



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος: «Ο ρόλος της οικογένειας και της κοινότητας στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

Καραούζα Μαρία, Ψυχολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αγγελόπουλος Νικηφόρος, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΠΘ,
Επιβλέπων Καθηγητής

Μπονώτης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τομέας
Νευρολογίας & Αισθητηρίων Οργάνων, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Τσιούρη Ιωάννα, Ψυχολόγος Ψ.Τ.Ε. Π.Γ.Ν.Α., Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2016



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**«The role of the family and the community in the treatment of
mental disorders in the context of Primary Health Care»**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	4
Περίληψη.....	5
Εισαγωγή.....	6
Ορισμός.....	10
Αιτιολογία.....	12
Επιπτώσεις.....	15
Οικογένεια.....	17
Οργανώσεις χρηστών.....	18
Σύλλογοι οικογενειών των ατόμων με ψυχική νόσο.....	19
Κοινότητα.....	33
Κέντρο Ψυχικής Υγείας.....	37
Στίγμα.....	39
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	40
Ο ρόλος των χρηστών και των οικογενειών στη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	44
Συμπεράσματα.....	45
Βιβλιογραφία.....	48

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το στίγμα και οι προκαταλήψεις είναι υπεύθυνα για μια σειρά διακρίσεις που σημειώνονται σε βάρος των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Οι αρνητικές στάσεις της κοινωνίας απέναντι στα νοσούντα άτομα τα οδηγούν στην περιθωριοποίηση, τον αποκλεισμό και τελικά στην ίδια την αποδοχή της ασθένειας από τους ίδιους με τρόπο όμως μοιρολατρικό (Thota, 2012). Ο ασθενής αποδέχεται την ασθένειά του όχι για να την παλέψει, αλλά για να υποταχθεί σ' αυτήν, να ψαλιδίσει τις μελλοντικές προσδοκίες από τον εαυτό του και από τους άλλους, να αυτοστιγματιστεί (Clark, 2006).

Σήμερα έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής από την πλευρά της πολιτείας. Οι κυβερνήσεις έδειξαν να κατανοούν ότι η αμέλεια ενασχόλησης με την ψυχική υγεία οδηγεί μόνο σε όξυνση του προβλήματος. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, που βρίσκεται σε εξέλιξη στις περισσότερες χώρες του κόσμου, στηριζόμενη στις αρχές της αποασυλοποίησης και της παροχής φροντίδας μέσα στην κοινότητα στοχεύει στην προώθηση της αυτονομίας του ψυχικά πάσχοντος. Στα πλαίσια μιας διαφορετικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, γίνεται κατανοητό ότι ένα σημαντικό μέρος της εργασίας των εμπλεκόμενων φορέων πρέπει να προσανατολίζεται προς το κοινό, με στόχο την αλλαγή των στάσεων και των αντιλήψεων για την ψυχική ασθένεια, μέσα από ενημερωτικές εκστρατείες και εκπαιδευτικά προγράμματα (Thornicroft, 2010).

Την τελευταία δεκαετία φάνηκε έντονα μια τάση προς αυτοοργάνωση, τόσο στους ίδιους τους ασθενείς, όσο και στις οικογένειες που έχουν την κύρια μέριμνα των ασθενών (Dixon, 2001). Δημιουργήθηκαν σύλλογοι, ομοσπονδίες που συσπειρώνουν και προσελκύουν ένα μεγάλο κομμάτι ασθενών και εκφράζουν την επιθυμία τους να διευρυνθούν τα δικαιώματά τους και να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας και της ζωής τους. Οι οργανώσεις αυτές έχουν αναπτυχθεί στο εξωτερικό σε μεγαλύτερο βαθμό και σε μικρότερο στη χώρα μας, έχουν αναλάβει το έργο της καταπολέμησης του στίγματος και των διακρίσεων για τα άτομα που χαρακτηρίζονται ψυχικά ασθενή. Επίσης η συμμετοχή των ασθενών σε αυτές συμβάλλει αποτελεσματικά στην άρνηση του αυτοστιγματισμού, βήμα πολύ σημαντικό για τη βελτίωση της υγείας του ασθενή. Η ψυχική υγεία είναι η αναζήτηση της ισορροπίας σε όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής, είτε αφορά τη σωματική, τη διανοητική και την συναισθηματική, είτε για την πνευματική πτυχή του ανθρώπινου βίου. Η ψυχική υγεία είναι η ικανότητα μας να χαιρόμαστε τη ζωή και να αντιμετωπίζουμε τις καθημερινές της προκλήσεις (Vega, 2007). Αυτό βέβαια προϋποθέτει τη λήψη αποφάσεων και επιλογών, προκειμένου να προσαρμόσουμε τη συμπεριφορά μας σε δύσκολες καταστάσεις και να τις αντιμετωπίσουμε επιτυχώς. Συνεπάγεται, επίσης, την ικανότητά μας να εκφράζουμε τις ανάγκες και τις επιθυμίες μας.

Οι συγκυρίες της ζωής αλλάζουν διαρκώς και μαζί τους μεταβάλλονται η διάθεση και οι σκέψεις μας. Για το λόγο αυτό, είναι εξαιρετικά σημαντικό να επιτύχουμε ισορροπία στη ζωή μας, η οποία να είναι μακροχρόνια και να αφορά σε μεγάλο εύρος καταστάσεων. Είναι απολύτως φυσιολογικό να μάς κυριεύουν, από καιρού εις καιρόν, αισθήματα θλίψης, ανησυχίας, φόβου ή ακόμη και καχυποψίας. Τα αισθήματα αυτά μπορεί ωστόσο να αποτελέσουν πρόβλημα, εάν παρεμβαίνουν στις καθημερινές μας δραστηριότητες και τις επηρεάζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Drake, 2004).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ψυχική υγεία ενός ατόμου είναι συνάρτηση της αγάπης, της υποστήριξης και της αποδοχής που βιώνει από τον οικογενειακό περίγυρο, αλλά και από άλλα πρόσωπα. Βέβαια, κάθε πολιτισμός, κάθε κοινωνία και έθνος αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο τι είναι ψυχική υγεία και συνεπώς τι είναι ψυχική διαταραχή. Υπάρχουν διάφορες μορφές ψυχικών διαταραχών οι οποίες εμφανίζονται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Στην παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζουμε τους τρόπους που αντιμετωπίζεται η ψυχική ασθένεια τόσο μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο, όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό. Η οικογένεια αδιαμφισβήτητα συνιστά ένα υποστηρικτικό σύστημα και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο αν το άτομο θα είναι ψυχικά υγιές ή την εξέλιξη του εάν πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή. Η εκπαίδευση της οικογένειας βοηθά τα μέλη να είναι πιο «αποτελεσματικά» στις παρεμβάσεις για το μέλος τους που νοσεί και έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν γίνεται ομαδικά, γιατί έτσι προάγεται η ανταλλαγή απόψεων και η αμοιβαία ενίσχυση. Η κοινωνία και η κοινότητα γνωρίζουν πολύ λίγα για τις ψυχικές διαταραχές για αυτό και η ένταξη σε αυτήν των ατόμων αυτών συναντά σημαντικές δυσκολίες. Το κυριότερο εμπόδιο που πρέπει να ξεπεραστεί μέσα στην κοινότητα είναι το στίγμα εναντίων των ατόμων που πάσχουν από ψυχική νόσο. Συνεπώς, απαιτείται εκστρατεία ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης, σχετικά με την φύση και τις συνέπειες των ψυχικών διαταραχών, ώστε να ενδυναμωθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές.

Ψυχικές διαταραχές, οικογένεια, κοινωνία, αντιμετώπιση, κοινότητα

ABSTRACT

An individual's mental health is a function of love, support and acceptance experienced by the family, but also by other persons too. Of course, every culture, every society and nation perceives

differently what mental health is and therefore what is a mental disorder. There are various forms of mental disorders which occur at different times. In this thesis, we examine the ways and interventions in which mental illness is treated both within the family context, and in the wider society. The family unquestionably constitutes a supportive system and plays an important role in whether a person is mentally healthy or its progress if suffering from a mental disorder. The family education helps members to intervene more effectively for the diseased member and best when done in a group, because it promotes the exchange of views and mutual aid. The society and the community know little about mental disorders hence the inclusion in it of these people faces persistent difficulties. The main obstacle to overcome in the community setting is the stigma against people suffering from mental illness. Therefore, an information campaign is needed, and education of the public concerning the nature and consequences of mental disorders, in order to strengthen positive attitudes and behaviors.

Mental disorders, family, society, treatment, community

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα εκτεταμένο φάσμα συμπτωμάτων που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, στα συναισθήματα και τη συμπεριφορά, αλλά και στην επικοινωνία του ανθρώπου με άλλους καλείται με τον όρο ψυχική διαταραχή (Doering, 2010a).

Οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να προσβάλουν άτομα κάθε ηλικίας, από παιδιά και εφήβους, μέχρι ενήλικες και ηλικιωμένους και ενδέχεται να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια. Ακόμη, μπορεί να αναφέρεται σε καταστάσεις πολύ διαφορετικές ανάμεσά τους, από την κατάθλιψη και τις φοβίες ή το άγχος, μέχρι και πιο σοβαρές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια (Lamb, 1999). Ωστόσο, παρά την επιστημονική πρόοδο και εξέλιξη στις μεθόδους αντιμετώπισης και θεραπείας, ακόμα και σήμερα η ψυχική διαταραχή, εξακολουθεί να θεωρείται από την κοινότητα ως η «τρέλα» και το τρομακτικό και να συνοδεύεται από πολλές λαθεμένες απόψεις, προκαταλήψεις, δοξασίες και φόβους που της προσδίδουν το χαρακτήρα του στίγματος (Leichsenring, 2011).

Ένας συχνός μύθος που απαντάται σχετικά με την ψυχική διαταραχή είναι ότι πρόκειται για αδυναμία χαρακτήρα και ότι αυτοί που νοσούν μπορούν να συνέλθουν από μόνοι τους αν προσπαθήσουν. Στην πραγματικότητα οι ψυχικές ασθένειες είναι πραγματικές ασθένειες, όπως είναι οι καρδιοπάθειες και ο καρκίνος, και βελτιώνονται μόνο με την κατάλληλη θεραπεία (Pharoah, 2010).

Οι ψυχικές διαταραχές καθώς και οι διαταραχές συμπεριφοράς προσβάλλουν όλους τους ανθρώπους και είναι ανεξάρτητες από τις περιοχές, χώρες και κοινωνίες που ζει το άτομο και παρουσιάζονται και στους άντρες και στις γυναίκες σε όλες τις φάσεις της ζωής τους και είναι παρούσες και στις αστικές - βιομηχανικές και στις αγροτικές περιοχές (Drake, 2004). Η αντίληψη ότι υπάρχει υπερτέρηση της ψυχικής διαταραχής στις βιομηχανικές περιοχές έναντι των αγροτικών, είναι απόλυτα λανθασμένη.

Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές τις συμπεριφοράς είναι κοινές και επηρεάζουν πάνω από 25% των ανθρώπων κάποια στιγμή της ζωής τους. Περίπου στο 20% όλων των ασθενών που εξετάζονται από γιατρούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν μια ή περισσότερες διαταραχές (Barrowclough, 2001). Η αιτιολογία των συχνότερων και σοβαρότερων παθήσεων που απασχολούν την σύγχρονη ιατρική (ανάμεσα τους και η ψυχική υγεία) βρίσκεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και η πρόληψη καθώς και η προαγωγή της υγείας στηρίζεται στην παρέμβαση στο περιβάλλον και έλεγχο των παραγόντων (Teague, 1998).

Μια ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι επακόλουθο μιας σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα (Bender, 2001). Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων όπως για παράδειγμα είναι η ψυχική ένταση, η συναισθηματική αστάθεια, η έκπτωση της μνήμης, η μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας, οι ψευδαισθήσεις ή οι παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να εμφανιστούν ξαφνικά ή να γίνονται έντονα μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχουν κάποια συμπτώματα που εμφανίζονται στο παρελθόν και αν τους είχε δώσει κανείς σημασία, θα μπορούσε να προλάβει την αρνητική εξέλιξή τους (Insel, 2010).

Η προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής και η μείωση των παραγόντων που οδηγούν σε ψυχικές διαταραχές, όπως ασταθή οικογενειακά περιβάλλοντα, καταχρήσεις και κοινωνικές αναταραχές καθώς και η υποστήριξη της σταθερής οικογενειακής ζωής, της κοινωνικής συνοχής και της ανάπτυξης του ατόμου, είναι τα βασικά σημεία που πρέπει να δώσει βάση μια Αγωγή Υγείας στην ψυχική υγεία στις μέρες μας. Σήμερα 430 εκατομμύρια παγκοσμίως πάσχουν από ψυχική διαταραχή συμπεριλαμβανομένου του αλκοολισμού και της εξάρτησης από ουσίες. Μέσα στα δέκα πρώτα αίτια αναπηρίας, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, βρίσκονται η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, ο αλκοολισμός και οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές. Το λυπηρό είναι πως πολλές από αυτές εμφανίζουν και ταχεία αύξηση στις μέρες μας. Κάθε χρόνο 20 εκατομμύρια καταθλιπτικοί προσπαθούν να αυτοκτονήσουν και 800.000 πεθαίνουν. Οι εκτιμήσεις προβλέπουν ότι το 2020 η κατάθλιψη θα πάρει τη δεύτερη θέση στην επιδημιολογία της νοσηρότητας. Εάν γίνει ταξινόμηση σύμφωνα με το εργαλείο του ΠΟΥ ICD-10, τότε 8-14% του πληθυσμού νοσεί και μάλιστα σε ορισμένες έρευνες ανεπτυγμένων ή αναπτυσσόμενων χωρών το ένα τέταρτο του πληθυσμού καταγράφονται να έχουν νοσήσει τουλάχιστον μια φορά κατά τη διάρκεια της ζωής

τους (Cocozza, 2010). Ασφαλώς αναφερόμαστε στη στοιχειώδη κατάταξη: μείζονες διαταραχές - σχιζοφρένεια, διαταραχές της διάθεσης, νευρώσεις, σύνδρομα συμπεριφοράς, διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς, διαταραχές ψυχολογικής ανάπτυξης, ψυχικές διαταραχές σε σχέση με τη χρήση ουσιών - ψυχοδραστικών (ναρκωτικά, αλκοόλ, καπνός), ακαθόριστες ψυχικές διαταραχές.

Υπάρχουν πολλών ειδών ψυχικές διαταραχές με διαφορετική βαρύτητα. Τέτοιες είναι:

- Οι αγχώδεις διαταραχές, όπως η διαταραχή πανικού, η φοβία, η ψυχαναγκαστική διαταραχή.
- Οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, η δυσθυμία, η διπολική διαταραχή γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη
- Η σχιζοφρένεια
- Οι οργανικές διαταραχές, όπως η άνοια
- Οι διαταραχές από την κατάχρηση του αλκοόλ και των τοξικών ουσιών
- Οι διαταραχές προσωπικότητας
- Οι αναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο αυτισμός
- Οι μαθησιακές διαταραχές
- Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, όπως η ανορεξία και η βουλιμία
- Οι ψυχοσωματικές διαταραχές
- Οι διαταραχές του ύπνου
- Οι σεξουαλικές διαταραχές.

Ο τελικός επιπολασμός είναι ίδιος ανάμεσα στα δύο φύλα, παρατηρείται όμως διαφορά ανάλογα με τη διαταραχή μεταξύ των δύο φύλων. Για παράδειγμα, στη σχιζοφρένεια είναι το ίδιο ποσοστό, όμως στην κατάθλιψη οι γυναίκες υπερτερούν έναντι των ανδρών 2:1. Οι ψυχικές διαταραχές είναι δυνατόν να εμφανισθούν σε κάθε ηλικία (παιδιά, εφήβους, ενήλικες, ηλικιωμένους). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι:

-Το άγχος - 1 στα 10 άτομα

-Η κατάθλιψη – 1 στα 5 άτομα

-Η σχιζοφρένεια – 1 άτομο στα 100

-Η άνοια – 1 άτομο στα 20 ηλικίας πάνω από 65 ετών και 1 στα 5 πάνω από 80 ετών

Εν τούτοις, σε λίγους τίθεται η σωστή διάγνωση και ακόμη λιγότεροι λαμβάνουν θεραπεία.

Η ψυχική και η σωματική υγεία είναι στενά συνδεδεμένες και ένα άτομο δε θεωρείται υγιές αν δεν είναι και ψυχικά υγιές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων του γενικού πληθυσμού μπορεί να εμφανίσει ψυχικές διαταραχές κάποια στιγμή της ζωής του, καταστάσεις και σύνδρομα που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική του ζωή και αποτελούν σημαντική αιτία ανικανότητας ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Σήμερα εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις ανθρώπους αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια μορφή ψυχικής ασθένειας κάθε χρόνο.

Το κόστος για την ψυχική υγεία στην Ευρώπη υπολογίζεται στο 3–4% του ΑΕΠ, κυρίως λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας των ασθενών, ενώ οι ψυχικές διαταραχές θεωρείται ότι αποτελούν πρωταρχική αιτία πρώιμης συνταξιοδότησης. Κατά το έτος 2020, υπολογίζεται πως η κατάθλιψη, από την τέταρτη θέση που βρίσκεται σήμερα παγκοσμίως για όλα τα νοσήματα, αναμένεται ότι θα αποτελεί την πρώτη αιτία νόσησης στον αναπτυσσόμενο κόσμο (Pitschel-Walz, 2015). Οι ψυχίατροι είναι συχνά οι κατ' εξοχήν γιατροί που αντιμετωπίζουν τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (π.χ. σχιζοφρένεια και διπολική συναισθηματική διαταραχή). Η ασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών ήταν παλαιότερα μια συνηθισμένη εξέλιξη. Σήμερα, όμως, υπάρχουν άλλες δυνατότητες και εξέλιξη για τους ψυχικά πάσχοντες, λόγω της φαρμακευτικής θεραπείας και της μεγάλης προόδου που έχει συντελεσθεί στην κοινωνική ψυχιατρική με τα προγράμματα αποκατάστασης, τη λειτουργία των Νοσοκομείων και των ενδιάμεσων θεραπευτικών δομών που έχουν αλλάξει σημαντικά προς το καλύτερο την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου (Jones, 2006).

Περισσότερο από πενήντα χρόνια μετά την ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης, τα ψυχοφάρμακα, εξακολουθούν να αποτελούν την πρώτη και άμεση επιλογή για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ εξίσου σημαντική είναι και η συμβολή των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και της ψυχοεκπαίδευσης των ασθενών και των συγγενών τους στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, στην οποία έχει παρατηρηθεί ανάλογη πρόοδος (Merikangas, 2010). Με τα αντιψυχωσικά φάρμακα «πρώτης γενιάς», τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα αποτελούσαν το κύριο πρόβλημα, ενώ τα «δεύτερης γενιάς», που χορηγούνται κυρίως σήμερα, έχουν διαφορετικές ανεπιθύμητες ενέργειες, που εστιάζονται συνήθως στις μεταβολικές διαταραχές. Επίσης, οι ασθενείς και η οικογένειά τους είναι πλέον σαφώς περισσότερο και καλύτερα ενημερωμένοι αναφορικά με τη συμπτωματολογία, την πρόληψη και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών (Monahan, 2005).

