



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διάρθρωση και κατανομή υπηρεσιών
Κέντρων και Μονάδων Ψυχικής Υγείας Ν. Θεσσαλονίκης**

ΠΕΛΑΓΙΑ ΔΟΥΛΚΕΡΙΔΟΥ
Ειδική Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΟΝΩΤΗΣ, Λέκτορας Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
ΟΔΥΣΣΕΑΣ ΜΟΥΖΑΣ, Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας

Λάρισα, Ιούνιος 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



THESIS

**Structure and distribution of services of Mental Health
Centers and Units of Thessaloniki region.**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	4
Περίληψη	5
Summary	6
Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Εισαγωγή	7
2. Ιστορική Αναδρομή	9
3. Η Ψυχιατρική στην Ελλάδα	13
4. Προληπτική Ψυχιατρική	14
5. Κοινοτική Ψυχιατρική	17
6. Κοινωνική Ψυχιατρική	20
7. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ)	24
8. Κινητή Μονάδα	27
Β΄ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κεντρικού Τομέα)	29
2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Δυτικού Τομέα)	36
3. Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Βόρειο-Δυτικού Τομέα)	48
4. Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Επαρχιακού Τύπου Δύο (Ο.Ψ.Ε.Τ.)	55
5. Συμπεράσματα	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	75

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία γίνεται στα πλαίσια της εκπαίδευσης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Τμήματος Ιατρικής. Η επιλογή του θέματος έγινε αφενός λόγω της ιδιότητά μου, ως Ειδική Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, με εμπειρία πολλών ετών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας, αφετέρου επειδή πάντα πιστεύω «καλύτερα το προλαμβάνει παρά το θεραπεύει».

Επίσης, η εμπειρία έχει δείξει ότι το κάθε άτομο διαθέτει ένα υγιές τμήμα του εαυτού του πάνω στο οποίο δύναται να οικοδομηθεί και να αντιμετωπισθεί η όποια βλάβη έχει προκύψει, αρκεί να βρεθεί το κατάλληλο υποστηρικτικό σύστημα που θα συνδράμει προς αυτή την κατεύθυνση.

Και ασφαλώς είναι χρέος της πολιτείας αλλά και του κάθε υγιούς ή μη ατόμου να στοχεύει στον περιορισμό των φαινομένων κοινωνικό-λειτουργικής έκπτωσης και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων που χρήζουν υποστήριξης χωρίς διακρίσεις.

Η μελέτη αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας Ν. Θεσσαλονίκης.

Η εργασία διαιρείται σε δύο τμήματα. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει γενικά περί ψυχικής υγείας, όπως ιστορική ανασκόπηση, την ψυχιατρική στην χώρα μας, τον σχεδιασμό της μεταφοράς της ψυχιατρικής από την ασυλιακή μορφή σε μια κοινωνική-κοινωνική αντιμετώπιση με προπομπό την Πρόληψη.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στην διάρθρωση και κατανομή των υπηρεσιών των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Κινητής Μονάδας του Ν. Θεσσαλονίκης, μελετώντας τα αριθμητικά στοιχεία και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις των τελευταίων πέντε ετών.

Πιστεύω ότι η διερεύνηση μεθόδων πρόληψης και αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών θα συμβάλει στην αναζήτηση περαιτέρω έρευνας.

Ευχαριστίες

Θέλω να ευχαριστήσω όλους που με τον δικό τους τρόπο συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση της μελέτης αυτής. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους Καθηγητές της Ψυχιατρικής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης κ.κ. Κωνσταντίνο Φωκά και Γεώργιο Καπρίνη, που με την πολύπλευρη γνώση και κυρίως την ακαδημαϊκή ιδιότητα τους συνέβαλλαν στην ουσιαστική και αισθητική αξιολόγηση. Επίσης, τον φίλο Πέτρο Πετρίκη, Λέκτορα Ψυχίατρο του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που με τις επισημάνσεις συνέβαλε στην επιστημολογία της εργασίας.

Θα ήταν παράληψη μου να μην ευχαριστήσω την κ. Βαλεντίνη Παπαγεωργίου Δημοσιογράφο-Φιλολόγο, φίλη και συνεργάτιδα, για τις εύστοχες παρατηρήσεις της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Ο χώρος της ψυχικής υγείας έχει ορισμένες ιδιαιτερότητες. Πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την ιστορία του, την εξέλιξη του και να προοιωνίζει το μέλλον του. Όλες οι πληροφορίες είναι σημαντικές όταν αξιοποιούνται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο για την ανακούφιση των ατόμων που υποφέρουν από την διαχείριση των δυσκολιών τους που προέρχονται από την ψυχική σφαίρα με το λιγότερο κόστος.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας στον Ν. Θεσσαλονίκης, καθώς και η γεωγραφική κατανομή αυτών. Η καταγραφή του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται τα Κέντρα αυτά, οι διαγνωστικές κατηγορίες, όπως και οι εφαρμοζόμενες θεραπευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις που γίνονται στην κοινότητα.

Υλικό – Μέθοδος

Έχει ληφθεί υλικό από τα τρία Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ν. Θεσσαλονίκης, καθώς και από την Μονάδα Ψυχοκοινωνικής στήριξης Επαρχιακού Τύπου δύο, τα οποία διοικητικά υπάγονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Καταγράφηκε η δομή-οργάνωση και λειτουργία του κάθε Κέντρου, καθώς και οι δραστηριότητες του, όπως εκπαιδευτική, σεμινάρια και θεραπευτικές παρεμβάσεις ή συμβουλευτική στην Κοινότητα.

Αποτελέσματα

Η παράθεση **ανάλυση στοιχείων των πέντε τελευταίων ετών**, τα οποία περιέχουν διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση, καταγραφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, στην οποία περιλαμβάνεται η διάρθρωση και οι υπηρεσίες που προσφέρονται (Διοικητική-Θεραπευτική), καθώς και οι εφαρμοζόμενες θεραπευτικές μεθόδους, μας οδηγούν στην διαπίστωση της σημαντικότητας της ύπαρξής τους.

Συμπεράσματα

Η επιλογή του θέματος «*Διάρθρωση και κατανομή υπηρεσιών Κέντρων και Μονάδων Ψυχικής Υγείας Ν. Θεσσαλονίκης*» μου έδωσε την ευκαιρία αφενός να μελετήσω την φιλοσοφία του κάθε Κέντρου είτε αυτό ονομάζεται Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας ή Κέντρο Ψυχικής Υγείας ή Μονάδα κ.τ.λ και αφετέρου να εντοπίσω τις ιδιαιτερότητες εκάστου και την προσφορά του στην κοινότητα.

Έτσι, η επεξεργασία των στοιχείων των πέντε τελευταίων ετών εστιάσθηκε στην καταγραφή των στοιχείων που διέθετε το κάθε Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Ελπίζω η παρούσα εργασία να δώσει το έναυσμα για περαιτέρω προβληματισμό.

Λέξεις Κλειδιά

Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας-Ν. Θεσσαλονίκης- Καταγραφή Υπηρεσιών- Θεραπευτικές Παρεμβάσεις- Ανασκόπηση Ψυχικής Υγείας.

SUMMARY

Introduction.

The field of mental health has certain peculiarities. Should take account of its history, its evolution and to presages his future. All information is significant when put to the best possible way to alleviate the suffering of people managing their difficulties from the mental realm with the least cost.

Purpose

The aim of the study is the recording of community mental health centers in Thessaloniki prefecture, and the geographical distribution of these. The recording of the population they serve such Centres, diagnostic categories, as the applied therapeutic and social interventions made in the community. The recording and predicting threats to person and then the evaluation and manipulation of discouraging.

Material Method

Has taken material from the three Community Mental Health, Pref, and the Psychosocial Support Unit Regional Press both which administratively under the Psychiatric Hospital of Thessaloniki. Logged-organizing the structure and function of the each Centre and its activities, such as education, seminars and therapeutic intervention or counseling in the Community.

Results

The quote data analysis of the last five years, containing diagnosis and treatment, record of mental health services in primary care, including the structure and services offered (Management-Healing) and the applied therapeutic methods lead us on the realization of the importance of their existence.

Conclusion

The choice of the theme "Structure and distribution center services and Mental Health Units Pref" gave me the first opportunity to study the philosophy of each center or it is called Community Mental Health Center Mental Health Unit etc and other to identify the specifics of each and his contribution to the community.

Thus, the processing of data for the last five years focused on the recording of information available to each Mental Health Center. I hope this paper to stimulate further reflection.

Keywords

Community Mental Health Center- Region Thessaloniki- Review of Mental Health-Recording Services-Therapeutic Interventions.

Εισαγωγή

Είναι δύσκολο να προσδιορίσει κάποιος τον χρόνο εμφάνισης της ψυχικής ασθένειας. Μια άποψη θα ήταν από την ύπαρξη του ανθρώπου και ακόμα καλύτερα από τότε που δημιουργήθηκαν οι πρώτες ανθρώπινες κοινωνίες. Ενδεχομένως, η διαφορετική συμπεριφορά κάποιων συνανθρώπων τους να τους φάνηκε περίεργη και αυτοί με την σειρά τους να προσπαθούσαν να βρουν τρόπους για να την διορθώσουν. Προς αυτήν την άποψη φαίνεται να συγκλείνουν οι μαρτυρίες από τα τρυπανισμένα κρανία που βρέθηκαν σε αρχαιολογικές ανασκαφές, κατά πάσα πιθανότητα σε μια προσπάθεια απελευθέρωσης του νοσογόνου πνεύματος από τον άνθρωπο.

Για πρώτη φορά ο όρος ψυχιατρική προτάθηκε από τον Γερμανό Johann Christian Reil το 1808.^[1]

Από την εποχή εκείνη μέχρι σήμερα σχετικά με τι ορίζεται ψυχική υγεία και τι ψυχική ασθένεια, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης της έχουν περάσει από διάφορα στάδια, όπου πάντα καθορίζονταν σύμφωνα με τις επικρατούσες αντιλήψεις της εκάστοτε εποχής.

Παρατηρώντας την εξέλιξη του ανθρώπου, βλέπουμε ότι κάθε πολιτισμός προσπαθεί με τον δικό του τρόπο να ορίσει, να εξηγήσει και να προσπαθεί να οριοθετήσει την ψυχική υγεία και την ψυχική ασθένεια και να επιλέξει τον συγκεκριμένο τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος.

Στην εξέλιξη του ανθρώπου και ιδιαίτερα στην έναρξη της ιστορίας του, δεν υπάρχει διαχωρισμός της ψυχικής ασθένειας παρά, ένα συνονθύλευμα κακών πνευμάτων, θρησκείας και ιατρικής.

Στην ανθρώπινη διαδρομή αρχίζει η ιατρική να διαχωρίζεται. Εντούτοις η ψυχιατρική αργεί να θέσει τα όρια της. Έτσι φθάνουμε στην εποχή του Ιπποκράτη, δηλαδή τέσσερεις αιώνες π.Χ. σε μια προσπάθεια να ορισθεί τι είναι «ψυχική διαταραχή».

Στον Μεσαίωνα συναντάμε ιερείς και επιστήμονες των διαφόρων θρησκειών να προσπαθούν να επιλύσουν το πρόβλημα, επειδή πιστεύουν ότι οι άνθρωποι ήταν «δαιμονισμένοι» και για αυτόν τον λόγο τους οδηγούσαν στην Ιερά Εξέταση.^[2]

Αν και ο Μεσαίωνας υπήρξε η χρυσή εποχή της ανοχής των τρελών, σε απουσία κοινωνικής ευθύνης και για την αντιμετώπιση υπήρχε ο εγκλεισμός.^[3]

Από τον 16^ο αιώνα και μετά, οι άνθρωποι θεωρούνταν ασθενείς, οπότε τοποθετούνται σε Ιδρύματα κάτω από τον έλεγχο και την φροντίδα των ιατρών που λειτουργούσαν σύμφωνα με τις επιστημονικές γνώσεις της εποχής τους.^[2]

Καθώς, η ψυχιατρική είναι ένα εξελισσόμενο πεδίο θεωριών, έρευνας, εφαρμογών, γνώσεων και απόψεων, οι οποίες στον χρόνο μεταβάλλονται και αναθεωρούνται, πάντα υπάρχει η ανάγκη, τα ισχύοντα στοιχεία, τα οποία προκύπτουν από την κλινική πράξη να είναι δόκιμα και προϊόν ευρύτερης αποδοχής.

Η ανάγκη αυτή προκύπτει για κάθε ιατρό ή νοσηλεύτη που έρχεται σε επαφή προκειμένου να διαχωρίσει την ψυχική υγεία και την ασθένεια.^[4]

Ωστόσο, η ψυχιατρική θα πρέπει να επικεντρώνεται στην φαινομενολογία της ψυχολογίας της υγείας, σωματικής και ψυχικής. Δεν πρέπει τα ψυχιατρικά φαινόμενα να αντιμετωπίζονται μόνο σε ένα βιολογικό πλαίσιο, αγνοώντας την ψυχοκοινωνική πλευρά της διάγνωσης και θεραπείας. Το ψυχικό πρόβλημα δεν εκφράζεται πάντοτε με ψυχιατρικά συμπτώματα και σημεία καθώς, επηρεάζεται από συναισθηματικούς παράγοντες και δυναμικές που μεταβάλλονται κατά την διέλευση του χρόνου.^[5]

Σύμφωνα με το ερμηνευτικό λεξικό, ο όρος ψυχιατρική είναι κλάδος της ιατρικής που μελετά τις ψυχικές παθήσεις και τον τρόπο θεραπείας του, (Τεγόπουλος - Φυτράκης, Γ΄ έκδοση, 1990).^[6]

Αυτό σημαίνει ότι η ψυχιατρική ασχολείται με τον άρρωστο και το ψυχικό νόσημα, αφού πρώτα το «κατανοήσει», μετά να το θεραπεύσει.

Σήμερα η ψυχιατρική είναι αυτόνομος κλάδος της ιατρικής και το 1981 διαχωρίστηκε από την νευρολογία, στην χώρα μας. Η ψυχιατρική ασχολείται με την πρόγνωση, διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών παθήσεων που προκαλούν δυσκολίες στην λειτουργικότητα του ατόμου και στην προσαρμογή του στο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον του.

Σημαντική είναι η θέση της στην έρευνα, στην διαμόρφωση ψυχιατρικών θεωριών και στην διδασκαλία.

Εντός της ψυχιατρικής επιστήμης αναπτύχθηκαν σημαντικοί κλάδοι όπως: Παιδοψυχιατρική, Ψυχογηριατρική, Ψυχιατροδικαστική, Ψυχολογική Ψυχιατρική, Βιολογική Ψυχιατρική, Κοινωνική Ψυχιατρική, Κοινοτική Ψυχιατρική και Ψυχιατρική Αποκατάσταση.

Προσεγγίσεις της Ψυχιατρικής: Ψυχοπαθολογική, Βιολογική και Κοινωνική.

Επειδή ο άνθρωπος είναι βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, οι αιτίες και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις θα αναζητηθούν μέσα σε αυτό το πλαίσιο. Η αποτελεσματική ψυχιατρική υποχρεούται να ακολουθήσει τον **ολιστικό τρόπο** προσέγγισης προκειμένου να συμβάλει στην αποκατάσταση του ατόμου με το πρόβλημα.^[1]

Ο όρος ολιστικός έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει την θεώρηση που εξετάζει το «όλον» και όχι το «μέρος».

Πολλά θεραπευτικά συστήματα θεωρούνται ολιστικά γιατί εστιάζονται στην πάθηση ενός οργάνου αλλά εξετάζουν τον άνθρωπο ως σύνολο οργάνων και λειτουργιών.^[7]

Τον 20^ο αιώνα συναντάμε την ψυχιατρική να επικεντρώνεται περισσότερο στην κλινική προσέγγιση παρά στην θεραπευτική αποτελεσματικότητα.

Σε αντίθεση με τον 21^ο αιώνα όπου η ψυχιατρική εμφανίζεται σε μια σειρά ανατρεπτικών προσεγγίσεων και φθάνει μέχρι κατάργηση της νοσολογίας.

Τον 19^ο αιώνα συναντάμε μια σειρά φιλοσόφων όπως ο Wilhelm Dilthey, και ανθρώπους των φυσικών επιστημών, οι οποίοι προσπαθούν να εξηγήσουν και να βρουν τους νόμους που συνδέουν τα φαινόμενα.

Στην Ευρώπη, ο Esquirol, 1838, υποτάσσεται στην φαινομενολογία, ο Kraepelin 1856-1926, επικρατεί η θεωρητική τοποθέτηση και ο Karl Jaspers χαρακτηρίζει τους ψυχιάτρους «αφηγητές». Ο A. M. Freedman χαρακτηρίζεται από τον πλουραλισμό και την αλλαγή. Στην Αμερική εμφανίζεται το ταξινομικό σύστημα και η εξέλιξη του DSM.

Είναι σημαντικό η προσέγγιση προς το άτομο να γίνεται με όλη την προσωπικότητα του και όχι με κατάλογο συμπτωμάτων.^[1]

Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία της ψυχιατρικής μας αναφέρει ότι ουσιαστικά η δημιουργία των ασύλων για την φροντίδα των ατόμων με την «παράξενη» συμπεριφορά ξεκίνησε από τον 19^ο αιώνα. Τα άσυλα δημιουργήθηκαν σε μια προσπάθεια, αφενός να προστατέψουν και να περιθάλψουν τους ανθρώπους που ήταν ανίκανοι να αυτοφροντιστούν και αφετέρου να «προστατέψουν» το περιβάλλον και κατεπέκταση την κοινότητα από τον ανεύθυνο άτομο. Κάτω από αυτήν την σκέψη της προστασίας της οικογένειας και εν γένει του περιβάλλοντος κτίστηκαν τα ψυχιατρεία έξω από την πόλη, σε μη κατοικήσιμη περιοχή.

Δεν μπορούμε να αρνηθούμε ότι κατά καιρούς γινότανε προσπάθειες για συνθήκες εξανθρωπισμού. Αυτό όμως δεν άλλαζε τις επιπτώσεις του ιδρυματισμού όπως η βαθμιαία απόλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων από την μακρά παραμονή των ατόμων σε διάφορα ιδρύματα.^[8]

Ο Θ.Καράβατος σχετικά για την αντιμετώπιση της τρέλας αναφέρει: «με τον εγκλεισμό της στο άσυλο μετατρέπεται σε αντικείμενο που το βλέμμα του ψυχιάτρου παρατηρεί, για να θεσμοθετήσει έτσι μια επιστημονική θετικιστική γνώση. Η γένεση της ψυχιατρικής και του ασύλου εκφράζουν μόνο μια διοικητική επανοργάνωση του Μεγάλου Εγκλεισμού με τον οποίο ήδη από το 1656, η εξουσία απέβλεπε στο νέο της στόχο, το πέρασμα δηλαδή από την τιμωρία του σώματος στην πειθαρχία, τη διόρθωση, τη θεραπεία».^[3]

Οι ψυχικές διαταραχές δια μέσου των αιώνων, και άσχετα αν άλλοτε το πνεύμα θεωρήθηκε ξεχωριστό και άλλοτε ενωμένο με το σώμα, πάντοτε υπήρχαν δυσκολίες τόσο στην κατανόηση τους και ακόμα περισσότερο στην αντιμετώπιση τους.^[4]

Το ψυχιατρικό άσυλο καλείται να αναδείξει και να ενισχύσει τη θεωρούμενη υγιή πλευρά του ψυχικά αρρώστου.^[3]

Ανεξάρτητα με τις όποιες επιστημονικές ή σύγχρονες μεθόδους ή φάρμακα λέγονται ή πειθώ ή μάγια ή οτιδήποτε άλλο, εξακολουθεί να υπάρχει η διάσταση του «μαγικού» και σε σημαντικό βαθμό να χρησιμοποιούνται μέρος των ίδιων μεθόδων.^[4]

Επειδή είναι δύσκολο να ορίσει κάποιος το πότε ξεκίνησε η ψυχιατρική, ενδεχομένως ο διαχωρισμός σε προ-επιστημονική, πρώτο-επιστημονική και επιστημονική περίοδοι να αποδίδουν καλύτερα την ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής προβληματικής.^[1]

Η Προ-επιστημονική περίοδο

Πρωτόγονη κοινωνία, 10.000 π.Χ. Οι άνθρωποι πίστευαν ότι η αρρώστια προκλήθηκε από πνευματικές δυνάμεις κατά συνέπεια πρέπει να αντιμετωπισθεί με κάθε θρησκευτικό μέσο.

Έτσι αυτό το πνεύμα που ταλαιπωρεί το άτομο πρέπει να φύγει από μέσα του με κάθε τρόπο όπως για παράδειγμα δια του ξορκισμού ή με τρυπανισμό.^[9]

Ο τρυπανισμός ανήκει στην νεολιθική εποχή (4.000 ή 5.000 χρόνια πριν) και είναι που τράβηξε και το ενδιαφέρον του Broca ώστε να γράψει αργότερα ένα βιβλίο για αυτό. Ίσως είναι η αρχαιότερη ένδειξη περί ψυχικής αρρώστιας.^[4]

Το ότι βρέθηκαν κρανία με αρκετούς τρυπανισμούς αποδεικνύει ότι ένας τρυπανισμός δεν ήταν αρκετός για να ανακουφίσει τον άνθρωπο από την νόσο.^[1]

Αργότερα, 2.500-500 π.Χ έχουμε τους Βαβυλώνιους και τους Ασύριους, οι οποίοι πίστευαν ότι η θρησκεία και η υποβολή είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης και κατά κάποιον τρόπο επικρατεί η ιατρική. Sigerist «η ιατρική των Μεσοποταμίων ήταν ψυχοσωματική σε όλες τις διαστάσεις της».^[9]

Από το 2.000 π.Χ. τρεις πολιτισμοί αρχαία Αίγυπτος, Κίνα και Ινδία αντιμετωπίζουν τις ψυχικές ασθένειες εκτός από ξορκισμούς με ψυχοθεραπεία τραγουδιού και βελονισμό.^[4]

Και επειδή μια θεϊκή δύναμη δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με την βία, άρα χρειάζεται προσευχή και ικεσία. Επόμενο είναι οι άνθρωποι να επιλέξουν τους ναούς και τα μαντεία για την ανακούφιση του ατόμου από την νόσο.^[1]

Μετάπειτα έχουμε τον ελληνικό πολιτισμό, 100- 400 π.Χ. ο Σωκράτης έλεγε «όπως δεν είναι πρόπον να θεραπεύσουμε τα μάτια χωρίς το κεφάλι ή το κεφάλι χωρίς το σώμα, έτσι δεν είναι σωστό να θεραπεύσουμε το σώμα χωρίς την ψυχή».

Και φθάνουμε στον Ιπποκράτη, ο οποίος αποδέχεται ότι «με σκοπό να θεραπεύσουμε το ανθρώπινο σώμα, είναι αναγκαίο να έχουμε γνώση του συνόλου των πραγμάτων».^[9]

Ο Ιπποκράτης επειδή πίστευε ότι «οι φρενίτιδες» οφείλονται σε φυσικά αίτια, διεκδίκησε από τους ιερείς τα Ασκληπιεία για την φροντίδα των ψυχικά αρρώστων.^[1]

Σύμφωνα με την λαϊκή άποψη τα κακά πνεύματα, όπως οι θεές του τρόμου Μανία και Λύσσα κάνουν τα άτομα να είναι βίαια και να περιπλανώνται.

