- Ενημέρωση από αξιωματικό της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας σχετικά με την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών.







Ομάδα εικαστικών,
ελεύθερο θέμα



Ομάδα έκφρασης, θέμα: «Ο
κύκλος της ζωής μου»



Ομάδα έκφρασης, θέμα: «Η πορεία μου στο Κ.Η., ένα μονοπάτι»

Κέντρο πέρας...
 Θα μπορούσε να ονομασθεί και Κέντρο Ηρώων
 η ΚΥΨΕΛΙΑ. Μία κοίτη στην οροσειρά κατα-
 φεύγουν τα ρέματα διαδοχικά καθιερτώντας
 εκτός Σαβότων και Κισσινιάς για να βρούμε ότι
 ταυρίζουν. Μία φασία, μία συντροφία και προ-
 τούτα μας παρέχει όλες τις ανέσεις που χρειαζόμαστε
 για άσυλο της διπλής μας οικειότητας.
 Απιοφραγύεται ομάδα όπου ευφρανόμαστε και
 μπορούμε να ήρθε τις ανάγκες στα άτυπα της
 ομάδας - ή ή και στα προσωπικά του Κέντρου
 το οποίο μας προάγει με μεγάλη προδοχή και
 καταδύσει τις ευχαριστίες μας.
 Ο χώρος μας είναι εστιασμένος με τα απαραίτητα
 και ισοδυναμεί με τα μέσα της σύμβασης τελεμαγωγής
 Τ-Μέγαν, Βίβλη, Εμφωφωκινία.
 Το Κέντρο είναι υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας
 και Παιδείας. Και -3 σε αυτόν εφάρμοσε και τη
 προσοχή, το οποίο μέχρι στιγμής είναι πολύ λαμπρό
 τα δωδεκά του για να κρατά το Κέντρο να λειτουργεί
 στις προδοσίες του Υπουργείου αλλά και στις διέξεις

Ομάδα έκφρασης, θέμα: «Κατασκευη ενημερωτικού φυλλαδίου για το Κ.Η.»

Αναρτημένη Ανακοίνωση:

Εκτίμηση και Συσχέτιση Πορείας Ψυχοπαθολογίας και Λειτουργικότητας Ασθενών με Σχιζοφρένεια στο Κέντρο Ημέρας «Εστία» Θεσσαλονίκης Χ. Γκαϊνταρτζή, Ν. Πολυχρονιάδης, Α.Αλβανού, Α.Καραμητόπουλος

Το Κέντρο Ημέρας «Εστία» Θεσσαλονίκης έχει ως κύριο σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και λειτουργική αυτονόμηση ασθενών με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως ψυχώσεις. Το δομημένο πρόγραμμά του αποτελείται κυρίως από ομαδικές δραστηριότητες, ψυχοθεραπευτικές, εκπαιδευτικές – κοινωνικές και ψυχαγωγικές και διαρκεί 1.5 έτος.

Σκοπός της εργασίας είναι: α) να εκτιμήσει την πορεία της ψυχοπαθολογίας και του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών με σχιζοφρένεια κατά το χρονικό διάστημα παρακολούθησης του προγράμματος και β) να διερευνήσει τη σχέση της πορείας αρνητικής συμπτωματολογίας και γενικής ψυχοπαθολογίας με αλλαγές στο επίπεδο λειτουργικότητας κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

Η ψυχοπαθολογία αξιολογήθηκε με τη χρήση της κλίμακας PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), η οποία περιλαμβάνει τις υποκλίμακες της Θετικής Συμπτωματολογίας, της Αρνητικής Συμπτωματολογίας, της Γενικής Ψυχοπαθολογίας και του Προφίλ Κινδύνου Επιθετικότητας. Για την εκτίμηση της λειτουργικότητας χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο κείμενο από το Community Placement Questionnaire (PI Clifford, 1986), το οποίο αξιολογεί τομείς λειτουργικότητας όπως Αγορά / Ψώνια, Μαγείρεμα, Καθαριότητα χώρου παραμονής, Χρήση δημόσιων μεταφορικών μέσων, Κοινωνική συνύπαρξη, Συμμετοχή σε δραστηριότητες, Συζητήσεις με τα μέλη του προσωπικού της Εστίας, Συζήτηση με τα άλλα μέλη της Εστίας, Εμφάνιση και Πρωινό ξύπνημα / Πρωινή προσέλευση στην Εστία..

Για κάθε ασθενή γίνονται τρεις τουλάχιστον αξιολογήσεις, την περίοδο έναρξης, ανά εξάμηνο και πριν την ολοκλήρωση του προγράμματος. Το δείγμα αποτελείται από 35 ασθενείς με σχιζοφρένεια (το 62.5% του συνόλου των ασθενών του Κέντρου Ημέρας), για τους οποίους έχουν γίνει τουλάχιστον δύο αξιολογήσεις.

Τα αποτελέσματα ελέγχων Wilcoxon signed-rank test έδειξαν:

- Στατιστικά σημαντική μείωση στην υποκλίμακα Αρνητικής Συμπτωματολογίας της PANSS ($Z = -3.99, p < 0.001$) κατά 2.97 μονάδες.

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Αρνητική Συμπτωματολογία Αρχική	22.57	6.66
Αρνητική Συμπτωματολογία Τελική	19.60	6.84

- Στατιστικά σημαντική μείωση στην υποκλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας της PANSS ($Z = -4.34, p < 0.001$) κατά 4.66 μονάδες.

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Γενική Ψυχοπαθολογία Αρχική	34.66	7.66
Γενική Ψυχοπαθολογία Τελική	30.00	7.57

- Σχετική βελτίωση στο Community Placement Questionnaire ($Z = -1.873, p = 0.06$) κατά 0.91 μονάδες.

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Λειτουργικότητα Αρχική	34.97	4.99
Λειτουργικότητα Τελική	35.88	4.50

- Ο συντελεστής συσχέτισης r Pearson έδειξε σημαντική συσχέτιση της λειτουργικότητας με την υποκλίμακα Αρνητικής Συμπτωματολογίας της PANSS ($r = -0.37^*$).

Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται βελτίωση του επιπέδου λειτουργικότητας, καθώς και σημαντική βελτίωση της αρνητικής συμπτωματολογίας και της γενικής ψυχοπαθολογίας των ασθενών με σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος του Κέντρου Ημέρας. Η λειτουργικότητα σχετίζεται με την αρνητική συμπτωματολογία, όχι όμως με τη γενική ψυχοπαθολογία των ασθενών.

Εισήγηση:

Προς ένα απαρτιωμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής θεραπείας στο Κέντρο Ημέρας «Εστία»

Ν. Πολυχροιάδης

Καλημέρα σας,

Η σημερινή ημερίδα είναι αποτέλεσμα προτροπής από την πλευρά της επιστημονικά υπευθύνου του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» κ^ας Παπαϊωάννου Καλλιόπης, με στόχο την ανταλλαγή εμπειριών σχετικά με την εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, την εξειδίκευση των παρεμβάσεων και την βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων. Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας, ευχαριστούμε τους εισηγητές, ευχαριστούμε το προσωπικό του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» για την οργάνωση της ημερίδας. Η σημερινή μας συνάντηση είναι λοιπόν αφιερωμένη στους ασθενείς μας. Στο Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», πρόκειται ως επί το πλείστον για ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Συνοψίζοντας την ιστορική πορεία, το παρόν και τις προοπτικές των ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων στο Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», επισημαίνουμε καταρχήν το βασικό μας εστιασμό στην κατανόηση του υποκειμενικού βιώματος των ασθενών· στον ομαδικό χαρακτήρα των δραστηριοτήτων του προγράμματος λειτουργίας· στη συμπεριφορά των ασθενών, τα ελλείμματα και τις παρεκκλίσεις της.

Οι σχιζοφρενείς ασθενείς δείχνουν παγιδευμένοι στο δίλημμα μεταξύ απελπιστικής μοναξιάς και σφοδρής επιθυμίας αλλά και φόβου σχέσεων εγγύτητας με χαρακτήρα συμβιωτικής εξάρτησης. Μηχανισμοί όπως η προβολή, η προβλητική ταύτιση, ο διαχωρισμός, η εξιδανίκευση και η υποτίμηση, η πρωτόγονη άρνηση, αποτελούν εκφράσεις πλευρών του διλήμματός τους ή προσπάθειες διατήρησης κάποιας αίσθησης εαυτού και σχέσης με τα αντικείμενα. Απέναντι σε αυτό το δίλημμα καλούμαστε να τοποθετηθούμε, προσεγγίζοντας τον κάθε ασθενή. Σε παλιότερες αναφορές μας, έχουμε περιγράψει τη συνάρθρωση μιας ψυχοδυναμικά προσανατολισμένης αντίληψης και στάσης με τη σταθερή εφαρμογή των αρχών της θεραπευτικής κοινότητας: ανεκτικότητα, απόδοση πραγματικότητας, κοινοτισμός και δημοκρατικότητα. Επιπρόσθετα, εξ αρχής, δεν θεωρήσαμε ασύμβατη τη μετάβαση από το πεδίο των ενδοψυχικών και διαπροσωπικών διεργασιών στο πεδίο της άμεσης παρέμβασης στην ελλειμματική ή άλλως προβληματική συμπεριφορά. Μια τέτοια συνθετική προσέγγιση έχει σχετικά πλεονεκτήματα, αφού βελτίωση στο πρώτο πεδίο δε συνεπάγεται απαραίτητα, για σειρά λόγων, ανάλογη βελτίωση στο δεύτερο, ενώ απ' την άλλη η ενδοψυχική κατάσταση μπορεί να παρεμποδίσει συμπεριφορικές αλλαγές. Για παράδειγμα, συμπεριφορικής κατεύθυνσης παρεμβάσεις με στόχο (ή νόημα για τον ασθενή) την αυτονόμησή του μπορεί να συνοδεύονται από αύξηση του άγχους εγκατάλειψης και μοναξιάς.

Φτάνοντας στο παρόν, η παρατήρηση των αναγκών των ασθενών μας, σειρά μαθημάτων του προσωπικού πάνω στην εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, το ιδιαίτερο ενδιαφέρον και πρωτοβουλία του προσωπικού, καθώς και η δυνατότητα για εξωτερική επίβλεψη, οδήγησαν στην εφαρμογή του δομημένου προγράμματος εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες που θα παρουσιαστεί στη συνέχεια. Άλλωστε, κάποιες από τις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της περίπλοκης αυτής διαταραχής που σήμερα εξακολουθούμε να ονομάζουμε σχιζοφρένεια (πιθανές δομικές και λειτουργικές βλάβες σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφαλικού υποστρώματος, διαταραχές στοιχειωδών και σύνθετων γνωστικών λειτουργιών, νόσηση στην κατεξοχήν ηλικία συλλογής και επεξεργασίας κοινωνικών εμπειριών,

σταθερές αρνητικές συνέπειες έλλειψης κοινωνικών δεξιοτήτων) καθιστούν άξια προσοχής μια τέτοια προσέγγιση.

Ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες και μέχρι σήμερα, οι εξελίξεις στη νευρογνωστική επιστήμη και τη νευροψυχολογία, η διερεύνηση των περίπλοκων σχέσεων γνωστικών λειτουργιών, θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων και κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, καθώς και οι ανάγκες που αναδύονται στο πλαίσιο των προσπαθειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των σχιζοφρενών ασθενών, έχουν οδηγήσει σε σχεδιασμό, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων που στοχεύουν στη βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών και των διαπροσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών. Στους μελλοντικούς μας λοιπόν στόχους συμπεριλαμβάνεται η εφαρμογή, στο πλαίσιο του προγράμματος του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ», τέτοιων εντατικότερων και πιο εκτεταμένων προγραμμάτων. Ένα άλλο, πάντα επίκαιρο, πεδίο παρεμβάσεων αποτελεί η οικογένεια. Αναφερόμαστε σε παρεμβάσεις, πέραν των ήδη παρεχόμενων συμβουλευτικών και πέραν του προγράμματος ψυχοεκπαίδευσης συγγενών μελών του Κέντρου Ημέρας που έχει ήδη αρχίσει να εφαρμόζεται. Οι δυσκολίες στον τομέα αυτόν αφορούν, πέραν άλλων, στον περιορισμένο αριθμό των μελών του προσωπικού σε συνδυασμό με την έλλειψη εξειδίκευσης. Ενίσχυση των ανθρώπινων πόρων, προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού, στενή και σταθερή διασύνδεση με υπηρεσίες εξειδικευμένες σε οικογενειακές παρεμβάσεις και θεραπείες, αποτελούν κάποιες πιθανές λύσεις.

Παρά τις επιφυλάξεις, προβληματισμούς και ασάφειες, στοιχεία εν πολλοίς εγγενή της ανθρώπινης φύσης, της επιστημονικής γνώσης και της γνώσης για τη σχιζοφρένεια, πιστεύουμε ότι, σε συνδυασμό με επαρκή και κατάλληλη ατομική θεραπεία, ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων ανταποκρίνεται, τουλάχιστον εν μέρει, στις απαιτήσεις και προκλήσεις του όποιου μοντέλου ευαλωτότητας – στρες για τη σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του προγράμματος του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» είναι ήδη μετρήσιμα, όπως με άλλες ευκαιρίες έχουμε παρουσιάσει.