Στην καθημερινή πρακτική, στα νοσοκομεία και στα ιατρεία, η αναβάθμιση της σχέσης γιατρού-αρρώστου συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη θεραπεία, ενώ παράλληλα βασικός στόχος της

θεραπείας είναι η ποιότητα ζωής των ασθενών (Bird, 2010). Η εγκατάσταση των Ψυχιατρικών Μονάδων στα Νοσοκομεία συνέβαλε στην αποστιγματοποίηση της ψυχικής ασθένειας, έδωσε τη δυνατότητα συνεργασίας των γιατρών των διαφόρων ειδικοτήτων και συνετέλεσε σημαντικά στην αναγνώριση της σημασίας της συμβουλευτικής ψυχιατρικής. Παρά το γεγονός όμως ότι το στίγμα της ψυχικής νόσου έχει αμβλυνθεί σημαντικά, δεν έχει εξαλειφθεί ακόμη και σήμερα στην κοινωνία (Kazdin, 1993). Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η προσπάθεια που καταβάλλεται από την ψυχιατρική στα πανεπιστημιακά ιδρύματα για την απαρτίωση των νεώτερων δεδομένων στην πληρέστερη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην ψυχιατρική, στο πλαίσιο του ψυχοκοινωνικού μοντέλου αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Θέτει έτσι την παράμετρο της ψυχικής υγείας ως αναγκαία για την εξασφάλιση της υγείας. Άλλωστε τα νέα στοιχεία που αναδεικνύει η επιστημονική έρευνα φανερώσουν την αλληλεξάρτηση μεταξύ της ψυχικής και σωματικής υγείας. Δεν είναι εύκολο να οριστεί η ψυχική υγεία. Άλλωστε οι διαφορετικές κοινωνίες βλέπουν και ορίζουν με διαφορετικό τρόπο την ψυχική υγεία. Σήμερα γίνεται όλο και περισσότερο κατανοητό ότι η ψυχική υγεία δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνο από την έλλειψη της ασθένειας και ότι διασυνδέεται με τις σωματικές και κοινωνικές λειτουργίες και την κατάσταση της υγείας μας (ΠΟΥ, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001). Η ψυχική υγεία είναι σύνθετο φαινόμενο με πολλές διαστάσεις, αναφαίρετο από την όλη υγεία του ανθρώπου. Είναι η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας. Δυναμική κατάσταση που δεν αποκτιέται μια για πάντα. Δεν είναι σταθερή κατάσταση απόλυτης ασφάλειας, αλλά καθημερινή μάχη, όπου διαρκώς κινδυνεύουμε (Perkonig, 2005).

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι σημαντική όχι μόνο για τον κλάδο της Ψυχιατρικής, αλλά και άλλων επιστημών (όπως της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας και της Νομικής) και είναι σημαντικό να δώσουμε τον ορισμό της. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι πολύ σχετική, χωρίς όμως να σημαίνει πως δεν μπορεί να συλληφθεί νοητικά ή πως δεν υπάρχει αντικειμενικά. Απλά πρέπει να καθιστά ιδιαίτερα προσεκτικούς τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας κι όσους ασχολούνται με την αντιμετώπιση των προβλημάτων που επιφέρει η ψυχική ασθένεια στον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και στους ανθρώπους που συναναστρέφεται (Doering, 2010b). Η δυσκολία του ορισμού που υπάρχει, προκύπτει περισσότερο λόγω της αδυναμίας των λέξεων να περιγράψουν με ακρίβεια, όλο το φάσμα της ανθρώπινης υπόστασης.

Πέρα από την καθαρτό σωματική διάσταση, ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται τόσο από το συναίσθημα, όσο και από τη σκέψη και την εν γένει προσωπικότητά του. Αυτές οι τρεις ανθρώπινες διαστάσεις, παρουσιάζουν μεγάλη διαφορετικότητα, με κάλυψη όλων των ενδιάμεσων καταστάσεων (Clark, 1998). Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που δείχνει την ύπαρξη μιας διαταραχής, είτε συναισθηματικής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει δυσμενώς την ψυχική ευεξία, την υγεία, ακόμη και την ασφάλεια του ατόμου. Υπάρχει ασφαλώς αυτό που αποκαλούμε μέσος όρος, μέση κατάσταση κλπ. Αλλά στις οριακές περιοχές εμφανίζεται η δυσκολία της λεκτικής αποτύπωσης της έννοιας της ψυχικής ασθένειας (ΠΟΥ, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001). Είναι φανερό ότι δεν είναι εύκολο να τραβήξει κανείς μια διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο τι είναι ακριβώς φυσιολογικό και τι είναι ψυχική νόσος. Έτσι η Ψυχιατρική έχει αναπτύξει διαγνωστικά εργαλεία, όπως για παράδειγμα διαγνωστικά και ταξινομητικά συστήματα της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (DSM-IV, ICD-10), κλίμακες μέτρησης ψυχικών παθήσεων (κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη, κλίμακα αυτό-αξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung, κλπ.) και η βελτίωση αυτών των συστημάτων είναι διαρκής.

Ενδεικτικό της παραπάνω κατάστασης, είναι ότι κάθε πολιτεία των Η.Π.Α. έχει τον δικό της ορισμό για την ψυχική ασθένεια. Έτσι, για παράδειγμα, στην πολιτεία της Ν. Υόρκης η «ψυχική ασθένεια» είναι μία διαταραχή στη συμπεριφορά, στη σκέψη, στην κρίση, ή στα συναισθήματα τόσο ώστε να επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και το άτομο να χρειάζεται φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση. Αντιθέτως, στην πολιτεία του Κονέκτικατ, ένα «ψυχικά ασθενές άτομο είναι ένα άτομο που παρουσιάζει μια ψυχική ή συναισθηματική κατάσταση που έχει ουσιαστικές αρνητικές επιδράσεις στην ικανότητά του να λειτουργεί και το οποίο χρειάζεται φροντίδα και θεραπεία και αποκλείονται από αυτή την κατηγορία τα εξαρτημένα από το αλκοόλ και τις ουσίες άτομα. Πολλές πολιτείες δεν συμπεριλαμβάνουν τη νοητική υστέρηση ή τις διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών στον ορισμό τους για την ψυχική ασθένεια (Scott, 1995).

Αξίζει να επισημανθεί ιδιαίτερα πως η έννοια της ψυχικής ασθένειας δεν είναι ταυτόσημη με εκείνη της ψυχολογικής διαταραχής. Κατά συνέπεια, η διάγνωση σύμφωνα με το DSM- IV δεν σημαίνει απαραίτητα πως το άτομο πληροί και τα κριτήρια για μια ψυχολογική διαταραχή. Υπάρχει μία απροσδιοριστία αναφορικά με το τι συνιστά «ψυχική κατάσταση» ή για το ποιες είναι οι «αρνητικές επιδράσεις στην λειτουργικότητα του ατόμου». Το γεγονός αυτό επιτρέπει την ευελιξία όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων σε ατομικό επίπεδο, παράλληλα όμως διατηρεί και την πιθανότητα να επιδράσουν στη διαμόρφωση αυτών των αποφάσεων η υποκειμενική αντίληψη και η προκατάληψη (Jorm, 2012).

Έτσι, προκειμένου να δώσουμε έναν πιο ακριβή ορισμό της ψυχικής ασθένειας που παράλληλα θα μας βοηθήσει να αξιολογήσουμε και να καθορίσουμε επακριβώς την έννοια, πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλοι είδους κριτήρια, όπως κοινωνικά, ή για παράδειγμα το στατιστικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς, όπου ασθενής ή μη υγιής θεωρείται εκείνος που η συμπεριφορά του αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά των υπόλοιπων μελών της κοινότητας. Επίσης, το κριτήριο σύμφωνα με το οποίο διαπιστώνεται κλινικά η απουσία της ψυχικής νόσου, το οποίο ορίζει την ψυχική υγεία αρνητικά με την απουσία της νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, το κριτήριο που εξετάζει τις κοινωνικές επιπτώσεις της συμπεριφοράς και την κοινωνική αποδοχή. Τέλος, το κριτήριο σύμφωνα με το οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται υποκειμενικά τη δυσφορία και διαφοροποιείται από την επίγνωση και έκφραση της δυσφορίας.

Εκτός από τα προαναφερθέντα κριτήρια, υπάρχουν σαφώς και άλλα, συμπληρωματικά, που θεωρούνται ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και σε μια συγκεκριμένη κοινωνία. Για παράδειγμα, ως τέτοιο κριτήριο θα μπορούσε να αναφερθεί η ενεργητική προσαρμογή του ατόμου στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον, προκειμένου να ικανοποιήσει τις βασικές του ανάγκες, δηλαδή βιολογικές, οικονομικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ανάγκες. Επίσης, η επίγνωση του σκοπού της ζωής του και της προσωπικής του ταυτότητας, των αναγκών για σχέσεις με άλλα πρόσωπα και του κοινωνικού και φυλετικού του ρόλου.

Βασικά χαρακτηριστικά της φυσιολογικής συμπεριφοράς του «ιδανικού» ατόμου είναι η αισιοδοξία, η περιέργεια, η ταυτότητα του ρόλου, η ανεξαρτησία, η συναγωνιστικότητα, η οργάνωση και η συστηματικότητα, και η ικανότητα διαπροσωπικών σχέσεων. Επίσης, η ικανότητα σύναψης σχέσεων, η ικανότητα λήψης αποφάσεων, η έκφραση και ο έλεγχος των συναισθημάτων, η αυτοεκτίμηση και η ασφάλεια. Οτιδήποτε ξεφεύγει κατά πολύ από τα παραπάνω κριτήρια, δημιουργεί προϋποθέσεις ανάπτυξης της έννοιας της ψυχικής ασθένειας.

Συνεπώς, η ψυχιατρική είναι δύσκολη επιστήμη και ο ψυχίατρος πρέπει από τη μια να αντιλαμβάνεται την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας αλλά και να μπορεί να την μετράει όσο πιο αντικειμενικά γίνεται.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Υπάρχουν πολλές θεωρίες σχετικά με τα αίτια των διαταραχών της ψυχικής υγείας. Επιστημονικές μελέτες υποστηρίζουν ότι πολλές από τις σοβαρές μορφές διαταραχών ψυχικής υγείας οφείλονται

σε βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου. Οι ειδικοί υποστηρίζουν επίσης πως διάφοροι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν το «ευ ζειν». Κατ' αναλογία, οι σωματικές, νοητικές, συναισθηματικές και πνευματικές πτυχές της ζωής μας επιδρούν στην ψυχική μας υγεία. Το άγχος μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούμε και αντιμετωπίζουμε καταστάσεις, δυσκολεύοντας σημαντικά την εκτέλεση δραστηριοτήτων των καθημερινής ζωής. Άγχος μπορεί, για παράδειγμα, να προκληθεί από την έλλειψη ικανοτήτων, δεξιοτήτων ή γνώσεων και που θα μπορούσαν να μάς φανούν χρήσιμες.

Υπάρχουν ωστόσο και άλλοι παράγοντες ικανοί να προκαλέσουν άγχος, όπως για παράδειγμα:

- Ένα διαζύγιο.
- Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου.
- Η εμπειρία ενός αυτοκινητιστικού δυστυχήματος.
- Προβλήματα σωματικής υγείας.
- Η εμπειρία του να μεγαλώσει κανείς σε μία χώρα που έχει γνωρίσει το σπαραγμό του πολέμου ή το να εγκαταλείψει τη χώρα του και να εγκατασταθεί σε μία άλλη (γεγονός που συνεπάγεται την εμπειρία της μετανάστευσης και της μετεγκατάστασης).
- Ο ρατσισμός ή κάθε άλλη μορφή διάκρισης (εξαιτίας του σεξουαλικού προσανατολισμού, της ηλικίας, του θρησκευματος, της πολιτιστικής καταγωγής, της κοινωνικής τάξης, κ.λπ.).
- Το χαμηλό εισόδημα ή η έλλειψη μόνιμης στέγης.
- Η απουσία ίσων ευκαιριών πρόσβασης στην εκπαίδευση, την εργασία και την περίθαλψη.
- Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού διαταραχών ψυχικής υγείας, ή
- Τραυματικές εμπειρίες όπως βία, κακοποίηση, κ.λπ.

Η ψυχική υγεία είναι επίσης αλληλεξάρτηση της αγάπης, της υποστήριξης και της αποδοχής που χαίρουμε από τον οικογενειακό μας περίγυρο, αλλά και από τρίτους. Οφείλουμε να τονίσουμε πως κάθε πολιτισμός, κάθε κοινωνία και κάθε εθνότητα αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο την ψυχική υγεία. Για παράδειγμα, σε ορισμένες χώρες, τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια θεωρείται πως διαθέτουν ειδικές δυνάμεις και ικανότητες ενόρασης. Η κατανάλωση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών δεν ευθύνονται, κατ' αρχήν, για τις διαταραχές της ψυχικής υγείας. Οι εν λόγω ουσίες χρησιμοποιούνται ωστόσο συχνά, για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Η αλήθεια όμως είναι ότι δεν βοηθούν στην επίλυση του προβλήματος. Αντιθέτως, μπορεί να το επιδεινώσουν.

Η διάγνωση του προβλήματος, τα αίτια της ψυχικής διαταραχής ή οι παράγοντες που συνέβαλαν στην εμφάνισή της, αλλά και οι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος πρέπει να αποτελέσουν τον απώτερο στόχο προς την επίτευξη του οποίου εσείς και ο θεράπων ιατρός σας θα εργαστείτε

από κοινού. Όποια και εάν είναι η αιτία της ψυχικής διαταραχής, πρέπει να γνωρίζετε ένα πράγμα: δεν ευθύνεστε για ότι σας συμβαίνει. Κανένας δεν επιλέγει συνειδητά να έχει προβλήματα.

Υπάρχουν διάφορες μορφές ψυχικών διαταραχών οι οποίες εμφανίζονται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Ορισμένοι μπορεί να αισθάνονται θλίψη. Άλλοι πάλι καταβάλλονται από συναισθήματα φόβου και αγωνίας. Ορισμένα παιδιά αντιδρούν στο σχολείο και συμπεριφέρονται αντικοινωνικά και προκλητικά. Μερικοί αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσληψης τροφής: είτε δεν τρέφονται επαρκώς είτε καταφεύγουν στην υπερφαγία. Υπάρχουν και αυτοί που βρίσκουν διέξοδο στο αλκοόλ ή τις ναρκωτικές ουσίες, προκειμένου να ξεχάσουν. Ορισμένοι από τους συνανθρώπους μας χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα. Για παράδειγμα, ισχυρίζονται πως ακούν φωνές ή έχουν παραισθήσεις. Άλλοι πάλι έχουν τάσεις αυτοκτονίας και ορισμένοι αποπειρώνται να θέσουν τέρμα στη ζωή τους. Δεν είναι λίγοι εκείνοι που έχουν στιγματιστεί από μία τραυματική εμπειρία, όπως για παράδειγμα ένα αυτοκινητικό, ή εξαιτίας ενός μακροχρόνιου προβλήματος, όπως η κακοποίησή τους σαν παιδιά. Πολλοί συνάνθρωποί μας αντιμετωπίζουν περισσότερα από ένα προβλήματα ταυτοχρόνως.

Για πολλά χρόνια, αποτελούσε κοινή πεποίθηση ότι οι διαταραχές της ψυχικής υγείας δεν είναι ιάσιμα νοσήματα ή ότι επανέρχονται περιοδικά. Σήμερα όμως γνωρίζουμε πως πολλοί από τους συνανθρώπους μας, που στο παρελθόν υπέφεραν ψυχικά, κατάφεραν να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις και να θεραπευθούν. Δεν είναι λίγοι οι ψυχικά ασθενείς οι οποίοι έγιναν καλύτερα, στηριζόμενοι στην εσωτερική τους δύναμη και ανθεκτικότητα, την οικογένεια και τους φίλους τους, τις τεχνικές για την καταπολέμηση του άγχους, αλλά και μέσω της φαρμακευτικής αγωγής, χάρη στα ειδικά διαμορφωμένα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Ορισμένοι ασθενείς αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια, όταν γνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο ο θεράπων ιατρός διαγιγνώσκει το πρόβλημα. Φανταστείτε την ανακούφισή τους, όταν μαθαίνουν από τί πάσχουν, ποιά είναι τα αίτια της διαταραχής τους και ποιοί οι τρόποι για την αντιμετώπισή της. Άλλοι πάλι δεν επιθυμούν τη διάγνωση. Η διάγνωση ως αναγνώριση του προβλήματος εκλαμβάνεται ως στίγμα το οποίο δεν χαρακτηρίζει, αυτό καθ' αυτό, την κατάσταση τους. Ορισμένοι μάλιστα αυταπατώνται θεωρώντας πως το πρόβλημά τους οφείλεται σε μια δυσκολία της ζωής και πως δεν εμπίπτει στην κατηγορία των ασθενειών.

Είναι αλήθεια ότι δεν σπανίζουν οι περιπτώσεις εσφαλμένης διάγνωσης και, κατά συνέπεια, λανθασμένης θεραπείας. Ορισμένες φορές, ψυχικά πάσχοντες έρχονται αντιμετώπι με πολλές, διαφορετικές και συχνά αντικρουόμενες διαγνώσεις, γεγονός που κλονίζει την εμπιστοσύνη τους στο σύστημα ψυχικής υγείας. Δεν είναι όμως λίγοι και εκείνοι που λαμβάνουν εγκαίρως σωστή διάγνωση και υποβάλλονται στη σωστή θεραπεία, ανακτώντας έτσι, κατά το μάλλον ή ήττον, την ψυχική τους υγεία.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειές τους και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Το εύρος των επιπτώσεων δεν είναι εύκολο να ποσοτικοποιηθεί και μετρηθεί.

Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές συμπεριφοράς επηρεάζουν ένα μεγάλο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού. Είναι σχεδόν βέβαιο ότι πάνω από το 25% του πληθυσμού θα υποφέρει κάποια στιγμή από κάποια ψυχική διαταραχή, ότι μία στις τέσσερις οικογένειες είναι πιθανόν να έχει τουλάχιστον ένα μέλος με ψυχικές ή διανοητικές διαταραχές. Υπολογισμοί δείχνουν ότι 450 εκατ. άνθρωποι, σήμερα, υποφέρουν από ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως ο αλκοολισμός και η εξάρτηση από ουσίες. Η κατάθλιψη είναι τώρα η κύρια αιτία ανικανότητας διεθνώς και καταλαμβάνει την τέταρτη θέση στις δέκα κύριες νόσους με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στη δημόσια υγεία.