Ο Ιπποκράτης με τον όρο «φρενίτιδες», αναφέρεται στις αργότερα ονομαζόμενες υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια και παράνοια. Την πρώτη την συνδέσε με την υπερκινητικότητα της μήτρας και συνιστούσε ως θεραπεία τον γάμο.^[4]

Η περίοδος (1500-1700) εμπεριέχει την **Αναγέννηση** η οποία ακολούθησε τον Μεσαίωνα, όπου σημαντικές μορφές αρχίζουν να πηγαίνουν κόντρα στον σκοταδισμό και αναδύεται ο ανθρωπισμός.^[9,4]

Αυτήν την περίοδο υπήρξαν ο Ισπανός Joan Luis Vives ο οποίος θεωρείται και ο πατέρας της εμπειρικής ψυχολογίας, ο Ολλανδο-Γερμανός Johann Weyer ο οποίος θεωρείται ο πρώτος ψυχίατρος, περιγράφοντας την ανθρωπιστική ψυχοθεραπεία κ.ά.^[4]

Έχουμε την δυνατότητα να παρατηρήσουμε την αναγέννηση και την ανανέωση του ενδιαφέροντος για τις φυσικές επιστήμες και των εφαρμογών τους στην ιατρική.

Πρόοδος στην ανατομία Versalius, αυτοψία Morgagni, μικροσκοπική Leeuwenhoek. Η μελέτη της ψυχής (πνεύματος) εκχωρείται σε θρησκεία και φιλοσοφία.^[9]

Η πρωτοεπιστημονική περίοδος

Ο Η. Ey αναφέρει ότι η ψυχιατρική έχει την ηθικο-κοινωνική και φιλοσοφική ρίζα.

Ο διαφωτισμός επηρέασε όλα τα επίπεδα και κατά συνέπεια και τις απόψεις για την ψυχική αρρώστια.

Ο εκφραστής του είναι ο Philippe Pinel ο οποίος οριοθετεί την αρχή της πρωτοεπιστημονικής περιόδου και θεωρείται ο ιδρυτής της ηθικής θεραπείας, με το συμβολικό σπάσιμο των αλυσίδων.^[1,10]

Η λυτρωτική αυτή χειρονομία θεωρείται η γένεση της σύγχρονης ψυχιατρικής και η ανθρωπιστική αυτή πράξη συνδέεται με ό,τι προσέφερε η Γαλλική Επανάσταση, η δε εικόνα είναι καθολοκληρία ένας μύθος όπως αναφέρει ο Foucaeu.^[3]

Ο 19^{ος} αιώνας είναι η μοντέρνα περίοδος, βασισμένη στο εργαστήριο ιατρικής των Pasteur και Virchow. Ο Virchow πιστεύει ότι «η νόσος έχει τις ρίζες της στην νόσο του κυττάρου».

Έτσι, η ψυχοσωματική προσέγγιση απορρίπτεται, καθώς κάθε νόσος πρέπει να συνοδεύεται από αλλαγές της δομής των κυττάρων.

Θεραπεύεται η αρρώστια και όχι ο άρρωστος.^[9]

Στην Γερμανία εκδόθηκε η Παθολογία και η Θεραπεία των ψυχικών παθήσεων του Griesinger. Επειδή πάντα υπάρχουν κοινωνικά σκεπτόμενοι άνθρωποι, ο Ελβετός Adolf Meyer μεταναστεύει στη Αμερική και εμφανίζεται μια σημαντική μορφή ο Emil Kraepelin, ο τελευταίος εκπρόσωπος της προδυναμικής σχολής της ψυχιατρικής.

Μέχρι στιγμής αναφερόμαστε σε ψυχωτικούς. Τα νευρωτικά συμπτώματα και το ασυνείδητο είναι ακόμα άγνωστα. Ο Jean Martin Charcot, είναι ο πρώτος που μιλά για την ύπνωση και στρέφει την προσοχή του Freud στις νευρώσεις. Η Γενεύη μέσω του Jean Piaget αναπτύσσει πρωτοποριακή παιδοψυχολογία.^[4]

Καταλήγουμε ότι με τον Charcot και τον Kraepelin κλείνει η πρωτοεπιστημονική περίοδος και αρχίζει η επιστημονική, η οποία χαρακτηρίζεται από υποχώρηση της οργανικής ψυχιατρικής και άνοδο των θεωριών, κυρίως της ψυχοδυναμικής.^[1]

Η κυρίως επιστημονική περίοδος

Η περίοδος αυτή διακρίνεται από γενικότερες αμφισβητήσεις σε όλους τους τομείς και επικρατεί το κοινωνικό και επιστημονικό μέρος.^[1,11]

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση του Freud δίνει έμφαση στον ρόλο του ψυχικού ντετερμινισμού και στις σωματικές αντιδράσεις μετατροπής (περίπτωση Dora). Οι πρώτες αντιλήψεις περιορίζονται στις μείζονες υστερικές αντιδράσεις. Ο Alexander διαφοροποιεί τις αντιδράσεις μετατροπής από τις ψυχοσωματικές διαταραχές και μελετά τους ψυχολογικούς παράγοντες σε μια σειρά από νόσους. Πρώτος που διατυπώνει το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο.^[9]

Το **ψυχαναλυτικό κίνημα** είναι η επανάσταση στην ψυχιατρική δια του Sigmund Freud με το έργο του *Ερμηνεία των Ονείρων*. Μεταξύ αυτών που δέχθηκαν την επίδραση του Freud και αργότερα δημιούργησαν ξεχωριστές σχολές ήταν οι Alder, Jung και Rank.^[4]

Ο Freud ανακαλύπτει την σημασία που έχει η ερμηνευτική προσέγγιση των ονείρων με το «ψυχικό όργανο», όπως το περιέγραφε και προσδιορίζεται με βάση:

- a. Την τοπογραφική
- b. Τη δομική
- c. Τη δυναμική
- d. Την οικονομική
- e. Τη γενετική υπόθεση

Η μελέτη του ασυνείδητου αποτελεί την ψυχολογία του βάθους και είναι ό,τι πιο σημαντικό προσέφερε ο φροϋδισμός. Ο Freud τόλμησε να μιλήσει για ασυνείδητα τμήματα, σε μια εποχή βικτωριανής ηθικής και ως ήταν φυσικό δέχτηκε επιθέσεις από την δυτική εκκλησία, τον ακαδημαϊσμό, καθώς και από τον μπολσεβικισμό.

Βλέπουμε ότι στην ψυχιατρική το επιστημονικό της κομμάτι να είναι σύντομο σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες της ψυχιατρικής και δανείσθηκε γνώσεις από την νευροφυσιολογία.

Η πυρετοθεραπεία και αργότερα η ψυχοχειρουργική έδωσαν μια ιατρικού τύπου θεραπευτική δυνατότητα στην ψυχιατρική.

Και ερχόμαστε στο σήμερα, όπου η ψυχοφαρμακολογία εμφανίζεται το 1950. Η σπασμοθεραπεία που είναι γνωστός ο τρόπος δράσης της με ανεπεθύμητες ενέργειες και αργότερα η ηλεκτροσπασμοθεραπεία διατηρεί ορισμένες ενδείξεις. Η ψυχοχειρουργική έχει αμφίβολα θεραπευτικά αποτελέσματα και αρκετές επιπλοκές.

Οι δυνατότητες της ψυχιατρικής σήμερα παρότι είναι αρκετές εντούτοις κάποιες φορές οδηγείται σε υπερβολές και αυτό οφείλεται στην υποτίμηση των κοινωνικών παραμέτρων, που στην συνέχεια προσπάθησε να το αντιμετωπίσει με την πολιτική του Τομέα ή της Θεραπευτικής Κοινότητας.

Η ψυχιατρική γεννιέται από την ιατρική, ακολουθεί τα ιατρικά μοντέλα, έχει κοινά προβλήματα ευθύνης, δεν διαθέτει όμως την αντικειμενικότητα της ιατρικής και τον ακριβή προσδιορισμό του Φυσιολογικού-Παθολογικού.^[1,12,13]

Η ψυχιατρική στην Ελλάδα

Η Ελλάδα ακολούθησε την ψυχιατρική των άλλων χωρών και υιοθέτησε την ασυλιακή μορφή του 19^ο αιώνα. Τον 20^ο αιώνα όταν οι άλλες χώρες σε Ευρώπη και Αμερική δημιούργησαν την «ανοιχτή ψυχιατρική περίθαλψη» η Ελλάδα άργησε να τις ακολουθήσει. Η συρρίκνωση των ψυχιατρείων και η δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία, όπως και κέντρων ψυχικής υγείας κ.ά, με σκοπό τον εξανθρωπισμό, η πολιτεία τα συμπεριλάβε με το άρθρο 21 του Νόμου 1397 για το ΕΣΥ, 1983.^[4,14]

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα στην χώρα μας ιδρύονται δύο ψυχιατρεία της Κέρκυρας και το Δρομοκαϊτειο, αργότερα αναπτύχθηκαν άλλα τέσσερα.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.) ιδρύθηκε από τον Τούρκο νομάρχη της Θεσσαλονίκης Χουσεΐν Κιαζίμ το 1912 (Μακεδονία, 18.5.1912). Επίσημα η λειτουργία του «Ασύλου Φρενοβλαβών» ξεκίνησε το 1917 σε ένα κτίριο στην περιοχή του Βαρδάρη και το 1919 μετεγκαταστάθηκε στην περιοχή «Λεμπέτ».^[15,16,17]

Το μεγαλύτερο κόστος περίθαλψης προερχόταν από την μακρά παραμονή των ατόμων στα ψυχιατρεία και επειδή τους θεωρούσαν επικίνδυνους εκτός από τον ιδρυματισμό είχαν σαν αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη δυνατή παλινδρόμηση. Ο στιγματισμός των ατόμων αυτών ο οποίος υπάρχει και σήμερα, οφείλεται σε προκαταλήψεις οι οποίες επεκτείνονται και στους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας ότι δεν υπήρχαν αποτελεσματικές θεραπείες. Με την πρόοδο των θεραπευτικών μέσων και την σημασία των κοινωνικών παραγόντων στην αντιμετώπιση του προβλήματος, άρχισε βαθμιαία η αλλαγή στην φιλοσοφία και της προσπάθειας της μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη της κοινότητας. Αυτό προϋπόθετε αναθεώρηση στάσεων με κριτήριο τις ανάγκες του ατόμου και εξειδίκευση του επαγγελματία ψυχικής υγείας. Οι ανάγκες αυτές θα πρέπει να προσδιορισθούν ποιοτικά κι ποσοτικά, να γίνουν επιδημιολογικές μελέτες και να προσδιορισθεί ο πληθυσμός που θα εξυπηρετηθεί. Μια σύγχρονη φροντίδα πρέπει να παρέχει υπηρεσίες για πρόληψη, θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.^[8]

Η οργάνωση και η λειτουργία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης συμβαδίζει με την εκάστοτε νομοθεσία. Έτσι, το 1862 έχουμε τον πρώτο νόμο «Περί συστάσεως φρενοκομείων» και με το Νόμο 6077 του 1934 έχουμε το οργανωτικό πλαίσιο για την λειτουργία των ψυχιατρείων.^[18,19]

Η νοσοκομειακή περίθαλψη αφενός απαιτούνται υψηλές δαπάνες και όχι πάντοτε ωφέλιμη, αφετέρου προκαλεί μεγάλο πόνο στην οικογένεια και οικονομική αιμορραγία. Τον προηγούμενο αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας διακρινόταν από:

- Έλλειψη τομεοποίησης πρόληψης και περίθαλψης.
- Έλλειψη μονάδων στα γενικά νοσοκομεία και κέντρων ψυχικής υγείας.
- Αδυναμία κοινωνικής επανένταξης και ενδιάμεσων δομών.
- Άνιση μεταχείριση κέντρου και περιφέρειας και μη αποτελεσματική διαχείριση των οικονομικών πόρων.
- Έλλειψη εκπαίδευσης στους επαγγελματίες υγείας και αποσπασματική ψυχιατρική νομοθεσία.

Μετά το 1985 οι μεμονωμένες προσπάθειες για αλλαγή άρχισαν να γίνονται συλλογικές και να επιζητούν το άτομο να δρα ως υποκείμενο και όχι ως αντικείμενο.

Ο κανονισμός 815/84 της ΕΟΚ συνέβαλε σημαντικά στην μεταρρύθμιση και ακόμη περισσότερο με το σχέδιο του ΚΕΣΥ το 1990 και όλες οι μετέπειτα προσπάθειες.

Δεν ξέρω αν σήμερα έχουν ευοδωθεί οι κόποι τόσων και τόσων και αν πράγματι γίνεται υπέρβαση του ιδρυματικού θεσμού σε θεραπευτικό και επιστημολογικό επίπεδο.^[1,20,21]

Ο Μαδιανός σχετικά με το άρθρο 21, επισημαίνει τα εξής:

1. Απουσιάζει η ιδεολογική κατεύθυνση.
2. Εμφανίζεται νοσοκομειοκεντρικό σχεδιασμό και ιατροκεντρισμό.
3. Δεν εμπεριέχει την έννοια του συντονισμού περιφέρειας-κέντρου
4. Αποκλείει τη συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης- κοινότητας.
5. Δε διασφαλίζει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών.
6. Απουσιάζουν οι σύγχρονες μέθοδοι οικονομικής διαχείρισης.
7. Διατηρεί την πολυμορφία του νομικού καθεστώτος των υπηρεσιών και των ασφαλιστικών φορέων.^[22]

Προληπτική Ψυχιατρική

Είναι απαραίτητο να έχουμε την γνώση για την ψυχιατρική πρόληψη και τους παράγοντες που προφυλλάσουν τα υγιή άτομα, τα άτομα που έχουν αρχίσει να νοσούν και τα άτομα που είναι ήδη άρρωστα.

Επειδή η ψυχική αρρώστια είναι πολυδιάστατη, η αναζήτηση των παραγόντων δεν είναι εύκολη. Στόχος της Προληπτικής Ψυχιατρικής είναι η προφύλαξη από την αρρώστια, η βελτίωση ποιότητας ζωής και ο αποστιγματισμός.

Η Προληπτική Ψυχιατρική, ως γνωστό αντικείμενο εμφανίστηκε με το «κίνημα ψυχικής υγιεινής» στην Αμερική, πριν εκατό χρόνια περίπου.

Ο Gerald Caplan, ασχολήθηκε με την ψυχιατρική πρόληψη κατά την ενδομήτρια ζωή και κατά την παιδική ηλικία καθώς και με την αντιμετώπιση των «κρίσεων». Πολλές από τις απόψεις του αποτέλεσαν την βάση για την ανάπτυξη των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής στις Η.Π.Α.

Ο Erich Lindemann, από το 1944 ασχολήθηκε με την Προληπτική Ψυχιατρική, ιδιαίτερα με την εκπαίδευση των παραγόντων της κοινότητας, στο πώς να βοηθήσουν τους ανθρώπους κάτω από ψυχοπιεστικές συνθήκες. Ίδρυσε την Υπηρεσία Ανθρωπίνων σχέσεων με διεπιστημονικό προσωπικό. Το κίνημα της Προληπτικής Ψυχιατρικής, αρχικά είχε αντιατρικό προσανατολισμό, στην πορεία φάνηκε η αποτελεσματικότητα της δυναμικής συνεργασίας βιολογικών και ψυχοκοινωνικών μεθόδων.^[23,24]

- Η πιο σημαντική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια πρόληψη είναι η ενημέρωση του ατόμου που έχει το ψυχικό πρόβλημα πριν την σύλληψη του αναμενόμενου παιδιού του. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει και την μείωση των ψυχικών παθήσεων καθώς η κληρονομικότητα δεν είναι και ο μοναδικός παράγοντας στην εμφάνισή τους.
- Ο οικογενειακός προγραμματισμός παίζει σημαντικό ρόλο ιδιαίτερα στα άτομα που είναι ακατάλληλα για τον γονεϊκό ρόλο ή την δημιουργία πολυμελών οικογενειών ή απόκτηση παιδιών από γυναίκες μικρής ηλικίας. Γι' αυτό και η ενημέρωση-εκπαίδευση πρέπει να ξεκινά από τα σχολεία.
- Η συμβουλευτική της εγκύου και η πληροφόρηση για περιγεννητικές επιπλοκές.
- Η παρέμβαση σε Ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς ιδιαίτερα σε παιδιά για βελτίωση του δείκτη νοημοσύνης λόγω στερημένων ερεθισμάτων με περισσότερα μαθησιακά ερεθίσματα στο περιβάλλον τους. Επίσης, η αντιμετώπιση φοβικών καταστάσεων με συμπεριφορικές τεχνικές.
- Η βελτίωση της σωματικής υγείας του παιδιού θα μειώσει ή θα εξαλείψει τους μηχανισμούς γένεσης του συμπλέγματος μειονεκτικότητας.
- Οι συνθήκες ασφάλειας διαβίωσης όπως είναι ο μόλυβδος κ.ά.
- Η βελτίωση του οικογενειακού περιβάλλοντος όπως είναι η κακή μητρική φροντίδα, η άσκηση βίας κ.ά. μπορούν να τροποποιηθούν.
- Η βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος ώστε το παιδί να παίρνει ικανοποίηση και δημιουργεί ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις με τα άτομα που συναναστρέφεται.

Η Προληπτική Ψυχιατρική έχει την σημασία της ακόμα και σε σημεία που δεν είναι αποτελεσματική, όχι μόνο στην δημόσια υγεία, αλλά και στην εφαρμογή της σε μικρό κομμάτι του πληθυσμού.^[25,26]

Όπως αναφέρθηκε και στην ιστορική ανασκόπηση της ψυχιατρικής η Προληπτική Ιατρική και ιδιαίτερα η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει βαθιά τις ρίζες της από την προϊστορική εποχή, καθώς «δεν υπάρχει περίπτωση νοσήματος στην οποία να μην έχει κάτι να προσφέρει».

Η καταδίωξη των κακών πνευμάτων που κατοικούσαν στο σώμα, η υπερφυσική προέλευση τους και η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση τους δια της υποβολής μέσω του ιερέως αυτό μαρτυρούν.

Παρότι οι άλλοι λαοί θεωρούσαν ό,τι τα νοσήματα ήταν αρμοδιότητα των ιερέων, οι Έλληνες εξαρχής διαμόρφωσαν την αντίληψη ό,τι τα ψυχικά νοσήματα πηγάζαν από τα «φρένα».

Η Εβραϊκή Ιατρική προτείνει την διασκέδαση για την αντιμετώπιση των ψυχασθενών, στην δε Παλαιά Διαθήκη έχουμε την ίδρυση του νοσοκομείου στην Ιερουσαλήμ (490 π.Χ.) για τις ψυχικές παθήσεις.

Στα Ομηρικά έπη οι ψυχικές παθήσεις θεωρούνται θεόσταλτες γι' αυτό φονεύουν το πρόβατο αντί τον εχθρό.

Στην Ασκληπιακή Ιατρική σημαντική θέση έχει η ψυχοθεραπεία. Δεν υπάρχει αμφιβολία ό,τι η ελληνική επιστήμη είναι αυτή που καθόρισε την Ιατρική, απόδειξη οι όροι του επιβίωσαν μέχρι σήμερα. Η Ιπποκρατική ψυχιατρική ανέφερε την ηλικία στην επίδραση της ψυχικής κατάστασης του ατόμου και στην συνέχεια στις κλιματολογικές συνθήκες του περιβάλλοντος.

Αλλωστε γνωστή είναι η εισαγωγή της μουσικής από τους Πυθαγόρειους.

Ο Ασκληπιάδης αποδεικνύεται ως ο πρόδρομος του Philippe Pinel. Στην συνέχεια έχουμε τους Αρεταίος, Σωρανός, Γαληνός κ.ά. το σημαντικότερο όλων είναι οι Έλληνες ιατροί πρώτοι εντόπισαν την σημασία της κλινικής παρατήρησης.

Οι Άραβες ακολούθησαν τις αρχές των Ελλήνων και Βυζαντινών ιατρών.

Ο Esquirol (1772-1840) έδειξε ενδιαφέρον για την δημόσια ψυχική υγιεινή και ο William Tuke απέδειξε την αποτελεσματικότητα της ανθρωπιστικής θεραπείας. Ο Cesare Lombroso (1836-1909), ο ιδρυτής της «εγκληματικής ανθρωπολογίας» έφερε στο προσκήνιο τις φυσιολογικές μελέτες των αρχαίων Ελλήνων και ο Emil Kraepelin (1856-1927) επεσήμανε τη σημασία της πρόληψης και τα νομικά προβλήματα της ψυχιατρικής.

Στον 20^ο αιώνα η ανάπτυξη της Ψυχιατρικής συμβαδίζει παράλληλα με το πεδίο της Προληπτικής Ψυχιατρικής. Έτσι, στην Αμερική το 1909 έχουμε την ψυχοθεραπεία για την πρόληψη στις ψυχώσεις σε παιδιά και εφήβους υπό τον William Healy. Το 1912 υπό τον Elmer E. Southard (1876-1920) την εισαγωγή κοινωνικής εργασίας σε ομάδα ψυχικών πασχόντων σε παιδιά. Ο Meyer έξι δεκαετίες αφιερώθηκε στην πρόληψη των ψυχικών παθήσεων. Η American Orthopsychiatric Association το 1924 ενδιαφέρθηκε για την πρόληψη της παιδικής εγκληματικότητας και λίγο αργότερα αναπτύχθηκε η οικογενειακή θεραπεία με πρωτοπόρο τον John Bell.^[27,28]

Κοινοτική Ψυχιατρική

Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αφορά την παροχή υπηρεσιών σε άτομα που τις χρειάζονται μέσα στην κοινότητα, εντός του φυσικού-κοινωνικού περιβάλλον τους και παράλληλα με την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας. Η Κοινοτική Ψυχιατρική υλοποιείται με προτάσεις εναλλακτικών μορφών αντιμετώπισης των προβλημάτων των ατόμων που έχουν ανάγκη, μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής.^[8]

Βλέπουμε ιστορικά ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων του ατόμου που έχουν σχέση με την ψυχική υγεία τροποποιείται και ιδιαίτερα μετά το μισό του 20^{ου} αιώνα. Τα άτομα που νοσηλεύονται σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία φεύγουν από τον παραδοσιακό τρόπο φροντίδας και μεταφέρονται στην κοινότητα. Αυτό είχε σαν συνέπεια να τεθεί νέα διάσταση μεταξύ ψυχικής υγείας-ψυχικής ασθένειας και κοινοτικής-κοινωνικής φροντίδας. Έτσι ένα σύνολο υπηρεσιών μεταφέρθηκε στην κοινότητα από το δημόσιο νοσοκομείο και μαζί μία διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Παράλληλα χαράσσονται πολιτικές, διαμορφώνονται στρατηγικές και νομικά πλαίσια, τα οποία συνέβαλλαν στις αλλαγές και στην πορεία της κοινοτικής ψυχιατρικής.

Η **κοινοτική ψυχιατρική** εστιάζεται στην παροχή υπηρεσιών και χρησιμοποιεί την μεθοδολογία της ψυχιατρικής επιδημιολογίας. Επίσης, καθορίζει τις αρχές που παρέχουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε «συγκεκριμένο πληθυσμό» με καθορισμό των αναγκών, με σχεδιασμό συστήματος υπηρεσιών και παροχή θεραπείας και φροντίδας. Επί πρόσθετα, την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τα τελευταία χρόνια συναντούμε τον όρο **Δημόσια Ψυχιατρική** (public psychiatry), η οποία περιλαμβάνει επί πλέον, την πρόληψη (prevention) και προαγωγή (promotion), όπως και θέματα σχετικά με διοίκηση και οικονομική διαχείριση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σύντομη ανασκόπηση: Βέβαια η κοινοτική-δημόσια ψυχιατρική δεν προήλθε ξαφνικά. Έχει τις ρίζες της από την εποχή του Philippe Pinel ο οποίος άλλαξε τον τρόπο φροντίδας. Αργότερα η Dorothea Lynde Dix στις ΗΠΑ, στηριζόμενη στις αρχές της ηθικής θεραπείας διέδωσε τις αρχές της ανθρωπιστικής φροντίδας στα άτομα με ψυχικά προβλήματα.