Σε μια εποχή αυξημένης απαίτησης για ποιοτική παροχή υπηρεσιών προς όφελος των χρηστών (και όχι των παροχέων) τα αποτελέσματα της δουλειάς μας μας ενθαρρύνουν. Έχουμε όραμα και απτούς στόχους, έχουμε πίστη και έχουμε γνώση, διαθέτουμε επιμονή και αγάπη για τους ασθενείς μας, ώστε να συνεχίζουμε.

Εισήγηση:

Ομαδικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων του Κέντρου Ημέρας «Εστία»: περιγραφή, προβληματισμοί και αποτελέσματα

Μ. Καραγιάννη , Χ. Γκαϊνταρτζή

Καθώς το αποκαταστασιακό πρόγραμμα του Κέντρου Ημέρας «Εστία» βρισκόταν στο πέμπτο έτος της λειτουργίας του, διαπιστώσαμε ότι, ενώ οι ομαδικές δραστηριότητες του προγράμματος συνεισέφεραν θετικά στην βελτίωση της ψυχοπαθολογίας και στην επίτευξη ενός καλύτερου επιπέδου λειτουργικότητας, παρέμεναν κοινωνικά ελλείμματα και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις που παρεμπόδιζαν την λειτουργική αυτονομία των μελών. Κρίθηκε, λοιπόν, αναγκαίο να συμπεριληφθεί στο πρόγραμμα μια πιο δομημένη μορφή εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες.

Το Ομαδικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων του Κέντρου Ημέρας «Εστία» πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως τον Ιούλιο του 2007. Πρόκειται για μια ειδική, κατευθυντική και δομημένη αλλά όχι άκαμπτη μορφή εκπαίδευσης, η οποία απαιτεί προσεκτικό καθορισμό των συμμετεχόντων και ακριβή προετοιμασία της δομής του προγράμματος. Η Ομάδα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε από την ψυχολόγο και την κοινωνική λειτουργό του Κέντρου Ημέρας «Εστία», σε συνεργασία με εξωτερικό επιβλέποντα. Για την ομάδα επιλέχθηκαν 8 ασθενείς - μέλη του Κέντρου Ημέρας «Εστία». Το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε σε δεκαοχτώ εβδομαδιαίες συναντήσεις και η κάθε συνάντηση είχε διάρκεια μιάμιση ώρα. Για την εκπαίδευση των μελών της ομάδας χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές γνωστικής και συμπεριφορικής προσέγγισης.

Το ομαδικό πρόγραμμα περιελάμβανε εκπαίδευση σε λεκτικές δεξιότητες (π.χ. έναρξη, διατήρηση και κλείσιμο συζήτησης), μη λεκτικές δεξιότητες (π.χ. βλεμματική επαφή, έκφραση προσώπου) και δεξιότητες αυτοφροντίδας.

Ως προς την επιλογή των συγκεκριμένων μελών, πρόθεσή μας ήταν να δημιουργήσουμε μία ομάδα με ίσο αριθμό αντρών και γυναικών, ηλικιακά κοντά, με δυνατότητα γνωστικής επεξεργασίας σύνθετων και αφηρημένων εννοιών, με κοινωνικά ελλείμματα που επιδέχονταν βελτίωση. Τέλος, προνοήσαμε το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων να συμπίπτει χρονικά με την παραμονή στους στο Κέντρο Ημέρας

Κάθε συνάντηση είχε συγκεκριμένη δομή: Άνοιγμα ομάδας με διερεύνηση σκέψεων και συναισθημάτων για συμμετοχή στην συνάντηση. Ανασκόπηση εβδομαδιαίας εργασίας στο σπίτι και επιτόπου εξάσκηση για όσους δεν την έκαναν. Παρουσίαση λειτουργίας και σημασίας της νέας κοινωνικής δεξιότητας και αποσαφήνιση εννοιών. Επίδειξη από θεραπεύτριες και ομαδική άσκηση προθέρμανσης. Διάλειμμα με μπουφέ, ως θετική ενίσχυση συμμετοχής. Παιχνίδι ρόλων ανά δύο και επανατροφοδότηση από ομάδα. Ανάθεση νέας εβδομαδιαίας εργασίας στο σπίτι. Κλείσιμο ομάδας με διερεύνηση σκέψεων και συναισθημάτων από τη συμμετοχή τους στην συνάντηση.

Στην 1^η συνάντηση, διερευνήθηκαν οι σκέψεις και τα συναισθήματα των μελών για τη συμμετοχή τους στην ομάδα, συζητήθηκε η έννοια και η σπουδαιότητα των κοινωνικών δεξιοτήτων, παρουσιάστηκε το πρόγραμμα με τη δομή των συναντήσεων, συζητήθηκε το τι προσφέρουν οι θεραπευτές και τι οι συμμετέχοντες, καθώς και οι προσδοκίες των μελών από την ομάδα.

Η 2^η συνάντηση ξεκίνησε με διερεύνηση εντυπώσεων από 1^η συνάντηση, με επανάληψη των στόχων του προγράμματος και με επεξήγηση της λογικής και της σπουδαιότητας της άσκησης στο σπίτι. Κατόπιν παρουσιάστηκε η πρώτη μη λεκτική δεξιότητα: η βλεμματική επαφή. Μέσω της συζήτησης για την σπουδαιότητά της

τονίστηκε ότι αντιλαμβανόμαστε τα μη λεκτικά σήματα και συναισθήματα, ότι ανοίγει και κλείνει κανάλια επικοινωνίας. Ακολούθησε επίδειξη από τις συντονίστριες και άσκηση προθέρμανσης. Όλη η ομάδα ήταν σε κύκλο και με τη σειρά ο καθένας κοίταζε τον διπλανό του. Στο παιχνίδι ρόλων κλήθηκαν να συζητήσουν για δύο λεπτά για όποιο θέμα επιθυμούσαν, με στόχο τη διατήρηση βλεμματικής επαφής. Η ομάδα έδινε ανατροφοδότηση μετά από κάθε παιχνίδι ρόλων. Η συνάντηση έκλεισε με ανάθεση άσκησης στο σπίτι, η οποία ήταν να κοιτάζουν τον εαυτό τους στον καθρέφτη για 1 λεπτό κάθε ημέρα.

Στην 3^η συνάντηση, αρχικά συζητήθηκε το πώς πήγε η άσκηση στο σπίτι και κατόπιν ζητήθηκε από όσους δεν εξασκήθηκαν σπίτι να προσπαθήσουν μέσα στην ομάδα. Η 2^η μη λεκτική δεξιότητα ήταν η έκφραση προσώπου. Συζητήθηκε η σπουδαιότητά της, κυρίως η σχέση της με την έκφραση συναισθηματικών καταστάσεων. Κατόπιν ζητήθηκε από τα μέλη να αναφέρουν τα βασικά συναισθήματα, τα οποία κατεγράφησαν έπειτα σε χαρτόνι. Ακολούθησε επίδειξη από τις συντονίστριες και άσκηση προθέρμανσης στην οποία το κάθε μέλος αναπαριστούσε ένα θετικό και ένα αρνητικό συναίσθημα ενώ η υπόλοιπη ομάδα έδινε ανατροφοδότηση. Στη συνέχεια ζητήθηκε σε παιχνίδι ρόλων ανά δύο άτομα να κάνουν ένα σχόλιο με την ανάλογη έκφραση προσώπου και να διατηρούν βλεμματική επαφή. Η ομάδα έδινε επανατροφοδότηση μετά από κάθε παιχνίδι ρόλων. Η συνάντηση έκλεισε με ανάθεση άσκησης στο σπίτι, στην οποία τα μέλη κλήθηκαν να αναπαριστούν καθημερινά στον καθρέφτη ένα συναίσθημα με την ανάλογη έκφραση προσώπου.

Η 4^η συνάντηση ξεκίνησε με την άσκηση στο σπίτι. Ακολούθησε συζήτηση για τους λόγους που κάποια μέλη δεν εξασκήθηκαν και τους ζητήθηκε να την κάνουν στην ομάδα. Η 3^η μη λεκτική δεξιότητα ήταν οι χειρονομίες. Αναφέρθηκε ότι μερικές φορές είναι ο μόνος τρόπος επικοινωνίας, σε περίπτωση που η λεκτική επικοινωνία είναι αδύνατη και ότι οι χειρονομίες δίνουν έμφαση στον λόγο. Στην άσκηση προθέρμανσης ζητήθηκε από το κάθε μέλος να δώσει στην ομάδα οδηγίες για το πώς έρχεται στο Κέντρο Ημέρας και να περιγράψει τον εσωτερικό χώρο του Κέντρου Ημέρας, χρησιμοποιώντας χειρονομίες. Κατόπιν η υπόλοιπη ομάδα έδινε επανατροφοδότηση. Η άσκηση στο σπίτι ήταν να παρατηρούν σε ποιες περιστάσεις χρησιμοποιούν χειρονομίες καθημερινά και ποιες, για να τις συζητήσουμε την επόμενη φορά.

Στην 5^η συνάντηση, αφού συζητήθηκε η άσκηση στο σπίτι, ακολούθησε παιχνίδι ρόλων όπου τα μέλη προσποιούνταν ότι ήταν σε καφετέρια και έπρεπε να χρησιμοποιούν χειρονομίες για να περιγράψουν το χώρο και να παραγγείλουν. Ακολούθησε επανατροφοδότηση από την ομάδα. Η άσκηση που ανατέθηκε στο σπίτι ήταν να περιγράψουν με χειρονομίες το δωμάτιό τους στον καθρέφτη ή σε κάποιο οικείο τους πρόσωπο.

Στην 6^η συνάντηση, συζητήθηκε ότι η στάση σώματος και το βάδισμα αντανakλούν τα αισθήματα για τον εαυτό, τη διάθεση προς τους άλλους καθώς και την κοινωνική θέση. Στην άσκηση προθέρμανσης, η ομάδα σε κύκλο έκανε διάφορα είδη στάσεων και βαδίσματος π.χ. υπερήφανοι, θλιμμένοι, αγχωμένοι κτλ. Σαν άσκηση της εβδομάδας ζητήθηκε να διατηρούν στάση που δηλώνει ενδιαφέρον στα πλαίσια των ομάδων του Κέντρου Ημέρας σε συνδυασμό με προηγούμενες μη λεκτικές δεξιότητες

Στην 7^η συνάντηση, συζητήθηκε η σημασία της απόστασης στην μετάδοση πληροφοριών σχετικά με την αρέσκεια, την οικειότητα και του ρόλου και έγινε αναφορά στην έννοια του προσωπικού χώρου. Στην άσκηση προθέρμανσης, στέκονταν όρθιοι ο ένας απέναντι στον άλλον διατηρώντας βλεμματική επαφή, όπου το ένα μέλος πλησίαζε και έπρεπε να σταματήσει στην κατάλληλη για τον άλλον

απόσταση. Ακολούθησε επανατροφοδότηση από την ομάδα. Η άσκηση που ανατέθηκε για την εβδομάδα ήταν να διατηρούν κατάλληλη στάση σώματος, να προσέχουν το βάδισμα, καθώς και την απόσταση που διατηρούν απέναντι στους άλλους στο Κέντρο Ημέρας.

Η 8^η συνάντηση ξεκίνησε με επανάληψη των μη λεκτικών δεξιοτήτων, με διερεύνηση των δυσκολιών κατά την εξάσκηση και με συζήτηση για τυχόν αλλαγές στις κοινωνικές δεξιότητες που έχουν ήδη επιτευχθεί. Στη συνέχεια παρουσιάστηκαν ο τόνος, η χροιά και η ένταση της φωνής, ο τρόπος δηλαδή που εκφέρονται οι λέξεις και όχι το περιεχόμενο. Επίσης, η χρησιμότητά τους στο να δίνουν έμφαση και διάφορες σημασίες στο λόγο, καθώς και στο να μεταδίδουν συναισθήματα. Ως άσκηση προθέρμανσης ο καθένας έλεγε «καλημέρα» με ποικίλους τρόπους, π.χ. λυπημένα, χαρούμενα, αγχωμένα κτλ. Η άσκηση της εβδομάδας ήταν να λένε κατάλληλα «καλημέρα» κατά την προσέλευση το πρωί και «καλό μεσημέρι» κατά την αποχώρησή τους από το Κέντρο Ημέρας.

Στην 9^η συνάντηση, προχωρήσαμε σε παιχνίδι ρόλων όπου ανά δύο άτομα αναπαριστούσαν μια συζήτηση σε καφετέρια, δίνοντας έμφαση σε τόνο, ένταση και χροιά φωνής εναρμονισμένα με το κυρίαρχο συναίσθημα. Η άσκηση που ανατέθηκε ήταν να εξασκούν όλες τις μαθημένες δεξιότητες στο Κέντρο Ημέρας.

Στην 10^η συνάντηση περάσαμε στις λεκτικές δεξιότητες και συγκεκριμένα στο πώς κανείς ανοίγει, διατηρεί και κλείνει μια συζήτηση. Τονίστηκε η σπουδαιότητα των δεξιοτήτων αυτών στην δημιουργία, διατήρηση και εδραίωση διαπροσωπικών σχέσεων. Ακολούθησε παιχνίδι ρόλων όπου ανά δύο άτομα υποδύονταν ότι συναντήθηκαν τυχαία σε στάση λεωφορείου και καλούνταν να κάνουν μια συζήτηση. Η άσκηση της εβδομάδας ήταν να εξασκήσουν τις δεξιότητες αυτές στον ελεύθερο χρόνο στο Κέντρο Ημέρας.