Καθώς οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση, τον επιπολασμό και γενικότερα την πορεία των διαταραχών προβλέπεται να επιδεινωθούν, οι προοπτικές που διαγράφονται είναι μάλλον δυσοίωνες, πράγμα που καθιστά αναγκαία τη λήψη μέτρων και τη χάραξη πολιτικών αντιμετώπισης τόσο των αιτιών που σχετίζονται με την εμφάνιση των διαταραχών, όσο και των συνεπειών της νόσου. Το κοινωνικό και οικονομικό βάρος των ψυχικών διαταραχών είναι τεράστιο και προβλέπεται ότι η επιβάρυνση που προκαλείται στην δημόσια υγεία από τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές θα πολλαπλασιαστεί στο μέλλον. Μια συγκεκριμένη πλευρά των συνεπειών είναι η επιβάρυνση που προκαλείται από τα νοσήματα στη δημόσια υγεία. Αυτή παραδοσιακά μετριέται με όρους επιπολασμού (πόσο συχνό είναι το νόσημα), επίπτωσης (πόσα νέα περιστατικά εμφανίζονται το χρόνο) και θνησιμότητας (πόσοι νέοι θάνατοι καταγράφονται σ' ένα χρόνο). Αυτοί οι δείκτες θεωρούνται ανεπαρκείς για χρόνιες ασθένειες που κυρίως προκαλούν ανικανότητα και όχι θάνατο.

Για να μετρήσουμε την ανικανότητα που οι χρόνιες κυρίως ασθένειες δημιουργούν καταφεύγουμε στη μεθοδολογία της μελέτης “ Παγκόσμια επιβάρυνση της υγείας από νόσους- Global burden of disease” (GBD). Η έρευνα αυτή εισήγαγε έναν νέο δείκτη : τα έτη ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα (disability-adjusted life years- DALYs). Τα DALYs για μια νόσο είναι το άθροισμα Απολεσθέντων Ετών Ζωής στον πληθυσμό λόγω πρόωπου θανάτου (years of life lost- YLL) και Ετών Ζωής με ανικανότητα (Years of life lived with Disability YLD). Οι εκτιμήσεις για το 2000 υπολογίζουν τα DALYs στο 12,3% ενώ για το 2020 υπολογίζεται ότι θα φτάσουν το 15%. Υπολογισμοί δείχνουν ότι οι ψυχικές και νευρολογικές ασθένειες αφορούν το 30,8 % των ετών ζωής με ανικανότητα, ενώ στην Ευρώπη φτάνουν το 43%.

Το οικονομικό βάρος των ψυχικών διαταραχών δεν είναι εύκολο να υπολογιστεί. Μεταξύ των μετρήσιμων στοιχείων είναι οι ανάγκες κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, η αναγκαστική ανεργία και η μειωμένη παραγωγικότητα, η επίδραση στις οικογένειες, τα επίπεδα εγκληματικότητας και δημόσιας ασφάλειας και οι πρόωροι θάνατοι. Ένας παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η επίπτωση στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Οι μελέτες ποιότητας δείχνουν ότι τα επακόλουθα της ασθένειας είναι σοβαρά και διαρκή τόσο για τον ίδιο όσο και για την οικογένεια που επωμίζεται τόσο το οικονομικό όσο και το ψυχολογικό βάρος και συχνά βιώνει το στιγματισμό και τον αποκλεισμό που αυτός συνεπάγεται. (Τα στοιχεία που δίνονται είναι από την «Έκθεση για την Ψυχική Υγεία, ΠΟΥ 2001»)

Ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών παραγόντων παίζουν ρόλο στην εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής – τα γενετικά χαρακτηριστικά, η βιοχημεία του εγκεφάλου, οι συνθήκες και τα γεγονότα της ζωής, οι σχέσεις με την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον. Αλλά όποια και αν είναι η αιτία, τα άτομα με ψυχική διαταραχή υποφέρουν, αισθάνονται αβοήθητα και δυσκολεύονται να ζήσουν τη ζωή τους με τον τρόπο που επιθυμούν. Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει άλματα στην ψυχιατρική επιστήμη σε ότι αφορά την ακριβή διάγνωση και θεραπεία πολλών ψυχικών διαταραχών.

Παλαιότερα, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές παρέμεναν έγκλειστα σε ψυχιατρικά ιδρύματα επειδή δεν υπήρχαν οι σύγχρονοι τρόποι θεραπείας. Στη δεκαετία του 1980, οι κλινικοί γιατροί της ψυχικής υγείας και οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της σχετικής πολιτικής άρχισαν να αναγνωρίζουν το υψηλό ποσοστό και τις κλινικές συνέπειες της συννοσηρότητας των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις θεραπείας που γίνονταν σταδιακά επεκτάθηκαν σε συννοσηρές καταστάσεις, όπως η κατάχρηση ουσιών και άλλα ιατρικά προβλήματα.

Οι αρχικές προσπάθειες για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών στα πλαίσια της συννοσηρότητας μέσω ξεχωριστών κλινικών ιατρών που εργάζονταν σε διαφορετικούς οργανισμούς αποδείχθηκε μια θλιβερή αποτυχία λόγω προβλημάτων με την πρόσβαση σε αναγκαίες υπηρεσίες και το συντονισμό της θεραπείας (Ridgely, 1990). Αυτές οι εμπειρίες οδήγησαν σε ολοκληρωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις στις οποίες η ψυχική ασθένεια, η κατάχρηση ουσιών, και τα συννοσηρά ιατρικά προβλήματα αντιμετωπίστηκαν από την ίδια ομάδα κλινικών ιατρών. Οι ομάδες είχαν την τεχνογνωσία για πολλές θεραπευτικές παρεμβάσεις και συνδύαζαν τις διαφορετικές προσεγγίσεις προς όφελος του ασθενούς υπό την εποπτεία μιας κοινής ομάδας. Οι τεχνικές που φαίνεται να ήταν πιο αποτελεσματικές αφορούσαν την εκπαίδευση αυτών των ατόμων, οι γνωστικο-συμπεριφορικές παρεμβάσεις και η υποστήριξη από συνομηλίκους. Η ικανότητα να πραγματοποιούνται εκστρατείες προκειμένου να εμπλακούν οι απρόθυμοι ασθενείς σε θεραπεία, και η παροχή παρεμβάσεων που να είναι αντίστοιχες με τα κίνητρα του ασθενή για

την αλλαγή των προβληματικών συμπεριφορών, είναι επίσης κοινά χαρακτηριστικά αποτελεσματικών προγραμμάτων.

Στη δεκαετία του 1990, άρχισαν να καθιερώνονται συγκεκριμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες και συννοσηρή κατάχρηση ουσιών (Carey, 1996) (Mueser, 2003) (Ziedonis & Fisher, 1994). Η έρευνα έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητα αυτών των ολοκληρωμένων προσεγγίσεων θεραπείας, παρόλο που δεν έχει ευρέως εφαρμοστεί (Drake, 1998, 2001).

Στις μέρες μας οι ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται, επιτρέποντας στους ασθενείς να λειτουργούν επαρκώς μέσα στην κοινότητα. Είναι ενθαρρυντικό πως στις μέρες μας, υπάρχουν αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης και θεραπείας για πολλές ψυχικές διαταραχές, όπως για την κατάθλιψη, τη σχιζοφρένεια και για τις διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ και την χρήση ουσιών.

Οι θεραπείες αυτές μπορεί να είναι σύνθετες, εξαρτάται πάντα με τον τύπο της διαταραχής και τις προσωπικές ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου. Συνήθως περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπείες και υποστήριξη στην καθημερινή ζωή και εργασία. Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονιστεί ιδιαίτερα η σημασία της ενεργητικής συμμετοχής τόσο της οικογένειας, όσο και της κοινότητας στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια όχι μόνο στην αναζήτηση αλλά και στην παροχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά νοσούντες, αλλά και για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους είναι το κοινωνικό στίγμα. Σε όλα τον κόσμο τα άτομα με ψυχικές διαταραχές στιγματίζονται και γίνονται διακρίσεις σε βάρος τους.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια αδιαμφισβήτητα συνιστά ένα υποστηρικτικό σύστημα και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο αν το άτομο θα διαθέτει ή όχι τα παραπάνω προαναφερθέντα κριτήρια που θα συγκροτούν την ψυχική του υγεία. Η οικογένεια, ανεξάρτητα από τη δομή της, είναι ένα σύστημα, μια μικρογραφία της κοινωνίας, που αποτελείται από μέλη που επηρεάζει το ένα το άλλο. Είναι ένας εξελισσόμενος θεσμός που υπάρχει σε όλο τον κόσμο και χαρακτηρίζεται από την οργάνωση κοινής ζωής κάποιων ατόμων και καθορίζεται από τις μεταβολές του κοινωνικού και οικονομικού πλαισίου. Η κύρια λειτουργία της είναι η βιολογική και πολιτιστική αναπαραγωγή. Τα άτομα της οικογένειας που ζουν μαζί υπόκεινται σε καθημερινή συναισθηματική αλληλεπίδραση, γι' αυτό και

η ψυχική υγεία και η φυσιολογική συμπεριφορά του κάθε ατόμου εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από αυτόν τον θεσμό.

Η εκπαίδευση της οικογένειας βοηθά τα μέλη να είναι πιο «αποτελεσματικά» στις παρεμβάσεις για τον ψυχικά ασθενή-μέλος τους (Τομαράς, 2001) και έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν γίνεται ομαδικά, γιατί έτσι προάγεται η ανταλλαγή απόψεων και η αμοιβαία ενίσχυση (Smerud, 2011). Οι παρακάτω παρεμβάσεις έχουν διαφορετικές εννοιολογικές βάσεις: η ψυχο-εκπαίδευση απορρέει από θεωρίες για το εκφραζόμενο συναίσθημα, ενώ η εκπαίδευση οικογένειας βασίζεται στις θεωρίες για το άγχος, την αντιμετώπιση και την προσαρμογή. Η εκπαίδευση και η θεραπεία οικογένειας αποσκοπεί στην ευεξία όλων των μελών, ενώ η ψυχοεκπαίδευση αποσκοπεί στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενή και κατ'επέκταση στη διατήρηση των ισορροπιών. Βέβαια, όλες αυτές οι ομαδικές παρεμβάσεις δεν είναι πανάκεια. Είναι όμως ένας σημαντικός κρίκος στην αλυσίδα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της σοβαρής ψυχικής νόσου, που αναφέρονται στη οικογένεια. Ο εκπαιδευτικός όπως και ο υποστηρικτικός τους ρόλος έχει ανεκτίμητη θεραπευτική αξία.

Οργανώσεις χρηστών

Οι οργανώσεις χρηστών στη χώρα μας είναι μια μάλλον νέα υπόθεση. Το ίδιο ισχύει και με τους συλλόγους συγγενών που αρχικά συστήνονταν πλάι σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που συντελείται τις τελευταίες δεκαετίες στη χώρα μας οδήγησε όλους τους εμπλεκόμενους στην ψυχική υγεία σε αναθεώρηση των απόψεών τους (Φωτιάδου, 2004). Έτσι έγινε κατανοητή σε επαγγελματίες της ψυχικής υγείας και υπεύθυνους για τη χάραξη της ψυχικής πολιτικής η επιτακτική ανάγκη για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών και την ενίσχυση της αυτενέργειάς τους. Από την άλλη πλευρά η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ενίσχυσε τις προσδοκίες των ασθενών και απελευθέρωσε έτσι μια μεγάλη δυναμική αυτοοργάνωσης και διεκδίκησης.

Σοβαρή πρόοδος από την πλευρά της πολιτείας είναι η επίσημη αναγνώριση των συλλόγων των χρηστών και η θεσμοθετημένη πλέον συμμετοχή τους την Επιτροπή Προστασίας των Ατόμων με Ψυχική Διαταραχή. Πράγματι, με την Υπουργική Απόφαση 89500/26/8/05 διορίζονται μέλη της Επιτροπής δύο χρήστες και εκπρόσωποι των συλλόγων χρηστών.

Σύλλογος ενάντια στην προκατάληψη για την ψυχική διαταραχή «Αναγέννηση»

Ο Σύλλογος ενάντια στην προκατάληψη για την ψυχική διαταραχή ιδρύθηκε το 1984 με την αρχική ονομασία «Συνέχεια», από άτομα με ψυχική διαταραχή. Με αυτή την έννοια είναι η πρώτη συλλογικότητα που εκπροσωπεί τους χρήστες και συμμετείχε σε πιλοτικά προγράμματα για την επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση. Ο σύλλογος με την υποστήριξη του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) πρόσφερε στα μέλη του σοβαρή αρωγή, ενδυνάμωσε την αλληλεγγύη μεταξύ τους και αντιτάχτηκε σε κάθε μορφής προκατάληψης, κοινωνικής απόρριψης και απομόνωσης που συνήθως περιβάλλουν την ψυχική ασθένεια.

Το 1994 ο Σύλλογος διευρύνθηκε με τη συμμετοχή των εργαζόμενων στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ΕΠΨΥ, φίλων, συγγενών και εθελοντών και ανασυστάθηκε με νέα ονομασία «Αναγέννηση» και με τη φιλοδοξία να γίνει πιο αποτελεσματικός ενάντια στον κοινωνικό στιγματισμό και τον αυτο-στιγματισμό σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Τα μέλη του συλλόγου θέτουν ως κεντρική επιδίωξη την ενδυνάμωση της κοινωνικής ευαισθησίας και την καταπολέμηση του αυτο-στιγματισμού. Αναγνωρίζουν ότι ο αποστιγματισμός είναι το πρώτο βήμα για την αυτονόμηση του ασθενούς και πολύ σημαντικό για τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Άλλωστε, σύμφωνα με έρευνα της EUFAMI, το 83% των ασθενών αναγνωρίζουν ότι το στίγμα είναι το σοβαρότερο εμπόδιο για τη θεραπεία τους.

Ο σύλλογος επιδιώκει να αναπτύσσει δράσεις ενάντια στο στίγμα με στόχο την αλλαγή των στάσεων για την ψυχική διαταραχή. Έτσι με την υποστήριξη του ΕΠΨΥ συμμετέχει σε προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενάντια στις διακρίσεις.

Άλλοι στόχοι του συλλόγου είναι:

- Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχική διαταραχή. Εδώ περιλαμβάνεται η γόνιμη αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, η επιδίωξη επαγγελματικών στόχων, η διοργάνωση δράσεων που αφορούν την οικογένεια.
- Η ανάπτυξη επικοινωνιακών σχέσεων μεταξύ των μελών και των οικογενειών τους. Η οργάνωση εθελοντικής υποστήριξης και αυτοβοήθειας.
- Συνειδητοποίηση από την πλευρά των επαγγελματιών και του κοινού γενικότερα των δυσκολιών που βιώνουν τα άτομα με ψυχική νόσο.
- Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναπτύξει θετική εικόνα απέναντι σε ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους και να συμφιλιώσει την ασθένειά του με τις κοινωνικές επιδιώξεις του.
- Ενεργοποίηση εθελοντικών ομάδων και επιτροπών που θα ενισχύουν το έργο του συλλόγου, δρώντας παράλληλα.

Η δράση του συλλόγου

Ο σύλλογος ενεργοποιείται με ποικίλους τρόπους. Εκδίδει ενημερωτικό υλικό το οποίο και διαδίδει είτε σε εκδηλώσεις σχετικές με την ψυχική υγεία είτε σε σχετικές ομάδες. Οργανώνει πνευματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες με στόχο την ενδυνάμωση των μελών του και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Έχει συστήσει εθελοντικές ομάδες για επέμβαση στην κρίση ή βοήθεια σε μοναχικούς ανθρώπους. Σε μικρές ομάδες επαγγελματίες προσφέρουν ψυχοεκπαίδευση σε ασθενείς ή συγγενείς.

Τα μέλη του συλλόγου έχουν συμμετάσχει στο σύνολό τους σε ερευνητικά προγράμματα και ιδιαίτερα απεύθυναν ερωτηματολόγια σε ένα μεγάλο αριθμό εργοδοτών, στην προσπάθεια να ανιχνεύσουν στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια και τους ασθενείς. Όλα τα μέλη του συλλόγου συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια που αφορούσαν τον αυτοστιγματισμό. Έχουν επίσης συμμετάσχει σε εκδηλώσεις τέχνης, εκθέσεις και έχουν συχνά βραβευτεί. Μαζί με οργανώσεις από την Αυστρία και τη Σκοτία έχουν συστήσει δίκτυο για την καταγραφή των κοινωνικών στάσεων και την αντιμετώπιση του στίγματος.

Τα μέλη του συλλόγου εκτιμούν ότι η μεγάλη προσφορά της συλλογικότητας έχει να κάνει με τη μεταβολή της στάσης των ίδιων των μελών του συλλόγου απέναντι στην ασθένειά τους και τον κοινωνικό τους ρόλο, την ανάκτηση της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού.

Σωματείο προάσπισης των δικαιωμάτων ατόμων με ψυχική νόσο και προαγωγής της Ψυχικής Υγείας «Αλκυονίδες».

Πρόκειται για σωματείο που συστάθηκε από χρήστες και πρώην χρήστες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ). Το ΨΝΑ αποτελεί το μεγαλύτερο νοσοκομείο της Βαλκανικής Χερσονήσου. Το 1999 το νοσοκομείο φιλοξενούσε 1800 ασθενείς σε καταστάσεις ασυλκής κουλτούρας και πρακτικής. Οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους ήταν χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, αποκομμένοι από το συγγενικό και το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Αρκετά συχνά ήταν αναλφάβητοι και χρόνιοι ασθενείς. Το 15% είχε χρόνο νοσηλείας 5-15 έτη, το 21,8% είχε χρόνο νοσηλείας 10-20 έτη, ενώ 1208 ασθενείς είχαν χρόνο νοσηλείας περισσότερο από ένα έτος. Στο παρελθόν το νοσοκομείο ήταν στιγματισμένο, σε σημείο που ήταν συνώνυμο του ασύλου.

Σήμερα βρίσκεται σε πορεία μεταβολής και ανοίγματος προς την κοινότητα. Η φιλοδοξία της πολιτικής Ψυχικής Υγείας είναι η σταδιακή αντικατάσταση του ψυχιατρείου από δομές ψυχικής

υγείας και δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργώ». Η δημιουργία του σωματείου ήταν αρχικά αποτέλεσμα εξωτερικών προς τους χρήστες επεμβάσεων και συγκεκριμένης παρότρυνσης από την πλευρά του Διοικητή του νοσοκομείου και των επαγγελματιών υγείας. Κάτι τέτοιο δε σημαίνει ότι δεν υπήρχε η προδιάθεση της αυτο-οργάνωσης στους ίδιους τους χρήστες. Οι χρήστες αλλά και οι επαγγελματίες υγείας επισημαίνουν ότι υπήρχε πάντα η τάση της δημιουργίας άτυπων συλλογικοτήτων σε κάθε χώρο (νοσοκομείο, ξενώνες, οικοτροφεία). Οι ασθενείς συνήθιζαν να παίρνουν πρωτοβουλίες και να αναδεικνύουν φυσικούς ηγέτες. Οι φυσικοί ηγέτες, κατά τη γνώμη επαγγελματιών υγείας με τους οποίους συζητήσαμε, ήταν συχνά παραβατικοί ασθενείς, στην πλειοψηφία τους άντρες, με χαμηλό βαθμό κοινωνικής συμμόρφωσης, άρα και υποταγής στην αυθεντία.