Η εμπειρία των δύο παγκοσμίων πολέμων έθεσαν και τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής που είναι: **η εγγύτητα (proximity), η αμεσότητα (immediacy), η απλότητα (simplicity) και η αναμονή (expectancy).**

Από τους Maxwell Jones, 1957 και Russell Burton, 1959 τέθηκαν οι αρχές της «Θεραπευτικής Κοινότητας». Οι επιστημονικές παρατηρήσεις, τα ψυχοφάρμακα και ο πολιτικός ακτιβισμός στις ΗΠΑ, οδήγησαν στην ίδρυση **Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας**, το 1963, όπως και Κινητών Μονάδων για τις απομακρυσμένες περιοχές.^[1,8]

Σε κάθε χώρα ανάλογα με τις ανάγκες, τις επικρατούσες πολιτικές απόψεις και τις πιέσεις που δεχόντουσαν τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τα άτομα που φρόντιζαν τους ασθενείς, αλλά και από τους ίδιους τους ασθενείς χάραζαν την πολιτική τους.

Στην χώρα μας με το άρθρο 21 του Ν. 1397/1989 το οποίο αργότερα καταργήθηκε από 15.07.1992 με το άρθρο 132 του Ν.Α'123 ορίστηκαν οι τρεις άξονες των υπηρεσιών:

Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου και Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας.^[29,30]

Κατά το Σύνταγμα της Ελλάδας, το Κράτος είναι υποχρεωμένο να μεριμνά για την υγεία των πολιτών. Προφανώς, η μέριμνα δεν εξαντλείται στο θεραπευτικό πλαίσιο, αλλά συμπεριλαμβάνει και την πρόληψη, της οποίας η προέλευση ανάγεται στην αρχαία Ελλάδα, που εξασφαλίζει ποιότητα ζωής των πολιτών με το λιγότερο κόστος.

Σύμφωνα με το άρθρο 2, παρ. 1 του Συντάγματος, ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν υποχρέωση της πολιτείας. Στις μέρες μας βέβαια αποτελεί ερωτηματικό.^[8]

Αρχές Κοινοτικής Ψυχιατρικής

Η διαφορά της κοινοτικής ψυχιατρικής από το νοσοκομείο είναι ότι φροντίζει τον πληθυσμό ολόκληρης της κοινότητας και στηρίζεται στις αμετάβλητες αρχές του 1960 και είναι:

- **Υπευθυνότητα στο σύνολο του πληθυσμού συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής (75.000-200.000).** Το ΚΚΨΥ πρέπει να έχει ευελιξία στον σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών του, αξιολογώντας τις ανάγκες και λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές αξίες του πληθυσμού, καθώς και στην παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας.
- **Θεραπεία πλησίον του τόπου κατοικίας του ασθενούς.** Συχνά η απόσταση από τον τόπο κατοικίας απογοητεύει τους οικείους που φροντίζουν το άτομο με τα ψυχικά του προβλήματα.
- **Πολλαπλότητα και πληρότητα υπηρεσιών.** Επειδή κάθε άτομο ενδεχομένως να βρίσκεται σε διαφορετική φάση του ψυχικού προβλήματος του εκτός από: παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών, μερική νοσηλεία, επείγοντα περιστατικά, εσωτερική νοσηλεία και συμβουλευτική προς την κοινότητα, προστέθηκαν παιδοψυχιατρική, ψυχογηριατρική, υπηρεσίες για αλκοολικούς και χρήστες, καθώς για μετανοσοκομειακή φροντίδα (στέγαση και αποκατάσταση).
- **Διεπιστημονική θεραπευτική ομάδα.** Η πολυεπίπεδη επιστημονική γνώση των ΚΚΨΥ αφενός βοηθά στην αρτιότερη σύνθεση της θεραπευτικής ομάδας, αφετέρου αποκτά δυνατότητα αντιμετώπισης προβλημάτων της κοινότητας στα πλαίσια πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.
- **Συνεχιζόμενη, αδιάκοπη φροντίδα.** Είναι γνωστό ότι για την δημιουργία θεραπευτικής σχέσης πρωτίστως χρειάζεται η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτή και πελάτη. Αυτό βοηθάει στην έγκαιρη αναγνώριση των «κρίσεων» και στην άμεση αντιμετώπιση. Το

σημαντικότερο όλων είναι η συμμόρφωση στην φαρμακοθεραπεία, η οποία αποτελεί και την βάση στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

- **Συμμετοχή εκπροσώπων κοινότητας.** Η συμμετοχή βοηθά σημαντικά στην υλοποίηση των προγραμμάτων και προβάλλει τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικά προβλήματα.
- **Αξιολόγηση προγράμματος και έρευνας.** Είναι προτεραιότητα της κοινοτικής ψυχιατρικής να αξιολογεί και να μετρά την αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας και όταν το πρόγραμμα δεν αποδίδει να διακόπτεται.^[22,23]

Πρόληψη

Το 1964 ο Gerald Caplan καθόρισε τις αρχές στην πρόληψη της ψυχιατρικής και τις διέκρινε σε: πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή.

Η **πρωτογενής πρόληψη** στόχο έχει την αποφυγή εμφάνισης νέων περιπτώσεων και την ελάττωση της επίπτωσης της ψυχικής νόσου. Είναι καθαυτή πρόληψη για αυτό εστιάζεται στις ευπαθείς ομάδες και ομάδες υψηλού κινδύνου.

Η **δευτερογενής πρόληψη** στόχο έχει να προλαμβάνει τις αρνητικές επιπτώσεις της νόσου μετά την εμφάνιση της και να ανακτά το άτομο ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας, για αυτό εστιάζεται στην έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική αντιμετώπιση.

Η **τριτογενής πρόληψη** περιέχει την αποφυγή της χρονιότητας της νόσου ή την αναπηρία και συμβάλλει στην πρόληψη των υποτροπών.^[41]

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν τα στάδια αυτά ως: Πρόληψη, Θεραπεία, Αποκατάσταση.

Συμβουλευτική-Ενημέρωση κοινότητας: Σύμφωνα με τον G. Caplan η ενημέρωση άρει τις αντιστάσεις και συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής.

Έμφαση δίδεται στους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας μετά από ειδική εκπαίδευση για πρώιμη αναζήτηση διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών.

Η προαγωγή ψυχικής υγείας αφορά διαδικασίες ενδυνάμωσης της ικανότητας των ατόμων να προσδιορίζουν αυτόνομα τη ζωή τους και να προωθούν την ψυχική τους υγεία. Οι διαδικασίες αυτές αφορούν άτομα και κοινότητες. Οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας εφαρμόζουν στρατηγικές τέτοιες που να ενθαρρύνουν την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος και να καλλιεργούν την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται θετικά στις αντίξοες συνθήκες. Οι παρεμβάσεις αυτές χρειάζεται να είναι ευαίσθητες στη πολιτισμική διαφορετικότητα και να προωθούν τις αξίες της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αλληλοεξάρτησης και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Joubert & Raeburn,).^[22,23,]

Προβλήματα

Ένα από τα βασικά προβλήματα είναι ότι παραμελήθηκαν οι χρόνιοι ασθενείς και αυτό οδήγησε σε λειτουργική έκπτωση. Βαθύτερα αίτια είναι, η υπερεκτίμηση των ικανοτήτων των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα με αποτέλεσμα να έχουμε υποτροπή, οι μη ρεαλιστικοί στόχοι και οι προσκολλήσεις σε θέματα ιδεολογίας.

Επίσης, **ανεκπλήρωτες ανάγκες ασθενών**, όταν οι καταναμημένες κοινοτικές υπηρεσίες σε διαφορετικούς χώρους κάνει δύσκολή την προσέγγιση του ασθενή. Ακόμα όταν η θεραπεία δεν είναι συνεχιζόμενη τότε υποτροπιάζει ο ασθενής.

Το πρόβλημα του **στιγμάτος** είναι σημαντικό, καθώς μικροαδικήματα οδηγούν τους ανθρώπους σε λάθος χώρους

Διοικητικά-Οργανωτικά-Χρηματοοικονομικά: οι αραιοκατοικημένες περιοχές είναι ένα ιδιαίτερο πρόβλημα.

Διοικητικές δυσλειτουργίες παρουσιάζονται στα ΚΚΨΥ σχετικά με τους ρόλους των διαφόρων επαγγελματιών. Ο ρόλος του ψυχιάτρου περιορίζεται στην συνταγογράφηση, καθώς κομμάτι των θεραπειών λαμβάνονται και από άλλους επαγγελματίες.

Εκείνο που δεν αποσαφηνίστηκε είναι ποιο είναι το κόστος των υπηρεσιών και με τι κριτήρια γίνεται η κατανομή των πόρων.

Κοινωνική Ψυχιατρική

Κατά τον Wing η Κοινωνική Ψυχιατρική δε χρειάζεται να ορισθεί, επειδή ακριβώς είναι η σύγχρονη ψυχιατρική, καθώς η συμμετοχή των κοινωνικών παραγόντων είναι στην αιτιολογία και εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής.^[8]

Η κοινωνική ψυχιατρική εξετάζει τις επιπτώσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ψυχική υγεία και τις επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας στο άτομο και το περιβάλλον. Παρότι ενδιαφέρεται με τις μεθόδους αντιμετώπισης της ψυχικής διαταραχής, αντίθετα δεν ενδιαφέρεται για την θεραπεία με την οποία αντιμετωπίζεται η νόσος.^[9]

Σύμφωνα με την κοινωνική ψυχιατρική η «ψυχική υγεία είναι **έννοια κοινωνική** που ποικίλει ανάλογα με την κοινωνία ή το πολιτιστικό επίπεδο».^[24]

Αυτό που σήμερα αποκαλούμε «θεραπεία περιβάλλοντος» στην κοινωνική ψυχιατρική εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από τους Pinasi (1760-1830) και Mora, 1975.^[11]

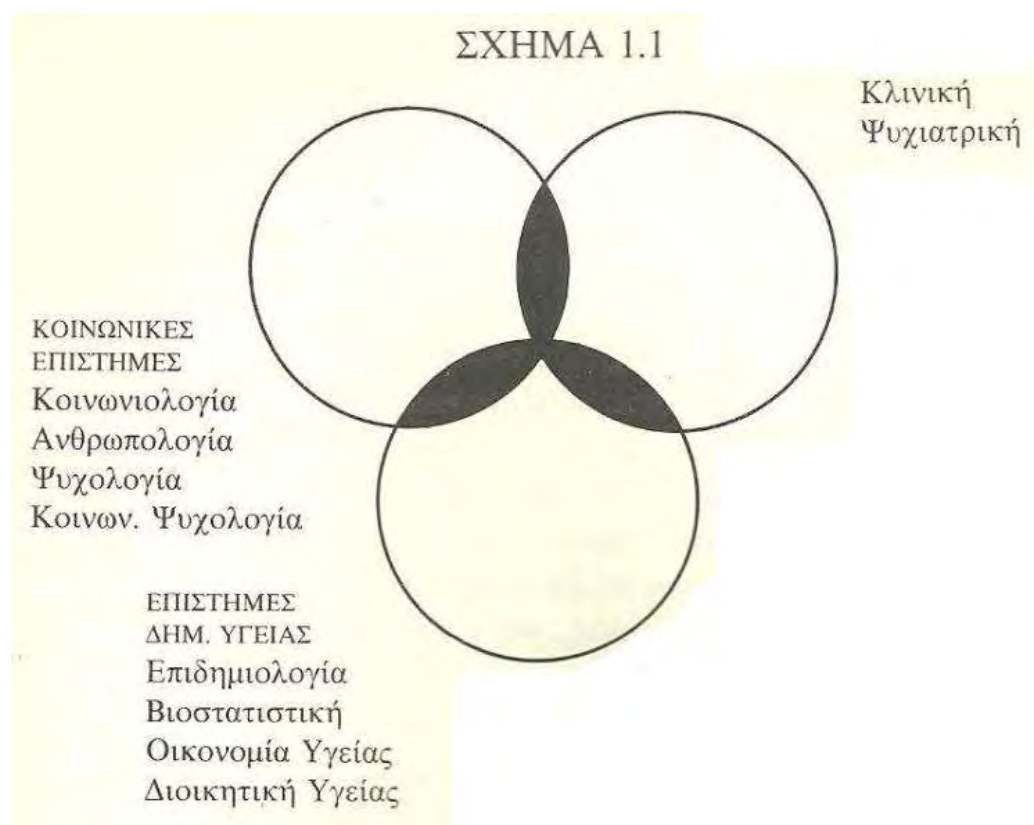
Ο όρος κοινωνική ψυχιατρική για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε από τον Ilberg το 1904 και για προγράμματα κοινωνικής ψυχιατρικής ειπώθηκαν από τον Ficher το 1919, ο οποίος μίλησε για «ανοικτή φροντίδα» και σαφώς επηρέασε την μετέπειτα μεταρρύθμιση το 1920.^[9]

Η επίδραση της Γαλλικής Επανάστασης με τις ιδέες της επηρέασε και τον τομέα της κοινωνικής ψυχιατρικής, που όταν εκφυλίστηκαν αυτές είχαν επίπτωση και στους ασθενείς.

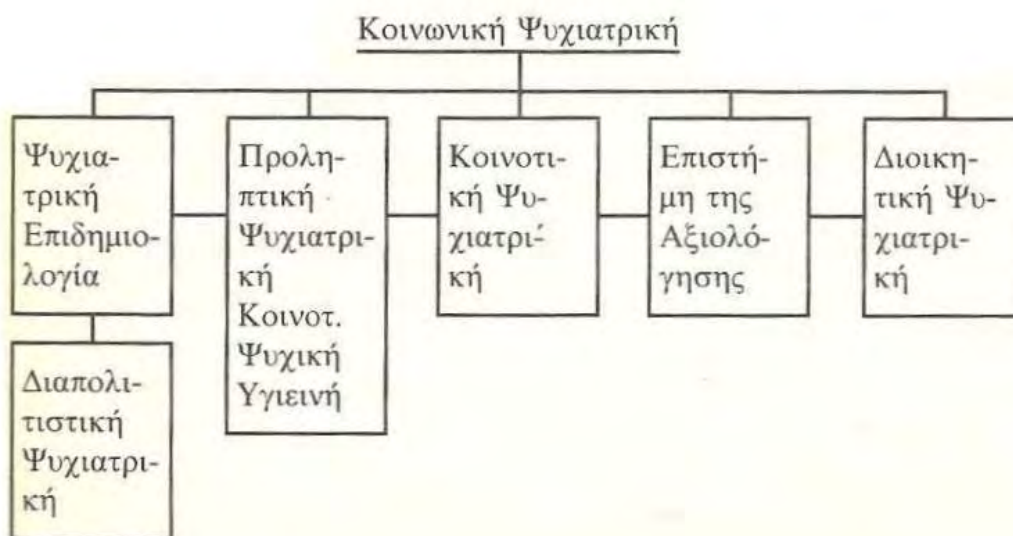
Έτσι, εμφανίζεται ο όρος κοινωνική ψυχιατρική στον 20^ο αιώνα από τον Southard το 1917, στην Βοστώνη.

Σύμφωνα με τον Rennie, 1955 αναφέρει ότι «Η Κοινωνική Ψυχιατρική ενδιαφέρεται για την επίπτωση και την επικράτηση των ψυχικών παθήσεων και διερευνά βαθύτερα τους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες που έχουν πιθανή σημασία στην αιτιολογία και την δυναμική των ψυχικών διαταραχών. Διερευνά τους σημαντικούς παράγοντες πάνω στην οικογένεια και την κοινωνία, που επιδρούν στην προσαρμογή των ατόμων και των ομάδων στο φυσικό τους περιβάλλον. Η Κοινωνική Ψυχιατρική ασχολείται με τις προσαρμοστικές ικανότητες του ατόμου και των ατόμων της κοινωνίας και δεν ενδιαφέρεται μόνο για τα άτομα που ζητούν ψυχιατρική βοήθεια, αλλά αναπτύσσει παράλληλα τα κατάλληλα όργανα έρευνας για να ερμηνεύσει την ψυχοβιολογική και κοινωνικοπολιτιστική απαρτίωση του ανθρώπου. Άρα, η Κοινωνική Ψυχιατρική διερευνά την αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον».

Το σχήμα 1.1 απεικονίζει τις επιστημονικές περιοχές και τις μεταξύ τους σχέση στην διαμόρφωση του γνωστικού αντικειμένου της **Κοινωνικής Ψυχιατρικής**.



ΣΧΗΜΑ 1.2



«Η Κοινοτική Ψυχιατρική, βασικός κλάδος της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, είναι προϊόν της ιστορικής εξέλιξης των ανθρωπίνων σχέσεων και της ψυχιατρικής ιδεολογίας όσον αφορά στη θεραπευτική των ψυχικών διαταραχών πέρα από το άσυλο, στην κοινότητα, ενώ η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που αποσκοπούν στη βελτίωση του επιπέδου της ψυχικής υγείας της κοινότητας».^[25]

ΥΓΕΙΑ είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής, και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.

Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ δεν είναι απλά η απουσία ψυχικής διαταραχής. Είναι μια κατάσταση **ευημερίας** κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις **ικανότητες** του, ανταπεξέρχεται στο **άγχος** της καθημερινότητάς του, μπορεί να **εργάζεται** παραγωγικά και να είναι **λειτουργικός** στο κοινωνικό του περιβάλλον.^[28]

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., **ψυχική υγεία** είναι η κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.

Κατά την Marie Jahoda (1958) η θετική ψυχική υγεία ως φυσιολογική συμπεριφορά και κατάσταση ισοροπίας περιλαμβάνει:

- Την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητας του.
- Την δυνατότητα του ατόμου να 'ναι αυτοδύναμο.
- Τη δυνατότητα αντίστασης στο stress.
- Τη δυνατότητα του ατόμου να 'ναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές.
- Την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον.

- Την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και
- Τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματα. ^[29]

Ο Στεφανής και οι συνεργάτες του για τον καθορισμό της ψυχικής υγείας αξιολογούν τα κάτωθι κριτήρια:

- *Το στατιστικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς.* Το οποίο είναι ανεπαρκές, καθώς δεν διαχωρίζει τα όρια μεταξύ παθολογικής και φυσιολογικής συμπεριφοράς.
- *Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου, κλινικά διαπιστωμένης.* Το πλεονέκτημα του είναι ότι συμπληρώνει όλα τα κριτήρια και το σύνολο των μεταβλητών που καθορίζουν την ατομική ζωή.
- *Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής.* Είναι κριτήριο αντιδραστικό καθώς τα μέλη της κοινωνίας δεν διαφοροποιούνται από κοινωνικοπολιτικές επιρροές που «χρωματίζουν» την συμπεριφορά του κάθε μέλους.
- *Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας.* Είναι κριτήριο μικρής αξιοπιστίας.

Συμπληρωματικά κριτήρια είναι:

- Ικανότητα ενεργητικής προσαρμογής στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον, που του επιτρέπει να ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες.
- Επίγνωση του σκοπού της ζωής και των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις.
- Επίγνωση του κοινωνικού και φυλετικού ρόλου και
- Αντοχή στο περιβαλλοντικό stress.

Ο Στεφανής ως φυσιολογικά χαρακτηριστικά θεωρεί τα εξής:

1. αισιοδοξία
2. ανεξαρτησία
3. οργάνωση και συστηματικότητα
4. περιέργεια
5. ταυτότητα ρόλου
6. συναγωνιστικότητα και συνεργατικότητα
7. έκφραση και έλεγχος των συγκινήσεων
8. ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων
9. ασφάλεια
10. αυτοεκτίμηση και
11. ικανότητα λήψης αποφάσεων. ^[29]

Κατά τον Ο. Μουζά αντικείμενο κοινωνικής ψυχιατρικής είναι:

- Μελέτη των ανθρωπίνων σχέσεων
- Αντιμετώπιση προβλημάτων στις σχέσεις
- Άτομο (υγιές και πάσχον)
- Οικογένεια

- Ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού
- Κοινωνική κινητικότητα
- Κοινωνική διαστρωμάτωση
- Πολιτιστική αλλαγή ^[24]

Η οικογένεια ως εξελισσόμενος θεσμός καθορίζει τις μεταβολές του κοινωνικού και οικονομικού πλαισίου. Είναι φυσικό τα μέλη της να υπόκεινται σε καθημερινή συναισθηματική αλληλεπίδραση.

Η οικογένεια ως υποστηρικτικό σύστημα, λειτουργεί ως αποδέκτης πληροφοριών, ως καθοδηγητής, ως πηγή ιδεολογίας, ως φορέας επίλυσης προβλημάτων, ως καταφύγιο, και ως φορέας ελέγχου συναισθημάτων. Με το τελευταίο σηματοδοτεί την ενότητα, καθώς βοηθάει το μέλος του να «ανεχτεί» την ματαίωση.

Η οικογένεια σε κρίση, συμβαίνει όταν οι σχέσεις καθορίζονται κοινωνικούς, πολιτιστικούς, ιδεολογικούς, οικονομικούς παράγοντες συνεχώς μεταβαλλόμενους και στις μέρες μας από τον κρατικό παρεμβατισμό.

Η οικογένεια και η ψυχική αρρώστια, όπου η οικογένεια εμφανίζεται ως αποδέκτης της ψυχιατρικής βοήθειας, άλλοτε ως θετική και άλλοτε ως αρνητική στην προσπάθεια επίλυση του προβλήματος. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντική η συμβολή του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

Σύμφωνα με τους Cambell και Lee, η εξάρτηση των μελών από την οικογένεια έχει οικονομικό υπόβαθρο.

Οι αξίες, οι ρόλοι και η ψυχοσυναισθηματική συναλλαγή παίζουν σημαντικό ρόλο στην λειτουργία της οικογένειας. ^[26]

Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ)

Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας αποτελούν τις βασικές μονάδες παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών και συγκεκριμένα εντός του κοινωνικού ιστού. Η θεραπευτική ή καλύτερα ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ατόμων εντός των φρενοκομείων ή μετέπειτα ονομασία τους ψυχιατρεία άρχισε να δέχεται κριτική από το 1920. Η δημιουργία των εξωτερικών ιατρείων με στόχο την αποφυγή της υποτροπής δεν ήταν αρκετό ώστε το άτομο να μην αποκοπεί από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Το πρώτο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα δημιουργήθηκε το 1956 με σαφή προληπτικό προσανατολισμό.

Βασικές λειτουργίες του Κέντρου

Οι λειτουργίες του κάθε κέντρου ακολουθούν την φιλοσοφία του υπευθύνου και την εκπαίδευση της υγειονομικής ομάδας που το απαρτίζει. Παραταύτα προϋπόθεση είναι να ακολουθούνται οι βασικοί κανόνες όπως:

- Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία ο πληθυσμός που εξυπηρετείται από το Κέντρο πρέπει να είναι 80.000-150.000 ώστε οι δραστηριότητες του να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του.
- Με την τομεοποίηση ο κάθε νομός έχει ένα Κέντρο το οποίο είναι συνδεδεμένο με τον Ψυχιατρικό Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου, εκτός από τον νομό Θεσσαλονίκης και τον νομό Αττικής που διαθέτουν περισσότερα Κέντρα.
- Η βασικότερη δράση του Κέντρου είναι η δράση.