Στην 11^η συνάντηση, προβλήθηκε σε διαφάνεια το θερμόμετρο των συναισθημάτων¹. Με βάση αυτό εξηγήθηκε ότι η ένταση των συναισθημάτων ποικίλει ανάλογα με τις συνθήκες και το πώς αυτή ερμηνεύεται από το κάθε άτομο. Στη συνέχεια δόθηκαν παραδείγματα διαφόρων συναισθημάτων και διαφορετικής έντασης από την ομάδα. Κατόπιν προβλήθηκε ο φαύλος κύκλος της διάθεσης² και αναλύθηκε η συμπεριφορά σε αντίληψη, σκέψη, συναίσθημα και αντίδραση. Για να γίνει κατανοητό χρησιμοποιήθηκε το παράδειγμα: είμαι σπίτι το μεσημέρι και περιμένω να έρθει ο γιος μου από το σχολείο με το σχολικό λεωφορείο. Ακούω ένα φρενάρισμα και σκέφτομαι «ωχ, το παιδί μου», αισθάνομαι πανικό, τρέχω στο δρόμο με κίνδυνο να με χτυπήσει κάποιο αυτοκίνητο. Τότε συνειδητοποιώ πως δεν ήταν το σχολικό και ότι δεν είναι η ώρα που σχολά ο γιος μου. Δόθηκε έμφαση στο πώς αρνητικές σκέψεις προκαλούν έντονα αρνητικά συναισθήματα και παρορμητικές συμπεριφορές. Ως άσκηση για την εβδομάδα, ζητήθηκε να φέρουν στην επόμενη συνάντηση κάποιο γεγονός που τους προκάλεσε έντονο συναίσθημα και να το συζητήσουμε.

Στην 12^η συνάντηση, χρησιμοποιήσαμε τα παραδείγματα καταστάσεων της εβδομάδας που έφεραν τα μέλη στη συνάντηση και τα αναλύσαμε με βάση την αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα και την αντίδραση. Κατόπιν παρουσιάστηκε η λεκτική δεξιότητα της ενεργητικής ακρόασης. Ανά δύο άτομα, σε παιχνίδι ρόλων, ο ένας περιέγραφε μια κατάσταση που τον αναστάτωσε και ο άλλος καλούνταν να δείξει ενεργητικό ενδιαφέρον ρωτώντας τι συνέβη, τι σκέφτηκε, πώς ένιωσε, πώς αντέδρασε και τι θα μπορούσε να κάνει εναλλακτικά. Ανατέθηκε η άσκηση να συζητούν στον χώρο του Κέντρου Ημέρας για προσωπικές τους καταστάσεις.

Στην 13^η συνάντηση, έγινε επί τόπου η άσκηση της εβδομάδας. Κατόπιν αναφέρθηκε από τις συντονίστριες το ανέκδοτο του γρύλου ως παράδειγμα αρνητικών σκέψεων και συζητήθηκε. Στη συνέχεια, ζητήθηκε να φέρουν

παραδείγματα καταστάσεων όπου καλούνταν να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους, να ζητήσουν κάτι, να χειριστούν μια άρνηση, να εκφράσουν συγγνώμη, να εκφράσουν θετικά αλλά και αρνητικά συναισθήματα και τις δυσκολίες που μπορεί να έχουν. Με αφορμή τη συζήτηση αυτή παρουσιάστηκαν τα τρία είδη συμπεριφοράς, η διεκδικητική, η παθητική και η επιθετική. Η παρουσίαση εστιάστηκε στη διαφορά ως προς τον βαθμό αναγνώρισης προσωπικών δικαιωμάτων και αναγκών, του τρόπου έκφρασης των συναισθημάτων, του στόχου συμπεριφοράς και του βασικού μηνύματος που επικοινωνείται.

Στην 14^η συνάντηση, ανακοινώθηκε ότι η ομάδα θα έκλεινε μετά από πέντε συναντήσεις, η ημερομηνία και η θεματολογία της κάθε συνάντησης. Κατόπιν έγινε επανάληψη των εννοιών με προσωπικά παραδείγματα και διευκρινίστηκαν ασάφειες, όπως το να είναι κανείς διεκδικητικός δεν σημαίνει ότι είναι επιθετικός. Στην συνέχεια, παρουσιάστηκε σε power point η παραβολή του βατράχου³ και ζητήθηκε από τα μέλη να την εξηγήσουν και να τη σχολιάσουν. Με αφορμή τη συζήτηση αυτή, παρουσιάστηκε και συζητήθηκε η έννοια της αυτοπεποίθησης, δίνοντας έμφαση στην πίστη στον εαυτό, στην επίγνωση των δυνατοτήτων για τους στόχους που θέτει κανείς, στη διαχείριση της αποτυχίας και στο πώς αυτή συνδέεται με τη διεκδικητική συμπεριφορά. Παρουσιάστηκε ακόμη η έννοια της κριτικής με αφορμή την παραβολή του βατράχου, κυρίως ως προς το πώς επιδρά στην αυτοπεποίθηση.

Η 15^η συνάντηση ξεκίνησε με επανάληψη των βασικών εννοιών της προηγούμενης συνάντησης, με στόχο να γίνουν καλύτερα κατανοητές. Ακολούθησε παιχνίδι ρόλων ανά δύο άτομα όπου ο ένας εξέφραζε κάποιο υποτιθέμενο αίτημα και ο άλλος αρνούνταν. Έγινε συζήτηση γύρω από την έκφραση συγγνώμης, ως διεκδικητικής συμπεριφοράς και οι δυσκολίες που μπορεί να εμπεριέχει. Με αφορμή τα τρία είδη συμπεριφορών (διεκδικητική, επιθετική, παθητική) προβλήθηκε μια λίστα προσωπικών δικαιωμάτων⁴, συζητήθηκαν απορίες και τονίστηκε η καθολικότητά τους. Συζητήθηκαν τέλος οι δυσκολίες των μελών στην διαχείριση του θυμού και αναλύθηκαν οι αρνητικές αυτόματες σκέψεις που προκαλούν έντονα αρνητικά συναισθήματα και παρορμητικές αντιδράσεις. Η δεξιότητα της διαχείρισης του θυμού παρουσιάστηκε μέσα από την προβολή διορθωτικών αυτόματων σκέψεων σε τρεις συνθήκες: κατά την προετοιμασία για μια πρόκληση, σε μια άλυτη σύγκρουση και σε μια επιτυχή αντιμετώπιση σύγκρουσης. Η ομάδα έκλεισε με παιχνίδι ρόλων, όπου ο ένας εξέφραζε θυμό για μια υποτιθέμενη συμπεριφορά του άλλου και ο άλλος ζητούσε συγγνώμη.

Στην 16^η συνάντηση, ζητήθηκε από τα μέλη της ομάδας να περιγράψουν κάποια κατάσταση από την πρόσφατη 4ήμερη εκδρομή του Κέντρου Ημέρας, όπου πιθανόν είχαν κληθεί να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους, να ζητήσουν κάτι, να χειριστούν μια άρνηση, να εκφράσουν συγγνώμη, να εκφράσουν θετικά αλλά και αρνητικά συναισθήματα. Η κάθε συμπεριφορά αναλύθηκε στα βασικά συστατικά της, οι αρνητικές αυτόματες σκέψεις αξιολογήθηκαν ως προς την ορθότητά τους και δόθηκαν προτάσεις για εναλλακτικές αντιδράσεις. Κατόπιν διαδραματίστηκαν ξανά οι καταστάσεις αυτές και τα μέλη ασκήθηκαν στις εναλλακτικές συμπεριφορές.

Στην 17^η συνάντηση, παρουσιάστηκαν εικόνες από περιοδικά φροντισμένων και μη περιποιημένων, κατάλληλα και μη κατάλληλα ντυμένων ατόμων. Κατόπιν, ζητήθηκε από τα μέλη της ομάδας να σχολιάσουν τα πρόσωπα αυτά και να εκφράσουν την προτίμησή τους, ποιους θα συναναστρέφονταν και ποιους όχι. Με αφορμή την συζήτηση αυτή, στην οποία συμφώνησαν ότι τα ατημέλητα και μη κατάλληλα ντυμένα πρόσωπα έδειχναν περιθωριοποιημένα, άρρωστα, τρελά, επικίνδυνα, παρουσιάστηκε η ατομική δεξιότητα της εξωτερικής εμφάνισης και προσωπικής υγιεινής. Τονίστηκε η σημασία της στην αυτοεκτίμηση και συνδέθηκε με τις κοινωνικές σχέσεις, άρα και την κοινωνική αποδοχή, καθώς οι άλλοι συχνά

κρίνουν με βάση την εξωτερική εμφάνιση. Διερευνήθηκαν οι δυσκολίες του κάθε μέλους στην αυτοφροντίδα του και προκειμένου η ομάδα να ανακουφιστεί από συναισθήματα ντροπής και ενοχών που αναδύθηκαν, η παραμέληση της σωματικής υγιεινής και εμφάνισης συνδέθηκε με τα αρνητικά συμπτώματα της ψυχικής νόσου, όπως η αβουλία. Ως άσκηση, ζητήθηκε να προσπαθούν να επιμελούνται καθημερινά την εξωτερική τους εμφάνιση και την προσωπική τους υγιεινή.

Στην τελευταία συνάντηση ζητήθηκε από όλα τα μέλη να εκφράσουν σκέψεις, θετικά και αρνητικά συναισθήματα αναφορικά με το τέλος της ομάδας. Οι συντονίστριες υπενθύμισαν τις αρχικές προσδοκίες των μελών, οι οποίες συσχετιστήκαν με το τι τελικά πιστεύουν ότι αποκόμισαν από το πρόγραμμα και που δυσκολεύθηκαν. Ζητήθηκε ακόμη να εκφράσουν απόψεις για τον τρόπο λειτουργίας της ομάδας και των συντονιστριών και να κάνουν εναλλακτικές προτάσεις. Η συνάντηση έκλεισε τονίζοντας την ανάγκη εξάσκησης και γενίκευσης των αποκτηθέντων κοινωνικών δεξιοτήτων και μετά το πέρας του προγράμματος.

Στην πορεία του προγράμματος προέκυψαν δυσκολίες και προβληματισμοί προς συζήτηση και επίλυση. Από τις πρώτες συναντήσεις διαφάνηκε ότι η επιλογή ορισμένων μόνο μελών του Κέντρου Ημέρας για τη σύσταση της ομάδας έθετε ζητήματα σύγκρισης όπως: ότι οι επιλεγθέντες πιθανόν έχουν σοβαρότερα κοινωνικά ελλείμματα και χειρότερη κατάσταση ψυχικής υγείας, ή αντίθετα ότι μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα ζητήματα κοινωνικής συμπεριφοράς και είναι «εκλεκτοί» σε σχέση με τα άλλα μέλη του Κέντρου Ημέρας. Οι λανθασμένες εκτιμήσεις διερευνήθηκαν και διορθώθηκαν μέσα από την αποσαφήνιση των κριτηρίων επιλογής των ατόμων για το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Επίσης, καθώς η ομάδα που γινόταν παράλληλα είχε ψυχαγωγικό περιεχόμενο και λιγότερες απαιτήσεις, κάποια μέλη εξέφραζαν φόβους αποτυχίας στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και την προτίμησή τους στην άλλη ομάδα, συναισθήματα που γίνονταν αποδεκτά και δουλεύονταν στις συναντήσεις.

Από την αρχή επίσης ήταν εμφανή ζητήματα εξοικείωσης των μελών με τη λειτουργία μιας ομάδας γνωστικού και συμπεριφορικού προσανατολισμού, λόγω της προηγούμενης εμπειρίας τους από ομάδες έκφρασης και επεξεργασίας προσωπικών βιωμάτων. Συχνά στις πρώτες συναντήσεις είχαν την τάση να αναφέρονται σε προσωπικά θέματα, όπως αναφορικά με την ασθένειά τους και τη θεραπεία της και να ζητούν συμβουλές και υποστήριξη. Τότε ήταν αναγκαίες οι παρεμβάσεις των συντονιστριών, οι οποίες, αφενός παρότρυναν να συζητούν τα θέματα αυτά, είτε με το πρόσωπο αναφοράς τους, είτε στα πλαίσια ομάδων υποστηρικτικού τύπου, αφετέρου επανέφεραν την ομάδα στην συγκεκριμένη προς εκπαίδευση δεξιότητα.

Επειδή ακριβώς το θεωρητικό υπόβαθρο του προγράμματος εκπαίδευσης βασιζόταν σε έννοιες γνωστικής και συμπεριφορικής προσέγγισης που ήταν τελείως άγνωστες ή και δυσνόητες για κάποια μέλη, συχνά αφιερωνόταν αρκετός χρόνος για αποσαφήνιση και ανάλυση με παραδείγματα.