Το Νοσοκομείο συνεργάστηκε με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Maison Blance της Γαλλίας και τους εκπροσώπους των σωματείων των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας προκειμένου να εκπαιδεύσει τους επαγγελματίες του ΨΝΑ και τους χρήστες των υπηρεσιών στη διαδικασία δημιουργίας σωματείων συλλογικής εκπροσώπησης και διεκδίκησης των δικαιωμάτων. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν οργανωμένες εκπαιδευτικές συναντήσεις ανάμεσα σε χρήστες, οικογένειες και επαγγελματίες του ΨΝΑ και ΠΝΑ.

Τα μέλη του σωματείου είναι χρήστες και πρώην χρήστες. Δεκτοί έγιναν σε μια πρώτη φάση και επαγγελματίες του ΨΝΑ.

Οι σκοποί του σωματείου σύμφωνα με το καταστατικό είναι:

- Η ψυχοκοινωνική στήριξη των μελών του, η ενσωμάτωσή τους και η επαγγελματική τους ένταξη.
- Η διάδοση, υπεράσπιση και ανάπτυξη των αρχών που αναγνωρίζουν στους ανθρώπους δικαιώματα και ελευθερίες.
- Η συμβολή στην πρόληψη και τον περιορισμό των παραβιάσεων, η διασφάλιση του δικαίου, ο προσδιορισμός των δικαιωμάτων και η εκπαίδευση των μελών στην ανάπτυξη επιχειρήματος.
- Η προαγωγή διαδικασιών ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα με την προάσπιση αρχών συμμετοχής, αλληλεγγύης, συλλογικότητας, υπευθυνότητας.
- Η καταπολέμηση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών και του κοινωνικού αποκλεισμού και η διαμόρφωση νέων κοινωνικών αντιλήψεων και στάσεων.
- Η ενίσχυση των διαδικασιών κοινοτικού προσανατολισμού στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με έμφαση στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την τομεοποίηση και τη δικτύωση των υπηρεσιών.

- Η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχική νόσο, σε επίπεδο κατοικίας, συνθηκών εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, με επιδίωξη την εξατομίκευση.
- Η συμβολή στην πρόληψη της εκδήλωσης διαδικασιών, που λειτουργούν ως εκλυτικοί παράγοντες της ψυχικής νόσου και η προαγωγή της ψυχικής υγείας. (από το καταστατικό του συλλόγου)

Ο σύλλογος ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για τη μεθόδευση της συμμετοχής του σε όργανα λήψης αποφάσεων. Επίσης ενδιαφέρεται για τη στήριξη των μελών του μέσα από τη συμμετοχή σε διαδικασίες ψυχοεκπαίδευσης των χρηστών και των οικογενειών τους, για την ενδυνάμωση της αλληλεγγύης και της συνεργασίας με τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, τους κοινωνικούς φορείς, τις ομάδες εθελοντών, τις οικογένειες. Η μελέτη των προβλημάτων των ατόμων με ψυχική νόσο, η υποβολή προτάσεων στους αρμόδιους αλλά και η παροχή νομικής αρωγής στα μέλη είναι από τα καθήκοντα του συλλόγου. Δεν ενδιαφέρουν στενά τα ζητήματα της περιθαλψής αλλά και όσα σχετίζονται με την αποκατάσταση και την προοπτική του ασθενή έξω από τις μονάδες ψυχικής υγείας. Συνολικά ο σύλλογος φιλοδοξεί να εκπροσωπήσει αλλά και να ενεργοποιήσει τα μέλη του τόσο για τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, όσο και για τη γενικότερη προαγωγή της ψυχικής υγείας στη χώρα μας.

Σύλλογοι οικογενειών των ατόμων με ψυχική νόσο

Σύλλογος οικογενειών για την ψυχική υγεία (ΣΟΨΥ)

Ο ΣΟΨΥ ιδρύθηκε το 1993 με την βοήθεια και υποστήριξη της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής του Βύρωνα-Καισαριανής. Είναι κοινωφελές μη κερδοσκοπικό Σωματείο με μέλη του οικογένειες που έχουν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Αριθμεί σήμερα περίπου 700 οικογένειες. Οι βασικοί στόχοι του Σ.Ο.Ψ.Υ. είναι: η αλληλεγγύη και αλληλοβοήθεια των μελών του Συλλόγου, η προστασία και υποστήριξη των ψυχικά αρρώστων και των οικογενειών τους, η υπεύθυνη ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια και για την σύγχρονη θεραπεία της, η ευαισθητοποίηση του κοινού, η κατάργηση των διακρίσεων και η δημιουργία θετικής εικόνας για τον ψυχικά ασθενή.

Ο ΣΟΨΥ εκδίδει ενημερωτικό υλικό για το κοινό, οργανώνει εκδηλώσεις, συζητήσεις και συνέδρια. Σε τρίμηνη βάση εκδίδει το περιοδικό «Μηνύματα». Καθώς αναγνωρίζει την ανάγκη της ψυχολογικής στήριξης των οικογενειών των ασθενών, ένα μέρος της δραστηριότητάς του αφορά αυτήν ακριβώς τη στήριξη. Λειτουργεί ανοιχτή υποστηρικτική ομάδα και ψυχοεκπαιδευτική ομάδα

για τους συγγενείς των ασθενών. Επίσης οργανώνει ψυχαγωγικές εκδηλώσεις στην κατεύθυνση της αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου των μελών του και της σύσφιξης των σχέσεων ανάμεσα στις οικογένειες.

Στην Ελλάδα, οι ομάδες αυτές είναι μείζονος σημασίας για τα μέλη του Συλλόγου, διότι όπως είναι γνωστό η οικογένεια είναι ο κύριος θεσμός υποστήριξης και φροντίδας για τον ασθενή στη χώρα μας. Συνεπώς, η οικογένεια έχει ανάγκη από ουσιαστική και υπεύθυνη ενημέρωση, εκπαίδευση και βοήθεια, για να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει όλα τα προβλήματα που δημιουργούνται από το άτομο που νοσεί. Στις ομάδες αυτές μέσα από τη συζήτηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες, ενθαρρύνονται και συσφίγγονται οι σχέσεις μεταξύ τους. Η δημιουργία αυτών των ομάδων λόγω του ότι αποτελείται από ανθρώπους με ίδιες ανησυχίες και προβλήματα, δίνει την ευκαιρία για τη δημιουργία νέων σχέσεων και τόλμη για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Από το 1993 έως το 2000 ο ΣΟΨΥ φιλοξενείται στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής του Βύρωνα-Καισαριανής το οποίο υπήρξε και ο στυλοβάτης του στα πρώτα του βήματα. Είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας των Ενώσεων των Οικογενειών Ατόμων με Ψυχική Ασθένεια.

Ένα από τα βασικά ζητήματα που απασχολεί το σύλλογο είναι η κατοχύρωση του δικαιώματος είσπραξης της σύνταξης των γονέων από τα ψυχικά ασθενή τέκνα μετά το θάνατο των πρώτων. Σήμερα είναι αναγκαίο να πληρούνται μια σειρά από προϋποθέσεις για να είναι αυτό δυνατό. Η αναπηρία να έχει διαγνωσθεί πριν από την ηλικία των 18 ετών ή 24 ετών εάν είναι σπουδαστής Α.Ε.Ι ή Τ.Ε.Ι, Να έχει ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, να είναι ανίκανος προς εργασία, να είναι άγαμος και να είναι άπορος. Ο σύλλογος έχει υποβάλει τα παρακάτω αιτήματα:

- Αποσύνδεση από την ηλικία εμφάνισης της νόσου.
- Εξάλειψη προϋπόθεσης ύπαρξης ένδειας .
- Αποσύνδεση από την ανικανότητα προς εργασία.
- Εξάλειψη της προϋπόθεσης της αγαμίας.
- Μόνη προϋπόθεση να τίθεται η Επιστημονική γνωμάτευση της ψυχικής ασθένειας.

Άλλωστε, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε ο Σύλλογος και αφορούσε την ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας διαπιστώνεται ότι η έναρξη της ψυχικής ασθένειας στην πραγματικότητα εμφανίζεται πολύ νωρίτερα απ' ό τι αναφέρεται η έναρξή της και, αυτό οφείλεται σε κοινωνικούς λόγους. (στίγμα της οικογένειας). Πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα της έρευνας σύμφωνα με τις απαντήσεις των συγγενών των ασθενών ήταν τα ακόλουθα:

- Πάνω από τα 2/3 των πασχόντων παρουσίασαν σοβαρά συμπτώματα σε ηλικία 18 ετών και κάτω.
- Πάνω από τους μισούς παρουσίασαν προβλήματα επίδοσης στο σχολείο ή και προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς

- Οι περισσότεροι των συγγενών δήλωσαν ότι καθυστέρησαν να οδηγήσουν τον ασθενή στον ψυχίατρο.
- Βεβαίωση του γιατρού για το ότι πάσχει ο συγγενής από ψυχική ασθένεια έλαβε μόνο το 1/3 σε ηλικία κάτω των 18 ετών.

Σύλλογος οικογενειών και φίλων για την ψυχική υγεία Ν. Σερρών

Ο Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία έχει μέλη συγγενείς ατόμων με ψυχικές διαταραχές από το Ν. Σερρών αλλά και από γειτονικούς νομούς, στους οποίους δεν υπάρχει αντίστοιχος σύλλογος και ιδρύθηκε το 1998. Ο Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ είναι κερδοσκοπικό σωματείο. Τακτικά μέλη του είναι οικογένειες με άτομα που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ γίνονται δεκτά ως μέλη και άτομα που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας και άτομα του ευρύτερου κοινωνικού χώρου με εγνωσμένη ευαισθησία. Οι κυριότεροι σκοποί του Συλλόγου είναι:

- Η καλλιέργεια και σύσφιξη σχέσεων αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας των μελών του.
- Η προαγωγή κάθε μορφής υποστήριξης, ενίσχυσης και προστασίας των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους.
- Η υπεύθυνη ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια, τις σύγχρονες θεραπείες και το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Η ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από την ψυχική νόσο ώστε να μειωθεί το στίγμα που τη συνοδεύει.
- Η καταπολέμηση των διακρίσεων εις βάρος των ψυχικά ασθενών.
- Η οικοδόμηση μιας θετικής εικόνας για τον ψυχικά άρρωστο και η υποδοχή του από την κοινωνία.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω σκοποί ο Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ. εκδίδει ενημερωτικά φυλλάδια, οργανώνει εκδηλώσεις, διαλέξεις και συνέδρια για την ενημέρωση του κοινού, συνεργάζεται με ανάλογους συλλόγους τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, συντονίζει δραστηριότητες αλληλοβοήθειας των μελών του, οργανώνει ομάδες οικογενειών για ψυχοεκπαίδευση, στις οποίες μπορεί κανείς ενημερωθεί για την ψυχική ασθένεια και να μάθει να την αντιμετωπίζει αποτελεσματικά, οργανώνει ομάδες αυτοβοήθειας και υποστήριξης των οικογενειών, συμβάλλει στην εκμετάλλευση του ελεύθερου χρόνου των μελών του (άθληση, κατασκηνώσεις, ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, κ.λ.π.).

Στο Σύλλογο λειτουργούν καθημερινά διάφορα εργαστήρια καλλιτεχνικών δημιουργιών όπως εργαστήριο ζωγραφικής, κατασκευής και διακόσμησης μάσκας, διακόσμησης κεριών και άλλα. Η συμμετοχή των μελών του συλλόγου στα εργαστήρια αυτά είναι μεγάλη. Η σημασία τους είναι

διττή, γιατί από τη μια πλευρά βοηθούν στην ένταξη των ατόμων στο κοινωνικό περιβάλλον και να βγουν από την απομόνωση που κάθε άλλο παρά βοηθάει στη αντιμετώπιση της ασθένειάς τους και από την άλλη βοηθούν στην ανάπτυξη και καλλιέργεια δεξιοτήτων και ταλέντων που τυχόν υπάρχουν.

Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχιατρική ταλαντεύτηκε ανάμεσα σε αντικρουόμενες απόψεις. Όταν η αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας αποδόθηκε αποκλειστικά και μόνο σε βιολογικούς παράγοντες, η οικογένεια θεωρήθηκε το «θύμα» και η θεραπεία ήταν μόνο φαρμακευτική. Αντίθετα, όταν η αιτιολογία αποδόθηκε στο οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο, η οικογένεια θεωρήθηκε ο κύριος υπεύθυνος για την ασθένεια, ενώ μέρος της θεραπείας και αντιμετώπισης ήταν να απομακρυνθεί ο ασθενής από το δυσλειτουργικό περιβάλλον και να ενταχθεί σε ένα υγιές. Σήμερα, η οικογένεια δεν θεωρείται ούτε ως θύμα, ούτε ως θύτης, αλλά ως ένα συναισθηματικό και συμπεριφορικό σύστημα. (Οικονόμου, 2000) (Kotrotsiou et al., 2006).

Τα ψυχοπαιδαγωγικά μοντέλα που αναφέρονται στη συνεργασία με τις οικογένειες και περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, την υποστήριξη, και τη βελτίωση των δεξιοτήτων της οικογένειας, άρχισαν να εμφανίζονται στη δεκαετία του 1980 (Anderson, 1986) (Falloon, 1984). Αυτά τα μοντέλα είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά, όχι μόνο στο να βοηθήσουν την οικογένεια να αισθάνεται πιο αποτελεσματική και λιγότερο άγχος, αλλά και για να βοηθήσουν το άτομο με ψυχική ασθένεια να μειώσει τις πιθανότητες υποτροπής και νοσηλείας (Dixon, 2001) (Pitschel-Walz, 2001). Όπως και με τις προσεγγίσεις που αφορούν την αυτοδιαχείριση των ασθενειών, υπάρχουν ανάλογες για την ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας, που έχουν λιγότερη υποστήριξη από τα ερευνητικά δεδομένα, αλλά μπορεί να είναι αποτελεσματικές.

Η οικογενειακή θεραπεία έχει γίνει ένας από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους τομείς στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων σαράντα ετών. Ο Hardy (1994) θεωρεί την οικογενειακή θεραπεία τον ακρογωνιαίο λίθο των υπηρεσιών αυτών, ανοίγοντας νέα πρότυπα και προσεγγίσεις. Η εκπαίδευση στην οικογενειακή θεραπεία ως ένα εξειδικευμένο επάγγελμα ή ως μέρος των επαγγελματικών δεξιοτήτων των άλλων παροχών υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεί ένα σημαντικό μέρος αυτής της ανάπτυξης.

Οι διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις που προσπάθησαν να ερμηνεύσουν και να αντιμετωπίσουν μεμονωμένα τις ψυχικές διαταραχές στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχουν δώσει ικανοποιητικές απαντήσεις και αποτελέσματα. Μόνο μια συντονισμένη καθολική και πολύπλευρη παρέμβαση που περιλαμβάνει την ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, γύρω από την

οικογένεια του ασθενούς, είναι σε θέση να υποσχεθεί μια πραγματική βελτίωση (Szmukler, 2003). Η ψυχική νόσος, έχει άσχημες αλλά και κάποιες φορές απορρυθμιστικές συνέπειες για τον ασθενή, παράλληλα έχει και επιπτώσεις στην οικογένεια, αφού επηρεάζει όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και της κοινωνικής ζωής αυτής. Τα μέλη μιας οικογένειας, όταν μαθαίνουν ότι υπάρχει ανάμεσά τους ένας εξ αυτών που πάσχει από μια σοβαρή ψυχική νόσο, δύσκολα το αποδέχονται και δύσκολα συμφιλιώνονται με τη νέα πραγματικότητα. Το συναισθηματικό βάρος στην οικογένεια είναι συχνά δυσβάστακτο. Αναπτύσσονται συναισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης, ενοχής και ντροπής, άγχους και φόβου, δυσαρέσκειας και οργής, πικρίας, θλίψης και απελπισίας. Τις περισσότερες φορές, δεν μπορούν να εκφράσουν αυτά τα συναισθήματα λόγω της αρνητικής εικόνας για την ψυχική νόσο αλλά και της επιρροής από τα αρνητικά κοινωνικά στερεότυπα για τον ψυχικά πάσχοντα (Ostman, 2004).

Η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο και τη βασική και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας. Ο ρόλος της οικογένειας στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, και ειδικά αυτής που έχει σοβαρή και χρόνια μορφή, θεωρείται εξαιρετικά σημαντικός μιας και η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή και τη βασική, και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας γι' αυτόν. Σε μελέτες, κυρίως στις τρεις τελευταίες δεκαετίες, διατυπώθηκε η άποψη ότι η οικογένεια επωμίζεται το μεγαλύτερο φορτίο της παροχής φροντίδας και υποστήριξης του ψυχικά ασθενή και ο ρόλος παραγόντων της οικογενειακής ζωής και του οικογενειακού περιβάλλοντος φάνηκε να είναι σημαντικός στην πορεία της ψυχικής νόσου. Έτσι, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να βρουν νέους και διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης της οικογένειας, καθότι η οικογένεια του ψυχικά πάσχοντα έχει ανάγκη από:

- υπεύθυνη ενημέρωση, για να κατανοήσει την ψυχική διαταραχή και τις σύγχρονες θεραπείες
- εκπαίδευση, για να αποκτήσει δεξιότητες ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της νόσου και να επιλύει αποτελεσματικά προβλήματα και δυσκολίες που προκύπτουν
- υποστήριξη, πρακτική και συναισθηματική, για να αντιπαλέψει τα συναισθήματα της απομόνωσης και του στίγματος (Roick, 2006) (Ostman, 2004)

Τα ελλείμματα στην απόδοση του κοινωνικού ρόλου του ασθενούς-μέλους της οικογένειας, αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην επιβάρυνση και η οικογένεια, προσπαθεί να επιβάλλει κοινωνικούς κανόνες συμπεριφοράς. Συχνά το ασθενές-μέλος αρνείται τη διάγνωση που έχει τεθεί από τον ψυχίατρο, την αναγκαιότητα για συνέχιση της θεραπείας, ακόμη και την ανάγκη για εκπλήρωση των απαραίτητων κοινωνικών κανόνων.

Στις οικογένειες αυτές όμως συχνά παρατηρούνται παρόμοια προβλήματα, όπως ένταση, άγχος και αίσθημα επιβάρυνσης, διαταραγμένη επικοινωνία, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, έλλειψη κατανόησης της φύσης της νόσου και των συνεπειών της στη ζωή και τη λειτουργικότητα του ασθενή, καθώς και αίσθημα κοινωνικού στιγματισμού και απομόνωσης. Αυτά με τη σειρά τους έχουν συνδεθεί με επιδείνωση της συμπτωματολογίας και την έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών και επομένως με αυξημένη συχνότητα υποτροπών και νοσηλείων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η διαπίστωση της σημασίας αυτών των προβλημάτων, αλλά και της σημασίας του συναισθηματικού κλίματος μέσα στην οικογένεια, του εκφραζόμενου συναισθήματος και της οικογενειακής επιβάρυνσης, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι για τους ασθενείς που ζουν με την οικογένειά τους, η εμπλοκή και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία παίζει σημαντικό και ουσιαστικό ρόλο στη θεραπεία και ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Επίσης, από έρευνες σε οικογένειες που είχαν ένα μέλος τους να πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο και ειδικά σχιζοφρένεια, διαπιστώθηκε ότι οι οικογένειες αυτές εκδήλωσαν την επιθυμία να συμμετέχουν σε θεραπείες που δίνουν έμφαση στη βιολογική βάση της σοβαρής ψυχικής νόσου, δεν κατηγορούν την οικογένεια για την εμφάνιση της νόσου και έχουν ως στόχο να υποστηρίζουν την οικογένεια και να την ανακουφίζουν από το συναισθηματικό βάρος και από το βάρος της φροντίδας. Για να βοηθηθούν οι οικογένειες να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ψυχικής διαταραχής, έχουν αναπτυχθεί σύγχρονες παρεμβάσεις, όπως οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες συγγενών, οι υποστηρικτικές ομάδες συγγενών, οι ομάδες αυτοβοήθειας, η εκπαίδευση οικογενειών και η θεραπεία αυτών (Roick, 2006).