Θεραπεία

- Η θεραπεία σε ένα Κέντρο δεν καθορίζεται μόνο από τον ψυχίατρο, σημαντικό ρόλο παίζει το περιβάλλον του ατόμου που ζητά βοήθεια, καθώς διαμορφώνονται συνθήκες συμμαχίας για το καλύτερο αποτέλεσμα.
- Η υγειονομική ομάδα που έρχεται σε επαφή με την τοπική κοινωνία φέρει σπουδαίες πληροφορίες.
- Πάντα υπάρχει το στίγμα, η συνεχής παρουσία των μελών στην κοινότητα με διαλέξεις και άλλα εκπαιδευτικά-ενημερωτικά προγράμματα μειώνει και συμβάλλει σημαντικά στην εξάλειψη.
- Οι ώρες λειτουργίας και η προσβασιμότητα διευκολύνει σημαντικά.
- Πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα το έργο των Κινητών Μονάδων για τις αραιοκατοικημένες περιοχές.

Υπηρεσίες

- Ένα Κέντρο πρέπει να παρέχει όλες τις υπηρεσίες που προσφέρει η σύγχρονη ψυχιατρική όπως: φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτικές, συμβουλευτικές, οικογενειακές παρεμβάσεις, ψυχολογική υποστήριξη κ.ά.
- Επίσης πρέπει να έχει διασύνδεση και συνεργασία με ειδικές μονάδες όπως: νοσοκομείο ημέρας, κέντρο ημέρας, ψυχογηριατρική, ειδικές ψυχοθεραπείες, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης κ.ά.
- Είναι ευθύνη του Κέντρου να φροντίσει για την θεραπευτική συνέχεια, όπως είναι η παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες και να έχει τον συντονιστικό του ρόλο και όχι να αφήσει το άτομο στην τύχη του.
- Επίσης, είναι πολύ σημαντικό το Κέντρο να γνωρίζει και να συνεργάζεται στενά με όλες τις υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές, όπως και υγειονομικές δομές αλληλέγγυες, καθώς και τα Κέντρα Υγείας επειδή ένα μέρος των ανθρώπων εκτός από τα σωματικά τους προβλήματα συνυπάρχουν και ψυχιατρικά.

Σύνθεση και εκπαίδευση της υγειονομικής ομάδας

Συνήθως το Κέντρο απαρτίζεται από ψυχιάτρους ειδικούς και ειδικευομένους, ψυχολόγους, ειδικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό. Όλοι αυτοί πέρα από την βασική και ειδική εκπαίδευση την οποία κατέχουν, πρέπει να

συμμετέχουν σε ένα συνεχές εκπαιδευτικό πρόγραμμα, καθώς η κοινωνία μας εξελίσσεται και μαζί με αυτήν αναφύονται νέα προκλήσεις.^[33]

Ο πλουραλισμός εντός της υγειονομικής ομάδας, σηματοδοτεί την αύξηση δυνατοτήτων στην ανταπόκριση διαφόρων αναγκών και όχι σύγκρουση και αλληλοεξουδετέρωση, σε μόνιμη βάση, δυνατοτήτων και εφεδρειών.^[8]

Στις δραστηριότητες του Κέντρου εντάσσονται η επικοινωνία με τους τοπικούς φορείς, η παρέμβαση στην οικογένεια, η ευαισθητοποίηση της κοινότητας με σκοπό την προώθηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την μείωση ή εξάλειψη του στιγματισμού.

Ιδιαίτερα στις μέρες όπου η πολιτισμικότητα έχει αυξηθεί καλείται το Κέντρο να παίζει τον ρόλο του στην διασύνδεση και αποδοχή της κάθε κουλτούρας και της διαφορετικότητας χρώματος και φυλής μέσα από τις συμβουλευτικές του παρεμβάσεις.

Αξιολόγηση

Η ποιοτική και ποσοτική λειτουργία του Κέντρου εξαρτάται από την ορθολογιστική οργάνωση των υπηρεσιών, καθώς και από το κόστος και την προοπτική των εργασιών.

Κέντρο Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη

Η κύρια δραστηριότητα ενός Κέντρου είναι η πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη τις οποίες είδαμε παραπάνω.

Ασφαλώς μέσα στις δραστηριότητες του εντάσσονται η θεραπευτική και συμβουλευτική παρέμβαση με τον ασθενή και το οικείο περιβάλλον του, όπως και τα ειδικά προγράμματα που έχουν ήδη αναφερθεί.

Γίνεται κατανοητό ότι η *πρωτοβάθμια πρόληψη* επικεντρώνεται κυρίως στην τροποποίηση παθογόνων συμπεριφορών και την ανίχνευση των ατόμων υψηλού κινδύνου. Ως παθογόνο δύναται να χαρακτηριστεί την πίεση που δέχεται ο μαθητής για την απόδοση του.

Η *δευτεροβάθμια πρόληψη*, εκτός του προληπτικού της ρόλου της έγκαιρης διάγνωσης και της θεραπείας, εμπλέκονται και άλλες ειδικότητες πλην της ψυχιατρικής, καθώς στη σφαίρα της ψυχικής υγείας ενοχοποιούνται και σωματικές αρρώστιες όπως ο υπερ- ή υπο-θυρεοειδισμός, κ.ά.

Η *τριτοβάθμια πρόληψη* εστιάζεται κυρίως στην κοινωνική αποκατάσταση μετά από χρόνια νοσηλεία, στην ρύθμιση φαρμακευτικής αγωγής, στην απόκτηση χαμένης λειτουργικότητας, στην δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος όταν υπάρχουν δυσμενείς περιβαλλοντικοί παράγοντες, στην απόκτηση χαμένης αυτοεκτίμησης και ενθάρρυνση του ατόμου.^[32,42]

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Ανατολικού Τομέα) ήταν το πρώτο Κέντρο που δημιουργήθηκε στην Θεσσαλονίκη και υπάγεται στο Υπουργείο Προεδρίας. Αργότερα το 1979 δημιουργήθηκε το πρώτο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κεντρικού Τομέα) που υπάγεται διοικητικά στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.). Ακολούθησαν με την σειρά το Κέντρο Ψυχικής Υγείας

(Αμπελοκήπων), το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Συκεών), Κινητή Μονάδα (Επαρχιακού Τύπου), Ιατροπαιδαγωγικός Συμβουλευτικός Σταθμός κ.ά που επίσης υπάγονται διοικητικά στο Ψ.Ν.Θ.

Κινητές Μονάδες

Οι Κινητές Μονάδες είναι υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών και εφαρμοσμένης έρευνας.

Οι δραστηριότητες του και το θεραπευτικό πλαίσιο προέρχονται μετά από καταγραφή των δημογραφικών και επιδημιολογικών στοιχείων και αυτές περιέχουν:

- Εκπαίδευση υγειονομικής ομάδας.
- Αγωγή της κοινότητας με την κοινωνική ομάδα
- Επεξεργασία του αιτήματος της κοινότητας σε σχέση με τις ανάγκες του και την καλύτερη δυνατή ανταπόκριση από μέρους της κινητής μονάδας.
- Την μελέτη και επεξεργασία των διαφόρων θεραπευτικών προσπελάσεων σε σχέση με την δημόσια περίθαλψη και
- Η διασπορά της γόνιμης αυτής εμπειρίας και σε άλλες περιοχές.

Η Κοινωνική Ιατρική και Κοινωνική Ψυχιατρική εμπεριέχουν μια φιλοσοφία στο σύνολο των δραστηριοτήτων τους και αποβλέπουν στην δημιουργία προστασίας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές ή με πνευματική αναπηρία. Όλοι οι προστατευμένοι χώροι ή ξενώνες ονομάζονται ή εργαστήρια ή οτιδήποτε άλλο λειτουργικά και οργανωτικά συνδέονται με ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας επιδιώκει να είναι ο πυρήνας της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Οι Κινητές Μονάδες με την παρέμβαση τους κυρίως στις απομακρυσμένες περιοχές επιδιώκουν την ενεργοποίηση της κοινότητας.

Οι Ιατροπαιδαγωγικές Μονάδες εκτός από την παροχή υπηρεσιών σε παιδιά και εφήβους, συνεργάζονται με τις οικογένειες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στα πλαίσια της οικογένειας.^[8]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας στον Ν. Θεσσαλονίκης, καθώς και η γεωγραφική κατανομή αυτών. Επίσης, η καταγραφή του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται τα Κέντρα αυτά, οι διαγνωστικές κατηγορίες, όπως και οι εφαρμοζόμενες θεραπευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις που γίνονται στην κοινότητα.

Αναφορά των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας στην διασύνδεση τους με τις υπάρχουσες δομές, όπως είναι οι Ψυχιατρικοί Τομείς Γενικού Νοσοκομείου και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Η καταγραφή και η πρόβλεψη των κινδύνων που απειλούν το άτομο και στην συνέχεια η αξιολόγηση και η μεθόδευση της αποτροπής των.

Υλικό – Μέθοδος

Έχει ληφθεί υλικό από τα τρία Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ν. Θεσσαλονίκης, καθώς και από την Μονάδα Ψυχοκοινωνικής στήριξης Επαρχιακού Τύπου δύο, τα οποία διοικητικά υπάγονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Καταγραφή δομής-οργάνωσης και λειτουργίας του κάθε Κέντρου, καθώς και οι δραστηριότητες του, όπως εκπαιδευτική, σεμινάρια και θεραπευτικές παρεμβάσεις ή συμβουλευτική στην Κοινότητα.

Στην καταγραφή αναλυτικά αναφέρεται η λειτουργία του κάθε Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας και οι διαφορές εκάστου, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι ιδιαιτερότητες του κάθε Κέντρου, η Εκπαίδευση των Επαγγελματιών υγείας και η διαφορετικότητα του κάθε Κέντρου.

Η έρευνα, το προσωπικό εκάστου Κέντρου τόσο αριθμητικά όσο και οι ειδικότητες του, οι ώρες λειτουργίας των Κέντρων.

Επίσης, παρατίθενται **ανάλυση στοιχείων των πέντε τελευταίων ετών**, τα οποία δυστυχώς δεν περιέχουν Κοινωνικά-Δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά προέλευσης και παραπομπής, όπως ήταν ο αρχικός σχεδιασμός μας, παρά μόνο διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Μετά την τεκμηρίωση της έρευνας μας στην οποία περιέχεται η καταγραφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, στην οποία περιλαμβάνεται η διάρθρωση και οι υπηρεσίες που προσφέρονται (Διοικητική-Θεραπευτική), καθώς και μέρος ανάλυσης των περιστατικών των τελευταίων πέντε ετών σε σχέση με την διάγνωση και τις εφαρμοζόμενες θεραπευτικές μεθόδους.

Η χρήση των θεραπευτικών προσεγγίσεων του φαινομένου του ψυχολογικού προβλήματος, καταγραφή των ρυθμιστικών παραγόντων που συντελούν στην δημιουργία του προβλήματος και επηρεάζουν το αποτέλεσμα όπως: η αντίληψη του στρεσογόνου γεγονότος, τα διαθέσιμα υποστηρικτικά συστήματα και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης.

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ, Κ.Κ.Ψ.Υ)

Εισαγωγή

Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ.) δημιουργήθηκε το 1979, σαν φυσική εξέλιξη του κοινωνικού-κοινοτικού προσανατολισμού και του προγράμματος ειδίκευσης στην Ψυχιατρική της Β΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Ήδη την εποχή εκείνη είχε δημιουργηθεί και λειτουργούσε από το 1975 η Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική στο πνεύμα της θεραπευτικής κοινότητας και με φιλοσοφία-υποδομή εκλεκτική βιο-ψυχο-κοινωνική. Σε τέσσερα χρόνια η Κλινική είχε πλαισιωθεί με έναν αριθμό εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, που ζητούσαν όμως καλύτερο συντονισμό και στέγαση μέσα στην κοινότητα. Οι υπηρεσίες αυτές ήταν η Κλινική Επανερχομένων (πρώην νοσηλεύομενων) ασθενών, η Υπηρεσία Ψυχοθεραπείας Εξωτερικών ασθενών, η Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Φοιτητών και η Συμβουλευτική κάλυψη του Νοσοκομείου «Άγιος Δημήτριος».

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το πρόγραμμα ειδικότητας στην Ψυχιατρική της Β΄ Πανεπιστημιακής Κλινικής, ακολούθησε μια διαφορετική πορεία από αυτήν που προέβλεπε η νομοθεσία, προσφέροντας εθελοντικό χρόνο εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία (ατομική, ομαδική, ψυχαναλυτική, συμπεριφοράς), στην συμβουλευτική-διασυνδεδετική ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο, στην εξωνοσοκομειακή κοινωνική ψυχιατρική κ.ά.

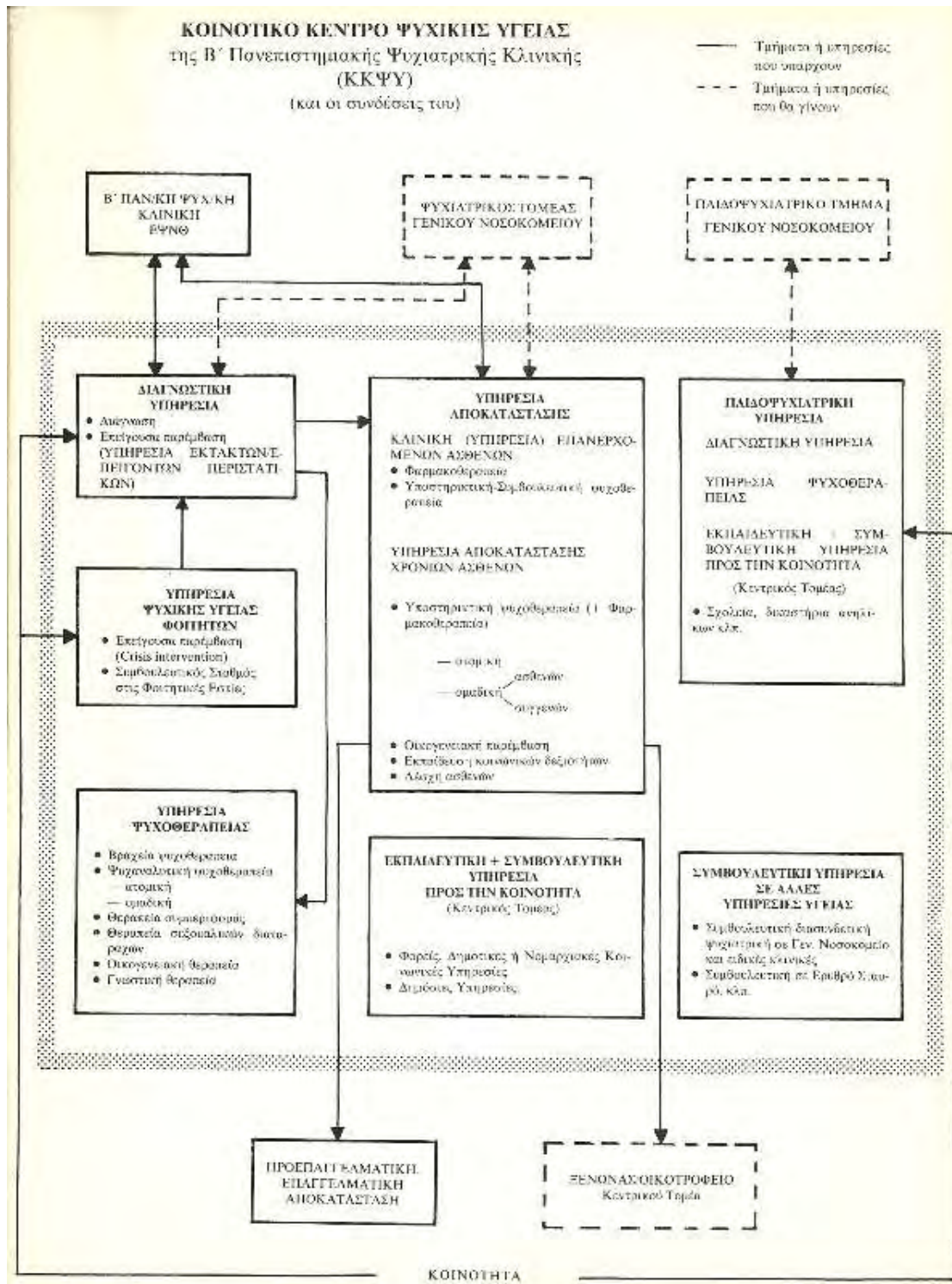
Όλα τα ανωτέρω δεν ήταν τόσο εύκολα να δημιουργηθούν και να εγκατασταθούν με την ουσιαστική ονομασία τους στην κοινότητα. Αυτό πέτυχε χάρη στις προσπάθειες δύο πανεπιστημιακών ψυχιάτρων των κ.κ. Καθηγητή Ι. Λογοθένη και Ν. Μάνου, που προκειμένου να έχουν την χρηματοδότηση ονομάστηκε ερευνητικό πρόγραμμα κοινοτικής ψυχιατρικής.

Η λειτουργία του Κέντρου άρχισε στο τέλος της άνοιξης του 1980.

Στα χρόνια που ακολούθησαν το Κέντρο στηριζόμενο στην αλόγκιστη προσφορά των εργαζομένων εκεί, των εκπαιδευτών και των ειδικευομένων να αναγνωρισθεί ως ένα πρότυπο κέντρο παροχής υπηρεσιών και εκπαίδευσης στην κοινοτική ψυχιατρική και στην ψυχοθεραπεία.^[43]

Το Κ.Κ.Ψ.Υ. ακολουθώντας τον διαχωρισμό της πόλης σε τομείς, επικεντρώνει τις υπηρεσίες του στον Κεντρικό Τομέα της πόλης, που περιλαμβάνει και το Πανεπιστήμιο και εκτείνεται από τον Βαρδάρη μέχρι την Αγγελάκη και από την παραλία μέχρι τα κάστρα. Πληθυσμός 580.000 περίπου συμπεριλαμβανομένων και των φοιτητών.

σ.11.εικόνα ΚΚΨΥ (Οργάνωση και λειτουργία, περίοδου 1980-1985)



Λειτουργία του Κ.Κ.Ψ.Υ

Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας λειτουργεί σαν Κέντρο Ψυχικής Υγείας στο πνεύμα του άρθρου 21 του Νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, σε στενή σύνδεση με τη Β΄ Πανεπιστημιακή Κλινική, που εδρεύει στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Η αρχική επιθυμία του να συνδεθεί με ένα Πανεπιστημιακό Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου, την διαδέχθηκε η νέα εξέλιξη, που είναι το εφημερεύον Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου και έτσι διαχωρίστηκε από την σύνδεση της Β΄ Πανεπιστημιακής.

Όπως αναφέρεται και στην εισαγωγή, οι διαθέσιμες υπηρεσίες, καθώς και η εκπαίδευση είναι συνδεδεμένες στη λειτουργία του Κ.Κ.Ψ.Υ., επειδή όλες οι υπηρεσίες του είναι στελεχωμένες εκτός από το προσωπικό και από εκπαιδευόμενους ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ειδικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας, επισκέπτες υγείας. Ειδικότερα, το Κ.Κ.Ψ.Υ., προσφέρει αναγνωρισμένη ειδικότητα στην Ψυχιατρική δύο χρόνια και ένα χρόνο στην Παιδοψυχιατρική, με εντατική εκπαίδευση, σεμινάρια-άσκηση-επίβλεψη, σε πολλαπλά πεδία της διαγνωστικής, ψυχοθεραπευτικής, προληπτικής, αποκατάστασης κ.ά. Ψυχιατρικής. Ασφαλώς το Κ.Κ.Ψ.Υ. ασχολείται και με την ψυχιατρική έρευνα. Συνοπτικά, η λειτουργία του Κ.Κ.Ψ.Υ. περιλαμβάνει την προσφορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την εκπαίδευση και την έρευνα.

Ωρες λειτουργίας

Λειτουργεί καθημερινά, εκτός από το Σαββατοκύριακο και τις αργίες, από τις 07:00 π.μ. μέχρι 20:00 μ.μ.

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας του Κ.Κ.Ψ.Υ. προσφέρουν διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα της πόλης, ιδιαίτερα (σ' αυτούς που δεν μπορούσαν να πληρώσουν τον ιδιωτικό φορέα), κάτι που δεν ισχύει δυστυχώς στις μέρες μας, μετά από απόφαση της Διοίκησης η αμοιβή είναι πέντε ευρώ. Το σχήμα 1, παρουσιάζει μια διαγραμματική ανάλυση των υπηρεσιών του Κ.Κ.Ψ.Υ. και των διασυνδέσεων τους.

Επισημαίνονται ορισμένα χαρακτηριστικά στοιχεία:

- **Διαγνωστική υπηρεσία.** Ακολουθεί την ταξινόμηση κατά D.S.M. και το M.M.P.I. σε κάθε ασθενή, (σήμερα γίνεται αν χρειασθεί), λήψη ιστορικού και εβδομαδιαία συζήτηση νέων περιπτώσεων. Η διάγνωση τίθεται με τις ψυχιατρικές φαινομενολογικές, ψυχοδυναμικές και κοινωνικές συνιστώσες. Η θεραπεία είναι συνδυασμός ψυχοθεραπείας-φαρμακοθεραπείας, κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης ή ενδεχόμενα νοσηλείας.
- **Υπηρεσία Επείγουσας (κυρίως ψυχοθεραπευτικής) Παρέμβασης.** Ιδιαίτερα ανεπτυγμένη.
- **Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Φοιτητών.** Προσφέρει επείγουσα ψυχοθεραπευτική παρέμβαση και επί πρόσθετα λειτουργεί **Συμβουλευτικός Σταθμός** στην φοιτητική λέσχη του Α.Π.Θ.

- **Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία.** Είναι ειδικά διαμορφωμένη, με δικά της διαγνωστικά κριτήρια. Παρέχει ψυχοθεραπεία, εκπαιδευτική-συμβουλευτική στα σχολεία του Κεντρικού Τομέα, στα δικαστήρια ανηλίκων, με συζητήσεις, ενημερώσεις, συμβουλευτική παρέμβαση σε παιδιά, εφήβους, καθηγητές, δασκάλους, δικαστές, επιμελητές ανηλίκων κ.ά.
- **Υπηρεσία Ψυχοθεραπείας.** Παρέχει μεγάλο φάσμα ψυχοθεραπειών.
- **Υπηρεσία Επανερχομένων Ασθενών.** Παρακολουθεί κυρίως ψυχωτικούς ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν στην Β΄ Πανεπιστημιακή Κλινική σε σύνδεση με την **υπηρεσία αποκατάστασης ασθενών**, που παρακολουθεί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν οπουδήποτε.
- **Εκπαιδευτική και Συμβουλευτική Υπηρεσία προς την Κοινότητα.** Απευθύνεται μόνο στον Κεντρικό Τομέα της πόλης, σε σχολεία, σε διάφορους κοινωνικούς φορείς και υπηρεσίες του Δήμου.
- **Συμβουλευτική Υπηρεσία σε άλλες υπηρεσίες υγείας.**
- **Συμβουλευτικός Σταθμός Χ.Α.Ν.Θ και Κ.Ε.Θ.Ε.Α.**

Εκπαίδευση

Έχει αναφερθεί ότι το Κ.Κ.Ψ.Υ. προσφέρει ειδική εκπαίδευση στις διάφορες υπηρεσίες του, κυρίως στους ειδικευόμενους που παρακολουθούν το πρόγραμμα ειδίκευσης της Β΄ Πανεπιστημιακής Κλινικής. Επίσης, προσφέρει εκπαίδευση και σε ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φοιτητές Ιατρικής, Γενικούς Ιατρούς κ.ά.