Συγκεκριμένα για τις γνωστικές και συμπεριφορικές τεχνικές, τα παιχνίδια ρόλων, βασικό εργαλείο εκπαίδευσης σε κάθε συνάντηση, αντιμετωπίζονταν από κάποια μέλη με έντονο κοινωνικό άγχος, γεγονός που καθιστούσε απαραίτητη την επιπλέον στήριξη και ανακούφιση από όλη την ομάδα. Σχετικά με την ανάθεση ασκήσεων στο σπίτι παρατηρήθηκε ότι τα περισσότερα μέλη αμελούσαν όσες ασκήσεις καλούνταν να κάνουν μπροστά στον καθρέφτη από φόβο μήπως δείχνουν «τρελοί». Συχνά επίσης πρόβαλλαν ως αιτίες ότι δυσκολεύονταν να την θυμηθούν ή ότι επέλεξαν να μην την κάνουν γιατί πίστευαν ότι δεν θα αποκόμιζαν κάτι χρήσιμο από εκείνη. Για τους λόγους αυτούς οι ασκήσεις που ανατέθηκαν από ένα σημείο και μετά διαδραματίζονταν μεταξύ τους στον χώρο του Κέντρου Ημέρας, όπου υπήρχε υπενθύμιση και θετική ενίσχυση από τις συντονίστριες.

Ως προς το σημαντικό τέλος ζήτημα της εφαρμογής και γενίκευσης των μαθημένων κοινωνικών δεξιοτήτων διαφάνηκαν διάφορα ζητήματα προς προβληματισμό και επίλυση: αρχικά, καθώς οι ασκήσεις ανατέθηκαν εντός του κέντρου, χρειάστηκε η συνεννόηση με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας για ενίσχυση των μαθημένων κοινωνικών δεξιοτήτων καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Και εκτός του Κέντρου Ημέρας όμως, προέκυψαν δυσκολίες, εφόσον άτομα του στενού οικογενειακού κυρίως περιβάλλοντος δεν γνώριζαν για την εκπαίδευση των μελών και συχνά αντιδρούσαν με έκπληξη, προβληματισμό ή και άλλες φορές αγνοούσαν τις αλλαγές κοινωνικής συμπεριφοράς. Επομένως η θετική επανατροφοδότηση των μαθημένων συμπεριφορών ήταν αμφίβολη. Τέλος, δεν υπήρχε η δυνατότητα για συστηματική εξάσκηση μετά το πέρας του προγράμματος εντός και εκτός του Κέντρου Ημέρας, γεγονός που θα συνέβαλλε στην εδραίωση και γενίκευση των μαθημένων συμπεριφορών.

Ήδη από την περίοδο σχεδιασμού του προγράμματος, θεωρήσαμε σημαντικό να έχουμε μια αντικειμενική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του. Για τις ανάγκες του προγράμματος λοιπόν προσαρμόσαμε ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικών δεξιοτήτων που ήδη χρησιμοποιούνταν στο Κέντρο Ημέρας «Εστία» για την εκτίμηση των μελών, τροποποιημένο από το St.Brendan's Rehabilitation Assessment Schedule, Dublin, Ireland⁵. Μία εβδομάδα πριν και μία εβδομάδα μετά τη λήξη του προγράμματος συμπληρώσαμε για καθένα από τα μέλη του Κέντρου Ημέρας το ερωτηματολόγιο κοινωνικών δεξιοτήτων. Έτσι μετά το τέλος του προγράμματος συγκρίναμε τις κοινωνικές δεξιότητες των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα με τις αντίστοιχες των μη συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβαση και εκτιμήσαμε αλλαγές.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 23 δηλώσεις που αναφέρονται στις κοινωνικές δεξιότητες προς εκπαίδευση και απαντάται σε 5θμη κλίμακα όπου 1: ποτέ, 5: πάντα

Αρχικά συγκρίναμε τις δύο ομάδες ως προς δημογραφικά στοιχεία, για να διασφαλίσουμε ότι δεν διαφέρουν, άρα είναι συγκρίσιμες. Τα μέλη της Ομάδας Κοινωνικών Δεξιοτήτων (Ομάδας Α) ήταν 8, 4 άντρες και 4 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 34.37 έτη. Οι επτά είχαν διάγνωση σχιζοφρένειας και μία ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή με χαμηλή εναισθησία.

Η Ομάδα Ελέγχου (Ομάδα Β), δηλαδή οι ασθενείς που δε συμμετείχαν στο πρόγραμμά ήταν 10, 5 άντρες και 5 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 39.5 έτη. 4 είχαν διάγνωση σχιζοφρένειας, 4 άλλων ψυχωτικών διαταραχών και 2 διαταραχών διάθεσης.

Ο στατιστικός έλεγχος t-test pairs έδειξε ότι δεν υπήρχε διαφορά συμμετεχόντων και μη συμμετεχόντων ως προς την ηλικία, κι ο έλεγχος ποσοστιαίων αναλογιών χ^2 ότι δεν υπήρχε διαφορά ως προς το φύλο.

Αναφορικά με την επίδοση στο ερωτηματολόγιο κοινωνικών δεξιοτήτων, πριν την παρέμβαση η Ομάδα Κοινωνικών Δεξιοτήτων (Ομάδα Α) είχε μέσο όρο τιμών 55.6 έναντι 64.6 της Ομάδας Ελέγχου (Ομάδας Β), ενώ μετά την παρέμβαση η Ομάδα Κοινωνικών Δεξιοτήτων είχε μέσο όρο τιμών 61.4, έναντι της 63.5 Ομάδας Ελέγχου⁶.

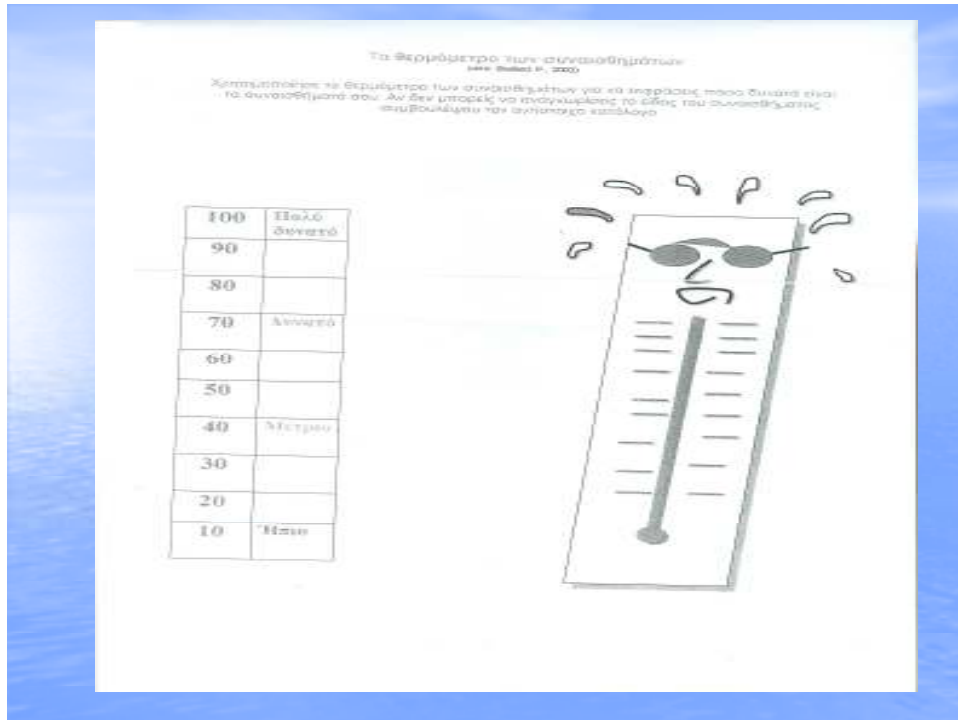
Τα αποτελέσματα της στατιστικής μεθόδου t-test έδειξαν ότι ενώ πριν την παρέμβαση η Ομάδα Β είχε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο τιμών κοινωνικών δεξιοτήτων από αυτόν της Ομάδας Α (το p είναι μικρότερο του 0.005) μετά την παρέμβαση η διαφορά αυτή εξαλείφθηκε (το p είναι 0.566.) Με άλλα λόγια, οι ασθενείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση, έναντι όσων δεν συμμετείχαν στο ίδιο πρόγραμμα, στις κοινωνικές δεξιότητες που εκτιμήθηκαν την ίδια περίοδο

Συμπερασματικά, ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες παρατηρούνται τόσο σε νέους όσο και σε χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Οι αιτίες σχετίζονται τόσο με την ίδια την ασθένεια όσο και με τις ψυχοκοινωνικές της παραμέτρους: γνωστικά ελλείμματα και περίοδοι έντονης συναισθηματικής διαταραχής ενοχοποιούνται για την ελλιπή εφαρμογή μαθημένων κοινωνικών δεξιοτήτων. Από την άλλη, ο ιδρυματισμός, η κοινωνική απομόνωση κάποιων ασθενών κατά τον χρόνιο εγκλεισμό τους σε ψυχιατρικό ίδρυμα, απέφερε τη μονιμοποίηση της ανικανότητάς τους. Ακόμη όμως και στην προσπάθεια επανένταξής τους, το «στίγμα», η ντροπή και η απόρριψη που οδηγεί σε διακρίσεις, συχνά τους στερεί από την πλήρη συμμετοχή τους στην κοινωνία.

Επομένως, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι βασική προϋπόθεση στο πεδίο του αποϊδρυματισμού, της δημιουργίας δηλαδή υποστηρικτικών κοινοτικών δομών και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Είναι σημαντικό, ωστόσο, τα προγράμματα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων να στοχεύουν όχι μόνο στη βελτίωση αυτών των ελλειμμάτων αλλά και στη διατήρηση της βελτίωσης και μετά το πέρας της εκπαίδευσης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Το θερμόμετρο των συναισθημάτων



2. Ο φαύλος κύκλος της διάθεσης



3. Η παραβολή του βατράχου

Συμπέρασμα:

**Πάντα να κάνεις τον κουφό /-ή απέναντι
σε όσους σου λένε ότι δεν μπορείς να
πετύχεις τους στόχους σου ή να
πραγματοποιήσεις τα όνειρά σου.**



4. Προσωπική Λίστα Δικαιωμάτων

Προσωπική Λίστα Δικαιωμάτων

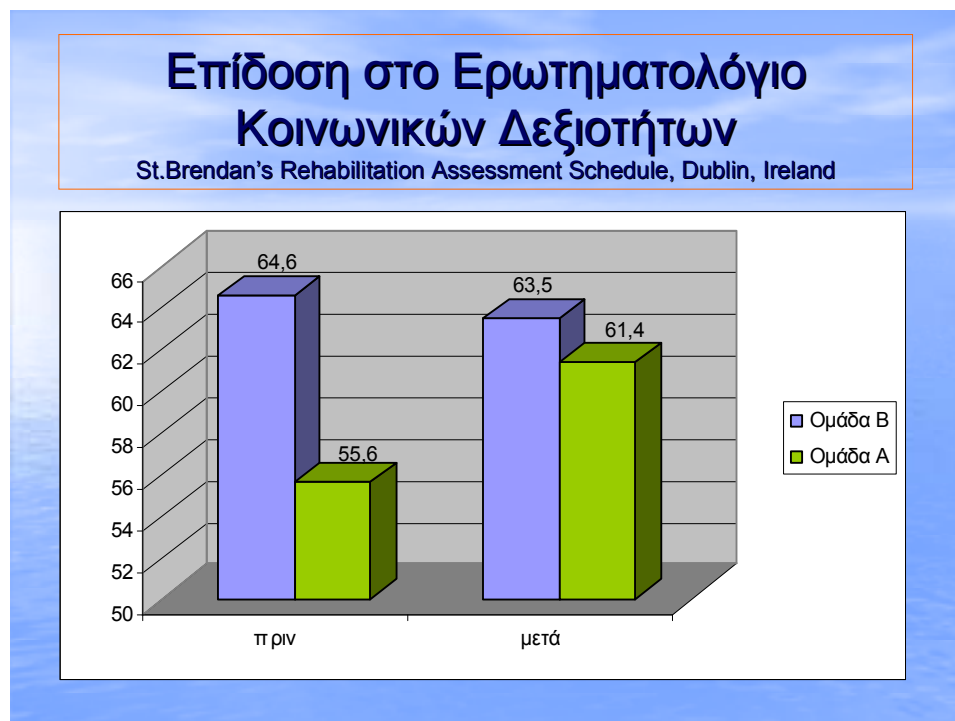
- > Έχω το δικαίωμα να ξερώ αυτό που επιθυμώ
- > Έχω το δικαίωμα να αρνηθώ κάποιον ή οποιαδήποτε που δεν μπορώ να εκπληρώσω
- > Έχω το δικαίωμα να ελαφρύνω με κατάλληλο τρόπο όλα μου τα υποχρεώματα
- > Έχω το δικαίωμα να αλλάζω γνώμη
- > Έχω το δικαίωμα να σέβομαι λάτρη και να μην είναι τίποτα
- > Έχω το δικαίωμα να εκπαιδεύω τις αξίες και τα κριτήριά μου
- > Έχω το δικαίωμα να λέω «όχι» όταν αισθάνομαι ότι δεν είναι ένοιασθη, ή όταν κάτι παραβιάζει τις αξίες μου
- > Έχω το δικαίωμα να καθορίζω τις προτεραιότητές μου
- > Έχω το δικαίωμα να μην ευθύνομαι πάντα για τις απόψεις, τα συναισθήματα, τις πράξεις ή τα προβλήματα των άλλων
- > Έχω το δικαίωμα να περιμένω από τους άλλους να είναι ευλακέρεις
- > Έχω το δικαίωμα να θυμάμαι ακόμη και με κάποιον που αρνήθη
- > Έχω το δικαίωμα να τιμωρώ τον/εμάς μου
- > Έχω το δικαίωμα να ευχαριστώ/φρονιμολογήσω και να λέω «ευχαριστώ»
- > Έχω το δικαίωμα να λέω «όχι» ξανά
- > Έχω το δικαίωμα στην προσωπική ανάγκη για τον δικό μου χώρο και χρόνο
- > Έχω το δικαίωμα να είμαι μερικές φορές αντρολογής
- > Έχω το δικαίωμα να είμαι αγνή
- > Έχω το δικαίωμα να ζω σε ένα μη θύλακισμένο περιβάλλον
- > Έχω το δικαίωμα να είμαι φίλος και να είμαι άμεσα ανάμεσα σε ανθρώπους
- > Έχω το δικαίωμα να αλλάζω κοιλίες μεγάλων
- > Έχω το δικαίωμα να σέβομαι οι άλλοι τις επιθυμίες και τις ανάγκες μου
- > Έχω το δικαίωμα να μην φέρνω με αξιοπρέπεια και ειλικρίνεια
- > Έχω το δικαίωμα να είμαι επιτυχημένος!