Αναπτύχθηκαν έτσι διάφορες παρεμβάσεις που απευθύνονται τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του, με στόχο να καλύψουν τις ανάγκες των οικογενειών και να συμβάλλουν στην καλύτερη πρόγνωση της ψυχικής νόσου. Οι παρεμβάσεις αυτές ακολουθούν τις αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης στην οικογένεια και πλήθος ερευνών και μετααναλύσεων έχουν υπογραμμίσει τη θετική τους επίδραση τόσο στη βελτίωση της πορείας της νόσου του ασθενή όσο και στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας και λειτουργίας και της γενικότερης ποιότητας ζωής της οικογένειας. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις συστήνονται ως μια καλή πρακτική (good practice) και έχουν συμπεριληφθεί στις κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας (treatment guidelines) για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των σοβαρών και χρόνιων ψυχικών διαταραχών. Παρά την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά τους, οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις για οικογένειες ασθενών με ψύχωση δεν έχουν υιοθετηθεί επαρκώς από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δεν έχουν διαδοθεί ευρέως και έτσι η ενσωμάτωσή τους στην καθιερωμένη ψυχιατρική φροντίδα δεν έχει επιτευχθεί παρά σε μικρά μόνο ποσοστά διεθνώς.

Ψυχοεκπαίδευση οικογένειας

Σε οικογένειες ψυχωσικών ατόμων έρευνες που έχουν διεξαχθεί υπογραμμίζουν την ύπαρξη πολλών και έντονων δυσκολιών που ταλαιπωρούν και τα υπόλοιπα μέλη της και που συχνά συσχετίζονται με την παρουσία της νόσου, όπως για παράδειγμα ελλιπής κατανόηση της φύσης της ψυχικής νόσου, φόβος του στίγματος, δυσχέρειες στην ενδοοικογενειακή επικοινωνία, απομόνωση από την κοινωνία, καταθλιπτική διάθεση, έντονο άγχος, κ.α (Οικονόμου, 2000) (Kohn, 2005) (Shimazu, 2011).

Ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια του ψυχικά πάσχοντα στη θεραπεία της νόσου και αφετέρου η ύπαρξη των προβλημάτων, αποτελούν την αφετηρία των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων (Rose, 2006).

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στηρίζονται στην:

- Επαρκή ενημέρωση για τη φύση της ψυχικής νόσου και τις προσφερόμενες θεραπείες. Στόχος είναι να επιτευχθεί όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της ψυχικής νόσου, καθώς και των τρόπων αντιμετώπισης αυτής (πχ συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, ενίσχυση του ασθενούς στην ενεργητική αντιμετώπιση της νόσου), αλλά και τη διαλεύκανση των μύθων για την αιτιολογία, θεραπεία και πορεία της νόσου.
- Εκπαίδευση για απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης του άγχους και δυσλειτουργικής επικοινωνίας.
- Παροχή στήριξης στα μέλη της οικογένειας του ψυχικά πάσχοντος για αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν λόγω φόβου ή αίσθησης κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν.
- Εκπαίδευση συγγενών για καλύτερη αντιμετώπιση του ψυχικά πάσχοντα-μέλους, μέσα από την απόκτηση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων.
- Μείωση της Οικογενειακής Επιβάρυνσης
- Προαγωγή ενεργοποίησης δικτύου οικογενειών ψυχικά πασχόντων, με απώτερο στόχο την αποφυγή κοινωνικής απομόνωσης και στιγματισμού.

Τα παραπάνω, αλληλεπικαλύπτονται χρονικά και αλληλοσυμπληρώνονται κατά τη διάρκεια της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης (Bertrando, 1992) (Τομαράς, 2001) (Smerud, 2011).

Η εκπαίδευση της οικογένειας βοηθά τα μέλη, έτσι ώστε, να είναι πιο «αποτελεσματικά» στις παρεμβάσεις τους για τον ψυχικά ασθενή-μέλος τους. Η ψυχοεκπαίδευση τείνει να έχει κλινικό χαρακτήρα και παρέχεται από επαγγελματίες υγείας, ενώ η εκπαίδευση οικογενειών στην κοινότητα παρέχεται από άλλες εκπαιδευμένες οικογένειες. Η εκπαίδευση οικογένειας είναι

σύντομης διάρκειας (Dixon, 2001), βασίζεται στις θεωρίες για το άγχος, την αντιμετώπιση και την προσαρμογή και αποσκοπεί στην ευεξία όλων των μελών (Solomon, 1996). Παρομοίως και στην Ελλάδα, παρότι η οικογένεια αποτελεί έναν ισχυρό θεσμό και παρότι το άμεσο συγγενικό περιβάλλον του ψυχικά ασθενή επωμίζεται ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας του, οι ψυχοεκπαιδευτικού τύπου οικογενειακές παρεμβάσεις δεν εφαρμόζονται ευρέως (Σταθάρου, 2012).

Παράλληλα, δεν υπάρχουν πολλές οργανωμένες και συστηματικές εκπαιδευτικές ευκαιρίες για επαγγελματίες ψυχικής υγείας με αντικείμενο την ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας. Προκειμένου να καλυφθεί το εν λόγω κενό, αναπτύχθηκε το 2004 από την Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ένα διετές μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα με τίτλο «Ψυχοεκπαιδευτικές Παρεμβάσεις – Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας στην Ψύχωση» που απευθύνεται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων.

Το πρώτο έτος του προγράμματος περιελάμβανε τη θεωρητική εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση στην επαφή με τις οικογένειες-μέλη του Συλλόγου Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ) μέσω της παρακολούθησης επιλεγμένων συνεδριών υποστηρικτικής ομάδας συγγενών, καθώς και μέσω της συμμετοχής-παρατήρησης ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε ομάδα συγγενών. Κατά το δεύτερο έτος, οι εκπαιδευόμενοι ανέλαβαν δύο οικογένειες και εφάρμοσαν ανά ζεύγη τη Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένεια σε μεμονωμένη οικογένεια με εποπτεία.

Η παρέμβαση που εφαρμόστηκε στηρίχθηκε στο μοντέλο του Ian RH Falloon που απευθύνεται στην οικογένεια με τη συμμετοχή του ασθενούς. Η όλη παρέμβαση υλοποιείται στο σπίτι της οικογένειας και το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει 4 ενότητες:

- Εκπαίδευση για τη νόσο (information about illness)
- Εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες (communication skills training)
- Εκπαίδευση στην αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων (problem solving) και επίτευξη στόχων (goal achievement)
- Εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης ειδικών προβλημάτων (specific coping strategies).

Για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος έγιναν 10-12 συνεδρίες σε εβδομαδιαία βάση που ακολουθήθηκαν από 1 συνεδρία ανά δεκαπενθήμερο για τους επόμενους 6 μήνες. Μέρος του θεραπευτικού προγράμματος αποτελούσε και μια τακτή, εβδομαδιαία οικογενειακή συνάντηση, χωρίς τους θεραπευτές, με στόχο να διευκολυνθεί η επικοινωνία των μελών της οικογένειας

μεταξύ τους στην καθημερινή ζωή, ο διάλογος και η προσπάθεια για επίλυση των προβλημάτων τους με βάση όσα είχαν διδαχθεί κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών.

Το εκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα αποτέλεσε το κατάλληλο έδαφος για να εξεταστεί ερευνητικά η αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε οικογένειες που έχουν μέλος τους να πάσχει από σχιζοφρένεια. Έτσι, στην εν λόγω έρευνα αξιολογήθηκε η επίδραση της εφαρμογής της Συμπεριφορικής Θεραπείας Οικογένειας σε οικογένειες που ένα μέλος τους πάσχει από σχιζοφρένεια –επιπρόσθετα στη φαρμακοθεραπεία που λαμβάνει ο ασθενής-, έναντι της τρέχουσας καθιερωμένης φροντίδας η οποία δεν περιλαμβάνει ειδικές παρεμβάσεις στην οικογένεια, ως προς συγκεκριμένους δείκτες έκβασης.

Αναφορικά με τους ασθενείς, οι δείκτες αυτοί σχετίζονταν με τον αριθμό νοσηλειών και τη «συμμόρφωση» στη θεραπεία, ενώ αναφορικά με τους συγγενείς, οι δείκτες αποτελεσματικότητας αφορούσαν τις γνώσεις τους για τη σχιζοφρένεια, τις στάσεις τους απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια, την οικογενειακή συνοχή, την επιβάρυνση που βιώνουν και την ψυχική τους υγεία.

Οι Kuipers και συνεργάτες (2006) αναφέρουν ότι το άγχος και η επιβάρυνση της οικογένειας, αλλά και η αδυναμία για στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων του ασθενή, σχετίζονται με τον τρόπο που τα μέλη της οικογένειας διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους. Αυτό δηλώνει ότι η παρέμβαση στην οικογένεια πρέπει να εστιαστεί στην αναγνώριση των δυσκολιών της και τον τρόπο που μπορούν τα μέλη της να αξιοποιήσουν καλύτερα κάποιες στρατηγικές, οι οποίες με τη σειρά τους θα συμβάλλουν έτσι ώστε να μπορούν να εντοπίζουν τι τους ενοχλεί και να μπορούν να ερμηνεύουν καλύτερα τη στάση του ασθενή. Η βελτίωση αυτών των πτυχών, σηματοδοτεί τη μείωση των αρνητικών σχέσεων (κριτικά σχόλια, εχθρότητα), αυξάνει την αυτοεκτίμηση της οικογένειας και συμβάλλει στην μείωση της έντασης της κατάθλιψης και της επιβάρυνσης (Kuipers, 2006).

Θεραπεία οικογένειας

Τα μοντέλα θεραπείας οικογένειας για τις ψυχικές διαταραχές βασίζονται στη θεωρία των συστημάτων. Το κάθε άτομο δεν συμπεριφέρεται ως απομονωμένη οντότητα μέσα στο σύστημα, αντίθετα, ακολουθεί ένα κυκλικό πρότυπο, όπου καμιά μεμονωμένη συμπεριφορά δεν είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα κάποιων γεγονότων. Οι συμπεριφορές σχηματίζουν μια αλληλουχία κυκλικής αιτιότητας, χωρίς αρχή και τέλος. Η αλλαγή, μέσα σε αυτό το σύνολο συμπεριφορών, μπορεί να επιτευχθεί με την παρέμβαση σε οποιοδήποτε σημείο του συστήματος (Ανδρουτσοπούλου, 2004) (Carr, 2008).

Συστημική θεραπεία

Δύο τύποι συστημικής θεραπείας που προέρχονται από πολύ διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις είναι: η δομική θεραπεία οικογένειας και η στρατηγική θεραπεία αυτής.

Δομική θεραπεία οικογένειας

Η δομική θεραπεία οικογένειας αναπτύχθηκε από τον Minuchin (1974). Κεντρική αρχή της είναι ότι οι οικογένειες με καλή λειτουργία, παρουσιάζουν μια σαφή δομή. Όταν αυτή η δομή δεν υπάρχει, η οικογένεια δεν μπορεί να αντιμετωπίσει προβλήματα τα οποία πηγάζουν από το εσωτερικό της ή προέρχονται από εξωτερικές πηγές. Η δομική θεραπεία οικογένειας είναι συμπεριφορική, κατευθυντική και δυναμική (McGoldrick, 2001) (Minuchin, 2002).

Στρατηγική θεραπεία οικογένειας

Το στρατηγικό μοντέλο θεραπείας της οικογένειας, με πρωτεργάτη τον Watzlawick (1974) και τους συνεργάτες του, επικεντρώθηκε στις αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας. Έχει παρατηρηθεί ότι, όταν η οικογένεια αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα, τα μέλη της συνήθως εμφανίζουν κάποιες επαναλαμβανόμενες αλληλεπιδράσεις και χρησιμοποιούν στρατηγικές τις οποίες είχαν εφαρμόσει και στο παρελθόν για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα. Αν αυτές είναι επιτυχημένες, το πρόβλημα επιλύεται, αν είναι ανεπιτυχείς, τότε διαφοροποιούνται οι καταστάσεις. Κάποιες οικογένειες θα υιοθετήσουν καινοφανείς προσεγγίσεις για επίλυση προβλημάτων και άλλες, θα συνεχίσουν να εφαρμόζουν την ίδια αποτυχημένη στρατηγική προκειμένου να επιφέρουν κάποια αλλαγή. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι προσπάθειες που καταβάλλονται για την επίλυση του προβλήματος καθίστανται οι ίδιες πρόβλημα, ενδεχομένως μάλιστα ακόμη και πιο σοβαρό από αυτό που επέβαλε τη χρήση τους (Falzer, 1986).

Συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας

Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας, επιδιώκει την εκπαίδευσή των μελών της οικογένειας σε σοβαρά ελλείμματα δεξιοτήτων επικοινωνίας και τα βοηθά να επιδιώκουν περισσότερο αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων τους και επίτευξη των στόχων τους μέσα από την ενδυνάμωση των δυνατοτήτων τους. Οι θεραπευτές οικογένειας προσπαθούν να εκπαιδεύσουν τις οικογένειες με τέτοιο τρόπο, ώστε να γίνουν πιο αποτελεσματικές στις προσπάθειές τους για την επίλυση των προβλημάτων τους και να βασίζονται λιγότερο στις έντεχνες στρατηγικές του θεραπευτή. Οι συμπεριφορικές τεχνικές που βασίζονται στη συντελεστική μάθηση, πρέπει να διέπονται από τέσσερις βασικές αρχές:

«- η ελλειμματική συμπεριφορά μαθαίνεται και διατηρείται κατά παρόμοιο τρόπο με τη φυσιολογική συμπεριφορά,

- θεωρείται ότι δεν υπάρχουν «ασθένειες» αλλά συμπτώματα που περιορίζουν την προσαρμοστικότητα του ατόμου στον παρόντα τόπο και χρόνο,

- αποσκοπούν στην εξάλειψη των τωρινών συμπτωμάτων,

- βασίζονται στη συμπεριφορική ανάλυση προκειμένου οι θεραπευτές να αξιολογήσουν τα συμπτώματα και να καταστρώσουν ένα θεραπευτικό σχήμα κατάλληλο για τη συγκεκριμένη περίπτωση (εξατομίκευση)».

Ο σχεδιασμός της θεραπείας της συμπεριφοράς γνωρίζουμε ότι βασίζεται στις δυνατότητες του ασθενή και στοχεύει στο να βελτιώσει συμπεριφορές και δεξιότητες οι οποίες παρουσιάζουν δυσλειτουργία και να ενθαρρύνει αυτές που θεωρούνται λειτουργικές. Στόχος της είναι «η καλλιέργεια και επανάκτηση χαμένων δεξιοτήτων». Κάποιες από τις ειδικές μεθόδους που χρησιμοποιεί η εκπαίδευση των συμπεριφορικών δεξιοτήτων είναι «η βιντεοσκόπηση του ασθενούς, το παίξιμο ρόλων (role playing) κατά τη θεραπεία και ασκήσεις στο σπίτι (homework) ανάλογες της δεξιότητας που διδάσκεται».

Από πρόσφατες αναφορές προκύπτει ότι η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας αποδεικνύεται αποτελεσματική στην αντιμετώπιση ευρέος φάσματος ψυχικών διαταραχών. Τα οφέλη από τη συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου σχετίζονται με τη διαρκώς βελτιούμενη αποτελεσματικότητα της οικογένειας στη διαδικασία επίλυσης προβλήματος (Booth, 2000).

Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας στη δομή της περιλαμβάνει μια σειρά από ενέργειες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- Αρχικό στάδιο γνωριμίας (έναρξη θεραπευτικής σχέσης) και αξιολόγησης του οικογενειακού συστήματος (συμπεριφορική ανάλυση).
- Φάση εκπαίδευσης της οικογένειας σε δεξιότητες επικοινωνίας.
- Φάση εκπαίδευσης σε δεξιότητες επίλυσης προβλήματος.
- Κλείσιμο της θεραπευτικής διαδικασίας.
- Αναμνηστικές συναντήσεις σε αραιά διαστήματα για παρακολούθηση της πορείας αυτής.

Ο θεραπευτής προσπαθεί να ενισχύσει την οικογένεια για να ξεπεράσει τις πιο σημαντικές της αδυναμίες και ελλείψεις. Η πρόοδος της θεραπείας ελέγχεται και αξιολογείται σε κάθε συνεδρία. Η διαδικασία συνεχών εκτιμήσεων προσπαθεί να είναι κατά το δυνατόν αντικειμενική, χρησιμοποιώντας συχνά αξιόπιστους συμπεριφορικούς δείκτες. Κάθε αλλαγή συζητείται με την οικογένεια και υποκινείται από στόχους της θεραπείας, συνήθως, επιχειρούνται μετά από επανεκτιμήσεις της πορείας της θεραπείας, οι οποίες σχεδιάζονται σε διαστήματα που έχουν προσυμφωνηθεί και δη κατά την έναρξη της νόσου.

Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας αποτελεί αποτελεσματική μέθοδος, η οποία αξιοποιεί την οικογενειακή μονάδα για το αμοιβαίο όφελος όλων. Η θεραπεία αποσκοπεί στην ενδυνάμωση της αποτελεσματικότητας των λειτουργιών επίλυσης προβλήματος, από την οικογένεια του ψυχικά πάσχοντος (Melito ,2003).

ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Το κυριότερο εμπόδιο που πρέπει να ξεπεραστεί μέσα στην κοινότητα είναι το στίγμα εναντίων των ατόμων που πάσχουν από ψυχική νόσο (Lefley, 1989). Η μάχη απαιτεί εκστρατεία ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης, σχετικά με την φύση και τις συνέπειες των ψυχικών διαταραχών, ώστε να ενδυναμωθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές (Teague, 1998). Τα ΜΜΕ στο κομμάτι αυτό διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο αφού είναι δυνατό να ελεγχθεί, να κατευθυνθεί και να προληφθεί η χρήση μηνυμάτων και εικόνων που θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις. Τα μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πληροφόρηση του κοινού, για να προκαλέσουν αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών. Η παρεμβολή θεμάτων για την υγεία στα ψυχαγωγικά μέσα βοηθάει στην αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων (Padilla, 1975).

Πρέπει να αρχίσουν εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε θέματα ψυχικής υγείας. Ο κύριος στόχος είναι να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία. Η ορθά σχεδιασμένη ενημέρωση μπορεί να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις, να αυξήσει τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να μειώσει το χάσμα μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας (Lamberti, 2004).