Κάθε χρόνο λειτουργούν εκπαιδευτικά **σεμινάρια** ακαδημαϊκού έτους:

- Εισαγωγή στην ψυχαναλυτική ψυχοπαθολογία και στην ψυχοθεραπεία.
- Διαγνωστική κατά D.S.M. και Κλινική Ψυχιατρική.
- Ψυχοβιολογία.
- Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.
- Συνεχής παρουσίαση και συζήτηση ψυχαναλυτικού περιστατικού.
- Ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς.
- Παιδοψυχιατρική.
- Προχωρημένο σεμινάριο ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας και σύνθεση ψυχοθεραπειών.
- Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία.
- Κοινωνική, Κοινοτική Ψυχιατρική και Ψυχιατρική Επιδημιολογία.
- Ομαδική Ψυχοθεραπεία.
- Συμβουλευτική-διασυνδετική ψυχιατρική και εφαρμογή της ψυχιατρικής στην Ιατρική.

Κάποια σεμινάρια που γίνονται στους ειδικευόμενους της Β΄ Πανεπιστημιακής Κλινικής εντός της Κλινικής δεν συμπεριλαμβάνονται.

Έρευνα

Από την έναρξη της λειτουργίας του Κ.Κ.Ψ.Υ. ένα ευρύ πεδίο ερευνητικών προγραμμάτων υπάρχει που αφορά μελέτες της προσωπικότητας, στάθμιση ψυχολογικών test, μελέτες της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, μελέτες πάνω στην ψυχιατρική διαγνωστική, μελέτες σε συνεργασία με άλλους κλάδους της Ιατρικής, επιδημιολογικές μελέτες κ.ά.

Προσωπικό του Κ.Κ.Ψ.Υ.

Στο Κ.Κ.Ψ.Υ. εργάζονται με πλήρη ή μερική απασχόληση παροχής υπηρεσιών και εκπαίδευσης ή μόνο εκπαίδευσης:

Ψυχίατροι	2	Διευθυντές του ΕΣΥ
Ψυχίατρος	1	Μερική απασχόληση
Παιδοψυχίατρος	1	Διευθυντής του ΕΣΥ
Ψυχολόγοι	3	
Κοινωνικοί λειτουργοί	2	
Λογοθεραπευτές	1	
Εργοθεραπευτές	1	
Νοσηλεύτες	3	
Γραμματεύς	1	
Γενικών καθηκόντων	1	
Ειδικευόμενοι ιατροί	12	1 ^ο και 2 ^ο έτος
Φοιτητές ψυχολόγοι	2	
Φοιτητές κοιν. λειτουργοί	1	
Φοιτητές ιατρικής	100	

ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2008- 20012

Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας προσφέρει πολλαπλές διαγνωστικές, θεραπευτικές, προληπτικές, συμβουλευτικές, εκπαιδευτικές κ.λ.π. υπηρεσίες, των οποίων τα πλήρη στοιχεία είναι δύσκολο να συγκεντρωθούν.

	2008	2009	2010	2011	2012
Διαγνωστικές συνεδρίες	319	604	530	557	350
Ατομικές θεραπευτικές συνεδρίες	7.243	6.051	7.317	6.839	3.898

Ομαδικές θεραπευτικές συνεδρίες	84		398	266	232
Οικογενειακές θεραπευτικές συνεδρίες			304	422	351
Λογοθεραπευτικές συνεδρίες	94	320	232	339	113
Εργοθεραπευτικές συνεδρίες		407	275	320	231
Συνεδρίες εκπαίδευσης μαθησιακών δυσχεριών			247	233	106
Συνεδρίες ψυχομετρικών test	31		55	77	74
Παρεμβάσεις σε κρίσεις		2.268	1030	632	362
Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων χρόνιων ψυχικών	481		365	295	140
Κοινωνικές παρεμβάσεις	35	62	140	171	101
Επισκέψεις για συνταγογράφηση			1.325	1.660	559
Σεμιναριακές ώρες	290		864	3.276	1.776
Επιβλέψεις θεραπευτών	240	550	1.394	2.858	2.093
Παρεμβάσεις σε κοινότητα και συνεργασίες με φορείς		22	81	188	92

Μαθήματα φοιτητών ιατρικής Α.Π.Θ.	56	56	58	62	38
---	----	----	----	----	----

Σχόλιο

Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας δημιουργήθηκε και παρέμεινε ως μία προσπάθεια για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο δημόσιο φορέα. Η φιλοσοφία του ξεκίνησε από τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α. προσαρμοσμένα στην ελληνική πραγματικότητα και τις ανάγκες της.

Κυρίαρχο στοιχείο του Κ.Κ.Ψ.Υ ήταν και είναι η ποιοτική εξειδίκευση, η σύνθεση παροχής υπηρεσιών και εκπαίδευσης σε δημόσιο φορέα, εκτός όλων των προαναφερθέντων η πρόληψη και η συμβουλευτική στην κοινότητα.

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΥΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ)

Εισαγωγή

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Αμπελοκήπων) ως ιδέα δημιουργήθηκε το 1984 και η έναρξη λειτουργίας του ήταν το 1985, σε μια περίοδο αλλαγής και εκσυγχρονισμού του χώρου της ψυχιατρικής περίθαλψης και επί πλέον παίρνοντας ένα μεγάλο μερίδιο αυτό που ονομαζόταν τότε και για τα επόμενα χρόνια ψυχιατρική μεταρρύθμιση ή αποασυλοποίηση.

Προς αυτή την κατεύθυνση συνέβαλε και όλο το κλίμα της εποχής για ποικίλες αλλαγές και προβληματισμούς στην ίδρυση εξωνοσοκομειακών δομών, την ουσιαστική ανάπτυξη της *Τοπικής Αυτοδιοίκησης* και μια νέα μορφή *Πρόληψης, Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και Ψυχοθεραπείας* στο Δημόσιο φορέα από Κ.Ψ.Υ. Δυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης.

Σύμφωνα με την ειδική έκδοση “ΣΥΣΤΗΜΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ” (επιμέλεια Φανής Τριανταφύλου, 1996 Ψ.Ν.Θ.), ύστερα από λειτουργία δώδεκα χρόνων, η φιλοσοφία της υγειονομικής ομάδας που απαρτίωναν το Κέντρο συνίστατο στην διερεύνηση των ανθρώπινων αξιών, την αναγνώριση της διαφορετικότητας και στην διευκόλυνση καινούργιων ιδεών. Η Συστημική Προσέγγιση του εστιαζόταν στην παρατήρηση πολύπλοκων φαινομένων, όπως πολυμελή ανθρώπινα συστήματα, καθώς και στις προσωπικές ιδέες και αξίες των ατόμων και τις διατηρούμενες αρχές των συστημάτων τους.

Δίνεται έμφαση στην ομαδικότητα ως ένα εργαλείο για την κατανόηση των ανθρώπινων συστημάτων και την θεραπευτική παρέμβαση σε αυτά.

Το *Δομικό* πλαίσιο για την διόρθωση των διαταραχών φάνηκε ότι δεν βοήθησε αρκετά και έτσι πέρασαν στην στρατηγική του ελέγχου, της πρόβλεψης και της παρέμβασης για τις απαραίτητες αλλαγές.

Ο τρόπος λειτουργίας του συγκεκριμένου Κέντρου είναι πρωτοποριακός καθώς επέλεξε την Συστημική Προσέγγιση στην Ψυχική Περίθαλψη. Καλύπτει τις υπηρεσίες μιας Μονάδας Πρόληψης και επέλεξε την Συστημική Προσέγγιση ως πλαίσιο λειτουργίας και θεραπευτικής δράσης.^[44]

Η Β.Καφατζή, ψυχίατρος του Κέντρου αποσαφηνίζει τις έννοιες “Οικογενειακή Θεραπεία” και “Συστημική Θεραπεία”, καθώς η Συστημική Θεραπεία αποτελεί εξελικτική μορφή θεραπευτικών προσεγγίσεων της Οικογενειακής Θεραπείας (και αυτή ξεπερνά τα όρια της οικογένειας και χρησιμοποιείται σε ευρύτερα συστήματα, που βασίζονται στη “Θεωρία των Συστημάτων”).

Το ολιστικό μοντέλο είναι ο τρόπος σκέψης της ψυχοθεραπείας και το σύστημα ένα σύνολο στοιχείων σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους.^[45]

Λειτουργίες

Το Κ.Ψ.Υ. Δυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του ΨΝΘ με σκοπό «την ψυχοκοινωνική μέριμνα, τη συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και διαφώτιση, την

πρόληψη και θεραπεία, καθώς και τη συμβολή στην αποκατάσταση και την κοινωνική ένταξη του αρρώστου», παρέχει προς μία μεγάλη, κοινότητα (πρώην δήμοι Σταυρούπολης, Αμπελοκήπων, Εύοσμου, Ελευθερίων-Κορδελιού, Ν. Ευκαρπίας), πληθυσμός περίπου 400.000, τις εξής Υπηρεσίες:

● **Υπηρεσίες που παρέχει το ΚΨ Υ Δυτικού Τομέα**

- ◆ Αξιολόγηση νέων περιστατικών (παιδιά, έφηβοι, ενήλικες, ζευγάρια, οικογένειες, -Ψυχομετρικές δοκιμασίες (προσωπικότητας, νοημοσύνης, ανίχνευσης μαθησιακών δυσκολιών, ομιλίας και λόγου)
- ◆ Χορήγηση γνωματεύσεων, πιστοποιητικών
- ◆ Συμβουλευτική: Γονέων, εκπαιδευτικών, ομάδων μαθητών, επαγγελματιών υγείας κ.ά.
- ◆ Συμβουλευτική Οργανισμών (Εποπτεία και Συμβουλευτική σε προσωπικό ομάδων εργασίας διαφόρων δομών).
- ◆ Ψυχοθεραπεία: Ατομική, Συζυγική, Οικογενειακή, Ομαδική (Συστημική, ψυχαναλυτική, ανθρωπιστική, ψυχοθεραπεία μέσω Τέχνης).
- ◆ Αξιολόγηση παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας για προβλήματα λόγου, μαθησιακές δυσκολίες, αναπτυξιακές διαταραχές.
- ◆ Λογοθεραπεία.
- ◆ Εργοθεραπεία.
- ◆ Κοινωνική έρευνα στο πλαίσιο δικαστικής συμπαράστασης.
- ◆ Παρεμβάσεις στην κοινότητα (σχολεία, ιδρύματα, κ.ά.).
- ◆ Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση σε πρώην ή χρόνιους ασθενείς, με υποστήριξη και παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον ή στο οικοτροφείο με εποπτεία και μετεκπαίδευση του προσωπικού, κ.ά.
- ◆ Ιατρείο Παρακολούθησης-Συνταγογράφησης επανερχομένων ασθενών.

● **Συνεργασία με τους φορείς της Κοινότητας, Ενημέρωση-Ευαισθητοποίηση** με κύριο

στόχο την ανάπτυξη **Δικτύου** μεταξύ διαφόρων υπηρεσιών, προς όφελος των χρηστών.

- ◆ Το ΚΨΥ συνεργάζεται με φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Γενικά Νοσοκομεία, Συμβουλευτικούς Σταθμούς Δήμων, Σχολεία, ΚΕΔΥ, Δίκτυο Α΄, ΟΚΑΝΑ, κ.ά.
- ◆ Στο πλαίσιο της συμβουλευτικής παρέμβασης στην κοινότητα και ενημέρωσης παρέχει **Ενημερωτικά σεμινάρια, Κλινική Εποπτεία και Συμβουλευτική** σε επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, Πρόνοιας, Εκπαιδευτικούς, Δικαστικούς επιμελητές κ.ά.
- ◆ Ομιλίες-συζητήσεις, διαλέξεις, με βάση τα αιτήματα και τις ανάγκες της κοινότητας, σε σχολεία, νηπιαγωγεία, συλλόγους γονέων και κηδεμόνων, δήμους κ.ά.

Ψυχιατρική ειδικότητα - Κλινική πρακτική. Μέσα στα πλαίσια της ψυχιατρικής ειδικότητας το Κ.Ψ.Υ. Δυτικού Τομέα παρέχει ενός έτους **ειδικότητα στους ειδικευόμενους ψυχιάτρους του ΨΝΘ και κλινική πρακτική** κατά το νόμο σε **επαγγελματίες ψυχικής υγείας**, κατόπιν αιτήματός τους και έγκρισης από το Ψ.Ν.Θ. Επίσης κλινική πρακτική **σε νοσηλευτές της ψυχιατρική ειδικότητας** του Ψ.Ν.Θ.

- **Δια βίου μάθηση/ εξειδίκευση των λειτουργών του Κ.Ψ.Υ.** Μετεκπαιδευτικό

Πρόγραμμα με προσκεκλημένους επιστήμονες, το οποίο μπορούν να παρακολουθήσουν και οι ειδικευόμενοι ψυχιάτροι και παιδοψυχιάτροι, καθώς και οι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας του Ψ.Ν.Θ.

- **Οργάνωση συνεδρίων, ημερίδων και επιστημονικών εκδηλώσεων** με διακεκριμένους Έλληνες και ξένους επιστήμονες.

Έρευνα

Στις δραστηριότητες του Κ.Ψ.Υ. περιλαμβάνεται η επιστημονική έρευνα που αφορά ποικίλα επίπεδα της λειτουργίας του.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2012

Σύνολο ατόμων που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ.: 4144

Κλινικό έργο: ΠΡΑΞΕΙΣ: 3.283 - ΑΤΟΜΑ: 4.144

Παρεμβάσεις στην κοινότητα: ΠΡΑΞΕΙΣ 168 – ΑΤΟΜΑ:1.081

Συνεργασίες με φορείς: ΠΡΑΞΕΙΣ: 109

Εκπαιδευτικά σεμινάρια: ΠΡΑΞΕΙΣ: 52– ΑΤΟΜΑ: 573

Επιπλέον πράξεις-άτομα

Ειδική λήψη πρώτων πληροφοριών: ΠΡΑΞΕΙΣ-ΑΤΟΜΑ: 517

Συνεργασίες με γονείς (Λογοθεραπεία-εργοθεραπεία): ΠΡΑΞΕΙΣ - ΑΤΟΜΑ: 461

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

	ΠΡΑΞΕΙΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΑΙΔΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ*	499	190	440	169	799
ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ	107	6	11	90	107
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ εξ αυτών:	2598	682	1805	672	3159
ΟΜΑΔΙΚΗ	8	38	68	-	106
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ	419	299	441	129	869
ΑΤΟΜΙΚΗ εξ αυτών:	2171	345	1296	543	2184
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1650	343	1290	17	1650
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	184	1	6	177	184
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	337	1		349	350
ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ**	79	34	45	-	79
ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	3283	912	2301	931	4144

*Η διαγνωστική συνέντευξη γίνεται είτε με ατομική είτε με οικογενειακή συνεδρία.

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΡΑΞΕΙΣ

• **Ειδική Λήψη πρώτων πληροφοριών–αρχική αξιολόγηση επείγοντος**, σε καθημερινή βάση (τηλεφωνικά ή δια ζώσης) διάρκειας ½ ώρας. Γίνεται από θεραπευτές, οι πληροφορίες καταγράφονται σε ειδικό έντυπο για τη συζήτηση περιστατικών. ΠΡΑΞΕΙΣ –ΑΤΟΜΑ: **517**

• **Συνεργασία με γονείς για θέματα Λογοθεραπείας-Εργοθεραπείας παιδιών:**

ΠΡΑΞΕΙΣ-ΑΤΟΜΑ: **461**

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ:

ΠΡΑΞΕΙΣ: **168**

ΑΤΟΜΑ: **1081**

Συμβουλευτική/Εποπτεία επαγγελματιών ψυχικής υγείας φορέων της κοινότητας (Συμβουλευτικός Σταθμός Δήμου Ευόσμου, Τμήμα ΙΑΝΟΣ ΨΝΘ,) Σεμινάρια Ενημέρωσης-Εναισθητοποίησης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκπαιδευτικούς, Δικαστικούς επιμελητές (αναφέρονται αναλυτικά στο Εκπαιδευτικό έργο), Παρέμβαση σε κρίση σε ξενώνα αποκατάστασης, Ομάδα Εκπαιδευτικών και Γονέων ΑΜΕΑ, Βιοματικές Ομάδες Εναισθητοποίησης σε Εκπαιδευτικούς και Μαθητές Δημ Σχολείου, ομιλίες σε εκπαιδευτικούς, συλλόγους γονέων κ.ά.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ:

ΠΡΑΞΕΙΣ: 109

ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΚΨΥ

Στους ενήλικες:

- F40-F48 Νευρωτικές, συνδεδεμένες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές: 34,38 %
- F30-F39 Διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές): 22,31 %
- F20-29 Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή και παραληρητικές διαταραχές: 3,14%,
- F60-69 Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ενήλικου: 1,32%
- F70-79 Νοητική υστέρηση: 0,16%
- F50-59 Σύνδρομα εκδηλούμενα στη συμπεριφορά και συνδεδεμένα με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών: 1,32%
- Άλλο: 0,16%
- Z00-Z99: Παράγοντες επηρεάζοντας την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας: 36.52%

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Το ΚΨΥ παρέχει σημαντικό εκπαιδευτικό έργο στην προσπάθειά του να προάγει την οργάνωση διασυνδεδετικών συνεργασιών στην κοινότητα και ανταποκρινόμενο σε πολλά αιτήματα επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, εκπαιδευτικών κλπ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΣΤΟ ΚΨΥ	ΑΡΙΘΜ ΕΚΠΑΙΔΕΥ -ΟΜΕΝΩΝ
ΣΥΝΟΛΟ	62
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	1

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΙ	54
Ψυχίατροι [Παιδοψυχιατρική Κλινική Γ.Ν. Παπανικολάου]	1
Ειδικευόμενοι παιδοψυχίατροι [Πατροπαιδαγωγικό Κέντρο ΨΝΘ]	1
Ψυχολόγοι [Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων Γ.Ν. Παπανικολάου (1), ΕΛΑΣ (3 – ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ), Ιανός ΨΝΘ (1), Δήμος Ευόσμου (1), Κοινότητα Καρτερών ΨΝΘ (1), Ίδρυμα Κοινωνικής Φροντίδας «Άγιος Παντελεήμων» (1), Κοινότητα (10 –ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ)(Σχολή Τυφλών (1), Σ.Σ. Νέων Δυτικής Θεσσαλονίκης (2), Σχολείο Δεύτερης Ευκαιρίας Νεάπολης (1), Β΄ ΚΕΔΔΥ Θεσ/νίκης (1), Μεταπτυχιακοί (5 –ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ)]	23
Κοινωνικοί λειτουργοί [Μονάδα Τοξικοεξαρτημένων ΨΝΘ (2), Σ.Σ.. κατά της Εξάρτησης από Αλκοόλ (1), Κοινότητα Καρτερών ΨΝΘ (2), Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων Γ.Ν. Παπανικολάου (1) Παιδικός Σταθμός Δήμος Θεσσαλονίκη (1)]	7
Παιδαγωγοί [Κ.Ψ.Υ. Κεντρικού Τομέα ΨΝΘ(1), Ειδική Παιδαγωγός Παιδοψυχιατρικής Κλινικής Παπανικολάου (1)]	2
Κοινωνική Ανθρωπολόγος [Σ.Σ. Τοξικοεξαρτημένων Ψ.Ν.Θ.]	1
Νοσηλεύτες [Παιδοψυχιατρική Κλινική Γ.Ν. Παπανικολάου (2), Ειδικότητα στην ΨΥ, ΨΝΘ-Κλινική πρακτική (11)]	16
Επισκέπτρια Υγείας (Β΄ Οξεία & Α΄ΟΨΕΤ, ΨΝΘ	1
Λογοπεδικός ή Λογοθεραπευτές (ΚορωνιάδουΦανή, Γεράσιμος Μουντούρης)Κοινότητα	2
ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟΙ (κλινική πρακτική)	
Κοινωνική λειτουργός [ΤΕΙ Κρήτης]	1
(Επιπλέον Κλινική Επίβλεψη νεώτερου προσωπικού του ΚΨΥ)	(6)

Υπάρχει πλούσιο εκπαιδευτικό-ενημερωτικό έργο, όπως

Το ΚΨΥ περέχει σημαντικό εκπαιδευτικό έργο όχι μόνο γιατί προάγει την οργάνωση διασυνδεδετικών συνεργασιών στην κοινότητα, αλλά και γιατί ανταποκρίνεται σε αιτήματα επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων

- **Σεμινάρια ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας**
- **Ομάδες βιωματικής εμπειρίας**

Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα: Η εφαρμογή της Συστημικής Προσέγγισης σε ΚΨΥ.

- **Συνεχιζόμενο Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα του Κ.Ψ.Υ.**

Οι δραστηριότητες του προσωπικού περιλαμβάνουν:

- Πράξεις Διαγνωστικής Αξιολόγησης ανάλογα με την ειδικότητα σε καθημερινή βάση.
- Υποστηρικτικές/Συμβουλευτικές/Θεραπευτικές πράξεις σε καθημερινή βάση.
- Ειδική λήψη Πρώτων Πληροφοριών από τηλεφώνου ή δια ζώσης σε καθημερινή βάση.
- Ψυχομετρικές δοκιμασίες.
- Ενημέρωση φακέλων σε καθημερινή βάση
- Καταγραφή στοιχείων από κάθε θεραπευτή για την ενημέρωση της βάσης στατιστικών δεδομένων.
- Χορήγηση Γνωματεύσεων, Πιστοποιητικών.
- Συνεργασία με γονείς σε θέματα λογοθεραπείας/εργοθεραπείας παιδιών.
- Συμμετοχή σε θεραπευτικές Ομάδες.
- Συνθεραπεία.
- Συνεργασίες μεταξύ των θεραπειών για την αξιολόγηση περιστατικών, το θεραπευτικό σχεδιασμό και το συντονισμό παράλληλων θεραπειών.
- Παρεμβάσεις - Επαφές- συνεργασία με φορείς της κοινότητας.
- Σχεδιασμός-πρόταση προγράμματος πρόληψης αναπτυξιακών διαταραχών
- Οργάνωση και συμμετοχή του ΚΨΥ στην Παγκόσμια Ημέρα Λογοθεραπείας.
- Συμβουλευτική Εποπτεία (peer consultation).
- Εποπτεία Κλινικού έργου νεώτερων θεραπειών του ΚΨΥ.
- Εποπτεία κλινικού έργου επαγγελματιών ψυχικής υγείας άλλων φορέων.
- Εποπτεία Κλινικής πρακτικής επαγγελματιών Ψ.Υ. κατά το νόμο.
- Εβδομαδιαία αξιολόγηση της Λίστας περιστατικών.
- Εβδομαδιαία Συνάντηση της ολομέλειας του προσωπικού.
- Μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα του ΚΨΥ με καλεσμένους επιστήμονες.
- Εσωτερικό μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα του ΚΨΥ.
- Εκπαιδευτικό πρόγραμμα: Η εφαρμογή της Συστημικής Προσέγγισης σε ΚΨΥ.
- Εκπαιδευτικό πρόγραμμα ειδικευομένων ψυχιάτρων.
- Εκπαιδευτικά-ενημερωτικά σεμινάρια για επαγγελματίες ψυχικής Υγείας.
- Παροχή εκπαίδευσης στο ΨΝΘ και σε εξωτερικούς φορείς κατόπιν προσκλήσεως
- Συμμετοχή στο επιστημονικό-ερευνητικό έργο του ΚΨΥ.
- Καταγραφή-επεξεργασία στατιστικών στοιχείων στη βάση στατιστικών δεδομένων.