Βιμήσου! Και οι άλλοι έχουν τη δική τους προσωπική λίστα δικαιωμάτων, το οποίο πρέπει να σέβονται...

5. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών Δεξιοτήτων, προσαρμογή του St.Brendan's Rehabilitation Assessment Schedule, Dublin, Ireland

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Γάντα
1. Διατηρεί κατάλληλη στάση στο σώμα					
2. Περπατά σωστά					
3. Διατηρεί κατάλληλη βλεμματική επαφή με συνομιλητές					
4. Χρησιμοποιεί κατάλληλες εκφράσεις προσώπου					
5. Στέκεται στη σωστή απόσταση από τους άλλους					
6. Χρησιμοποιεί κατάλληλο τόνο φωνής					
7. Χρησιμοποιεί κατάλληλη ένταση φωνής (ούτε πολύ χαμηλόφωνα, ούτε πάρα πολύ δυνατά)					
8. Παρακολουθεί / προσέχει τους άλλους, όταν μιλούν					
9. Ξεκινά μια συζήτηση					
10. Διατηρεί μια συζήτηση					
11. Μπορεί να εκφράσει κατάλληλα θετικά και αρνητικά αισθήματά του/της					
12. Μπορεί να εκφράσει με λόγια, κατάλληλα τις ανάγκες του/της					
13. Κάθεται μαζί με άλλους κατάλληλα (καφές, φαγητό)					
14. Δείχνει κατάλληλο ενδιαφέρον για τους άλλους (καλημέρα, τι κάνεις)					
15. Κάνει μπάνιο					
16. Ξυρίζεται					
17. Φροντίζει τα μαλλιά του/της					
18. Βουρτσίζει τα δόντια του/της					
19. Φορά καθαρά ρούχα					
20. Φορά κατάλληλα ρούχα					
21. Χρησιμοποιεί λέξεις και φράσεις που δεν θίγουν τον συνομιλητή του/της					
22. Η συμπεριφορά του/της δείχνει ότι "πιστεύει στον εαυτό του/της"					
23. Μπορεί να χαλαρώσει (να μην βρίσκεται σε κατάσταση έντασης)					

6. Σύγκριση Ομάδας Κοινωνικών Δεξιοτήτων (Ομάδα Α) με Ομάδα Ελέγχου (Ομάδα Β) ως προς κοινωνικές δεξιότητες



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Ημερομηνία:
Συνεντευκτής:

Όνοματεπώνυμο μέλους:

	Κλίμακα θετικής συμπτωματολογίας	Απόν	Ελάχιστο	Ήπιο	Μέτριο	Μέτρια σοβαρό	Σοβαρό	Πολύ σοβαρό
Θ1	Παραληρητικές ιδέες	1	2	3	4	5	6	7
Θ2	Εννοιολ. αποδιοργάνωση	1	2	3	4	5	6	7
Θ3	Ψευδαισθητική συμπεριφορά	1	2	3	4	5	6	7
Θ4	Διέγερση	1	2	3	4	5	6	7
Θ5	Ιδέες μεγαλείου	1	2	3	4	5	6	7
Θ6	Καχυποψία - Ιδέες δίωξης	1	2	3	4	5	6	7
Θ7	Εχθρότητα	1	2	3	4	5	6	7

	Κλίμακα αρνητικής συμπτωματολογίας	Απόν	Ελάχιστο	Ήπιο	Μέτριο	Μέτρια σοβαρό	Σοβαρό	Πολύ σοβαρό
A1	Αμβλύ συναίσθημα	1	2	3	4	5	6	7
A2	Συναισθηματική απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
A3	Πτωχή (συναισθ.) σχέση	1	2	3	4	5	6	7
A4	Παθητική / απαθής κοιν. απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
A5	Δυσκολία στην αφηρ. σκέψη	1	2	3	4	5	6	7
A6	Έλλειψη αυθορμητισμού και ροής στη συνομιλία	1	2	3	4	5	6	7
A7	Στερεότυπη σκέψη	1	2	3	4	5	6	7

	Κλίμακα γενικής νυχοπαθολογίας	Απόν	Ελάχιστο	Ήπιο	Μέτριο	Μέτρια σοβαρό	Σοβαρό	Πολύ σοβαρό
G1	Σωματική ενασχόληση	1	2	3	4	5	6	7
G2	Άγχος	1	2	3	4	5	6	7
G3	Αισθήματα ενοχής	1	2	3	4	5	6	7
G4	Ψυχική τάση	1	2	3	4	5	6	7
G5	Ιδιοτροπισμοί (μανιερισμοί) Λήψη παράξενων στάσεων	1	2	3	4	5	6	7
G6	Κατάθλιψη	1	2	3	4	5	6	7
G7	Κινητική επιβράδυνση	1	2	3	4	5	6	7
G8	Έλλειψη συνεργασίας	1	2	3	4	5	6	7
G9	Ασύνηθες περιεχόμενο της σκέψης	1	2	3	4	5	6	7
G10	Διαταραχή προσανατολισμού	1	2	3	4	5	6	7
G11	Διαταραχή προσοχής	1	2	3	4	5	6	7
G12	Έλλειψη κρίσης και εναισθησίας	1	2	3	4	5	6	7
G13	Διαταραχή της βούλησης	1	2	3	4	5	6	7
G14	Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων	1	2	3	4	5	6	7
G15	Ενασχόληση με σκέψεις & συναισθήματα (αυτισμός)	1	2	3	4	5	6	7
G16	Ενεργητική κοινωνική αποφυγή(επιπτώσεις παρ.ιδ.)	1	2	3	4	5	6	7

	Συμπληρωματικά στοιχεία για το προφίλ κινδύνου επιθετικότητας	Απόν	Ελάχιστο	Ήπιο	Μέτριο	Μέτρια σοβαρό	Σοβαρό	Πολύ σοβαρό
Σ1	Θυμός	1	2	3	4	5	6	7
Σ2	Δυσανεξία στην αναβολή ικανοποίησης	1	2	3	4	5	6	7

Σ3	Συναισθηματική ευμεταβλητότητα	1	2	3	4	5	6	7
-----------	-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

ΣΥΝΘΕΣΗ

Μη κερδοσκοπική Εταιρία
Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Μαρασλή 51, 542 49 - Θεσσαλονίκη

☎ 2310 334076 Fax: 2310 321910

E-mail: kenimer@hol.gr



Ερωτηματολόγιο Επιβάρυνσης της Οικογένειας

Ημερομηνία συμπλήρωσης του Ερωτηματολογίου: _____

Συγγενική σχέση του ατόμου που συμπληρώνει το Ερωτηματολόγιο με τον / την ασθενή. Ο / Η ασθενής είναι: _____

Σήμερα είναι: _____ χρονών

Ο συγγενής μου πάσχει από: _____

Αρρώστησε για πρώτη φορά πριν από: _____ χρόνια

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τυχόν επιβαρύνσεις στην οικογένειά σας λόγω της αρρώστιας του συγγενικού σας ατόμου. Παρακαλούμε, απαντήστε στις ερωτήσεις εκφράζοντας τα αληθινά σας αισθήματα.

Σημειώστε ένα **X** μέσα στο τετραγωνάκι, όταν η απάντηση αυτή σας εκφράζει.

Ευχαριστούμε πολύ για τη δυνατότητα συνεργασίας.

A. Οικονομική Επιβάρυνση

1. Μήπως ο ασθενής σας έχασε τη δουλειά του, ή σταμάτησε να κάνει την εργασία που έκανε πριν ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασε αυτό στα οικονομικά της οικογένειας ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
2. Σταμάτησε κανείς άλλος από την οικογένεια να εργάζεται, επειδή έπρεπε να παραμείνει στο σπίτι λόγω της πάθησης του αρρώστου ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασε αυτό στα οικονομικά της οικογένειας ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
3. Μήπως ο ασθενής σας ξόδεψε ή έχασε χρήματα χωρίς αιτία λόγω της πάθησής του, ή ακόμη εσείς δαπανήσατε πολλά χρήματα σε φάρμακα, γιατρούς, ιδιωτικές κλινικές, μετακινήσεις κ.λ.π. ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασε αυτό στα οικονομικά της οικογένειας ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
4. Μήπως κάνατε ορισμένες ιδιαίτερες δαπάνες, όπως για παράδειγμα να πληρώνετε κάποια νοσηλεύτρια στο σπίτι, άτομο για να φυλάγει και να μεγαλώνει τα παιδιά, κ.λ.π. ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασε αυτό στα οικονομικά της οικογένειας ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
5. Αναγκασθήκατε να δανεισθείτε πολλά χρήματα ή ακόμη να ξοδέψετε χρήματα από καταθέσεις σε τράπεζες, ταμειευτήριο, κ.λ.π. ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασε αυτό στα οικονομικά της οικογένειας ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
6. Μήπως υπήρξε κάποια άλλη προγραμματισμένη δραστηριότητα που αναβλήθηκε εξ αιτίας των οικονομικών δυσκολιών από την πάθηση του αρρώστου, όπως για παράδειγμα αναβολή γάμου, ταξιδιού, κ.λ.π. ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο μεγάλο ήταν το χρονικό διάστημα που επηρεάστηκε η οικογένεια ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

B. Διάσπαση των τακτικών δραστηριοτήτων της οικογένειας

7. Πήγαινε ο ασθενής σας στην εργασία του ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημο ήταν αυτό για την οικογένεια ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

8. Βοηθούσε σε οικιακές εργασίες ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασε αυτό στην οικογένεια ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
9. Έπρεπε κάποιος από την οικογένεια να αφιερώσει χρόνο, για να προσέχει τον άρρωστο, ώστε να αναγκάζεται να παραμελήσει κάποια δική του δραστηριότητα ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο ενοχλητικό ήταν αυτό για την οικογένεια ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
10. Έπρεπε κάποιος από την οικογένεια να αναγκάζεται να παραμελήσει κάποια δική του δραστηριότητα λόγω της συμπεριφοράς του αρρώστου ; (Όπως για παράδειγμα, να επιμένει ο άρρωστος να είναι πάντα κάποιος μαζί του μη αφήνοντάς τον να βγει έξω, ή να γίνεται ο άρρωστος επιθετικός, να καταστρέφει πράγματα, να μην κοιμάται ή να μην αφήνει τους άλλους να κοιμηθούν, κ.ά.).
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασε αυτό στην οικογένεια ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
11. Παραμελήθηκαν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας εξ αιτίας της πάθησης του αρρώστου ; (Όπως για παράδειγμα, να μην μπορέσει να πάει ένα παιδί στο σχολείο του μια μέρα, να χάσει ένα από τα γεύματά του, κ.ά.).
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο σημαντικό ήταν αυτό ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
- Γ. Διάσπαση του 'ελεύθερου χρόνου' (ξεκούρασης) της οικογένειας
12. Αναστάλθηκαν τελείως ή σε κάποιο βαθμό διάφορες μορφές διασκέδασης των μελών της οικογένειας ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημο ήταν αυτό για την οικογένεια ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
13. Μήπως η πάθηση του αρρώστου ήταν η αιτία να χάσει κάποιο άλλο άτομο της οικογένειας τις διακοπές του ή τον χρόνο της ξεκούρασής του ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασε αυτό στο άλλο άτομο ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
14. Μήπως ο ασθενής δεν πρόσεχε πια άλλα μέλη της οικογένειας, π.χ. τα παιδιά ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασε αυτό στα άλλα μέλη της οικογένειας ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

15. Έπρεπε κάποια άλλη δραστηριότητα της οικογένειας, όπως για παράδειγμα κάποιο ευχάριστο ταξίδι, ή μια οικογενειακή συγκέντρωση για διασκέδαση, χορό ή γιορτή, να αναβληθεί εξ αιτίας της πάθησης του αρρώστου ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα αισθάνθηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας γι αυτό ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