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δίνει την ευκαιρία σε ένα μεγαλύτερο αριθμό ατόμων να έχουν ευκολότερη και ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες. Αυτό προσφέρει καλύτερη φροντίδα αλλά ταυτόχρονα περιορίζει την σπατάλη από περιττές και μη εξειδικευμένες θεραπείες. Επομένως η ψυχική υγεία πρέπει να περιλαμβάνεται στα προγράμματα της Π.Φ.Υ. και να παρέχει επιμόρφωση, ώστε να βελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Insel, 2010). Οι υπηρεσίες θα πρέπει να παρέχονται μέσα στην κοινότητα και να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων, ώστε να δίνουν την δυνατότητα της έγκυρης πρόληψης, παρέμβασης και να περιορίζουν τον στιγματισμό των ατόμων.

Οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών θα πρέπει να συμμετέχουν στην ανάπτυξη πολιτικών και στις αποφάσεις, στα προγράμματα και στις υπηρεσίες. Επί πλέον οι παρεμβάσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ηλικία, το φύλο, την κουλτούρα και τις κοινωνικές συνθήκες κατά περίπτωση (Clark, 1998). Ο ρόλος της αγωγής υγείας πρέπει να έχει σαν πρώτο στόχο την εξοικείωση της εκάστοτε κοινότητας με την ψυχική υγεία, την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την καλύτερη διαχείριση της, ή ενημέρωση για τις υπηρεσίες και τους ειδικούς σε θέματα ψυχικής υγείας και την κοινωνική ένταξη, προσαρμογή και αποδοχή των ατόμων με συμπτώματα ψυχικής νόσου. Το εκάστοτε πρόγραμμα πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη εθελοντισμού για την στήριξη της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη δεξιοτήτων για καλύτερη επικοινωνία (Burns, 2013).

Μελετώντας τις πολύπλευρες ανάγκες του ασθενή που προκύπτουν, θα εντοπίσουμε έντονα το στοιχείο της ανάγκης για αποδοχή, σεβασμό και ανεξάρτητη διαβίωση του μέσα στην κοινωνία. Η αποκατάσταση εστιάζει στην κοινωνική υποστήριξη και την υποστήριξη για ανεξάρτητη ζωή. Σε κάθε πρόγραμμα επαγγελματικής αποκατάστασης υπάρχουν ειδικοί επαγγελματίες υγείας των οποίων η συμβολή είναι εκτός από αναγκαία και απαραίτητη, παράλληλα και μια διασφάλιση της ποιότητας των παρεμβάσεων.

Κάθε ένα από τα μέλη της ομάδας αυτής ασκεί το δικό του επάγγελμα με τις αρμοδιότητες και τα δικαιώματα που απορρέουν μέσα από τις αρχές του συγκεκριμένου επαγγέλματος (Bustillo, 2001). Το προσωπικό ψυχικής υγείας που στελεχώνει τις δομές επαγγελματικής αποκατάστασης μπορεί να χωριστεί στους κλινικούς επαγγελματίες που είναι οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι, στους ειδικούς που έργο τους είναι η αποκατάσταση και αυτοί είναι οι εργοθεραπευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι επαγγελματικοί σύμβουλοι και άλλοι ειδικοί θεραπευτές (θεραπευτές τέχνης, χορού, μουσικής κλπ).

Η θεραπευτική ομάδα των επαγγελματιών υγείας αποτελεί σταθερό σημείο αναφοράς στη ζωή των ασθενών και έχει μακράς διάρκειας ευθύνη απέναντι στους ασθενείς ανεξάρτητα από τα υφιστάμενα προβλήματα ψυχικής υγείας ή λειτουργικότητας. Από τη θέση που έχει πρέπει να αναπτύσσει τρόπους για το συντονισμό μιας εξατομικευμένης και εξειδικευμένης παρέμβασης που να διέπεται από μεθοδικότητα, οργάνωση, συνέπεια, φιλικότητα, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, ήθος και άλλα.

Το έργο της θεραπευτικής ομάδας των ειδικών ψυχικής υγείας είναι σημαντικό να ακολουθεί κάποιες συγκεκριμένες αρχές: ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να συμμετέχει και να συναποφασίζει σε όλες τις αποφάσεις που επηρεάζουν τη ζωή του, η αξιοπρέπεια και η αξία κάθε ατόμου είναι ανεξάρτητες από το βαθμό δυσκολίας ή λειτουργικής ανεπάρκειας που η ψυχική διαταραχή έχει προκαλέσει, κάθε άτομο ανεξάρτητα από τα συμπτώματα που παρουσιάζει έχει την δυνατότητα να επωφεληθεί από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν γνωρίζει πολιτισμικά ή εθνικά όρια, η εκδήλωση ψυχικής ασθένειας δεν αποκλείει την δυνατότητα μάθησης και ανάπτυξης (Jones, 2006).

Η θεραπευτική ομάδα στις τακτές συναντήσεις της, είναι σημαντικό να εποπτεύεται. Η εποπτεία γίνεται από τον επιστημονικά υπεύθυνο του προγράμματος. Η χρησιμότητα της εποπτείας έχει είναι μεν αυτή της αποφόρτισης των επαγγελματιών αφού επιλύουν ζητήματα που προκύπτουν αλλά και λαμβάνουν βαρυσήμαντες αποφάσεις και από την άλλη καθοδηγούνται και αξιολογούνται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η Θεραπευτική Κοινότητα Ασθενών αποτελεί την μεγαλύτερη θεραπευτική ομάδα που γίνεται στα προγράμματα αποκατάστασης. Μέλη στην συγκεκριμένη ομάδα δεν είναι μόνο οι ασθενείς αλλά

και το προσωπικό των προγραμμάτων, θεραπευτές, τεχνίτες-εκπαιδευτές καθώς και όλοι οι εμπλεκόμενοι στη διαδικασία αποκατάστασης. Παρά τις δυσκολίες που υπάρχουν σε μια τόσο μεγάλη ομάδα, θα πρέπει να λειτουργεί με βάση δημοκρατικές διαδικασίες και να ενυπάρχει ο σεβασμός για το κάθε μέλος της ομάδας. Στη συγκεκριμένη ομάδα ο ρόλος του ηγέτη περιορίζεται μόνο στον συντονισμό της συζήτησης αφού οι αποφάσεις λαμβάνονται σε ομαδικό επίπεδο. Η κοινότητα αποτελεί τη «βάση για την αυτοοργάνωση των ασθενών και για την καταπολέμηση του στίγματος και του αυτοστιγματισμού ενώ προετοιμάζει παράλληλα τους ασθενείς προκειμένου να αναλάβουν ρόλους στους οποίους δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν ή διστάζουν να δοκιμάσουν» (Thota, 2012). Με αυτό τον προσανατολισμό η αποκατάσταση έδωσε βαρύτητα στην εργασιακή απασχόληση που θα εξασφάλιζε στον ασθενή όχι μόνο τα προς το ζην αλλά και τη πολυπόθητη κοινωνική αναγνώριση.

Γνωρίζουμε τη μεγάλη σημασία που κατέχει η εργασία στην ζωή των ανθρώπων. Προσφέρει την απαραίτητη οικονομική και ατομική αυτοδυναμία, προσωπική ικανοποίηση αλλά παράλληλα προσδίδει στο άτομο ένα κοινωνικό ρόλο που αυτόματα του χαρίζει σεβασμό και αναγνώριση από το περιβάλλον του. Η εργασιακή αποκατάσταση των ασθενών είναι μια πολύ σημαντική ανάγκη των ψυχικά ασθενών, όπως υπογραμμίστηκε από αντίστοιχες έρευνες που έδειξαν ότι ασθενείς που εξασφάλισαν έμμοσθη εργασία είχαν παράλληλα και μειωμένα συμπτώματα της ψυχικής νόσου, καλύτερη λειτουργικότητα, υψηλότερη αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση και εν τέλει ενσωματώθηκαν πλήρως στην κοινότητά τους (Bond, 2001). Στις σύγχρονες κοινωνίες η επαγγελματική καταξίωση θεωρείται συχνά προϋπόθεση για την άνοδο της κοινωνικής υπόληψης για αυτό και βρίσκεται στην κορυφή των συλλογικών προτεραιοτήτων στις μέρες μας.

Αναφέρθηκε ήδη η μεγάλη σημασία της εργασίας για την ψυχική υγεία. Πολλές έρευνες έδειξαν ότι «η εργασία ενισχύει τόσο την αίσθηση της ταυτότητας, της πραγματοποίησης επιτευγμάτων και της προσμονής για κάποια συγκεκριμένη δραστηριότητα, όσο και την αυτοεκτίμηση και τη δυνατότητα αυτοπροσδιορισμού» (Jorm, 2012). Όλα τα παραπάνω είναι στοιχεία υγιούς συμπεριφοράς, σημεία που πρέπει να καλλιεργηθούν και ικανότητες που πρέπει να αποκτήσει ο ψυχικά ασθενής.

Η εργασιακή απασχόληση, συμβάλει στην επίτευξη του κοινού στόχου που έχουν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, δηλαδή στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, με τον όρο ποιότητα ζωής εννοούμε «την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του».

Η έμμοσθη εργασία ως κοινωνική δραστηριότητα καλύπτει την ανάγκη για:

Οικονομική ανεξαρτησία και αυτονομία: Ο ασθενής με την εξασφάλιση έμμισθης εργασίας δεν εξαρτάται πλέον αποκλειστικά από την οικογένεια του. Νιώθει ανεξάρτητος, χειραφετημένος λαμβάνοντας ικανοποίηση από την προσφορά του, και απολαμβάνοντας τα ευεργετικά της αποτελέσματα. Ο ΠΟΥ επισημαίνει ότι η εξασφάλιση εισοδήματος είναι απαραίτητη και για την καταπολέμηση της φτώχειας, μιας κατάστασης που θέτει σε κίνδυνο την ψυχική υγεία του ατόμου.

Ανάπτυξη Κοινωνικών Δεξιοτήτων: Μέσα από την όλη διαδικασία επαγγελματικής αποκατάστασης οι αντιληπτικές δεξιότητες, οι πρακτικές και οι γνωσιακές δεξιότητες, οι τρεις δηλαδή πτυχές της λειτουργικότητας του ασθενή που φθίνουν από την χρόνια διαδρομή της ψύχωσης, εξασκούνται ή επαναποκτούνται.

Εξασφάλιση Αναγνωρίσιμου Κοινωνικού Ρόλου: Ως ενεργό μέλος της κοινότητας με την ανάληψη του κοινωνικού ρόλου που του προσδίδει η θέση εργασίας, ο ασθενής ξεφεύγει από την περιθωριοποίηση και τις αρνητικές συνέπειες του στιγματισμού. Θα αποδείξει στον εαυτό του αλλά και στους πολύ σημαντικούς «άλλους» ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις ενός εργασιακού περιβάλλοντος και κατ' επέκταση της κοινότητας.

Βελτίωση της Ψυχικής του Υγείας: οι γνωσιακές λειτουργίες οι οποίες φθίνουν εξαιτίας της νόσου, εξασκούνται κατά την εκπαίδευση και τη κατάρτιση του ασθενή σε ένα εργασιακό αντικείμενο (Kyriakou, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, η εκτίμηση των αναγκών για τον κάθε ασθενή, θα πρέπει να αφορά στις δυσκολίες που αυτός συναντά στην προσπάθειά του να εξασφαλίσει μια θέση εργασίας. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να αφορούν στον ίδιο τον ασθενή (υποκειμενικές) ή/και στο περιβάλλον του (αντικειμενικές). Η επαγγελματική αποκατάσταση δεν μπορεί από μόνη της να θεωρείται ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Για να πραγματοποιηθεί η επανένταξη του ασθενή στην κοινότητα, απαιτείται ο συνδυασμός της επαγγελματικής με τη κοινωνική εκπαίδευση, δηλαδή αυτό που τονίζει ο Mezquita (1973) σαν προϋπόθεση για επιτυχία της εργασιακής εκπαίδευσης, «να συμβαδίζουν τα βήματα της επαγγελματικής δραστηριότητας με αυτά της επανακοινωνικοποίησης». Συνεπώς, οι στόχοι της επαγγελματικής εκπαίδευσης οφείλουν να διέπονται από αυτή την αρχή.

Συγκεκριμένα οι στόχοι της επαγγελματικής εκπαίδευσης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε «επαγγελματική κατάρτιση, εκπαίδευση σε βασικές εργασιακές γνώσεις, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, εκμάθηση δεξιοτήτων που αφορούν την εύρεση εργασίας» (Καρύδη, 2010)

Ο πρώτος στόχος, αυτός της επαγγελματικής κατάρτισης, αναφέρεται εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων σε τομείς ανάλογους πάντα με τις ικανότητες και τις επιθυμίες των ατόμων ώστε να αποτελεί δηλαδή πηγή ευχαρίστησης για τον ασθενή. Ο δεύτερος στόχος αφορά τη σωστή χρησιμοποίηση των εργαλείων και των μηχανημάτων που είναι αναγκαία για την δουλειά του,

αλλά και τη συνεργασία, τη τήρηση του ωραρίου εργασίας, το σεβασμό στους κανόνες εργασίας κ.ο.κ. Η απόκτηση αυτών των γνώσεων είναι βασική προκειμένου το άτομο να μπορέσει να λειτουργήσει ανάλογα και στους ελεύθερους ανταγωνιστικούς χώρους εργασίας. Η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων αποτελεί βασικό στοιχείο όχι μόνο για να μπορέσει ο ασθενής να εργαστεί αλλά και για να πετύχει την αυτόνομη λειτουργία του στην κοινότητα, που είναι ο τελικός στόχος της αποκατάστασης. Τέλος η απόκτηση δεξιοτήτων εύρεσης εργασίας περιλαμβάνει από την πληροφόρηση για τους τομείς όπου εργάζονται ψυχικά ασθενείς μέχρι την εκμάθηση της διαδικασίας συμπλήρωσης του βιογραφικού σημειώματος.

Ωστόσο, το δεύτερο και πιο σημαντικό κομμάτι της επαγγελματικής εκπαίδευσης όμως είναι η θεραπευτική τους χρησιμότητα. Από τη θεραπευτική πλευρά τους τα προγράμματα που αποσκοπούν στην επαγγελματική αποκατάσταση ασθενών στοχεύουν:

- στην τροποποίηση της συμπεριφοράς
- στην καταπολέμηση του αυτοστιγματισμού
- στην ενίσχυση των γνωστικών λειτουργιών και των υγιών στοιχείων
- στην βελτίωση των συνθηκών ζωής
- στην εξάσκηση της επικοινωνιακής δυνατότητας
- στην εξάσκηση της συναισθηματικής συναλλαγής
- στην κινητοποίηση για την ένταξη
- στην επίγνωση των δυνατοτήτων. (Καρύδη, 2010)

Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) αποτελεί την κυριότερη από τις δομές παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών που αναπτύσσονται στην κοινότητα. Ακολουθεί το ιδεολογικό υπόβαθρο, τις αρχές και πρακτικές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, η οποία έχει άποψη για τον χαρακτήρα της κοινωνιογένεσης της ψυχικής αρρώστιας και πραγματώνει τους στόχους της μέσα από το εφικτό και την πραγματικότητα. Οι δραστηριότητες του Κ.Ψ.Υ. εξυπηρετούν και τις τρεις βαθμίδες πρόληψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια) και προσεγγίζουν το θέμα παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την ψυχιατρική πράξη ως μια κοινοτική διαδικασία.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αποτελεί τον πυρήνα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Σκοπός του είναι η πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, η συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, η ψυχοκοινωνική μέριμνα και η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα.

Συνοπτικά, οι λειτουργίες του θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ακολούθως:

1. Πρόληψη, πρόωμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών. Παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων και της κατ' οίκον φροντίδας. Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες. Βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση. Εφαρμογή ψυχοθεραπειών. Ολοκληρωμένη, συνθετική προσέγγιση
2. Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας που αποσκοπούν στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, στην πρόληψη της επανεισαγωγής σε νοσοκομείο, στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση. Το ΚΨΥ μπορεί επίσης να αναπτύξει μονάδα μερικής νοσηλείας
3. Ευαισθητοποίηση και Αγωγή της Κοινότητας σε ζητήματα σχετικά με την Ψυχική Υγεία. Ειδικά προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας και πρόληψης των ψυχικών διαταραχών σε συνεργασία με στελέχη άλλων τομέων (εκπαιδευτικοί, επαγγελματίες υγείας, ομάδες υψηλού κινδύνου, κλπ.)
4. Στενή συνεργασία με κοινοτικές, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
5. Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας
6. Έρευνα αναγκών και επιδημιολογική έρευνα στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Όπως εύστοχα παρατηρούν οι Campbell και συνεργάτες (2004) , «η ψυχική νόσος θέτει τέτοιες απαιτήσεις στο σύστημα υγείας, που καμιά ειδικότητα ή υπηρεσία δεν μπορεί από μόνη της να αντιμετωπίσει». Είναι επομένως εύλογη η δημιουργία ομάδων ψυχικής υγείας με συμμετοχή επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, νοσηλευτικού προσωπικού, επισκεπτών υγείας, κοινωνικών λειτουργών κ.λπ.). Οι εν λόγω πολυκλαδικές ομάδες παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στον τόπο διαμονής των ασθενών με βάση τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, έχοντας μάλιστα τη δυνατότητα να πραγματοποιούν επισκέψεις στον τόπο διαμονής των ασθενών.

Άλλωστε, είναι αποδεδειγμένο ότι ο συνδυασμός κοινοτικής και νοσοκομειακής φροντίδας επιφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα. Εξίσου σημαντική με τη φροντίδα των ασθενών είναι η ενημέρωση των ατόμων που φροντίζουν το άτομο με ψυχική διαταραχή για τα χαρακτηριστικά των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, ώστε να γνωρίζουν τι να αναμένουν, και η υποστηρικτική παρέμβαση στα μέλη των οικογενειών των ασθενών. Ακόμη, η εκπαίδευση της κοινότητας, δηλαδή η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σε θέματα ψυχικής υγείας, αποτελεί προτεραιότητα των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας. Για τους παραπάνω λόγους, λοιπόν, οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας θεωρούνται η βάση του σύγχρονου συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με έδρα την κοινότητα. Από τους ειδικούς μάλιστα προτείνεται

ότι οι χώρες με χαμηλό εισόδημα (όπως δηλαδή η Ελλάδα) μπορούν να στηρίζονται στη φροντίδα ψυχικής υγείας που βασίζεται στην κοινότητα και στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας. Κάποιοι μάλιστα θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας, που παρέχουν γενική φροντίδα, είναι παραπλήσια με εκείνη των εξειδικευμένων και δαπανηρών μονάδων ολοκληρωμένης κοινοτικής θεραπείας (assertive community treatment), με πολύ μικρότερο κόστος για το σύστημα υγείας. Στην Ελλάδα, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας (ΚΜΨΥ) συνιστούν παράδειγμα κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας, προσαρμοσμένων στην ελληνική πραγματικότητα. Οι ΚΜΨΥ δραστηριοποιούνται σε αγροτικές, απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα περιοχές, που δεν λαμβάνουν την απαιτούμενη φροντίδα στον τομέα της ψυχικής υγείας. Χρησιμοποιούν τις υποδομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) (κέντρα υγείας [ΚΥ] και περιφερειακά ιατρεία), ενώ έχουν τη δυνατότητα να πραγματοποιούν επισκέψεις στις οικίες των ασθενών (Κοκκέβη,2010).