- Συμμετοχή σε Οργανωτικές επιτροπές μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων, ημερίδων, επιστημονικών εκδηλώσεων.
- Συμμετοχή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ψυχιάτρων ΨΝΘ.
- Συμμετοχή στις εφημερίες του ΨΝΘ.
- Συμμετοχή στο Συμβουλευτικό Σταθμό των ψυχολόγων του ΨΝΘ.
- Γραμματειακή υποστήριξη.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2011

Σύνολο ατόμων που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ.: 5.584

Κλινικό έργο: ΠΡΑΞΕΙΣ: 942 - ΑΤΟΜΑ: 3.944

Παρεμβάσεις στην κοινότητα: ΠΡΑΞΕΙΣ 215 - ΑΤΟΜΑ: 490

Συνεργασίες με φορείς: ΠΡΑΞΕΙΣ: 129

Εκπαιδευτικά σεμινάρια: ΠΡΑΞΕΙΣ: 38 – ΑΤΟΜΑ: 424

Επιπλέον πράξεις-άτομα

Ειδική λήψη πρώτων πληροφοριών: ΠΡΑΞΕΙΣ-ΑΤΟΜΑ: 489

Συνεργασίες με γονείς (Λογοθεραπεία-εργοθεραπεία): ΠΡΑΞΕΙΣ - ΑΤΟΜΑ: 259

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

	ΠΡΑΞΕΙΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΑΙΔΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ*	439	163	419	161	743
ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ	114	5	13	102	120
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ εξ αυτών:	1966	756	1364	531	3051
ΟΜΑΔΙΚΗ	26	115	283	-	398
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ	385	348	554	138	1040

ΑΤΟΜΙΚΗ	1555	293	927	393	1613
εξ αυτών:					
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1144	288	865	21	1174
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	146	5	17	138	160
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	265	-	45	234	279
ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ	30	11	19	-	30
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ**					
ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ		942	2232	794	3.944

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΡΑΞΕΙΣ

- Ειδική Λήψη πρώτων πληροφοριών–αρχική αξιολόγηση επειγόντος

ΠΡΑΞΕΙΣ –ΑΤΟΜΑ: **489**

- Συνεργασία με γονείς για θέματα Λογοθεραπείας-Εργοθεραπείας παιδιών:

ΠΡΑΞΕΙΣ-ΑΤΟΜΑ: **259**

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ:

ΠΡΑΞΕΙΣ: **215**

ΑΤΟΜΑ: **490**

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΨΥ: **355**

(Από αυτές: Από Φορείς Υγείας 35 %, άτομα της Κοινότητας 32 %, Χρήστες Υπηρεσιών του ΚΨΥ 22 %, Internet 5,5 %, Σχολεία 5 %, Τηλ κατάλογο 1,5 %, Εισαγγελία ανηλίκων 1 %).

- ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΚΨΥ: **26**

ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΚΨΥ

Στους ενήλικες:

- F40-F48 Νευρωσικές, συνδεδεμένες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές: 25 %
- F30-F39 Διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές): 24 %
- Άλλες: 9 % (σχιζοφρένεια, ψυχογενής ανορεξία, διαταραχές προσωπικότητας)
- Σοβαρά προβλήματα σχέσεων (ενδοοικογενειακών, συντροφικών, κ.ά.), κ. ά.: 42 % .

Προβλήματα Σχέσεων V61.9 - V62.81):

(Ενδοοικογενειακή βία, προβλήματα διαχείρισης των φάσεων του κύκλου οικογενειακής ζωής, διαζύγια με επιπτώσεις στα παιδιά, στήριξη μονογονεϊκής οικογένειας, προβλήματα μετανάστευσης-παλιννόστησης και προσαρμογής, διαχείριση από την οικογένεια μέλους με συμπτώματα ή

προβλήματα συμπεριφοράς, διαχείριση έκτακτων καταστάσεων που δημιουργούν αδιέξοδα, δυσκολίες ή αδυναμία γονικής αντιμετώπισης ή οριοθέτησης της συμπεριφοράς των παιδιών (παιδική ηλικία, έφηβοι, νεαροί ενήλικες), εμπλοκή κοινωνικών ή δικαστικών φορέων πχ σε περιπτώσεις παραμέλησης παιδιού ή παραβατικής συμπεριφοράς κ.ά).

Στα παιδιά και τους εφήβους:

- F80-F89 Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης: 56 %
(Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και του λόγου, Ειδικές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων-μαθησιακές, Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές)
- F90-F98 Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία: 42 %
- F70-F79 Νοητική υστέρηση: 2 %

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2010

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

Σύνολο ατόμων που απευθύνθηκαν στο Κ.Ψ.Υ.743 (χρήστες)

364 (Α Πληροφορίες)

Σύνολο ατόμων που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ.: 4.503

Ώρες θεραπείας που προσφέρθηκαν: 6.399

(Κλινική διαγνωστική, ψυχοθεραπεία, λογοθεραπεία, ειδική παιδαγωγική, Συμβουλευτική γονέων, εργοθεραπεία κλπ.).

Άνδρες: 1.069

Γυναίκες: 2.768

Αγόρια: 354

Κορίτσια: 312

Στους ενήλικες, η **κύρια δυσκολία** για την οποία απευθύνονται στο Κ.Ψ.Υ. είναι:

- α) Δυσκολία/Δυσλειτουργία Σχέσεων, σε ποσοστό περίπου 36,34%
- β) Διαταραχές Άγχους, σε ποσοστό περίπου 14,14%
- γ) Διαταραχές Διάθεσης, Κατάθλιψη, σε ποσοστό περίπου 11,78%
- δ) Από τα προσερχόμενα παιδιά/εφήβους, το 31,81% προσέρχεται για μαθησιακές δυσκολίες και το 29,54% για προβλήματα συμπεριφοράς και σχέσεων.

<u>Κύρια Αντιμετώπιση</u>	
Κλινική Διαγνωστική:	1.318 άτομα
Ψυχοθεραπεία:	1.842 άτομα
Λογοπεδική Αξιολόγηση/Λογοθεραπεία/Ειδ. Παιδαγωγική	199 άτομα
Εργοθεραπευτική Αξιολόγηση/Εργοθεραπεία:	401 άτομα
Συμβουλευτική/Κοινωνική εργασία:	130 άτομα
Συμβουλευτική Οργανισμών	446 άτομα
Συνεργασία με γονείς	169 άτομα

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2009

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

Σύνολο ατόμων που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ.: 3.607

Ώρες θεραπείας που προσφέρθηκαν: 5.001

(Κλινική διαγνωστική, ψυχοθεραπεία, λογοθεραπεία, ειδική παιδαγωγική, Συμβουλευτική γονέων, εργοθεραπεία κλπ.)

Άνδρες: 795

Γυναίκες: 2.118

Αγόρια: 340

Κορίτσια: 354

Στους ενήλικες, η **κύρια δυσκολία** για την οποία απευθύνονται στο Κ.Ψ.Υ. είναι:

- α) Δυσκολία/Δυσλειτουργία Σχέσεων, σε ποσοστό περίπου 36,2%
- β) Διαταραχές Άγχους, σε ποσοστό περίπου 13,02%
- γ) Διαταραχές Διάθεσης, Κατάθλιψη, σε ποσοστό περίπου 10,18%
- δ) Από τα προσερχόμενα παιδιά/εφήβους, το 20,06% προσέρχεται για μαθησιακές δυσκολίες και το 40,48% για προβλήματα συμπεριφοράς και σχέσεων.

Κύρια Αντιμετώπιση

Κλινική Διαγνωστική:	1.306 άτομα
Ψυχοθεραπεία:	1.474 άτομα
Λογοπεδική Αξιολόγηση/Λογοθεραπεία/Ειδ. Παιδαγωγική:	212 άτομα

Εργοθεραπευτική Αξιολόγηση/ Εργοθεραπεία:	270 άτομα
Συμβουλευτική/Κοινωνική Εργασία:	315 άτομα
Συμβουλευτική Οργανισμών:	30 άτομα
Συμβουλευτική/Εποπτεία προς την κοινότητα:	131 άτομα

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2008

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

Σύνολο ατόμων που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ.: 3.180

Ώρες θεραπείας που προσφέρθηκαν: 4.700

(Κλινική διαγνωστική, ψυχοθεραπεία, λογοθεραπεία, ειδική παιδαγωγική, Συμβουλευτική γονέων, εργοθεραπεία κλπ.)

Άνδρες: 634

Γυναίκες: 1.857

Αγόρια: 421

Κορίτσια: 268

Στους ενήλικες, η **κύρια δυσκολία** για την οποία απευθύνονται στο Κ.Ψ.Υ. είναι:

- α) Δυσκολία/Δυσλειτουργία Σχέσεων, σε ποσοστό περίπου 50%
- β) Διαταραχές Άγχους, σε ποσοστό περίπου 18%
- γ) Διαταραχές Διάθεσης, Κατάθλιψη, σε ποσοστό περίπου 8%
- δ) Από τα προσερχόμενα παιδιά/εφήβους, το 80% προσέρχεται για μαθησιακές δυσκολίες.

Κύρια Αντιμετώπιση

Κλινική Διαγνωστική:	1.286 άτομα
Ψυχοθεραπεία:	1.285 άτομα
Λογοθεραπεία/ Ειδική παιδαγωγική:	262 άτομα
Εργοθ. Αξιολόγηση/Εργοθεραπεία:	117 άτομα
Συμβουλευτική/Κοινωνική Εργασία:	230 άτομα
Συμβουλευτική/Εποπτεία προς την κοινότητα:	

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ)

Εισαγωγή

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βορειοδυτικού Τομέα ιδρύθηκε το 1987, και από το 1992 στεγάζεται στην οδό Παπαδοπούλου, αρ.20 στην περιοχή Συκιών.

Αρχικά ως τομέας ευθύνης του προσδιορίστηκε ο χώρος των τριών Δήμων (Συκεών- Νεάπολης- Πολίχνης), συνολικός αριθμός κατοίκων 120.000 περίπου.

Πρόσφατα ο Τομέας αυτός επαναπροσδιορίστηκε και σήμερα αφορά τους κάτωθι Δήμους: Συκιές, Νεάπολη, Πολίχνη, Ροδοχώρι, Ωραιόκαστρο, Μετέωρα, Πεύκα(Πετζίκι), Φύλο, Ιωνία(δ. Εχεδώρου), Αγ. Αθανάσιος(Γέφυρα), Κουφάλια, Μυγδονία (δρυμός, Λητή, Μελισσοχώρι, Χαλάστρα, Χαλκιδόνα), συνολικός αριθμός 240.000 κάτοικοι.

Λειτουργία

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας αποτελείται από διεπιστημονική ομάδα όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με προσανατολισμό στην ψυχική υγεία της κοινότητας.

Ώρες Λειτουργίας

Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά εκτός Σαββατοκύριακο και αργιών από τις 07:00 π.μ. έως 15:00μ.μ.

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Μέχρι πρότινος οι παρερχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα ήταν δωρεάν και μετά από απόφαση της Διοίκησης η αμοιβή ορίστηκε στην τιμή των πέντε ευρώ.

Οι παρερχόμενες υπηρεσίες κυρίως εστιάζονται στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.

- Συνεχής ενημέρωσης των κατοίκων ευθύνης πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας.
- Δημιουργία συχνών ημερίδων με σκοπό την ευαισθητοποίηση των κατοίκων σε θέματα πρόληψης.
- Επισκέψεις σε σχολεία και συνεργασία με κοινωνικές υπηρεσίες στους Δήμους.
- Οι πελάτες είναι ενήλικες, γονείς και παιδιά.
- Εκτός από διάγνωση παρέχεται κάθε βιολογική-φαρμακευτική θεραπεία και κάθε μορφή ψυχοθεραπείας, ατομική, οικογενειακή, εργοθεραπεία κ.ά.
- Επίσης, γίνεται επίσκεψη κατ' οίκον από την επισκέπτρια υγείας.
- Γίνονται μαθήματα σεμιναριακού τύπου στα σώματα ασφαλείας με σκοπό να διαχωρίζεται η παραβατικότητα από την ψυχική διαταραχή.
- Συνεργασία με όλους τους τοπικούς φορείς.

Εκπαίδευση

Υπάρχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς και συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ήδη υπηρετούντων επαγγελματιών. Η εκπαίδευση αφορά το τρίπτυχο βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο με ιδιαίτερη έμφαση σε μορφές ψυχοθεραπείας όπως γνωστική, ατομική, ομαδική, οικογενειακή κ.ά. καθώς και βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Έρευνα

Υπάρχει σειρά ερευνητικών προγραμμάτων τα οποία σχετίζονται με την επιστημονική γνώση και την λειτουργία των διαφόρων τομέων της λειτουργίας του Κέντρου.

Προσωπικό

Ψυχίατροι	2	Διευθυντές του ΕΣΥ
Ψυχολόγοι	2	
Ψυχολόγος	1	Μερικής απασχόλησης
Νοσηλεύτες	2	
Επισκέπτες Υγείας	1	
Λογοθεραπεύτρια	1	
Κοινωνικοί Λειτουργοί	2	
Ειδικευόμενοι	8	
Διοικητική Υπάλληλος	1	

Τα στοιχεία τα οποία παρατίθενται είναι ελλιπή, καθώς το συγκεκριμένο Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Δυτικού Τομέα), προφανώς δεν θεωρεί σημαντική την καταγραφή στοιχείων εφόσον δεν τους ζητείται επίσημα από κάποιον φορέα. Κατά συνέπεια παρατίθενται μόνο τα διαθέσιμα στοιχεία, που ασφαλώς δυσχεραίνουν στην ολοκληρωμένη εικόνα συμπερασμάτων.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2008 – 2012

ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2008 Πίνακας 1

A Τετράμηνο 2008	Άνδρες	Γυναίκες
Συμβουλευτική/Κοινωνική Εργασία	300	600

Κοινωνική Εργασία/Κλινική Διαγνωστική/Βιολ. Θεραπείες	10	30
Κλινική Διαγνωστική/Βιολ. Θεραπεία/Ψυχοθεραπεία ή Εργοθεραπεία	335	300
Κλινική Διαγνωστική/ Ψυχοθεραπεία	150	38
Κλινική Διαγνωστική /Εργοθεραπεία ή Θεραπεία με Τέχνη	-	-
Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κοινωνιοθεραπείες	100	300
Κλινική Διαγνωστική/ Λογοθεραπεία/ Άλλες Ειδικές Θεραπείες	15	15
Στεγαστική Αποκατάσταση/ Κοινωνιοθεραπεία	-	-
Κοινωνιοθεραπεία/Παραγωγική Εργασία	-	20
Άλλες	-	155

Πίνακας 2

Διαγνώσεις Α Τετραμήνου 2008	Άνδρες	Γυναίκες
Επιληψία/Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές	10	10
Εξάρτηση από Ψυχοδραστικές ουσίες	5	5
Αλκοόλ	10	10
Οπιοειδή	-	-
Σχιζοφρένεια	30	30
Σχιζότυπη ή Παραλητική Διαταραχή	-	-
Διαταραχές Διάθεσης	5	20
Μανιακό Επεισόδιο	5	10
Διπολική Διαταραχή	10	20
Καταθλιπτικό Επεισόδιο	8	25
Διαταραχές Συναισθήματος Παιδικής/Εφηβικής Ηλικίας	10	20
Σύνδρομα Ελλατωματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας	4	4
Διαταραχές Άγχους/Σωματόμορφες Διαταραχές	50	100
Διαταραχές Λήψης Τροφής	10	50

Μη Οργανικές Διαταραχές Ύπνου	260	400
Διαταραχές Προσωπικότητας	200	400
Νοητική Καθυστέρηση	4	4
Αυτισμός	-	-
Διαταραχές Ανάπτυξης	5	5
Διαταραχές Μάθησης	5	5
Ενούρηση/Βατταρισμός/ TICS	-	10
άλλες	200	600

Πίνακας 3

Σύνολο Στοιχείων 2008	
Σύνολο εξετασθέντων	6000
Τακτικά Περιστατικά	2500
Επείγοντα περιστατικά	100
Δραστηριότητες-Κοινωνική Δράση	3400

ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2009

Πίνακας 1

Σύνολο Στοιχείων 2009	
Σύνολο Εξετασθέντων	6015
Τακτικά Περιστατικά	2000
Επείγοντα Περιστατικά	300
Δραστηριότητες-Κοινωνική Δράση	3700

Πίνακας 2

ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2009 Πίνακας 1

	Άνδρες	Γυναίκες
Συμβουλευτική/Κοινωνική Εργασία	800	2300
Κοινωνική Εργασία/Κλινική Διαγνωστική/Βιολ.Θεραπείες	55	105
Κλινική Διαγνωστική/Βιολ. Θεραπεία/Ψυχοθεραπεία ή Εργοθεραπεία	65	85
Κλινική Διαγνωστική/ Ψυχοθεραπεία	500	1320
Κλινική Διαγνωστική /Εργοθεραπεία ή Θεραπεία με Τέχνη	-	-
Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κοινωνιοθεραπείες	175	385
Κλινική Διαγνωστική/ Λογοθεραπεία/ Άλλες Ειδικές Θεραπείες	27	42
Στεγαστική Αποκατάσταση/ Κοινωνιοθεραπεία	-	-
Κοινωνιοθεραπεία/Παραγωγική Εργασία	16	50
Άλλες	35	668

Πίνακας 3

Διαγνώσεις	Άνδρες	Γυναίκες
Επιληψία/Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές	25	15
Εξάρτηση από Ψυχοδραστικές ουσίες	30	17
Αλκοόλ	17	15
Οπιοειδή	-	-
Σχιζοφρένεια	110	80
Σχιζότυπη ή Παραλητική Διαταραχή	-	-
Διαταραχές Διάθεσης	45	50
Μανιακό Επεισόδιο	-	-1
Διπολική Διαταραχή	30	60
Καταθλιπτικό Επεισόδιο	230	650

Διαταραχές Συναισθήματος Παιδικής/Εφηβικής Ηλικίας	30	60
Σύνδρομα Ελλατωματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας	2	-
Διαταραχές Άγχους/Σωματόμορφες Διαταραχές	250	550
Διαταραχές Λήψης Τροφής	20	75
Μη Οργανικές Διαταραχές Ύπνου	100	300
Διαταραχές Προσωπικότητας	500	1200
Νοητική Καθυστέρηση	4	4
Αυτισμός	-	-
Διαταραχές Ανάπτυξης	5	5
Διαταραχές Μάθησης	10	8
Ενούρηση/Βαταρισμός/ TICS	22	22
Άλλες	500	1500

ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2010

Διαγνωστική συνέντευξη	496
Ψυχομετρικές δοκιμασίες	389
Ατομική ψυχοθεραπεία	3726
Ομαδική ψυχοθεραπεία	299
Ψυχοθεραπευτικές Πράξεις	1506
Οικογενειακή	39
Λογοθεραπεία	36
Εργοθεραπεία	29
Θεραπευτικές υποστηρικτικές Πράξεις	3936
Επισκέψεις κατ' οίκον	91
Συνταγογράφηση φαρμακευτική	730

ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2011

Διαγνωστική συνέντευξη	400
Ψυχομετρικές δοκιμασίες	400
Ατομική ψυχοθεραπεία	3200
Ομαδική ψυχοθεραπεία	60 (420)ψυχοθεραπευτικές ώρες
Γονείς και παιδιά	400
Λογοθεραπεία	180, (60) ώρες (γονείς και παιδιά)
Επισκέψεις κατ' οίκον	80
Συνταγογράφηση φαρμακευτική	500

ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2012**ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ- ΑΠΡΙΛΙΟΣ**

Διαγνωστική συνέντευξη	128
Ψυχομετρικές δοκιμασίες	128
Οικογένειες	225 μέλη σε 70 οικογένειες
Ομαδική ψυχοθεραπεία	260 άτομα 24 ομαδικές θεραπείες
Ψυχοθεραπεία	650
Λογοθεραπεία	36
Επισκέψεις κατ' οίκον	40
Συνταγογράφηση φαρμακευτική	

ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΔΥΟ

Εισαγωγή

Η ΟΨΣΕΤ2 (Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Επαρχιακού Τύπου 2) αποτελεί εξωνοσοκομειακή δομή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και :

- Καλύπτει τον τομέα ευθύνης του Κέντρου Υγείας Διαβατών (Δήμοι Εχεδώρου, Αγίου Αθανασίου και Καλλιθέας του Νομού Θεσσαλονίκης). Στον τομέα περιλαμβάνεται και η Βιομηχανική Ζώνη Σίνδου και Καλοχωρίου. Πληθυσμός περίπου 70.000.
- Καλύπτει επίσης τον τομέα ευθύνης του Κέντρου Υγείας Χαλάστρας
- Αποτελεί μια δομή Κοινωνικής – Κοινοτικής Ψυχιατρικής, που λειτουργεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης, της συνέχειας στη φροντίδα του ασθενή και της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού στοχεύοντας στην παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς κατά το δυνατόν μέσα στην κοινότητα χωρίς αυτοί να απομακρύνονται από το φυσικό τους περιβάλλον και με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας
- Συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στοχεύοντας κατά συνέπεια στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών συμπεριλαμβάνοντας πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.
- Καλύπτει ψυχιατρικά ενήλικους ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα όλων των ειδών εκτός από προβλήματα κατάχρησης και εξάρτησης από ουσίες.
- Συνεργάζεται με άλλες εξωνοσοκομειακές και ενδονοσοκομειακές δομές του Ψ.Ν.Θ.
- Προσφέρει δυνατότητα εκπαίδευσης και πρακτικής άσκησης σε ειδικευόμενους ψυχιάτρους και Γενικούς Ιατρούς, καθώς και σε φοιτητές του τμήματος Ψυχολογίας.

Λειτουργία

Η ΟΨΣΕΤ2 λειτουργεί ψυχιατρικό ιατρείο μια φορά την εβδομάδα (κάθε Παρασκευή) στο Κέντρο Υγείας Διαβατών . Η περίθαλψη παρέχεται από τον ψυχίατρο της ΟΨΣΕΤ2 και διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένων των Κοινωνικών Λειτουργών του Κέντρου Υγείας. Οι ασθενείς εξετάζονται μόνο με ραντεβού που καθορίζει η Κοινωνική Λειτουργός του Κέντρου Υγείας και προσέρχονται μόνοι τους ή μετά από παραπομπή γιατρού άλλης ειδικότητας του Κέντρου Υγείας. Οι ψυχιατρικές παρεμβάσεις στο ψυχιατρικό ιατρείο αφορούν χορήγηση φαρμάκων, συμβουλευτική, υποστήριξη, παρακολούθηση ασθενών με ψυχωσικές διαταραχές, αξιολόγηση και παραπομπή για περαιτέρω διερεύνηση ή ψυχοθεραπεία.

Στα γραφεία πόλης της ΟΨΣΕΤ2 (Καραολή και Δημητρίου 1, Βαρδάρη, Θεσσαλονίκη) παρέχονται κατά τη διάρκεια θεραπευτικών συνεδριών διαγνωστική αξιολόγηση, Ψυχοθεραπεία (ατομική / ομαδική, υποστηρικτικού / αναλυτικού / γνωστικού – συμπεριφορικού τύπου), ψυχοκοινωνική υποστήριξη και αποκατάσταση, ψυχοεκπαίδευση, αντιμετώπιση ψυχωσικών

κρίσεων και φαρμακοθεραπεία. Οι ασθενείς παραπέμπονται εδώ από τα Κέντρα Υγείας ή από άλλες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες καθώς και ενδονοσοκομειακές δομές του Ψ.Ν.Θ., αλλά και κάθε ενήλικο άτομο από τον τομέα ευθύνης της ΟΨΣΕΤ 2 μπορεί να επικοινωνήσει απευθείας με τη γραμματεία της υπηρεσίας και να κλείσει ραντεβού (πρωινό ωράριο εργασίας, τηλ. επικοινωνίας 2313310743).