Δ. Διάσπαση της οικογενειακής αλληλεπίδρασης

16. Υπήρχε κάποια αρρωστημένη επίδραση στη γενική ατμόσφαιρα του σπιτιού ; Για παράδειγμα, μήπως ο ασθενής γινόταν γρήγορα ανιαρός ή καχύποπτος με τάση να δίνει άλλες εξηγήσεις στα γεγονότα ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημο ήταν αυτό για τα άλλα μέλη της οικογένειας ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
17. Μήπως υπήρχαν διαφωνίες μέσα στην οικογένεια για την αντιμετώπιση του αρρώστου, όπως για παράδειγμα ποια πρέπει να είναι η μορφή της θεραπείας του, ποιος είναι ο υπεύθυνος για την κατάσταση, κ.ά. ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα επέδρασαν οι διαφωνίες αυτές στην οικογένεια ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
18. Μήπως διάφοροι συγγενείς ή γείτονες αραιώσαν τις επισκέψεις τους στο σπίτι σας λόγω της άσχημης συμπεριφοράς του ασθενούς, ή λόγω του ότι υπήρχε κάποιος 'ψυχοδιανοητικά άρρωστος' στην οικογένειά σας ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα αισθάνθηκαν τα μέλη της οικογένειας γι αυτό ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
19. Μήπως τα μέλη της οικογένειας απομονώθηκαν αποφεύγοντας να έχουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους, επειδή υπήρχε ο φόβος πως οι άλλοι θα τους παρεξηγούσαν ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα αισθάνθηκαν τα μέλη της οικογένειας γι αυτό ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ
20. Μήπως η πάθηση του αρρώστου είχε κάποια άλλη επίδραση στις σχέσεις των μελών της οικογένειας ή στις σχέσεις της οικογένειας με τους συγγενείς και τους γείτονες, όπως για παράδειγμα το διαζύγιο ενός ανδρόγυνου, καυγάδες ανάμεσα σε δυο οικογένειες, κ.ά. ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο άσχημα αισθάνθηκαν τα μέλη της οικογένειας γι αυτό ;
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

Ε. Επίδραση στη σωματική υγεία των άλλων

21. Μήπως τα άλλα μέλη της οικογένειας νόσησαν από κάποια σωματική αρρώστια, ή κτύπησαν εξ αιτίας της συμπεριφοράς του ασθενούς ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο άσχημα αισθάνθηκαν τα μέλη της οικογένειας γι αυτό ;

ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

22. Μήπως υπήρξε κάποια άλλη επιβάρυνση στην υγεία κάποιου μέλους της οικογένειας, όπως για παράδειγμα να έχασε πολλά κιλά βάρος, ή να επιδεινώθηκε κάποια προϋπάρχουσα αρρώστια του ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο επιβαρυντικό στην υγεία του ήταν αυτό ;

ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

ΣΤ. Επίδραση στην ψυχική υγεία των άλλων

23. Μήπως κάποιο άλλο άτομο της οικογένειας απευθύνθηκε σε γιατρό για ψυχολογική πάθηση εξ αιτίας της συμπεριφοράς του ασθενούς ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο σοβαρή ήταν αυτή η πάθηση ;

ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

24. Μήπως κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας είχε αϋπνίες, έπεσε σε κατάθλιψη, εξέφραζε ιδέες αυτοκτονίας, έγινε υπερβολικά ανήσυχο κ.ά. ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο σοβαρό ήταν αυτό ;

ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

Ζ. Άλλη επιβάρυνση

Τελικά, μήπως πιστεύετε ότι υπήρχε κάποια άλλη επιβάρυνση στην οικογένεια η οποία δεν συμπεριλαμβάνεται στις παραπάνω ερωτήσεις ;

Εάν ΝΑΙ, παρακαλούμε γράψτε παρακάτω ποια ήταν αυτή η επιβάρυνση και πόσο άσχημα επέδρασε σε σας.

Διατυπώστε μας επίσης, εάν θέλετε, την άποψή σας για το ερωτηματολόγιο αυτό.

ΣΥΝΘΕΣΗ

Μη κερδοσκοπική Εταιρία
Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Μαρασλή 51, 542 49 - Θεσσαλονίκη

☎ 2310 334076 Fax: 2310 321910

E-mail: kenimer@hol.gr



Εκτίμηση της Ικανοποίησης των μελών του Κέντρου Ημέρας 'Εστία' από τις προσφερόμενες Υπηρεσίες

Όνομα:

Ημερομηνία εκτίμησης:

Εκτιμητής:

Προσαρμογή στα ελληνικά για τις ανάγκες εκτίμησης – αξιολόγησης των μελών του Κέντρου Ημέρας *Εστία*, ΣΥΝΘΕΣΗ: Μη κερδοσκοπική Εταιρία Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Θεσσαλονίκη, 2002.

A. Τι σας ικανοποιεί περισσότερο από τις υπηρεσίες που προσφέρει το προσωπικό του Κέντρου Ημέρας *Εστία* ;

- 1.** Η προθυμία τους να επιλύουν προβλήματα σχετικά με
 - α.** τις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών της *Εστίας*
καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ
 - β.** τη διαβίωση στην Κοινότητα με την οικογένεια, τους φίλους και τους άλλους ανθρώπους
καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ
 - γ.** προβλήματα που σχετίζονται με συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής
καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ
- 2.** Η ικανότητά τους να 'προσέχουν' τι λέει ο άλλος
 - α.** όταν αναφέρεται σε προσωπικά του θέματα
καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ
 - β.** σε καταστάσεις που τον πλήγωσαν στο παρελθόν
καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ
- 3.** Η ικανότητά τους να σας 'κατανοούν'
 - α.** σας αντιμετωπίζουν σαν συνταγματικά ισότιμους πολίτες και σέβονται τα δικαιώματά σας ;
ναι όχι

B. Τι θεωρείτε χρήσιμο από τη σχέση σας με το προσωπικό της *Εστίας* ;

- 4.** Σας βοηθούν να κατανοήσετε τον εαυτό σας ;
ναι όχι
- 5.** Σας βοηθούν να αποκτήσετε αυτογνωσία για την ψυχική διαταραχή σας ;
ναι όχι
- 6.** Σας βοηθούν να απαλλαγείτε από τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής σας ;
ναι όχι
- 7.** Σας βοηθούν να περάσετε δημιουργικά και ευχάριστα τις ώρες παραμονής σας στην *Εστία* ;
ναι όχι

Γ. Τι θα μπορούσατε να προτείνετε για τη βελτίωση της σχέσης σας με το προσωπικό της *Εστίας* ;

8. Θα έπρεπε να αυξηθούν οι ώρες παραμονής σας στην *Εστία* ;
Πόσες ώρες θα προτείνετε ;

9. Θα θέλατε να ενημερώνεστε για κάθε αλλαγή που αφορά το πρόγραμμα των δραστηριοτήτων σας στην *Εστία* ;
ναι όχι

10. Θεωρείτε ότι αυτό (ενημέρωση για αλλαγές) γίνεται σε σημαντικό βαθμό σήμερα ;
ναι όχι

11. Θα έπρεπε να υπάρχουν στο Πρόγραμμα περισσότερες ώρες ‘ξεγνοιασιάς’ (επιτραπέζια παιχνίδια, παρακολούθηση video, οργανωμένες έξοδοι, κ.ά.), παρά μια τυπική ‘ψυχοθεραπευτική σχέση’ ;

Δ. Θεραπευτική στάση του προσωπικού της *Εστίας*

12. Θεωρείτε πολλές φορές επικριτική απέναντί σας τη στάση του προσωπικού της *Εστίας* ;
καθόλου επικριτική λίγο πολύ πάρα πολύ επικριτική

13. Επιζητάτε ειλικρίνεια και γνησιότητα από τη στάση του προσωπικού της *Εστίας* απέναντί σας ;
ναι όχι

14. Αισθάνεστε πως υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι προσέγγισής σας από τα μέλη του προσωπικού της *Εστίας* ;
ναι όχι
Εάν ναι, σε τι διαφέρουν οι τρόποι αυτοί μεταξύ τους ;

15. Ποιόν από τους τρόπους προσέγγισης θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες σας και γιατί

- 16.** Θα θέλατε να εκπαιδευτείτε, ώστε να αποφεύγετε την επανεμφάνιση συμπτωμάτων της ψυχικής αρρώστιας ;
ναι όχι
- 17.** Θα προτιμούσατε τα μέλη του προσωπικού της *Εστίας* να είναι συνήθως σιωπηλά και ήρεμα, ή αντίθετα να είναι «ζωντανά που θα τάραζαν συνεχώς τα νερά» ;
σιωπηλά και ήρεμα «ζωντανά»
- 18.** Επιζητάτε περισσότερο μια επαγγελματική σχέση, ή αντίθετα μια φιλική σχέση με τα μέλη του προσωπικού της *Εστίας* ;
επαγγελματική σχέση (περισσότερο) φιλική σχέση (περισσότερο)

19. Ποιοι πιστεύετε πως είναι οι λόγοι για την προτίμησή σας αυτή ; (ερ.: 18)

20. Θα θέλατε τα μέλη του προσωπικού της *Εστίας* να σας «βάζουν» στην πραγματικότητα, ή αντίθετα να σας αφήνουν στον «κόσμο σας» (τον μερικές φορές εξωπραγματικό) ;
κόσμο πραγματικότητας: ναι όχι

21. Ποιοι πιστεύετε πως είναι οι λόγοι για την προτίμησή σας αυτή ; (ερ.: 20)

22. Θεωρείτε πως είναι υποβοηθητική η στάση του προσωπικού της *Εστίας* για άμεση καθοδήγηση μέσα από συμβουλές και συστάσεις ;
καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ

23. Πιστεύετε ότι τα μέλη του προσωπικού της *Εστίας* ενδιαφέρονται για σας ειλικρινά ;
καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ

24. Θεωρείτε τα μέλη του προσωπικού της *Εστίας* περισσότερο σαν θεραπευτές σας, ή σαν «ψυχρούς επαγγελματίες» ;
Σαν θεραπευτές: καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ

25. Θεωρείτε ότι τα μέλη του προσωπικού της *Εστίας*, σαν θεραπευτές σας, πως είναι καλά εκπαιδευμένοι ;
καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ

Ε. Γενικά θέματα (ποιότητα ζωής και προσφερόμενων Υπηρεσιών, αποδοχή στη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου).

26. Επιζητάτε βελτίωση της Ποιότητας Ζωής σας στην Κοινότητα ;
ναι όχι

27. Αποδέχεστε τελικά αυτό το επίπεδο προσφερόμενων υπηρεσιών της *Εστίας*, ή πιστεύετε πως χρειάζεται αναμόρφωση / βελτίωση ;
επίπεδο υπηρεσιών: κακό μέτριο καλό πολύ καλό

Εάν πιστεύετε πως χρειάζεται αναμόρφωση / βελτίωση, παρακαλούμε γράψτε μας τους τομείς που κατά τη γνώμη σας πρέπει να βελτιωθούν, καθώς και τις δικές σας προτάσεις. Συμπληρώστε παρακαλούμε επίσης, οτιδήποτε θεωρείτε πως δεν καλύφθηκε με τις παραπάνω ερωτήσεις.

28. Μήπως διστάσατε να εκφράσετε ανοιχτά και ελεύθερα τις απόψεις σας ;
καθόλου λίγο πολύ πάρα πολύ

29. Θεωρείτε ότι μπορεί να «απορριφθείτε ή να κακοπεράσετε» εξ αιτίας των απαντήσεων που δώσατε στο ερωτηματολόγιο αυτό ;
ναι όχι

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας

Τα μέλη του Προσωπικού της *Εστίας*

ΣΥΝΘΕΣΗ

Μη κερδοσκοπική Εταιρία
Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Μαρασλή 51, 542 49 - Θεσσαλονίκη

☎ 2310 334076 Fax: 2310 321910

E-mail: kenimer@hol.gr



Εκτίμηση Επιπέδου Λειτουργικότητας των μελών του Κέντρου Ημέρας 'Εστία'

Όνομα:

Χρονική περίοδος που καλύπτει η εκτίμηση:

Εκτιμητής:

Τροποποιημένο κείμενο από το *Community Placement Questionnaire, PI Clifford, 1986*. Μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά για τις ανάγκες εκτίμησης – αξιολόγησης των μελών του Κέντρου Ημέρας *Εστία*, **ΣΥΝΘΕΣΗ**: Μη κερδοσκοπική Εταιρία Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Θεσσαλονίκη, 2002.