Διεθνώς προτεραιότητα δίνεται στη φροντίδα των ψυχωσικών ασθενών, καθώς έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες και τις μεγαλύτερες δυσκολίες στη λήψη περίθαλψης για την ψυχική τους υγεία. Βέβαια, η φροντίδα των ασθενών με λιγότερο σοβαρές ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.λπ.) δεν παραγνωρίζεται. Άλλωστε, οι δεύτερες παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα από τις ψυχωσικές διαταραχές. Στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν είναι σπάνιο φαινόμενο τέτοιες διαταραχές συχνά να παραμένουν αδιάγνωστες ή να μη θεραπεύονται ολοκληρωμένα. Η συνεργασία με τους φορείς της ΠΦΥ είναι πρώτη προτεραιότητα, καθώς από εκεί προέρχεται ο μεγαλύτερος αριθμός παραπομπής ασθενών στις ΚΜΨΥ. Οι ΚΜΨΥ διαμεσολαβούν για την επαφή των ασθενών με την ΠΦΥ και φροντίζουν για τη σωστή λήψη των φαρμάκων και την εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών. Η στενή συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των γενικών ιατρών μπορεί να προωθήσει τη φροντίδα υγείας και την πρόληψη σε ψυχωσικούς ασθενείς με σωματική νοσηρότητα. Διεθνείς μελέτες επιβεβαιώνουν τη σημασία της εν λόγω συνεργασίας.

Στίγμα

Μια σημαντική παράμετρος στην διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που απαντάται πολύ συχνά και δυσχεραίνει την πλήρη επανένταξη των ασθενών, είναι αυτή του στιγματισμού. Το στίγμα μπορεί να είναι κοινωνικό, ή να προέρχεται από τον ίδιο τον ασθενή που παρουσιάζει χαμηλή αυτοεκτίμηση και αποτελεί τροχοπέδη στη διαδικασία της αποκατάστασης. Η κοινωνία φοβόταν τους ψυχικά ασθενείς και μέχρι σήμερα, επικρατούν στις αντιλήψεις του λαού πολλοί μύθοι για τα άτομα με ψυχικές παθήσεις.

Η προκατειλημμένη συμπεριφορά προς μια συγκεκριμένη ομάδα είναι αποτέλεσμα των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων της κοινωνίας απέναντι σε αυτή την ομάδα, που τελικά οδηγούν σε αποκλεισμό της από την κοινότητα (Perkonig, 2005). Οι κοινωνικές διακρίσεις σε βάρος των ψυχικά ασθενών, επικυρώνουν σε ένα ασυνείδητο επίπεδο τη «φυσιολογικότητα» της ευρύτερης κοινωνίας, με τους ψυχικά ασθενείς να γίνονται τελικά μια αποκλεισμένη μειονότητα. Αυτό, καλείται κοινωνικό στίγμα και οι ασθενείς εκτός από τη ψυχική διαταραχή καλούνται να αντιμετωπίσουν τον κοινωνικό τους στιγματισμό και όσες συνέπειες αυτός θα επιφέρει σε όλες τις πτυχές της ζωής τους.

Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Εταιρία Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ορίζουν την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ως τη «διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα με έκπτωση της λειτουργικότητας, ανάικα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα» (Kawakami, 2005). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία περιορισμού των κοινωνικολειτουργικών επιπτώσεων που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια.

Ένας άλλος ορισμός της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες περιοχές της λειτουργικότητας του ατόμου και ορίζεται ως μια «διαδικασία που επιδιώκει την επαύξηση της λειτουργικότητας του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό και εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους επαγγελματίες υγείας» (Anthony, 1983).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, «έχει εξελιχθεί σε μια έννοια, ένα όγκο γνώσεων γύρω από τρόπους οργάνωσης των υπηρεσιών και μεθόδων που υπόκεινται σε εμπειρική επικύρωση, και ασχολείται με την πρόληψη και/ή τη μείωση της ανικανότητας που είναι συνδεδεμένη με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς».

Κατά τη δεκαετία του 1950, ο θεσμός των ψυχιατρικών ασύλων άρχισε να αμφισβητείται λόγω της ανάπτυξης της ψυχοφαρμακολογίας και της ιατροκοποίησης της ψυχιατρικής. Η ψυχοφαρμακολογία επέτρεψε σε πολλούς ασθενείς να επιστρέψουν στις οικογένειές τους και να ζήσουν στην κοινότητα. Έτσι το 1959, αρχίζουν οι έρευνες πάνω στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Σκοπός της νέας ερευνητικής προσπάθειας ήταν η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο μέσα όσο και έξω από τις ψυχιατρικές κλινικές.

«Η Κοινωνική Ψυχιατρική δεν ξεφεύγει από τις παραδοσιακές αρχές της κλινικής ψυχοπαθολογίας αλλά προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ιστορικές και κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται το άτομο σε ένα συγκεκριμένο χώρο. Δεν διαφωνεί, όπως ίσως πολλές φορές συγχέεται, με τη βιολογική υπόσταση της ψυχικής αρρώστιας, διευρύνει όμως τις μεθόδους και

τους τρόπους αντιμετώπισης της ψυχικής αρρώστιας πέρα από το παραδοσιακό ψυχιατρείο έχοντας μια σφαιρική θεώρηση των αιτιολογικών παραγόντων της εκδήλωσής της με την βοήθεια άλλων επιστημών της συμπεριφοράς του ανθρώπου» Στον ελλαδικό χώρο, βιβλιογραφικά εντοπίζονται προσπάθειες για τη δημιουργία υπηρεσιών επαγγελματικής αποκατάστασης από το 1980. «Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής ανέπτυξε σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ στα έξι Κ.Ψ.Υ., υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά αρρώστους». Έτσι δημιουργήθηκε η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης – Αποκατάστασης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών, Αιγάλεω, Πειραιά, Θεσσαλονίκης, Πατρών και Ηρακλείου Κρήτης.

Τα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, πήραν έναυσμα για την πιο εντατική υλοποίησή τους μετά και την έκτακτη χρηματοδότηση της ΕΟΚ το 1984. «Ο κανονισμός των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 815/84 υπήρξε καταλυτικός για την αποασυλοποίηση των χρόνιων ασθενών και την επανένταξή τους στην κοινότητα».

Έτσι ακολούθησαν οι πολυάριθμες υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης του Αιγινητείου Νοσοκομείου του Πανεπιστημίου Αθηνών, τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης της Μονάδας Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, οι υπηρεσίες αποκατάστασης της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων καθώς και της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

Έτσι η επαγγελματική αποκατάσταση ως μέρος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών, εδραιώνεται με τη σειρά της και υλοποιείται και στην Ελλάδα και οφείλει να ακολουθεί τις αρχές που τίθενται από τον ΠΟΥ και οι οποίες πρέπει εφαρμόζονται στο σύνολο των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται στην κοινότητα.

Η κ. Καρύδη αναφερόμενη στην Έκθεση του Π.Ο.Υ για την Παγκόσμια υγεία, το 2001 εντοπίζει κάποιες βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Αυτές είναι:

- Η εξατομίκευση
- Η εμπλοκή των ασθενών
- Οι υπηρεσίες που βασίζονται στη κοινότητα για την υποστήριξη των ατόμων να αναλαμβάνουν κοινωνικούς ρόλους
- Η έμφαση στα υγιή σημεία
- Η ανάλυση των καταστάσεων
- Η ενσωμάτωση θεραπειών/αποκατάστασης
- Οι συνεχείς προσβάσιμες συντονισμένες υπηρεσίες
- Η έμφαση στην επαγγελματική αποκατάσταση

- Η εκπαίδευση δεξιοτήτων
- Οι περιβαλλοντικές μετατροπές και η αντίστοιχη στήριξη
- Συνεργασία με την οικογένεια
- Καταπολέμηση του αυτοστιγματισμού
- Η αυτοοργάνωση των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Μελετώντας τις παραπάνω αρχές όπως αυτές ορίζονται από τον ΠΟΥ, διαφαίνεται η πρόθεση να γίνεται ο σχεδιασμός της ψυχοκοινωνικής αποκαταστασιακής παρέμβασης με τρόπο που ο ασθενής να είναι παρών καθ' όλη τη διάρκειά της. Η βασική κατεύθυνση του ΠΟΥ είναι η συμμετοχή τού ασθενή σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής παρέμβασης και όχι η παθητική αποδοχή υπηρεσιών (Δημοπούλου, 2011). Η εμπλοκή του ασθενή πραγματοποιείται τόσο για να τον κινητοποιήσει ώστε να συμμετέχει ενεργά στην αποκατάστασή του (που αφορά τη δική του ζωή), όσο και για να αυξήσει την πιθανότητα για μονιμότητα των θετικών αποτελεσμάτων.

Η Συναινετική Διακήρυξη του ΠΟΥ και της Παγκόσμιας Εταιρίας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση το 1996 στοχεύει μέσα από την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση να επιτύχει:

- «μείωση της συμπτωματολογίας μέσω κατάλληλης φαρμακοθεραπείας, ψυχολογικών χειρισμών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.
- μείωση των ιατρογενών προβλημάτων μέσα από τη μείωση ή και την απόλειψη - όπου είναι δυνατό - των αρνητικών σωματικών και συμπεριφορικών συνεπειών των ανωτέρω αναφερομένων ιατρικών παρεμβάσεων, όπως επίσης - και ιδιαίτερα - του παρατεταμένου ιδρυματισμού.
- βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων των ατόμων, της ψυχολογικής αντιμετώπισης και της απασχόλησης.
- μείωση των διακρίσεων και του στίγματος.
- παροχή υποστήριξης σε εκείνες τις οικογένειες που έχουν ένα μέλος με ψυχοκοινωνική διαταραχή.
- κοινωνική υποστήριξη μέσω της δημιουργίας και διατήρησης ενός μακρόπνοου συστήματος κοινωνικής στήριξης, της ελάχιστης κάλυψης των βασικών αναγκών αναφορικά με τη στέγη, την απασχόληση, το κοινωνικό δίκτυο και τον ελεύθερο χρόνο.
- ενίσχυση των χρηστών των υπηρεσιών μέσα από την αύξηση της αυτονομίας, της αυτάρκειας και των ικανοτήτων αυτο-υποστήριξης των χρηστών και των επαγγελματιών».

Αναλυτικότερα, οι στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε ατομικό επίπεδο επιδιώκουν την εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες με την σωστή

φαρμακευτική αγωγή και κατ' επέκταση τη μείωση των συμπτωμάτων. Βασική προϋπόθεση είναι η εκπαίδευση αυτή να λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο του πραγματικού, των εμπειριών της καθημερινής ζωής και όχι σε κλειστούς μη πραγματικούς χώρους. Παράλληλα, επιδιώκεται η ψυχολογική στήριξη των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους καθώς και η ψυχοεκπαίδευση τους (Barrowclough, 2001). Η επαγγελματική αποκατάσταση και η εύρεση εργασίας είναι σημαντική μέριμνα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Μέσα από την έμμηστη εργασία ο ασθενής νιώθει σημαντικός ενώ παράλληλα καταφέρνει να ξεφύγει από την φτώχεια και την κοινωνική απομόνωση. Ακόμη ένας βασικός στόχος είναι η ενίσχυση των ανθρωπίνων του σχέσεων, αφού η κοινωνική αποδοχή και η διατήρηση κοινωνικών δικτύων υποστήριξης θα ενεργήσει σημαντικά στην πορεία της υγείας του (Drake, 2004). Τέλος, τονίζεται παράλληλα και η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου με υγιείς δραστηριότητες που να προσφέρουν ευχαρίστηση στον ασθενή.

Σε κοινωνικό επίπεδο οι στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης επιδιώκουν την βελτίωση της σχετικής νομοθεσίας με απώτερο στόχο να δημιουργηθεί το τυπικό πλαίσιο μέσα στο οποίο τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θα μπορούν να πετύχουν τη μέγιστη αποτελεσματικότητα. Οι ασθενείς θα πρέπει να απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα και να αποφεύγεται η περιθωριοποίηση και ο διαχωρισμός τους από το σύνολο του πληθυσμού. Οι χρήστες θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό, την παροχή και την αξιολόγηση των προγραμμάτων. Επίσης, επιδιώκεται η βελτίωση της κοινής γνώμης και των στάσεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές και η εγκατάσταση νέων πεποιθήσεων, μια διαδικασία που απαιτεί μεθοδικότητα και οργανωμένες προσπάθειες αλλά και πολύ χρόνο.

Σε επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ανθρωπίνων πόρων η Συναινετική διακήρυξη του ΠΟΥ επισημαίνει τους εξής στόχους: τη δημιουργία πολιτικής υπηρεσιών ψυχικής υγείας χωρίς διαχωρισμό σε υπηρεσίες που θα προσανατολίζονται σε εξειδικευμένες ιατρικές αγωγές - όπως η ψυχοφαρμακολογία - και σε υπηρεσίες που προσανατολίζονται σε ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και για την επίτευξη αυτής της πολιτικής να υπάρχει κατανομή των απαραίτητων οικονομικών πόρων. Να βελτιωθούν τα ιδρύματα και οι χώροι διαμονής των ψυχικά νοσούντων. Να πραγματοποιούνται εκπαιδεύσεις για το προσωπικό και να διασφαλίζεται η ποιότητα παροχής φροντίδας.

Ο ρόλος των χρηστών και των οικογενειών στη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Εξαιρετικό ενδιαφέρον από την πλευρά των χρηστών επιδεικνύεται για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς η ποιότητα είναι συνδεδεμένη με την προαγωγή της αυτονομίας των ασθενών, τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης και ζωής, την αποδοτική και αποτελεσματική χρήση των πόρων. Η ποιότητα είναι σημαντική για οποιαδήποτε υπηρεσία ψυχικής υγείας. Είναι ένα μέτρο κατά πόσο οι υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητές εκβάσεις. Οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας παράγουν τα πλέον θετικά αποτελέσματα για τους χρήστες. Η ποιότητα αποτελεί ένα εργαλείο με το οποίο αποτρέπεται η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στα ψυχιατρεία και διασφαλίζεται η ανάπτυξη αποτελεσματικής και αποδοτικής φροντίδας στο μέλλον.

Τα αποτελέσματα της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι:

- Η προστασία της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.
- Η παροχή κατάλληλης επιστημονικά φροντίδας, με σκοπό να μειωθεί η επιβάρυνση που προκαλεί η διαταραχή και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των πασχόντων.
- Η αυτονομία των ασθενών μπορεί να προάγεται μέσα από παρεμβάσεις τέτοιες, που βοηθούν τα πάσχοντα άτομα να αντεπεξέρχονται μόνο τους τις ψυχικές αναπηρίες.
- Η αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη χρήση των πόρων.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και οι οικογένειές τους διεκδικούν να είναι η φροντίδα ψυχικής υγείας οικονομικά και γεωγραφικά προσβάσιμη κι αυτό επιτυγχάνεται μέσω της τομεοποίησης, να την χαρακτηρίζει η ισότητα με την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης και η εθελούσια προσέλευση του χρήστη των υπηρεσιών καθώς και η επαρκής ποιότητα. Αυτές οι αρχές είναι σύμφωνες με τις κατευθύνσεις που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Ένα ερώτημα που τίθεται αφορά το ρόλο των χρηστών στη διασφάλιση της ποιότητας. Οι οργανώσεις των χρηστών και των οικογενειών τους μπορούν να συμβάλουν εκφράζοντας τη γνώμη τους για την ποιότητα των υπηρεσιών και συμμετέχοντας ευρύτερα στην αξιολόγηση. Στόχος πρέπει να είναι η θεσμοθετημένη συμμετοχή τους στην αξιολόγηση. Αν αυτό δεν υφίσταται μπορούν να αποτελούν ισχυρή ομάδα πίεσης προς τις διοικήσεις των νοσοκομείων και των υπόλοιπων μονάδων ψυχικής υγείας ή και προς τα υπουργεία και όσους εμπλέκονται γενικότερα. Η δράση των παραπάνω οργανώσεων και η συμμετοχή ατόμων σε αυτές μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα και για τα μεμονωμένα άτομα και για την προώθηση των αιτημάτων τους. Οι οργανώσεις κινητοποιούνται σε μια κατεύθυνση αυτο-συνηγορίας, αυτο-υπεράσπισης των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική διαταραχή. Μέσα από αυτή τη διαδικασία κινητοποιούνται,

δρουν, έρχονται σε επαφή μεταξύ τους, αναπτύσσουν την αλληλεγγύη αλλά και την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση την αυτονομία. Σε μεγάλο βαθμό τους δίνεται η δυνατότητα αν ξεκόβουν από τον αυτο-οικτιρισμό και να διαμορφώνουν καλύτερη εικόνα του εαυτού. Όλα τα παραπάνω στις πλείστες των περιπτώσεων έχουν θετικά αποτελέσματα και για την υγεία τους.