Ακολουθώντας τις αρχές της Κοινωνικής - Κοινοτικής Ψυχιατρικής η ΟΨΣΕΤ2 παρέχει περίθαλψη σε ψυχωσικούς και ψυχογηριατρικούς ασθενείς μέσα από επισκέψεις στο σπίτι, που γίνονται κυρίως από τον ψυχίατρο και την επισκέπτρια υγείας με αυτοκίνητο που διαθέτει το Ψ.Ν.Θ. Για τις επισκέψεις διατίθεται μια εργάσιμη ημέρα (κάθε Τετάρτη). Οι επισκέψεις στο σπίτι λειτουργούν ενάντια στο στίγμα και τον κοινωνικό αποκλεισμό διασφαλίζοντας την παροχή φροντίδας στο φυσικό περιβάλλον των ασθενών μέσα στην κοινότητα, καθιστούν δυνατή τη συνέχεια ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας, διευκολύνουν την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας και τη συμμόρφωση του ασθενή κατά τη συνήθως μακροχρόνια θεραπεία του και καθιστούν ευκολότερο τον εντοπισμό των επιβλαβών και προστατευτικών παραγόντων για την ψυχοσωματική ευημερία του ασθενή.

Στις δραστηριότητες της ΟΨΣΕΤ2 εντάσσεται και η αγωγή κοινότητας με στόχο την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και τη δημιουργία μιας θετικής στάσης απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας και διαταραχής. Η αγωγή κοινότητας είναι αναγκαία για την ενσωμάτωση της υπηρεσίας στην κοινότητα, επομένως και για τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα του έργου της. Η προσέγγιση του πληθυσμού γίνεται με ποικίλους τρόπους (ομιλίες, συζητήσεις, επαφές) καθώς και μέσα από την αξιοποίηση των προσώπων κύρους της κοινότητας. Επιδιώκοντας λοιπόν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικά προβλήματα και την αγωγή ψυχικής υγείας της κοινότητας (πρόληψη) η ΟΨΣΕΤ2 συνεργάζεται με κοινωνικοπρονοιακές και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του νομού Θεσσαλονίκης, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, σχολεία και φορείς της κοινότητας.

Ώρες λειτουργίας

Λειτουργεί καθημερινά εκτός Σαββατοκύριακο και αργίες από τις 07:00π.μ -15:00μ.μ.

Εκπαιδευτικό έργο

Η εκπαίδευση δεν ακολουθεί τα πρότυπα των καθιερωμένων σεμιναριακού τύπου προγραμμάτων, κυρίως εστιάζεται στην κλινική άσκηση των ατόμων που εκπαιδεύονται στο Τομέα της Ψυχικής Υγείας όπως φοιτητές ψυχολογίας προπτυχιακοί, ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής, μεταπτυχιακοί φοιτητές κοινωνικής ιατρικής κ.ά.

Ιδιαίτερη σημασία στην εκπαίδευση δίδεται στην αρχή της συνέχειας στην φροντίδα του ασθενή, που συνδέεται με τη δυνατότητα της θεραπευτικής ομάδας να διατηρεί την ευθύνη για τον ασθενή της ανεξάρτητα από το απαιτούμενο είδος περίθαλψης σε όλες της φάσης της διαταραχής.^[46]

Έρευνα

Διεξάγεται σε τομείς που έχουν σχέση με την λειτουργία μας (Family Burden, κοινωνική αποκατάσταση ψυχωστικών κ.ά.).

Προσωπικό

Ψυχιατρος	1	Διευθυντής του ΕΣΥ
Ψυχιατρος	1	Κάθε 15 στο Κέντρο Υγείας
Ψυχολόγος	1	
Επισκέπτρια Υγείας	1	
Γραμματέυς	1	

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2012

Το Ψυχιατρικό Ιατρείο λειτουργούσε κάθε Παρασκευή σε γραφείο του Κέντρου Υγείας Διαβατών μέχρι και τον Οκτώβριο του 2012 (συνολικά 48 εργάσιμες ημέρες για το 2012) με τη συμβολή δύο ψυχιάτρων. Το Νοέμβριο του 2012 ο ψυχίατρος και επιστημονικά υπεύθυνος της Β'ΜΟΨΣΕΤ συνταξιοδοτήθηκε. Έκτοτε το ψυχιατρικό ιατρείο λειτουργεί σε δεκαπενθήμερη βάση.

Η περίθαλψη παρέχεται από την Ψυχιατρική Ομάδα που περιλαμβάνει :

- Έναν Ψυχίατρο μερικής απασχόλησης
- Μία Κοινωνική Λειτουργό του Κέντρου Υγείας Διαβατών.
- Την Επισκέπτρια Υγείας της Β'ΜΟΨΣΕΤ
- Εκπαιδευόμενους Ψυχολόγους

Έγιναν συνολικά **914 συνεντεύξεις** στο ιατρείο σε **285 άτομα**.

Μέσος όρος προσέλευσης **20** άτομα ημερησίως (από 13 έως 36 περιστατικά).

Κατά τις συνεντεύξεις έγιναν οι εξής ψυχιατρικές παρεμβάσεις :

Χορήγηση φαρμάκων	σε	884	περιπτώσεις
Παρακολούθηση Ψυχωσικών		351	»
Συμβουλευτική σε		30	»
Υποστήριξη σε		5	»
Αξιολόγηση σε		90	»
Παραπομπή σε		26	»
Γνωματεύσεις σε		15	»

(Σε ορισμένα άτομα αντιστοιχούν περισσότερες του ενός είδους παρεμβάσεις).

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ	Επισκέψεις στο Κ.Υ	Νέα περιστατικά
Διαβατά	297	25
Ν. Μαγνησία	118	21
Οικισμός « Αγία Σοφία»	42	7
Καλοχώρι	13	2
Σίνδος	44	2
Άγιος Αθανάσιος	24	5
Ν. Μεσημβρία	16	3
Γέφυρα	17	2
Βαθύλακος	13	5
Ξηροχώρι	2	-
Αγχιάλος	7	2
Πεντάλοφος	20	3
Νεοχωρούδα	21	1
Ν. Φιλαδέλφεια	1	-
Μονόλοφος	2	-
Μεσαίο	7	-
Άλλες Περιοχές	73	16
Οικοτροφείο «Αμάθεια»		

ΝΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κατά την διάρκεια του 2012 αντιμετωπίσαμε **94** νέα περιστατικά (από το Ψυχιατρικό Ιατρείο στο Κέντρο Υγείας Διαβατών και τα Περιφερικά του Ιατρεία).

Κατά φύλο είχαμε : **58** γυναίκες (61,70 %) και **36** άνδρες (38,30%).

Μέσος όρος ηλικίας **58** έτη (από 18 έως 90 ετών).

Διαγνώσεις των νέων περιστατικών

Γενικευμένο Άγχος	21	Οργανικό ψυχοσύνδρομο	2
Διαταραχή Πανικού	6	Χρόνιες Ψυχώσεις	5
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	3	Άνοια	12
Κατάθλιψη	36	Κεφαλαλγίες	1
Προβλήματα ύπνου	2	Διαταραχές από λήψη ουσιών	1
Διαταραχή προσωπικότητας	2	Διαταραχή συμπεριφοράς	1
Πένθος	1	Ψυχοκοινωνικά προβλήματα	1

Στα Γραφεία Πόλης παρέχεται ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς και παρακολούθηση των ψυχωσικών από Ψυχίατρο, Ψυχολόγο και Επισκέπτρια Υγείας.

Τα περιστατικά προέρχονται από τους Τομείς του ΚΥ Διαβατών και ΚΥ Χαλάστρας.

2012

Έγιναν συνολικά **1273 συνεδρίες** σε **281 άτομα** κατά τις οποίες έγινε :

Διαγνωστική αξιολόγηση	σε	9	άτομα
Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία		3	>>
Συνδιαλεκτική Ανάλυση		15	>>
Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία		59	>>
Συμβουλευτική παρέμβαση		55	>>
Ψυχοεκπαίδευση		2	>>
Θεραπεία ζεύγους		4	>>
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (παρακολούθηση)		145	>>
Φαρμακοθεραπεία		143	>>
Ενέσεις depot		6	>>
Παραπομπή		3	>>
Πιστοποιητικά – Γνωματεύσεις		6	>>

(Σε ορισμένα άτομα αντιστοιχούν περισσότερες του ενός είδους παρεμβάσεις).

Διαγνώσεις Περιστατικών

Η Β' ΜΟΨΣΕΤ πραγματοποιεί κατ'οίκον επισκέψεις παρέχοντας υποστήριξη σε ψυχωτικούς ασθενείς και στις οικογένειές τους. Από τον Ιούνιο του 2012 το Ψ.Ν.Θ. δεν παραχωρεί στην υπηρεσία μας αυτοκίνητο και οδηγό για την διεξαγωγή αυτών των επισκέψεων.

Κατά το έτος 2012 πραγματοποιήθηκαν από την Επισκέπτρια Υγείας : **117 επισκέψεις** σε **44** ασθενείς με συχνότητα **1-7** επισκέψεις κατ' άτομο.

Από την Κοινωνική Λειτουργό του Κέντρου Υγείας Διαβατών έγιναν: **16 επισκέψεις** σε σπίτια οικογενειών που είχαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Με την **Ομάδα Ψυχαγωγίας και Κοινωνικών Δεξιοτήτων** για ασθενείς με Ψύχωση, έγιναν **23 συναντήσεις** στις οποίες πήραν μέρος **9 ασθενείς** συνολικά, με συχνότητα συμμετοχής κατ' άτομο από **1** έως **16** συναντήσεις.

Την ομάδα συντονίζουν η Επισκέπτρια Υγείας και εθελοντές Ψυχολόγοι.

Από την επισκέπτρια υγείας έγιναν **34 επισκέψεις** σε διάφορες υπηρεσίες με στόχο την ψυχοκοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση των ασθενών (Πρόνοια, ΤΕΒΕ , ΟΑΕΔ, ΙΚΑ, ΚΕΠ , ΚΕΠΑ). Υπάρχει στενή συνεργασία με την «Βοήθεια στο Σπίτι » των Δήμων Αγ.Αθανασίου , Εχεδώρου, Καλλιθέας.

Από τις αρχές του χρόνου, στον χώρο της Β' ΜΟΨΣΕΤ λειτουργεί η **κλινική depot** Θεσσαλονίκης, στην οποία εκτελούνται ενέσιμα σε ασθενείς που παρακολουθούνται από ψυχιάτρους του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα Το 2012 πραγματοποιήθηκαν 46 ενέσιμα σε 8 ασθενείς.. Υπεύθυνη για τη λειτουργία της κλινικής καθώς και για την εκτέλεση των ενέσιμων είναι η επισκέπτρια υγείας.

Τέλος παρέχεται ψυχιατρική υποστήριξη στο οικοτροφείο «**Αμάλθεια**» που βρίσκεται στην Ν. Μαγνησία.

2011

Έγιναν συνολικά **1042 συνεντεύξεις** στο ιατρείο σε **325 άτομα**.

Μέσος όρος προσέλευσης **25,5** άτομα ημερησίως (από 15 έως 36 περιστατικά).

Κατά τις συνεντεύξεις έγιναν οι εξής ψυχιατρικές παρεμβάσεις :

Χορήγηση φαρμάκων	σε	1031	περιπτώσεις
Παρακολούθηση Ψυχωσικών		448	»
Συμβουλευτική σε		58	»
Υποστήριξη σε		5	»
Αξιολόγηση σε		116	»
Παραπομπή σε		34	»
Γνωματεύσεις σε		6	»

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ	Επισκέψεις στο Κ.Υ	Νέα περιστατικά
Διαβατά	429	23
Ν. Μαγνησία	130	5
Οικισμός « Αγία Σοφία»	87	5
Καλοχώρι	30	7
Σίνδος	76	11
Άγιος Αθανάσιος	32	3
Ν. Μεσημβρία	16	5
Γέφυρα	25	4
Βαθύλακος	6	3
Ξηροχώρι	1	1
Αγχιάλος	4	4
Πεντάλοφος	35	6
Νεοχωρούδα	8	5
Ν. Φιλαδέλφεια	3	3
Μονόλοφος	1	-
Μεσαίο	14	-
Άλλες Περιοχές	95	13
Οικοτροφείο «Αμάλθεια»	50	

Από την Επισκέπτρια Υγείας και τον Ψυχίατρο της ΟΨΣΕΤ2 έγιναν συνολικά: **174 επισκέψεις** στα σπίτια **71 οικογενειών** που είχαν μέλη με ψυχικά προβλήματα (από 1 έως 9 επισκέψεις κατά οικογένεια).

Από τις Κοινωνικές Λειτουργούς του Κέντρου Υγείας Διαβατών έγιναν: **9 επισκέψεις** σε σπίτια οικογενειών που είχαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

ΝΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κατά την διάρκεια του 2011 αντιμετωπίσαμε **98** νέα περιστατικά (από το Ψυχιατρικό Ιατρείο στο Κέντρο Υγείας Διαβατών και τα Περιφερικά του Ιατρεία).

Κατά φύλο είχαμε : **76** γυναίκες (77,55 %) και **22** άνδρες (22,55%).

Μέσος όρος ηλικίας **54** έτη (από 22 έως 86 ετών).

Διαγνώσεις των νέων περιστατικών

Γενικευμένο Άγχος	21	Οργανικό ψυχοσύνδρομο	3
Διαταραχή Πανικού	4	Χρόνιες Ψυχώσεις	11

Μετατρεπτική Διαταραχή	1	Άνοια	9
Κατάθλιψη	34	Νοητική Υστέρηση	1
Προβλήματα ύπνου	2	Διαταραχές από λήψη ουσιών	2
Διαταραχή προσωπικότητας	1	Διαταραχή συμπεριφοράς	4
Νευρολογικά	3	Ψυχοκοινωνικά προβλήματα	3

Έγιναν συνολικά **1148 συνεδρίες** σε **245 άτομα** κατά τις οποίες έγινε :

Διαγνωστική αξιολόγηση	σε 10	άτομα
Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία	3	»
Συνδιαλεκτική Ανάλυση	15	»
Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία	35	»
Συμβουλευτική παρέμβαση	70	»
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (παρακολούθηση)	100	»
Φαρμακοθεραπεία	99	»
Ενέσεις depot	3	»
Παραπομπή	10	»
Πιστοποιητικά - Γνωματεύσεις	15	»

(Σε ορισμένα άτομα αντιστοιχούν περισσότερες του ενός είδους παρεμβάσεις).

Διαγνώσεις Περιστατικών

Με την **Ομάδα Ψυχαγωγίας και Κοινωνικών Δεξιοτήτων** για ασθενείς με Ψύχωση, έγιναν **44 συναντήσεις** στις οποίες πήραν μέρος **22 ασθενείς** συνολικά, με συχνότητα συμμετοχής κατ' άτομο από **1-32** έως συναντήσεις.

Την ομάδα συντονίζουν η Επισκέπτρια Υγείας και εθελοντές Ψυχολόγοι.

Από την επισκέπτρια υγείας έγιναν **38 επισκέψεις** σε διάφορες υπηρεσίες με στόχο την ψυχοκοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση των ασθενών (Πρόνοια, ΤΕΒΕ , ΟΑΕΔ, ΙΚΑ, ΚΕΠ , ΚΕΠΑ). Υπάρχει στενή συνεργασία με την «Βοήθεια στο Σπίτι » των Δήμων Αγ.Αθανασίου , Εχεδώρου, Καλλιθέας.

Τέλος παρέχεται ψυχιατρική υποστήριξη στο οικοτροφείο «**Αμάλθεια**» που βρίσκεται στην Ν. Μαγνησία.

2010

Έγιναν συνολικά **1014 συνεντεύξεις** στο ιατρείο σε **288 άτομα**.

Μέσος όρος προσέλευσης **19,88** άτομα ημερησίως (από 5 έως 36 περιστατικά).

Κατά τις συνεντεύξεις έγιναν οι εξής ψυχιατρικές παρεμβάσεις :

Χορήγηση φαρμάκων	σε	960	περιπτώσεις
Παρακολούθηση Ψυχωσικών		369	»
Συμβουλευτική σε		13	»
Υποστήριξη σε		5	»
Αξιολόγηση σε		64	»
Παραπομπή σε		34	»

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ	Επισκέψεις στο Κ.Υ	Νέα περιστατικά
Διαβατά	449	36
Ν. Μαγνησία	119	10
Οικισμός « Αγία Σοφία»	79	10
Καλοχώρι	17	3
Σίνδος	66	10
Άγιος Αθανάσιος	23	4
Ν. Μεσημβρία	17	2
Γέφυρα	15	1
Βαθύλακος	6	2
Ξηροχώρι	1	-
Αγχιάλος	3	1
Πεντάλοφος	23	7
Νεοχωρούδα	4	-
Ν. Φιλαδέλφεια	8	1
Μονόλοφος	7	-
Μεσαίο	19	3
Άλλες Περιοχές	96	11
Οικοτροφείο «Αμάθεια»	62	

Από την Επισκέπτρια Υγείας και τον Ψυχίατρο της ΟΨΣΕΤ2 έγιναν συνολικά: **174 επισκέψεις** στα σπίτια **59 οικογενειών** που είχαν μέλη με ψυχικά προβλήματα (από 1 έως 7 επισκέψεις κατά οικογένεια).

Από τις Κοινωνικές Λειτουργούς του Κέντρου Υγείας Διαβατών έγιναν:

9 επισκέψεις σε σπίτια οικογενειών που είχαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

ΝΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κατά την διάρκεια του 2010 αντιμετωπίσαμε **101** νέα περιστατικά (από το Ψυχιατρικό Ιατρείο στο Κέντρο Υγείας Διαβατών και τα Περιφερικά του Ιατρεία).

Κατά φύλο είχαμε : **57** γυναίκες (56,44 %) και **44** άνδρες (43,56%).

Μέσος όρος ηλικίας **50,12** έτη (από 17 έως 96 ετών).

Διαγνώσεις των νέων περιστατικών

Γενικευμένο Άγχος	25	Οργανικό ψυχοσύνδρομο	4
Διαταραχή Πανικού	6	Χρόνιες Ψυχώσεις	8
Μετατρεπτική Διαταραχή	2	Άνοια	5
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	2	Νοητική Υστέρηση	1
Πένθος	2	Διαταραχές από λήψη ουσιών	2
Προβλήματα ύπνου	1	Διαταραχή συμπεριφοράς	2
Διαταραχή προσωπικότητας	2	Ψυχοκοινωνικά προβλήματα	1
Κατάθλιψη	31	Κεφαλαλγίες	3
Κυκλοθυμία	1	Νευρολογικά	2
Χωρίς ψυχοπαθολογία	1		

Έγιναν συνολικά **1141 συνεδρίες** σε **239 άτομα** κατά τις οποίες έγινε :

Διαγνωστική αξιολόγηση	σε	7	άτομα
Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία		3	»
Συνδιαλεκτική Ανάλυση		16	»
Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία	49	»	
Συμβουλευτική παρέμβαση	61	»	
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (παρακολούθηση)	99	»	
Φαρμακοθεραπεία	101	»	
Ενέσεις depot	σε	2	»
Παραπομπή	8	»	
Πιστοποιητικά - Γνωματεύσεις	14	»	

(Σε ορισμένα άτομα αντιστοιχούν περισσότερες του ενός είδους παρεμβάσεις).

Γενικευμένο Άγχος	32	Σχιζοφρένεια	39
Φοβικό Άγχος	1	Παραληρητική Διαταραχή	6
Αγοραφοβία	3	Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	1
Κρίσεις Πανικού	5	Σύνδρομο Asperger	1
Μετατρεπτική Διαταραχή	1	Διανοητική Καθυστέρηση με ψυχωσικά	4
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	10	Κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία	6
Αγχώδης κατάθλιψη	14	Διπολική Διαταραχή	5
Κατάθλιψη	17	Άνοια	1
Πένθος	3	Διαταραχή Συμπεριφοράς	14
Διαταραχή Διατροφής	2	Διαταραχή Προσωπικότητας	4
Σωματόμορφη Διαταραχή	2	Εξάρτηση από ουσίες	2
Αντίδραση Προσαρμογής	3	Συμβουλευτική Συγγενών	8
Ψυχοκοινωνικά προβλήματα	51	Νευρολογικά	3
		Χωρίς Ψυχοπαθολογία	1

Με την **Ομάδα Ψυχαγωγίας και Κοινωνικών Δεξιοτήτων** για ασθενείς με Ψύχωση, έγιναν **40 συναντήσεις** στις οποίες πήραν μέρος **21 ασθενείς** συνολικά, με συχνότητα συμμετοχής κατ' άτομο από 1 έως 30 συνεδρίες.

Την ομάδα συντονίζουν η Επισκέπτρια Υγείας και εθελοντές Ψυχολόγοι.

Από την επισκέπτρια υγείας έγιναν **40 επισκέψεις** σε διάφορες υπηρεσίες με στόχο την ψυχοκοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση των ασθενών (Πρόνοια, ΟΑΕΔ, ΙΚΑ, Φαρμακεία, ΟΓΑ). Υπάρχει στενή συνεργασία με την «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δήμων Αγ.Αθανασίου, Εχεδώρου, Καλλιθέας.

Τέλος παρέχεται ψυχιατρική υποστήριξη στο οικοτροφείο «**Αμάλθεια**» που βρίσκεται στην Ν. Μαγνησία.

2009

Κατά τη διάρκεια του 2009 έγιναν συνολικά **939** συνεντεύξεις στο ιατρείο.

Μέσος όρος προσέλευσης **19,56** άτομα ημερησίως (από 7 έως 25 περιστατικά).

Κατά τις συνεντεύξεις έγιναν οι εξής ψυχιατρικές παρεμβάσεις:

Χορήγηση φαρμάκων σε	847	περιπτώσεις
Παρακολούθηση Ψυχωσικών	344	»
Συμβουλευτική σε	22	»
Υποστήριξη σε	2	»
Αξιολόγηση σε	76	»
Παραπομπή σε	29	»
Γνωματεύσεις	2	»

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ	Επισκέπτει στο Κ.Υ	Νέα περιστατικά
Διαβατά	399	36
Ν. Μαγνησία	136	8
Οικισμός « Αγία Σοφία»	57	4
Καλοχώρι	12	3
Σίνδος	46	3
Άγιος Αθανάσιος	18	2
Ν. Μεσημβρία	15	2
Γέφυρα	14	2
Βαθύλακος	16	5
Ξηροχώρι	2	1
Αγχιάλος	7	4
Πεντάλοφος	31	10
Νεοχωρούδα	6	1
Ν. Φιλαδέλφεια	4	2
Μονόλοφος	1	-
Μεσαίο	25	-
Άλλες Περιοχές	62	4
Οικοτροφείο «Αμάθεια»	88	-

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

Από την Επισκέπτρια Υγείας και τον Ψυχίατρο της ΟΨΣΕΤ2 έγιναν συνολικά: **95 επισκέψεις** στα σπίτια **62 οικογενειών** που είχαν μέλη με ψυχικά προβλήματα (από 1 έως 9 επισκέψεις κατά οικογένεια).

Από τις Κοινωνικές Λειτουργούς του Κέντρου Υγείας Διαβητών έγιναν:

7 επισκέψεις σε σπίτια οικογενειών που είχαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

ΝΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κατά την διάρκεια του 2009 αντιμετωπίσαμε **87** νέα περιστατικά (από το Ψυχιατρικό Ιατρείο στο Κέντρο Υγείας Διαβητών και τα Περιφερικά του Ιατρεία).