Σημειώσεις για τα θέματα 1-10

- ✓ Εκτιμήστε τη λειτουργικότητα του ατόμου σε καθημερινές ασχολίες και δραστηριότητες στη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων.
- ✓ Κυκλώστε το νούμερο της απάντησής σας στην κάθε ερώτηση.
- ✓ Αν τυχόν δυσκολεύεστε να αποφασίσετε μεταξύ δύο επιπέδων λειτουργικότητας, τότε επιλέξτε το μεγαλύτερο νούμερο, π.χ. το 4 αντί του 3.
- ✓ Εκτιμήστε κατά πόσο το άτομο τα καταφέρνει με βάση τη συμπεριφορά του όπως τη γνωρίζετε τον τελευταίο μήνα, καθώς και με βάση τις ικανότητές του όπως τις γνωρίζετε. Αποφύγετε, δηλαδή, να κάνετε υποθέσεις, ότι θα μπορούσε να...
- ✓ Αν για κάποιο άτομο ξέρετε ότι μπορεί να αγοράσει όλα τα ρούχα του, αλλά απλά και μόνο δεν το έδειξε αυτό τον προηγούμενο μήνα, για κάποιον λόγο (π.χ. επειδή δεν είχε χρήματα), τότε σημειώστε το 4.
- ✓ Επίσης, αν για κάποιο άτομο ξέρετε ότι δεν μπορεί να διαχειριστεί χρήματα, τότε σημειώστε το 1, ανεξάρτητα από το εάν παρουσιάστηκε ή όχι η ευκαιρία να παρατηρήσετε τη συμπεριφορά αυτή.
- ✓ Αν τυχόν πιστεύετε ότι κάποιος θα μπορούσε, ίσως, να αγοράσει τα ρούχα του, αν του το μαθαίνατε, αλλά ωστόσο είναι ανίκανος να το κάνει αυτό σήμερα, τότε σημειώστε το επίπεδο στο οποίο βρίσκετε αυτός σήμερα και όχι το επίπεδο που εκτιμάτε ότι θα μπορούσε να φτάσει στο μέλλον.

A. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

1. Αγορά / Ψώνια

4. Ικανότητα να αγοράσει μεγάλα αντικείμενα ρουχισμού (κοστούμι, παπούτσια, φούστα κ.λ.π.) από ένα μαγαζί, χωρίς βοήθεια.

3. Ικανότητα να αγοράσει μικρά αντικείμενα (τσιγάρα, κονσέρβες κ.λ.π.) από ένα μαγαζί χωρίς βοήθεια.

2. Ικανότητα να ψωνίζει, με κάποια επίβλεψη.

1. Ανικανότητα ή άρνηση για χρήση μαγαζιών.

0. Δε δόθηκε ευκαιρία για παρατήρηση.

2. Μαγείρεμα

4. Ικανότητα στην παρασκευή ελαφρού φαγητού με λίγη ή καθόλου επίβλεψη π.χ. καφές, σάντουιτς, βραστό αυγό.

3. Ικανότητα στην παρασκευή ελαφρού φαγητού με κάποια επίβλεψη.

2. Ικανότητα στην παρασκευή ελαφρού φαγητού με συχνή επίβλεψη.

1. Ανικανότητα ή άρνηση για μαγείρεμα.

0. Δε δόθηκε ευκαιρία για παρατήρηση.

3. Καθάρισμα χώρου παραμονής

4. Ικανότητα στο καθάρισμα του χώρου παραμονής καλά και αυθόρμητα π.χ. σιγύρισμα, κ.λ.π.

3. Ικανότητα στο καθάρισμα του χώρου παραμονής με λίγη ή καθόλου προτροπή, αλλά όχι καλά.

2. Ικανότητα στο καθάρισμα του χώρου παραμονής, αλλά χρειάζεται προτροπή ή / και επίβλεψη.

1. Ανικανότητα ή άρνηση για καθάρισμα του χώρου παραμονής.

0. Δε δόθηκε ευκαιρία για παρατήρηση.

4. Χρήση δημόσιων μεταφορικών μέσων

4. Ικανότητά στη χρήση δημόσιων μεταφορικών μέσων μόνος του, χωρίς καμία επίβλεψη.
3. Ικανότητα στη χρήση δημόσιων μεταφορικών μέσων με κάποια μικρή επίβλεψη.
2. Ικανότητα στη χρήση δημόσιων μεταφορικών μέσων, αλλά με συνεχή επίβλεψη από μέλη του προσωπικού της *Εστίας*, φίλους κλπ.
1. Ανικανότητα ή άρνηση χρήσης δημόσιων μεταφορικών μέσων.
0. Δε δόθηκε ευκαιρία για παρατήρηση.

5. Κοινωνική συνύπαρξη

4. Κάνει παρέα με άλλους ανθρώπους και δημιουργεί σχέσεις, ή έχει σχέσεις με συγκεκριμένα άτομα (μέλη προσωπικού της *Εστίας*, άλλα μέλη της *Εστίας*, άτομα στη γειτονιά κλπ)
3. Κάνει παρέα με άλλους ανθρώπους, αλλά δε φαίνεται να αποκτά ιδιαίτερες σχέσεις.
2. Έχει πολύ λίγες παρέες, αλλά ωστόσο του αρέσει να συμμετέχει σε κάποιες κοινωνικές δραστηριότητες (π.χ. εκδρομές, ομαδικές δραστηριότητες στην *Εστία* κλπ)
1. Μικρή ή καμία σχέση με άλλους ανθρώπους.

6. Συμμετοχή σε δραστηριότητες

4. Συμμετέχει κανονικά σε οργανωμένες δραστηριότητες με ελάχιστη ή και καθόλου προτροπή.
3. Συμμετέχει αρκετά κανονικά σε οργανωμένες δραστηριότητες, αλλά χρειάζεται κάποια προτροπή.
2. Χρειάζεται συνεχείς προτροπές, αλλά παρ' όλα αυτά, συμμετέχει πότε-πότε σε οργανωμένες δραστηριότητες.

1. Σπάνια ή ποτέ δε συμμετέχει σε οργανωμένες δραστηριότητες.

7. Συζητήσεις με τα μέλη του προσωπικού της *Εστίας*

4. Μπορεί να ξεκινήσει και να διατηρήσει μια συζήτηση με κάποιο μέλος του προσωπικού.

3. Μερικές φορές μπορεί να ξεκινήσει και να διατηρήσει κάποια συζήτηση, αλλά σπάνια συμμετέχει σε κάτι παραπάνω από μια σύντομη ανταλλαγή απόψεων.

2. Σπάνια ξεκινά μια συζήτηση, αλλά ωστόσο απαντά με λίγες κουβέντες μετά από προτροπή (π.χ. αστεία, παράκληση, κλπ).

1. Συζητά ελάχιστα, σπάνια λέει κάτι παραπάνω από μονολεκτικές κουβέντες κι αυτές μετά από προτροπή.

8. Συζήτηση με τα άλλα μέλη της *Εστίας*

4. Μπορεί να ξεκινήσει και να διατηρήσει μια συζήτηση με τα άλλα μέλη της *Εστίας*.

3. Μερικές φορές μπορεί να ξεκινήσει και να διατηρήσει κάποια συζήτηση, αλλά σπάνια συμμετέχει σε κάτι παραπάνω από μια σύντομη ανταλλαγή απόψεων.

2. Σπάνια ξεκινά μια συζήτηση, αλλά ωστόσο απαντά με λίγες κουβέντες μετά από προτροπή (π.χ. αστεία, παράκληση, κλπ).

1. Συζητά ελάχιστα, σπάνια λέει κάτι παραπάνω από μονολεκτικές κουβέντες κι αυτές μετά από προτροπή.

9. Εμφάνιση

4. Δεν αμελεί τον εαυτό του / της. Έχει καθαρή και περιποιημένη εμφάνιση χωρίς βοήθεια ή προτροπή από τρίτους.

3. Αμελεί τον εαυτό του / της. Είναι πλυμένος / η και με περιποιημένο ντύσιμο, αλλά χρειάζεται κάποια επίβλεψη.

2. Αμελεί σημαντικά τον εαυτό του / της. Είναι πλυμένος / η και με περιποιημένο ντύσιμο, αλλά χρειάζεται συνεχή επίβλεψη.

1. Πολύ μεγάλη παραμέληση του εαυτού του / της. Αρνείται ή αντιστέκεται στο πλύσιμο, ντύσιμο κ.λ.π., ή είναι ανίκανος / η να φροντίσει την προσωπική του / της εμφάνιση, π.χ. χρειάζεται πάντα βοήθεια .

10. Πρωινό ξύπνημα / πρωινή προσέλευση στην *Εστία*

4. Μικρή ή καμία δυσκολία στο ξύπνημα. Ξυπνά τα περισσότερα πρωινά με μικρή ή καθόλου προτροπή. Πρωινή προσέλευση στην *Εστία* στην ώρα του / της.

3. Ελαφριά δυσκολία στο ξύπνημα. Μερικές φορές ξυπνά χωρίς προτροπή, αλλά πιο συχνά χρειάζεται προτροπή για να σηκωθεί. Καθυστερεί κάποιες φορές να φτάσει στην *Εστία*.

2. Σημαντική δυσκολία στο ξύπνημα. Χρειάζεται συνεχείς και επανειλημμένες προτροπές για να σηκωθεί. Συχνά καθυστερεί να φτάσει στην *Εστία*.

1. Εντονότατη δυσκολία στο ξύπνημα. Ξυπνά με δυσκολία και μόνο ύστερα από συνεχείς και επανειλημμένες προτροπές, ή χρειάζεται πάντα βοήθεια. Σχεδόν καθημερινά φτάνει καθυστερημένα στην *Εστία*.

11. Πώς εκτιμάτε τη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου στη διάρκεια του τελευταίου μήνα, σε σύγκριση με το επίπεδο λειτουργικότητας που μάλλον θα περιμένατε;

Παράκληση, βάλτε σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό

1. Πολύ καλύτερη
2. Ελαφρά καλύτερη
3. Περίπου ίδια
4. Ελαφρά χειρότερη
5. Πολύ χαμηλότερη

12. Φάρμακα *

4. Το άτομο είναι υπεύθυνο να παίρνει μόνο του τα φάρμακά του, ή ελέγχεται ελάχιστα για το αν τα παίρνει. Δέχεται κανονικά τα ενέσιμα βραδείας απορρόφησης, αν του έχει έτσι καθοριστεί. Ή θα μπορούσαμε να τον / την εμπιστευθούμε να παίρνει μόνος / η ή με ελάχιστο έλεγχο τα φάρμακά του / της από το στόμα.

3. Τα φάρμακα δίνονται από το προσωπικό στην *Εστία* ή από την οικογένεια στο σπίτι. Το άτομο τα δέχεται κανονικά (όσα παίρνει από το στόμα, καθώς και τα ενέσιμα, όπως αυτό έχει καθοριστεί).

2. Τα φάρμακα δίνονται από το προσωπικό στην *Εστία* ή από την οικογένεια στο σπίτι. Το άτομο τα παίρνει ύστερα από κάποια προτροπή (όσα παίρνει από το στόμα, καθώς και τα ενέσιμα, όπως αυτό έχει καθοριστεί).

1. Μεγάλα προβλήματα στη χορήγηση / λήψη των φαρμάκων. Π.χ. αρνείται ή κρύβει τα φάρμακα (όσα παίρνει από το στόμα, καθώς και τα ενέσιμα, όπως αυτό έχει καθοριστεί).

0. Το άτομο δεν είναι υπό φαρμακευτική αγωγή.

* Αν το άτομο κάνει μόνο ενέσιμα βραδείας απορρόφησης και τα αποδέχεται κανονικά, τότε σημειώστε το νούμερο 4

ΣΥΝΘΕΣΗ

Μη κερδοσκοπική Εταιρία

Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Μαρασλή 51, 542 49 - Θεσσαλονίκη

☎ 2310 334076 Fax: 2310 321910

E-mail: kenimer@hol.gr



Εκτίμηση

- Χρήσης Υπηρεσιών & Διευκολύνσεων στην Κοινότητα
- Ασφαλών Συνθηκών Διαβίωσης
- Κοινωνικών Δεξιοτήτων

Όνομα:

Ημερομηνία αρχικής εκτίμησης:

Εκτιμητής:

Τροποποιημένο κείμενο από το *St. Brendan's Rehabilitation Services Assessment Schedule, Dublin, Ireland*. Μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά για τις ανάγκες εκτίμησης – αξιολόγησης των μελών του Κέντρου Ημέρας *Εστία*, **ΣΥΝΘΕΣΗ**: Μη κερδοσκοπική Εταιρία Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Θεσσαλονίκη, 2002.

ΣΥΝΘΕΣΗ

Μη κερδοσκοπική Εταιρία
Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Μαρασλή 51, 542 49 - Θεσσαλονίκη

☎ 2310 334076 Fax: 2310 321910

E-mail: kenimer@hol.gr



Εκτίμηση Συμπεριφοράς μελών του Κέντρου Ημέρας *Εστία* στη διάρκεια της Απασχόλησής τους

Όνομα:

Χρονική περίοδος που καλύπτει η εκτίμηση:

Εκτιμητής:

From: A standardized assessment of the work behaviour of psychiatric patients.

By RDP Griffiths, British Journal of Psychiatry, 1973.

And

The measurement of work performance of psychiatric patients: a reappraisal.

By AJ Cheadle and R Morgan, British Journal of Psychiatry, 1972.

Μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά για τις ανάγκες εκτίμησης – αξιολόγησης των μελών του Κέντρου Ημέρας *Εστία*, **ΣΥΝΘΕΣΗ**: Μη κερδοσκοπική Εταιρία Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Θεσσαλονίκη, 2002.