Έτσι στις θετικές εκβάσεις του κινήματος συμπεριλαμβάνεται και η μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας είτε μετράμε το χρόνο ενδονοσοκομειακής θεραπείας είτε τον αριθμό επισκέψεων στις υπηρεσίες υγείας. Δίνεται επίσης η δυνατότητα για πιο υπεύθυνη αντιμετώπιση από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, καθώς οι οργανώσεις αποτελούν παράγοντες ελέγχου της δράσεις των επαγγελματιών, Ωστόσο, είναι δυνατό κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες να έρχονται κοντά οι μεν στους δε και να προωθείται η γόνιμη συνεργασία ανάμεσά τους. Επιπλέον, αποτελούν άλλη μια φωνή που διεκδικεί βελτίωση των συνθηκών παροχής φροντίδας. Έτσι, προωθούν αλλαγές στο κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον που προάγουν την ψυχική υγεία. Σε χώρες που υπάρχει σοβαρή δράση των οργανώσεων υπεράσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών το κίνημα αυτό έχει συμβάλει σημαντικά σε αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η εικόνα των εξαθλιωμένων, ιδρυματοποιημένων ασθενών αντικαθίσταται από αυτήν των αυτόνομων ατόμων που μπορούν να διαχειριστούν την υγεία και τη ζωή τους. Αλλάζει έτσι η στάση της κοινωνίας απέναντι στην ψυχική νόσο. Οι οργανώσεις των χρηστών μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στη βελτίωση της νομοθεσίας, στην πληρέστερη εφαρμογή αυτής, στη χρηματοδότηση και στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι γονείς και τα μέλη των οικογενειών με ψυχικές διαταραχές βρίσκονται αντιμέτωποι με μια σειρά σοβαρών προβλημάτων συναισθηματικών, κοινωνικών, πρακτικών και οικονομικών. Μερικούς γονείς η προσπάθεια και η εμπειρία τούς φέρνει πιο κοντά, άλλους η πίεση και η συναισθηματική φόρτιση τους απομακρύνει, και άλλους τους χωρίζει. Οι διαταραχές αυτού του τύπου δημιουργούν ιδιαίτερα συναισθηματικά προβλήματα στους γονείς, τα αδέρφια και γενικά σε όλη την οικογένεια. Ο δρόμος που οδηγεί στην αποδοχή είναι δύσκολος και όλοι βιώνουν πολλές και διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις. Συχνά οι γονείς πέφτουν στον πειρασμό να ρίξουν το φταίξιμο για την γέννηση ή την συμπεριφορά του παιδιού με ψυχική διαταραχή ο ένας στον άλλον, όμως κάποιες φορές μπορεί και τα αδέρφια να πιστεύουν ότι φταίνε. Για τους παραπάνω λόγους η εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας ως σύστημα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή αντιμετώπιση των δυσκολιών και των προβλημάτων που δημιουργούνται ως επακόλουθα της ψυχικής ασθένειας. Οι κοντινοί συγγενείς πολύ συχνά παρέχουν μεγάλη

συναισθηματική και πρακτική βοήθεια. Δυστυχώς όμως η στάση μερικών, μπορεί να αποδειχτεί πολλές φορές από λιγότερο εποικοδομητική έως αρνητική και επιζήμια. Πολλές φορές πιστεύουν ότι ένα άτομο με ψυχική διαταραχή στιγματίζει όλη την οικογένεια. Αυτό έχει σα συνέπεια την απόρριψη του ατόμου, διακοπή των επισκέψεων, αποκλεισμό από τις οικογενειακές εκδηλώσεις των συγγενών κ.λπ. Αρνητικό ρόλο παίζει επίσης και ο συγγενής που επιμένει ότι το άτομο δεν έχει τίποτα και ότι όλα τα προβλήματα οφείλονται στις μεθόδους των γονιών για την ανατροφή και αντιμετώπισή του. Ο πιο καλός τρόπος να αντιμετωπίσει η οικογένεια όλους αυτούς είναι η σωστή ενημέρωση, να μην παρασυρθεί σε ατέλειωτη επιχειρηματολογία και να παραμείνει ψύχραιμη και αξιοπρεπής. Οι συγγενείς που καταλαβαίνουν και συναισθάνονται παρέχουν σημαντική βοήθεια και αμέριστη υποστήριξη.

Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με μείζονες ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή, θεωρείται εξαιρετικά σημαντικός καθώς αποτελεί τη βασική πηγή φροντίδας. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ένας μεγάλος αριθμός μελετών που έχουν διεξαχθεί και αφορούν σε συγκεκριμένες παραμέτρους των ενδοοικογενειακών σχέσεων ατόμων με μείζονες ψυχικές διαταραχές, όπως είναι το εκφραζόμενο συναίσθημα (expressed emotion) και η οικογενειακή επιβάρυνση (family burden). Ωστόσο, αυτό που ενδεχομένως δεν συναντάμε συχνά είναι η ενδεδειγμένη μελέτη της οικογενειακής λειτουργικότητας, εστιάζοντας στη συνοχή, την προσαρμοστικότητα και την επικοινωνία των μελών στις οικογένειες ατόμων με μείζονες ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα στην αρχική φάση της νόσου, μετά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου. Η μελέτη των ενδοοικογενειακών σχέσεων στην αρχική φάση της νόσου θεωρείται εξαιρετικά σημαντική, καθώς αποτελεί θεμέλιο λίθο για την κατανόηση των προτύπων αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας στις οικογένειες των ασθενών. Παράλληλα, διαπιστώνουμε πως αν και υπάρχει πληθώρα αξιόπιστων και έγκυρων ψυχομετρικών εργαλείων για την εκτίμηση των ενδοοικογενειακών σχέσεων, πολύ λίγα είναι αυτά που έχουν μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα.

Συγκεφαλαιώνοντας, θα λέγαμε ότι η εφαρμογή επιλεγμένων ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων που εστιάζουν τόσο στον ασθενή όσο και την οικογένειά του από τα αρχικά κιόλας στάδια της νόσου, δύνανται να βελτιώσουν τις δυσλειτουργικές ενδοοικογενειακές αλληλεπιδράσεις και να μειώσουν την οικογενειακή επιβάρυνση, καθιστώντας την οικογένεια σύμμαχο και αρωγό στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Η κοινωνία και η κοινότητα γνωρίζουν πολύ λίγα για τις ψυχικές διαταραχές για αυτό και η ένταξη σε αυτήν των ατόμων αυτών συναντά σημαντικές δυσκολίες. Στην καθημερινή ζωή έχουμε συνηθίσει να βλέπουμε ότι τα άτομα αυτά, εξαιτίας της περίεργης συμπεριφοράς τους, αποτελούν πάντα ενόχληση για τους άλλους όμως αξίζουν τα ίδια δικαιώματα όπως κάθε άλλος άνθρωπος

στην κοινωνία. Δεν υπάρχει απολύτως κανένας λόγος να δέχονται δεύτερης τάξης μεταχείριση επειδή τυγχάνει να έχουν ψυχική διαταραχή. Στέλνεται λοιπόν ένα μήνυμα στις τοπικές κοινωνίες ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, είναι ισάξια μέλη της οικογένειας και κατ' επέκταση της κοινωνίας. Δεν πρέπει να τα κρύβουν οι γονείς. Είναι το ίδιο πολύτιμα για όλη την κοινωνία όπως και τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά.

Οι φορείς σε συνεργασία με τις οικογένειες θα πρέπει να ηγηθούν στην προσπάθεια ενημέρωσης και αγωγής της κοινότητας, της εκπαίδευσης της κοινωνίας, προβάλλοντας την πραγματική εικόνα αυτών των παιδιών, καταρρίπτοντας τους μύθους, τις εικασίες, τις διαστρεβλωμένες απόψεις. Οι προσπάθειες που θα γίνουν με την υποστήριξη του κράτους στοχεύουν στο να μπορέσουν να σπάσουν τους φραγμούς των προκαταλήψεων και των διακρίσεων, τους οποίους έχουν φτιάξει οι κοινωνίες λόγω του φόβου και της άγνοιας. Δουλεύοντας μέσα σε ομάδα υπάρχει και ένα επιπρόσθετο όφελος για τις οικογένειες, το ότι έτσι μπορούν να νικήσουν τη μοναξιά και την απομόνωση. Όντας μέλος μιας ομάδας είναι ένας καλός τρόπος να επανακτήσει η οικογένεια τη χαμένη της αυτοπεποίθηση.

Παραδοσιακά, θεωρούμε ότι μια οικογένεια απαρτίζεται από τους δύο βιολογικούς γονείς και τα παιδιά. Φυσικά υπάρχουν και οικογένειες μονογονεϊκές, ανάδοχες, καθώς και οικογένειες αποτελούμενες από παππούδες ή κηδεμόνες και τα παιδιά. Με δεδομένο ότι τα μέλη της οικογένειας έχουν την ευθύνη του ατόμου που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή συνηθίζουμε να ξεχνάμε τα υπόλοιπα μέλη του οικογενειακού κύκλου που είναι εξίσου σημαντικά για το άτομο, όπως οι φίλοι, γείτονες, η εκκλησία κ.λπ. Πρόσφατες έρευνες σε οικογένειες με παιδιά με αναπηρίες, έδειξαν ότι εξίσου σημαντική υποστήριξη μπορούν να προσφέρουν και τα κοινωνικά δίκτυα. Αποτελούν πηγή ενδυνάμωσης και μοιάζουν σε πολλά σημεία με τις εκτεταμένες οικογένειες. Είναι πολύ σημαντικό να μπορείς να στηρίζεις σε συνανθρώπους οι οποίοι πολύ συχνά προσφέρουν την ίδια συναισθηματική υποστήριξη με τα παραδοσιακά μέλη της οικογένειας. Η βοήθεια από υποστηρικτικά δίκτυα όπως φίλοι και γείτονες είναι διαδικασία αμφίδρομη. Με άλλα λόγια, οι οικογένειες και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορούν να προσφέρουν εξίσου υποστήριξη σε άλλα άτομα του δικτύου τους. Απαραίτητη και ενδεδειγμένη σε όλες τις περιπτώσεις είναι η συμβουλευτική υποστήριξη που παρέχουν οι ειδικοί και τα εξειδικευμένα κέντρα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δημοπούλου Μ., Φάντι Ρ., Κιουρκτσή Β., Λούβρος Κ., Ζενέττου Ι. & Καββαδία Α. (2011). Ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανάπτυξη της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας Κέρκυρα/Λευκάδας. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 8, 44-48.
- Καρύδη Μ. Β. (2010). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και το βίωμα της νόσου των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα. 10442/8250, 00-48.
- Κοκκέβη Α., Τζινιέρη-Κοκκώση Μ. & Μανουσέλης Σ. (2010). Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις-Προβληματισμοί, 6η ημέρα. 10442/8701, 2-21.
- Κυλούδης Π., Τανανάκη Μ. & Ρεκλείτη Μ. (2012). Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Σταθάρου Α., Μπερκ Α. & Γαλάτου Χ. (2012). Ψυχο-εκπαίδευση, εκπαίδευση και θεραπεία οικογένειας ψυχικά ασθενών.
- Φωτιάδου Α., Πρίφτης Φ. & Κυπριανός Σ. (2004). Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή.
- Anderson C.M., Hogarty G.E. & Reiss D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490.
- Barrowclough C., Haddock G., TARRIER N., Lewis S.W., Moring J., O'Brien R., Schofield N. & McGovern J. (2001). Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*.
- Bender D.S., Dolan R.T., Skodol A.E., Sanislow C.A., Dyck I.R., McGlashan T.H., Shea M.T., Zanarini M.C., Oldham J.M. & Gunderson J. G. (2001). Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*.
- Bird V., Premkumar P., Kendall T., Whittington C., Mitchell J. & Kuipers E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356.
- Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. & Blyler C.R. (2001). Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services*.
- Burns B.J., Hoagwood K. & Mrazek P.J. (χ.χ.). Effective Treatment for Mental Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(4), 199-254.
- Burns T., Rugkåsa J., Molodynski A., Dawson J., Yeeles K., Vazquez-Montes M., Voysey M., Sinclair J. & Priebe S. (2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878), 1627-1633.
- Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P. & Keith S.J. (2001). The Psychosocial Treatment of

- Schizophrenia: An Update. *American Journal of Psychiatry*.
- Clark R.E. (2006). Family Costs Associated With Severe Mental Illness and Substance Use. *Psychiatric Services*.
- Clark R.E., Teague G.B., Ricketts S.K., Bush P.W., Xie H., McGuire T.G., Drake R.E., McHugo G.J., Keller A.M. & Zubkoff M. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research*, 33(5 Pt 1), 1285.
- Cocozza J.J. & Skowrya K.R. (2000). Youth with Mental Health Disorders: Issues and Emerging Responses. *Juvenile Justice*, 7(1)
- Dixon L., Stewart B., Burland J., Delahanty J., Lucksted A. & Hoffman M. (2001). Pilot Study of the Effectiveness of the Family-to-Family Education Program. *Psychiatric Services*.
- Doering S., Hörz S., Rentrop M., Fischer-Kern M., Schuster P., Benecke C. & Buchheim, P. (2010a). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389–395.
- Doering S., Hörz S., Rentrop M., Fischer-Kern M., Schuster P., Benecke C., Buchheim A., Martius P. & Buchheim P. (2010b). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389–395.
- Drake R.E., Goldman H.H., Leff H.S., Lehman A.F., Dixon L., Mueser K.T. & Torrey W.C. (2001). Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings. *Psychiatric Services*.
- Drake R.E., Mueser K.T., Brunette M.F. & McHugo G.J. (2004). A Review of Treatments for People with Severe Mental Illnesses and Co-Occurring Substance Use Disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 360.
- Falloon I.R.H. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2(1), 20.
- Grad J. & Sainsbury P. (1963). MENTAL ILLNESS AND THE FAMILY. *The Lancet*, 281(7280), 544–547.
- Hankin C.S., Avron Spiro I.I.I., Miller D.R. & Kazis L. (1999). Mental Disorders and Mental Health Treatment Among U.S. Department of Veterans Affairs Outpatients: The Veterans Health Study. *American Journal of Psychiatry*.
- Hatfield A.B. (2006). The Family as Partner in the Treatment of Mental Illness. *Psychiatric Services*.
- Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P., Javna C.D. &

- Madonia M.J. (1986). Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia: I. One-Year Effects of a Controlled Study on Relapse and Expressed Emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43(7), 633–642.
- Insel T.R. & Wang P.S. (2010). Rethinking Mental Illness. *JAMA*, 303(19), 1970–1971.
- Jones M. & Bonn E.M. (2006). From Therapeutic Community to Self-Sufficient Community. *Psychiatric Services*. <http://doi.org/10.1176/ps.24.10.675>
- Jorm A.F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
- Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A., Rodgers B., Pollitt P., Christensen H. & Henderson S. (1997). Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public. *The British Journal of Psychiatry*, 171(3), 233–237.
- Kawakami N., Takeshima T., Ono Y., Uda H., Hata Y., Nakane Y., Nakane H., Iwata N., Furukawa A.T. & Kikkawa T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(4), 441–452.
- Kazdin A.E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48(2), 127.
- Kisely S.R., Campbell L.A. & Preston N.J. (2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Στο *The Cochrane Library*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Kotzé E. (2015, Οκτώβριος 14). *The social construction of a family therapy training programme* (Thesis).
- Kreisman D.E. & Joy V.D. (1974). Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 1(10), 34.
- Kuno E., Rothbard A.B., Averyt J. & Culhane D. (2000). Homelessness Among Persons With Serious Mental Illness in an Enhanced Community-Based Mental Health System. *Psychiatric Services*.
- Lamberti J.S. Weisman R. & Faden D.I. (2004). Forensic Assertive Community Treatment: Preventing Incarceration of Adults With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*.
- Lamb H.R., Weinberger L.E. & Gross B.H. (1999). Community Treatment of Severely Mentally Ill Offenders Under the Jurisdiction of the Criminal Justice System: A Review. *Psychiatric Services*.
- Lefley H.P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44(3), 556.
- Le Grange D., Lock J., Loeb K. & Nicholls D. (2010). Academy for eating disorders

position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1–5.

Lehman A.F., Steinwachs D.M. & Project T.C.-I. of the P. (1998). Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1–10.

Leichsenring F. & Rabung S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15–22.

Marshall M. & Lockwood A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Σto The Cochrane Library*. John Wiley & Sons, Ltd.

Mattila M.L., Hurtig T., Haapsamo H., Jussila K., Kuusikko-Gauffin S., Kielinen M., Linna S.L., Ebeling H., Bloigu R., Joskitt L., Pauls D.L. & Moilanen I. (2010). Comorbid Psychiatric Disorders Associated with Asperger Syndrome/High-functioning Autism: A Community- and Clinic-based Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1080–1093.

McFarlane W.R., Lukens E., Link B., Dushay R., Deakins S.A., Newmark M., Dunne E.J., Horen B. & Toran J. (1995). Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52(8), 679–687.

McHugo G.J., Drake R.E., Teague G.B. & Xie H. (1999). Fidelity to Assertive Community Treatment and Client Outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services*.

Merikangas K.R., He J.P., Brody D., Fisher P.W., Bourdon K. & Koretz D.S. (2010). Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75–81.

Mezquita J. (1973). Four years of industrial therapy at Mapperley Hospital: A survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 49(1), 1-14.

Miller C.L., Druss B.G., Dombrowski E.A. & Rosenheck R.A. (2003). Barriers to Primary Medical Care Among Patients at a Community Mental Health Center. *Psychiatric Services*.

Monahan J., Bonnie R.J., Appelbaum P.S., Hyde P.S., Steadman H.J. & Swartz M.S. (2001). Mandated Community Treatment: Beyond Outpatient Commitment. *Psychiatric Services*.

Monahan J., Redlich A.D., Swanson J., Robbins P.C., Appelbaum P.S., Petrila J., Steadman H.J., Swartz M., Angell B. & McNeil D.E. (2005). Use of Leverage to Improve Adherence to Psychiatric Treatment in the Community. *Psychiatric Services*.

Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E. & Resnick S.G. (1998). Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37–74.

- Nelson G., Aubry T. & Lafrance A. (2007). A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons With Mental Illness Who Have Been Homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 350–361.
- Organization W.H. (2010, Ιανουάριος 1). MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Ανακτήθηκε 8/12/2015, από http://obesity.thehealthwell.info/node/69810?&content=resource&member=6841&catalogue=none&collection=none&tokens_complete=true
- Padilla A.M., Ruiz R.A. & Alvarez R. (1975). Community mental health services for the Spanish-speaking/surnamed population. *American Psychologist*, 30(9), 892.
- Perkonigg A., Pfister H., Stein M.B., Höfler M., Lieb R., Maercker A. & Wittchen H.U. (2005). Longitudinal Course of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in a Community Sample of Adolescents and Young Adults. *American Journal of Psychiatry*.
- Pharoah F., Mari J.J., Rathbone J. & Wong W. (2010). Family intervention for schizophrenia. Στο *The Cochrane Library*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Pitschel-Walz G., Leucht S., Bäuml J., Kissling W. & Engel R.R. (2015). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *FOCUS*.
- Procyshyn R.M., Honer W.G., Wu T.K., Ko R.W., McIsaac S.A., Young A.H., Johnson J.L. & Barr A.M. (2010). Persistent antipsychotic polypharmacy and excessive dosing in the community psychiatric treatment setting: a review of medication profiles in 435 Canadian outpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(5), 566–573.
- Schene A.H., Tessler R.C. & Gamache G.M. (1996). *Instruments Measuring Family or Caregiver Burden in Severe Mental Illness*. Springer Berlin Heidelberg.
- Scott J.E. & Dixon L.B. (1995). Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 657.
- Serrano-Blanco A., Palao D.J., Luciano J.V., Pinto-Meza A., Luján L., Fernández A., Roura P., Bertsch J., Mercader M. & Haro J.M. (2009). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201–210.
- Stroul B.A. (1989). Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(3), 9.
- Teague G.B., Bond G.R. & Drake R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216.

Thornicroft G., Alem A., Santos R.A., Barley E., Drake R.E., Gregorio G., Hanlon C., Ito H., Latimer E., Law A., Mari J., McGeorge P., Padmavati R., Razzouk D., Semrau M., Setoya Y., Thara R. & Wondimagegn D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(2), 67–77.

Thota A.B., Sipe T.A., Byard G.J., Zometa C.S., Hahn R.A., McKnight-Eily L.R., Chapman D.P., Abraido- Lanza A.F., Pearson J.L., Anderson C.W., Gelenberg A.J., Hennessy K.D., Duffy F.F., Vernon- Smiley M.E., Nease D.E. Jr & Williams S.P. (2012). Community Preventive Services Task Force: Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders: A Community Guide Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5), 525–538.

Torrey W.C., Drake R.E., Dixon L., Burns B.J., Flynn L., Rush A.J., Clark R.E. & Klatzker D. (2001). Implementing Evidence-Based Practices for Persons With Severe Mental Illnesses. *Psychiatric Services*.

Vega W.A.P.D., Karno M.M.D., Alegria M.P.D., Alvidrez J.P.D., Bernal G.P.D., Escamilla M.M.D. & Loue S.J.D. (2007). Research Issues for Improving Treatment of U.S. Hispanics With Persistent Mental Disorders. *Psychiatric Services*.