Κατά φύλο είχαμε : **56** γυναίκες (64,36%) και **31** άνδρες (35,63%) .

Μέσος όρος ηλικίας **53,67** έτη (από 17 έως 87 ετών).

Διαγνώσεις των νέων περιστατικών

Γενικευμένο Άγχος	23	Οργανικό ψυχοσύνδρομο	8
Διπολική διαταραχή	1	Χρόνια Ψύχωση	7
Ανεξήγητα Σωματικά Ενοχλήματα	1	Πένθος	1
Κατάθλιψη με ψυχωσικά	1	Ψυχοκοινωνικά προβλήματα	1
Κατάθλιψη	32	Διαταραχές από λήψη ουσιών	3
Μετατρεπτική Διαταραχή	1	Άνοια	3
Χωρίς Ψυχοπαθολογία	1	Προβλήματα ύπνου	2
Νευρολογικά	1	Κεφαλαλγίες	1

Κατά τη διάρκεια του 2009 έγιναν **402** συνεντεύξεις στο ιατρείο. Μέσος όρος προσέλευσης **16,75** άτομα ημερησίως (από 9 έως 24 περιστατικά).

Κατά τις συνεντεύξεις έγιναν οι εξής ψυχιατρικές παρεμβάσεις :

Χορήγηση φαρμάκων σε	381	περιπτώσεις
Παρακολούθηση ψυχωσικών σε	106	»
Συμβουλευτική σε	23	»
Αξιολόγηση σε	71	»
Παραπομπή σε	17	»
Γνωματεύσεις σε	27	»

ΝΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κατά το 2009 αντιμετωπίσαμε **71** νέα περιστατικά.

Κατά φύλο είχαμε : **42** γυναίκες (59,15%) και **29** άνδρες (40,84 %)

Μέσος όρος ηλικίας **49,87** έτη (από 16 έως 89 ετών).

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ	Επισκέψεις στο Κ.Υ	Νέα Περιστατικά
Χαλάστρα	181	28
Κύμια	107	19
Ανατολικό	15	3
Μάλγαρα	41	11
Βραχιά	1	2
Αδενδρο	12	4

Άλλες	45	4
-------	----	---

Έγιναν συνολικά **1129** συνεδρίες σε **212** άτομα κατά τις οποίες έγινε :

Διαγνωστική αξιολόγηση	σε	22	άτομα
Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία		2	»
Συνδιαλεκτική Ανάλυση		18	»
Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία	47		»
Συμβουλευτική παρέμβαση	42		»
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (παρακολούθηση)	47		»
Φαρμακοθεραπεία		74	»
Ενέσεις depot	σε	5	»
Παραπομπή	7		»
Πιστοποιητικά - Γνωματεύσεις		15	»

(Σε ορισμένα άτομα αντιστοιχούν περισσότερες του ενός είδους παρεμβάσεις).

Διαγνώσεις

Χρόνιες ψυχώσεις	77	Κατάθλιψη	12
Γενικευμένο Άγχος	25	Αγχώδης Κατάθλιψη	6
Φοβικό Άγχος	1	Καταθλιπτική αντίδραση προσαρμογής	5
Βουλμία	1	Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	1
Σύνδρομο Asperger	1	Μετατρεπτική Διαταραχή	1
Διπολική Διαταραχή	1	Κρίσεις Πανικού	7
Διαταραχές Προσωπικότητας	1	Αγοραφοβία	3
Νευρική ανορεξία	1	Σωματοποιήσεις	3
Πένθος	4	Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	4
Ψυχοκοινωνικά προβλήματα	44	Ψύχωση με ΔΚ	3
Διαταραχή μετατραυματικού stress	1	Ανοια	1
Διαταραχές Συμπεριφοράς	4	Νευρολογικά	1
Παραληρητική Διαταραχή	3		

Με την **Ομάδα Ψυχαγωγίας και Κοινωνικών Δεξιοτήτων** για ασθενείς με Ψύχωση, έγιναν **36** συναντήσεις στις οποίες πήραν μέρος **15** ασθενείς συνολικά με συχνότητα συμμετοχής από 1 έως 18 ασθενείς.

Την ομάδα συντονίζουν η Επισκέπτρια Υγείας και εθελοντές Ψυχολόγοι.

Από την επισκέπτρια υγείας έγιναν **15 επισκέψεις** σε διάφορες υπηρεσίες με στόχο την ψυχοκοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση των ασθενών (Πρόνοια, ΟΑΕΔ, ΙΚΑ, Φαρμακεία,

ΟΓΑ). Υπάρχει στενή συνεργασία με την «**Βοήθεια στο Σπίτι**» των Δήμων Αγ.Αθανασίου , Εχεδώρου, Καλλιθέας.

Τέλος παρέχεται ιατρική/ψυχιατρική υποστήριξη στο οικοτροφείο «**Αμάθεια**» που βρίσκεται στην Ν. Μαγνησία.

2008

Κατά τη διάρκεια του 2008 έγιναν συνολικά **827** συνεντεύξεις στο ιατρείο.

Μέσος όρος προσέλευσης **16,87** άτομα ημερησίως (από 9 έως 28 περιστατικά).

Κατά τις συνεντεύξεις έγιναν οι εξής ψυχιατρικές παρεμβάσεις :

Χορήγηση φαρμάκων σε	770	περιπτώσεις
Παρακολούθηση Ψυχωσικών	243	»
Συμβουλευτική σε	25	»
Υποστήριξη σε	9	»
Αξιολόγηση σε	59	»
Παραπομπή σε	37	»
Γνωματεύσεις	3	»

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ	Επισκέψεις στο Κ.Υ	Νέα περιστατικά
Διαβατά	302	30
Ν. Μαγνησία	116	8
Οικισμός « Αγία Σοφία»	71	11
Καλοχώρι	4	4
Σίνδος	60	6
Άγιος Αθανάσιος	23	1
Ν. Μεσημβρία	6	4
Γέφυρα	16	5
Βαθύλακος	10	5
Ξηροχώρι	2	-
Αγχιάλος	3	1
Πεντάλοφος	20	5
Νεοχωρούδα	1	-
Ν. Φιλαδέλφεια	5	3
Μονόλοφος	1	1
Μεσαίο	25	1

Άλλες Περιοχές	79	5
Οικοτροφείο «Αμάθεια»	83	-

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

Από την Επισκέπτρια Υγείας και τον Ψυχίατρο της ΟΨΣΕΤ2 έγιναν συνολικά: **101** επισκέψεις στα σπίτια οικογενειών που είχαν μέλη με ψυχικά προβλήματα (από 1 έως 2 επισκέψεις κατ' άτομο).

Από τις Κοινωνικές Λειτουργούς του Κέντρου Υγείας Διαβατών έγιναν:

7 επισκέψεις σε σπίτια οικογενειών που είχαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

ΝΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κατά την διάρκεια του 2008 αντιμετωπίσαμε **90** νέα περιστατικά (από το Ψυχιατρικό Ιατρείο στο Κέντρο Υγείας Διαβατών και τα Περιφερικά του Ιατρεία).

Κατά φύλο είχαμε : 61 γυναίκες (67,77%) και 29 άνδρες (32,23%).

Μέσος όρος ηλικίας 49,52 έτη (από17 έως 81 ετών).

Διαγνώσεις των νέων περιστατικών

Γενικευμένο Άγχος	18	Οργανικό ψυχοσύνδρομο	10
Αγχώδης αντίδραση προσαρμογής	1	Χρόνια Ψύχωση	8
Ανεξήγητα Σωματικά Ενοχλήματα	2	Πένθος	2
Κατάθλιψη με ψυχωσικά	1	Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	1
Κατάθλιψη	30	Διαταραχές από λήψη ουσιών	3
Μετατρεπτική Διαταραχή	1	Άνοια	2
Διαταραχή Πανικού	4	Προβλήματα ύπνου	1
Αντίδραση Προσαρμογής	1	Κεφαλαλγίες	3
Επιλόχειος Κατάθλιψη	1	Νευρολογικά	1

Κατά τη διάρκεια του 2008 έγιναν **333** συνεντεύξεις στο ιατρείο. Μέσος όρος προσέλευσης **13,87** άτομα ημερησίως (από 6 έως 22 περιστατικά).

Κατά τις συνεντεύξεις έγιναν οι εξής ψυχιατρικές παρεμβάσεις :

Χορήγηση φαρμάκων σε	249	περιπτώσεις
Παρακολούθηση ψυχωσικών σε	105	»
Συμβουλευτική σε	16	»
Αξιολόγηση σε	43	»
Παραπομπή σε	8	»
Γνωματεύσεις σε	23	»

ΝΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κατά το 2008 αντιμετωπίσαμε **85** νέα περιστατικά.

Κατά φύλο είχαμε : 43 γυναίκες (50,58%) και 42 άνδρες (49,41%)

Μέσος όρος ηλικίας 52,5 έτη (από 21 έως 91 ετών).

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ	Επισκέψεις στο Κ.Υ	Νέα Περιστατικά
Χαλάστρα	148	31
Κύμια	92	18
Ανατολικό	16	4
Μάλγαρα	38	15
Βραχιά	-	-
Άδενδρο	1	1
Άλλες	38	16

Έγιναν συνολικά **1140** συνεδρίες σε **198** άτομα κατά τις οποίες έγινε :

Διαγνωστική αξιολόγηση	σε	55	άτομα
Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία		2	»
Συνδιαλεκτική Ανάλυση		20	»
Γνωστική Συμπεριφορική		3	»
Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία		45	»
Συμβουλευτική παρέμβαση		57	»
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (παρακολούθηση)		35	»
Φαρμακοθεραπεία		71	»
Ενέσεις depot	σε	5	»
Παραπομπή		10	»

(Σε ορισμένα άτομα αντιστοιχούν περισσότερες του ενός είδους παρεμβάσεις).

Χρόνιες ψυχώσεις	46	Κατάθλιψη	20
Οργανικό ψυχοσύνδρομο	4	Αγχώδης Κατάθλιψη	10
Σχιζότυπη Διαταραχή	1	Γενικευμένο Άγχος	23
Σύνδρομο Asperger	1	Μετατρεπτική Διαταραχή	2
Διπολική Διαταραχή	4	Κρίσεις Πανικού	5
Διαταραχές Προσωπικότητας	3	Αγοραφοβία	4
Αντίδραση Προσαρμογής	1	Σωματοποιήσεις	6
Πένθος	3	Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	6
Ψυχοκοινωνικά προβλήματα	53	Νοητική Καθυστέρηση	6

Διαγνώσεις Περιστατικών

Με την **Ομάδα Ψυχαγωγίας και Κοινωνικών Δεξιοτήτων** για ασθενείς με Ψύχωση, έγιναν 10 συναντήσεις στις οποίες πήραν μέρος 5 ασθενείς συνολικά. Την ομάδα συντονίζουν η Επισκέπτρια Υγείας και εθελοντές Ψυχολόγοι.

Συνεργασία με την «**Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Καλλιθέας**» σε 2 περιπτώσεις.

Υποστήριξη του οικοτροφείου «**Αμάθεια**» στην Ν. Μαγνησία.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. στόχοι για την προώθηση της ψυχικής υγείας είναι:

- Η Βελτίωση των κοινωνικών παραγόντων που προκαλούν εντάσεις, όπως η ανεργία και η κοινωνική περιθωριοποίηση.
- Η Βελτίωση της πρόσβασης σε παρεμβάσεις στήριξης που κάνουν τον πληθυσμό να αντιμετωπίζει τα γεγονότα και τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος και stress.
- Η Βελτίωση των παρεμβάσεων προς όφελος των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και αυτών που, εκούσια ή ακούσια, είναι υπό θεραπεία.
- Η Οργάνωση ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας βασισμένων στις τοπικές κοινότητες σε συνεργασία με τις πρωτοβάθμιες φροντίδας υγείας.
- Η Πραγματοποίηση εξειδικευμένων πρωτοβουλιών με στόχο την πρόληψη βλαβερών για την υγεία συμπεριφορών, όπως η κατάχρηση επικίνδυνων ουσιών.
- Η κατάρτιση προγραμμάτων με στόχο την πρόληψη της αυτοκτονίας.^[47]

Από την καταγραφή και αξιολόγηση των στοιχείων που συλλέξαμε από τα Κέντρα και τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας Ν. Θεσσαλονίκης προέκυψαν σημαντικά συμπεράσματα όπως η ορθή αξιοποίηση όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η παρεχόμενη κοινή εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας και η αντιμετώπιση των προβλημάτων που απορρέουν τόσο από την ψυχική σφαίρα όσο και από το κοινωνικό περιβάλλον καθώς γίνεται αξιοποίηση της σύνθεσης των επιμέρους γνωστικών αντικειμένων των μελών της θεραπευτικής ομάδας.

Υπάρχει ωστόσο σημαντική ανομοιογένεια μεταξύ των Κέντρων όσον αφορά την φιλοσοφία της λειτουργίας τους και τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται.

Οι κυριότερες κριτικές οι οποίες μπορούν να γίνουν είναι:

- Δεν υπάρχει στην πραγματικότητα τομεοποίηση, καθώς τα Κέντρα ξεπερνούν κατά πολύ τον πληθυσμό σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Θα μπορούσαν να δημιουργηθούν και άλλα Κέντρα προκειμένου να καλυφθούν επαρκώς οι ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους.
- Απουσιάζει στα περισσότερα Κέντρα η δραστηριότητα της επίσκεψης κατ' οίκον για τα άτομα που αδυνατούν να μετακινηθούν.
- Το κάθε Κέντρο, διατηρώντας την δική του φιλοσοφία και προσανατολισμό προς την κοινότητα, προσφέρει σημαντικό έργο με σεβασμό στην ιδιαιτερότητα του κάθε ατόμου και την ενσωμάτωση του στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Εντυπωσιακή είναι η προσφορά της Κινητής Μονάδας αν λάβει υπόψη του κάποιος το περιορισμένο αριθμητικά διεπιστημονικό προσωπικό και επιπρόσθετα παρουσιάζει εμπεριστατωμένη σημαντική στατιστική ανάλυση στοιχείων.

Ως προς τα διάφορα Κέντρα:

- a. Το Κέντρο Βορειοδυτικού Τομέα προσανατολισμένο περισσότερο προς την γνωστική θεραπεία παρά το σημαντικό του έργο παρουσιάζει δυσκολία στην καταγραφή στοιχείων και δεδομένων.
- b. Το Κέντρο Δυτικού Τομέα έχει ένα σαφή προσανατολισμό στην Συστημική Σκέψη και αντίληψη και αφήνει ανοιχτό το πεδίο για προβληματισμό.
- c. Το Κοινοτικό Κέντρο Κεντρικού Τομέα, είναι ένα πλουραλιστικό πολυδύναμο πολυπαραγοντικό κέντρο, το οποίο διατηρεί την ποιότητα του, όχι όμως και την καταγραφή της αναλυτικής στατιστικής ανάλυσης που είχε εξαρχής.

Ασφαλώς τα στοιχεία δεν ήταν επαρκή για την στατιστική ανάλυση όπως αρχικά είχε προταθεί μέσα από το Πρωτόκολλο για πολλούς λόγους, ένας από τους οποίους είναι η έλλειψη περισσότερο καταχωρημένων και επεξεργασμένων στοιχείων, όπως η καταγραφή προέλευσης, ο τρόπος παραπομπής, κ.ά.

Οι όποιες παρεμβάσεις και αλλαγές στην Κοινοτική Ψυχιατρική συνδέονται με τις Κοινωνικές-Πολιτικές μεταβολές και εν πολλοίς με τις πεπειθήσεις και τις αντιλήψεις που έχουμε ως κοινωνία σχετικά με την ψυχική ασθένεια, οι οποίες δεν έχουν διαφοροποιηθεί και πολύ παρά την σημαντική πρόοδο στην θεραπευτική προσέγγιση και την αντιμετώπιση.

Στα πλαίσια της Διοικητικής Ψυχιατρικής πρέπει να ληφθούν υπόψη οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που παρέχουν αντίστοιχες υπηρεσίες και η σχέση ανάμεσα στον δημόσιου και τον ιδιωτικού τομέα.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών στην κοινότητα μέσα από αντικειμενικά κριτήρια μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία μιας νέας εποχής στην ψυχιατρική και στην παροχή μιας ψυχιατρικής φροντίδας πιο δημιουργικής και πιο ενδιαφέρουσας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καπρίνης Στ. Γεώργιος: Κλινική Ψυχιατρική, Α΄τόμος, σ.5-14, 269-273,280-300,Β΄τόμος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.,Αθήνα 2009: 821-836,915-951.
2. Χριστοδούλου Ν. Γεώργιος και συν: Ψυχιατρική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000.
3. Καράβατος Αθανάσιος: Η γένεση της ψυχιατρικής και του ασύλου, εισήγηση στο «Διήμερο συζητήσεων» που οργάνωσε η Επιτροπή Ψυχικής Υγείας της ΕΙΝΒΕΘ με θέμα «Άσυλο και αποασυλοποίηση- Μύθος και πραγματικότητα», Θεσσαλονίκη,5-6/02/1987, Ο ΠΟΛΙΤΗΣ Ν° 78(6), Απρίλιος 1987.
4. Μάνος Νίκος: Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1988: 17-35.
5. Αγγελόπουλος Β. Νικηφόρος: Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2009:3-31,768-796.
6. Τεγόπουλος-Φυτράκης: Ελληνικό Λεξικό, εκδόσεις Αρμονία Α.Ε.,Αθήνα 1990.
7. Λουκάς Γεώργιος: Αρχές ολιστικής ιατρικής με όρους συστημικής, Συστημικές Σκέψεις, επιμ.Φανή Τριανταφύλλου, εκδοση Ψ.Ν.Θ. 1996:83-90.
8. Λιάκος Άρης: Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων, Β΄ τόμος, εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ, 1995: 389-401.
9. Μπονώτης Κωνσταντίνος: Σημειώσεις Ψυχιατρικής του Μεταπτυχιακού προγράμματος Π.Φ.Υ.
10. Καπρίνης Στ. Γεώργιος: Η εξέλιξη της ψυχιατρικής προβληματικής, Ψυχιατρική, εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988:21-35.
11. Γρίβας Δ. Κλεάνθης: Ιστορικές και κοινωνικές παράμετροι της ψυχιατρικής, διδακτορική διατριβή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη 1983.
12. Αμπατζόγλου Γρηγόρης: Η ιδιαιτερότητα της ψυχιατρικής. Σχέσεις της ψυχιατρικής με την ιατρική και με τα γειτονικά της πεδία, διδακτορική διατριβή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη 1987.
13. Γκιουζέπας Ιωάννης: Η νοσοκομειακή περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων, διδακτορική διατριβή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη 1981.
14. Νόμος 1397, άρθρο 21, 07/10/1983: Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ψυχιατρική Περίθαλψη.
15. Παπαγεωργίου Βαλεντίνη: Αναδρομή στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, Πτυχιακή εργασία, 2011.
16. Λαζαρίδης Σπύρος: Λεμπέτ, έκδοση Άλλη πλευρά, 1993.
17. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης: 1982-1988, Θεσσαλονίκη 1988.
18. Νόμος 1862 : Περί συστάσεως φρενοκομείων, Μάιος 1862.
19. Νόμος 6077 του 1934: Περί οργανώσεως δημόσιων ψυχιατρείων.
20. Κανονισμός 815 του 1984 της Ε.Ο.Κ.: Εκσυγχρονισμός της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

21. Κ.Ε.Σ.Υ. 1990: Αποφάσεις για την ψυχική Υγεία.
22. Μαδιανός Γ. Μιχάλης: Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της από την θεωρία στην πράξη, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994:223-225.
23. Χριστοδούλου Ν. Γ, Κονταξάκης Π.Β.: Βαθμίδες και Ανάπτυξη της Προληπτικής Ψυχιατρικής, Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2005:15-17.
24. Χριστοδούλου Ν. Γεώργιος, Κονταξάκης Π. :Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, Α΄ και Β΄ τόμος. Αθήνα, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, 1994.
25. Χριστοδούλου Ν. Γεώργιος: Πρώιμες Παρεμβάσεις στην Προληπτική Ψυχιατρική, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2005.
26. Reynolds R.Cecil, Mann Lester: A reference for the education of the handicapped and other exceptional children and adults, Encuclopedia of special education, Vol. 3, ed. Wiley-Interscience , New York 1987, 1223-1409.
27. Γκιουζέπας Στ. Ιωάννης: Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική, Β΄τόμος, Κλινική Ψυχιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα 2009: 915-926.
28. Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ,Μαρκουλάκη Ε, Ζαφειρίου Γ.,Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Ιστορική αναφομή, επιλ. Εκδ. Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, Αθήνα 1994:27-35.
29. Ν Α΄123, άρθρο 132 από 15.07.1992.
30. Ν. 1397/1989 άρθρο 21.
31. Λασκαράτος Ι, Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι, Κονταξάκης Π.Β: Η Πρόληψη μέσα από την Ιστορία της Ψυχιατρικής, Αθήνα, εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2005:26-45.
32. Χριστοδούλου Ν. Γεώργιος: Εισαγωγή. στο Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ, Οικονόμου ΜΠ (Επιμ.έκδ.) *Προληπτική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000:1-3.
33. Μουζάς Οδυσσέας: Σημειώσεις Ψυχιατρικής του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Π.Φ.Υ.
34. Μαδιανός Γ. Μιχάλης: Κοινωνία και Ψυχική υγεία, Β΄Τόμος, Γ΄έκδοση, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998.
35. Μαδιανός Γ. Μιχάλης: Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα 2000:15-55.
36. Ζήσης Α, Στυλιανίδης Σ: Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας:αποσαφηνίσεις και προοπτικές, www.encephalos.gr.
37. Παπαζήσης Γεώργιος: Σημειώσεις από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Π.Φ.Υ.
38. Jahota Marie: Current Concepts of Positive Mental Health, Basic Books, New York 1958.
39. Στεφανής Κωνσταντίνος και συνεργάτες: Θέματα Ψυχιατρικής, Αθήνα 1979.
40. Πλουμπίδης Ν. Δημήτρης: Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, εκδόσεις ΒΗΤΑ,Αθήνα 2005:55-63.

41. Gail W. Stuart: Primary Mental Health Prevention, Psychiatric Nursing, Stuart & Sundeen, Mosby 1995:259-275.
42. Γκιουζέπας Στ. Ιωάννης: Υπηρεσίες Κοινοτικής Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική, Χ.Ιεροδιακόνου,Χ.Φωτιάδης,Ε.Δημητρίου (Επιμ.έκδ)Εκδόσεις Μαστορίδη. Θεσσαλονίκη 1988:430-439.
43. Μάνος Νίκος: Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Οργάνωση λειτουργία και ανάλυση στοιχείων περιόδου 1980-1985, Θεσσαλονίκη 1986.
44. Τριανταφύλου Φανή: Μια Εισαγωγή (στην προσπάθεια για Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση), Συστημικές Σκέψεις, Ψ.Ν.Θ. Θεσσαλονίκη 1996: 7-17.
45. Καφατζή Βιολέτα: Από την οικογένεια στην Συστημική Θεραπεία, Συστημικές Σκέψεις, Ψ.Ν.Θ. Θεσσαλονίκη 1996: 21-37.
46. Γεωργοπούλου Αλεξάνδρα: Γονεϊκή Ψυχική διαταραχή και ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών, Διπλωματική εργασία, Ιωάννινα 2005.
47. World Mental Health Day 2009,pdf. Η σημασία της ψυχικής υγείας. Η σημασία της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. <http://www.healthview>