A/A	A	Όπως στο A	Τείνει προς το A	Περίπου στο μέσον	Τείνει προς το B	Όπως στο B	B
		0	1	2	3	4	
1.	Κάνει περίπλοκες δουλειές						Μπορεί να κάνει μόνο απλές δουλειές
2.	Αντιλαμβάνεται τις οδηγίες γρήγορα						Δεν μπορεί να αντιληφθεί οδηγίες
3.	Εργάζεται πολύ γρήγορα						Εργάζεται πολύ αργά
4.	Εργάζεται συνέχεια						Απασχολείται για μικρές μόνο περιόδους
5.	Αποζητά την απασχόληση						Αποφεύγει την απασχόληση
6.	Αποδέχεται επίβλεψη ή καθοδήγηση						Θίγεται ή πειράζεται από επίβλεψη-καθοδήγηση
7.	Δεν χρειάζεται επίβλεψη / καθοδήγηση						Χρειάζεται συνεχή επίβλεψη / καθοδήγηση
8.	Θέλει να αλλάξει «πόστα» απασχόλησης						Αρνείται να αλλάξει «πόστα» απασχόλησης
9.	Ψάχνει για πιο πολλή απασχόληση						Περιμένει να της / του ανατεθεί απασχόληση
10.	Πάντα με καλή κρίση						Ποτέ με καλή κρίση
11.	Εξαιρετική ποιότητα απασχόλησης						Άσχημη ποιότητα απασχόλησης
12.	Καλή επιδεξιότητα με τα χέρια						Αδεξιότητα με τα χέρια
13.	Χρησιμοποιεί καλά εργαλεία / συσκευές						Δεν χρησιμοποιεί καλά εργαλεία / συσκευές
14.	Τα πάει καλά με τους άλλους						Τα πάει άσχημα με τους άλλους
15.	Επικοινωνεί αυθόρμητα						Δεν επικοινωνεί με τους άλλους
16.	Ποτέ δεν φτάνει αργά ή φεύγει νωρίς						Πάντοτε φτάνει αργά και φεύγει νωρίς
17.	Πάντοτε τελειώνει τη δουλειά						Αφήνει τη δουλειά μισοτελειωμένη
18.	Οι άλλοι την / τον αποδέχονται γρήγορα						Δεν ταιριάζει / συμφωνεί εύκολα με τους άλλους
19.	Αναλαμβάνει ηγεμονικούς ρόλους						Αφήνει στους άλλους τις πρωτοβουλίες
20.	Λογική στάση απέναντι στην εξουσία						Δημιουργεί φασαρίες
21.	Αν ήμουν εργοδότης θα						Αν ήμουν εργοδότης δεν

	την / τον προσλάμβανα						θα την / τον προτιμούσα
22.	Εμπιστεύεται πολύ τον εαυτό της / του						Δεν εμπιστεύεται αρκετά τον εαυτό της / του
23.	Αποδέχεται πρόθυμα κριτική και διορθώσεις						Δεν αποδέχεται πρόθυμα κριτική και διορθώσεις
24.	Αποδέχεται πρόθυμα υπευθυνότητες						Δεν αποδέχεται καμιά υπευθυνότητες
25.	Παίρνει πολλές πρωτοβουλίες						Δεν παίρνει καμιά πρωτοβουλίες

ΣΥΝΘΕΣΗ

*Μη κερδοσκοπική Εταιρία
Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης*

Μαρασλή 51, 542 49 - Θεσσαλονίκη

☎ 2310 334076 Fax: 2310 321910

E-mail: kenimer@hol.gr



Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης Ποιότητας Ζωής

Όνομα:

Ημερομηνία αρχικής εκτίμησης:

Εκτιμητής:

Τροποποιημένο κείμενο. Μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά για τις ανάγκες εκτίμησης – αξιολόγησης των μελών του Κέντρου Ημέρας *Εστία*, **ΣΥΝΘΕΣΗ**: Μη κερδοσκοπική Εταιρία Έρευνας, Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Θεσσαλονίκη, 2002.

Σε μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 10 (όπου 1 σημαίνει το χειρότερο και 10 το καλύτερο), τι θα βάζατε στις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με το

πώς αισθανθήκατε στη ζωή σας τον τελευταίο μήνα ;

Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα την κατάσταση σας.

1. Η σωματική σας υγεία (λαμβάνοντας υπ' όψη και τις δυσάρεστες παρενέργειες των φαρμάκων που παίρνετε) ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
πολύ άσχημη				έτσι κι έτσι					πολύ καλή

2. Η διάθεσή σας γενικά (με την έννοια πως αισθάνεστε ευχαριστημένοι με τον εαυτό σας, ήσυχοι, αισιόδοξοι ή αντίθετα, απαισιόδοξοι, ανήσυχοι) ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
πολύ άσχημη				έτσι κι έτσι					πολύ καλή

3. Κάνετε κάτι χρήσιμο για σας και για τους άλλους (απασχόληση, να φροντίζετε το σπίτι, τα παιδιά ή τα εγγόνια σας, εθελοντική εργασία, κλπ) ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
πολύ άσχημη				έτσι κι έτσι					πολύ καλή

4. Η οικονομική σας κατάσταση ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
πολύ άσχημη				αρκετά δύσκολα					πολύ καλή

5. Οι σχέσεις (συναισθηματικές και σεξουαλικές) ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
πολύ άσχημα				έτσι κι έτσι					υπέροχες

6. Οι σχέσεις με τους φίλους και η κοινωνική ζωή ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
πολύ άσχημα				έτσι κι έτσι					υπέροχες

7. Ο τρόπος σας να περνάτε τον ελεύθερο χρόνο, να διασκεδάσετε ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
πολύ άσχημα				έτσι κι έτσι					πολύ καλά

8. Η ασφάλεια της περιοχής (κλοπές, βία) ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
πολύ επικίνδυνη				έτσι κι έτσι					απόλυτα ασφαλής

9. Η ζωή σας γενικά ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
απαίσια				ούτε καλή, ούτε κακή					υπέροχη

ΣΥΝΤΟΜΑ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΑ

Αγγελίδης Γιώργος, ψυχίατρος. Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική – Παιδοψυχιατρική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, υποψήφιος διδάκτορας. Διευθυντής Ε.Σ.Υ. στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κατερίνης. Έχει εργασθεί ως ψυχίατρος στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου και το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου. Πρόεδρος της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) του Τομέα Ψυχικής Υγείας Πιερίας. Πρόεδρος της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας «ΕΛΠΙΔΑ».

Γκαϊνταρτζή Χρύσα, ψυχολόγος. Εκπαιδεύτηκε στο Τμήμα Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και έλαβε μεταπτυχιακό δίπλωμα Σπουδών Κοινωνικής και Κλινικής Ψυχολογίας από το ίδιο Τμήμα. Τα τρία τελευταία χρόνια εργάστηκε ως ψυχολόγος στο Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Σήμερα εργάζεται ιδιωτικά στο Βόλο και εκπαιδεύεται στην Ομαδική Ψυχοθεραπεία (Εταιρία Μελέτης Δυναμικών Ομάδας και Ομαδικής Ψυχοθεραπείας και Εταιρία «Ψυχολογία και Τέχνη», Θεσσαλονίκη).

Ευγενίδου Βενετία, ειδική εκπαιδευτρια. Εκπαιδεύτηκε στο Τμήμα Επιστημών της Αγωγής του Πανεπιστημίου του Μπάρι Ιταλίας, λαμβάνοντας την ειδικότητα του επαγγελματία εκπαιδευτή ατόμων με ειδικές ανάγκες. Εργάστηκε στο Μπάρι ως ειδική εκπαιδευτρια σε κοινωνικούς συνεταιρισμούς και δημοτικά προγράμματα και τα τελευταία δύο χρόνια εργάζεται ως ειδική εκπαιδευτρια στο Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Φοιτήτρια του Πανεπιστημιακού Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Καραγιάννη Μαρία, κοινωνική λειτουργός. Εκπαιδεύτηκε στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου. Εργάστηκε ως κοινωνική λειτουργός στη σχολή Τουριστικών Επαγγελματιών Μακεδονίας, το Νοσοκομείο Ημέρας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και το Β΄ Κ.Α.Π.Η. Συκεών. Από το 2002 εργάζεται ως κοινωνική λειτουργός στο Κέντρο Ημέρας «ΕΣΤΙΑ». Εκπαιδεύεται στην Ομαδική Ψυχοθεραπεία (Εταιρία Μελέτης Δυναμικών Ομάδας και Ομαδικής Ψυχοθεραπείας και Εταιρία «Ψυχολογία και Τέχνη», Θεσσαλονίκη).

Κουνιάκης Φίλιππος, ψυχίατρος. Εκπαιδεύτηκε στη Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέα Θεσσαλονίκης. Εργάζεται ιδιωτικά, είναι επιστημονικός συνεργάτης της Β΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής και υποψήφιος διδάκτορας. Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας «ΣΥΝΘΕΣΗ», έχει διατελέσει σύμβουλος ψυχίατρος στο Οικοτροφείο «ΑΞΙΟΣ» της ίδιας Εταιρίας. Σύμβουλος ψυχίατρος στη Μ.Κ.Φ. «Ο Άγιος Στυλιανός».

Λαζαρίδης Βύρωνας, ψυχίατρος. Εκπαιδεύτηκε στη Β΄ Πανεπιστημιακή Νευρολογική-Ψυχιατρική Κλινική του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και ακολούθως, σε προγράμματα Παρέμβασης σε Κρίση στο Λονδίνο. Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική – Παιδοψυχιατρική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Εργάστηκε ως ψυχίατρος στο

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Αναπληρωτής Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά Υπεύθυνος Β΄ Ο.Ψ.Σ.Ε.Τ. Ψ.Ν.Θ. Πρόεδρος του Συλλόγου Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.) Θεσσαλονίκης.

Οικονόμου Μαρίνα, ψυχίατρος. Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Επιστημονικά Υπεύθυνη του Προγράμματος κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών «αντιστίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.), Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου του Συλλόγου Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.), Πρόεδρος του Κλάδου Ψυχοεκπαιδευτικών Παρεμβάσεων της Ελληνικής Εταιρίας Έρευνας της Συμπεριφοράς (Ε.Ε.Ε.Σ.), Πρόεδρος του Ελληνικού Κλάδου της Παγκόσμιας Εταιρίας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (W.A.P.R.).

Παπαϊωάννου Καλλιόπη, ψυχίατρος. Εκπαιδεύτηκε στη Β΄ Πανεπιστημιακή Νευρολογική-Ψυχιατρική Κλινική του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και ακολούθως, σε προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών της Psychiatric Rehabilitation Association, Λονδίνο. Αναπληρώτρια Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., διατέλεσε Επιστημονικά Υπεύθυνη του Κέντρου Ημέρας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Έχει συμμετάσχει ή και συντονίζει σειρά αποκαταστασιακών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων. Νόμιμη Εκπρόσωπος της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ», Επιστημονικά Υπεύθυνη του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» και του Οικοτροφείου «ΑΞΙΟΣ» της Εταιρίας.

Πολυχρονιάδης Νίκος, ψυχίατρος. Εκπαιδεύτηκε στη Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέα Θεσσαλονίκης. Εργάζεται ιδιωτικά και συνεργάζεται με τη Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική στην επίβλεψη ειδικευόμενων ψυχιάτρων στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Είναι συντονιστής του Κέντρου Ημέρας «ΕΣΤΙΑ» και σύμβουλος ψυχίατρος στο Οικοτροφείο «ΑΞΙΟΣ» και το Κέντρο Ημέρας «ΑΝΑΤΟΛΗ» (Α.μ.Κ.Ε. «ΣΥΝΘΕΣΗ»). Επιστημονικά Υπεύθυνος σε ιδιωτική νευροψυχιατρική κλινική της Θεσσαλονίκης, όπου ασχολείται με ομάδες ψυχωτικών ασθενών.

Τσιλίκας Σωτήρης, ψυχίατρος. Εκπαιδεύτηκε στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και την κοινωνική ψυχιατρική. Έχει διατελέσει επιστημονικός συνεργάτης της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής Αλεξανδρούπολης, υπεύθυνος του Κ.Ψ.Υ. Αλεξανδρούπολης, υπεύθυνος κλιμακίων της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης Νομού Έβρου. Αναπληρωματικό μέλος της Α΄ Τ.Ε.Ψ.Υ. Αναπληρωτής Διευθυντής του Ψυχιατρικού Τμήματος του Ιπποκράτειου Γ.Ν. Θεσσαλονίκης.

Χονδρός Δημήτρης, οικονομολόγος. Πτυχιούχος του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών. Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική-Παιδοψυχιατρική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Έχει διατελέσει σύμβουλος ιδιωτικών επιχειρήσεων και οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης. Υπεύθυνος έργου της Μονάδας Υποστήριξης Εμφύχωσης και Παρακολούθησης του προγράμματος «Ψυχαργός - α΄ φάση» και της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος «Ψυχαργός - β΄ φάση». Επικεφαλής της Αναπτυξιακής Σύμπραξης «Συνεργία» της Κοινοτικής Πρωτοβουλίας EQUAL (2002-2005). Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του

Ελληνικού Κλάδου της Παγκόσμιας Εταιρίας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (W.A.R.P.). Τα τελευταία δύο χρόνια δραστηριοποιείται στη Μη Κυβερνητική Οργάνωση «Συν-ειρμός» Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στο Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ», Αθήνα.