

Κέντρο Ψυχικής Υγείας – Οι αρχές λειτουργίας και ο ρόλος του στην πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών και την προαγωγή ψυχικής υγείας

ΜΕΝΕΛΑΟΣ ΣΩΤ. ΘΕΟΧΑΡΗΣ*

Περίληψη

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας αποτελεί τη βασική μονάδα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα, υπηρετώντας το στόχο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην εξασφάλιση της οργάνωσης της ψυχιατρικής φροντίδας. Ακολουθώντας τις βασικές αρχές της τομεοποίησης, του θεραπευτικού συνεχούς, της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών και σε συνεργασία πάντα με τις υπόλοιπες δομές καλύπτει τις ανάγκες της κοινότητας. Κάθε Κέντρο Ψυχικής Υγείας δύναται να δραστηριοποιηθεί και στα τρία επίπεδα πρόληψης, την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Η ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου, η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση των ψυχικών διαταραχών καθώς και η αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη των ασθενών αποτελούν τις βασικές προληπτικές δράσεις. Παράλληλα οφείλει να αναπτύξει προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας της που έχουν ως στόχο όχι απλώς την καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου αλλά κυρίως την ενίσχυση της ψυχικής υγείας σε ατομικό αλλά και σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Με την αύξηση της θετικής ψυχικής υγείας, τη μείωση των ανισοτήτων και την οικοδόμηση του κοινωνικού κεφαλαίου, η προαγωγή ψυχικής υγείας έχει ως στόχο να μειωθεί το χάσμα της ψυχικής υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και των χωρών.

Λέξεις - κλειδιά: κέντρο ψυχικής υγείας, κοινότητα, πρόληψη, προαγωγή ψυχικής υγείας

Εισαγωγή

Η Κοινωνική Ψυχιατρική αναπτύσσει και ερευνά όλες τις μορφές άσκησης της ψυχιατρικής μέσα στην κοινότητα. Στόχος της είναι να εξασφαλίσει την οργάνωση της ψυχιατρικής φροντίδας με βάση τις αρχές καλής λειτουργίας

μιας κοινοτικής υπηρεσίας και τη διασύνδεση με τις μονάδες νοσηλείας και τις εξειδικευμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες (Παπαδημητρίου και συν. 2013). Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αποτελεί τη βασική μονάδα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής, της ψυχιατρικής δηλαδή που ασκείται στον κοινωνικό ιστό, παρέχοντας υπηρεσίες κατά πολύ ευρύτερες από τα συνήθη εξωτερικά ιατρεία που αποτέλεσαν ιστορικά την πρώτη μορφή εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Κονταξάκης και συν. 2010).

Αρχές Λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας

Μια από τις βασικές αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ είναι η θεσμοθέτηση περιοχής ευθύνης (catchmentment - sectorization), 70.000 - 150.000 κατοίκων, που μπορεί να εξυπηρετεί αποτελεσματικά καθώς διαφορετικά κατακλύζεται από αιτήματα που αδυνατεί να ικανοποιήσει στο σύνολό τους. Στην Ευρώπη ο θεσμός των τομέων αναπτύχθηκε σε μεγάλο βαθμό, όμως τα μεγέθη διαφοροποιούνται μεταξύ των κρατών. Η Γερμανία έχει τομείς μεγέθους της τάξης των 250.000 κατοίκων και η Ολλανδία των 300.000 ενώ οι Σκανδιναβικές χώρες έχουν σαφώς μικρότερους τομείς που κυμαίνονται από 25.000 έως 120.000. Η Ιταλία έχει προσαρμόσει καλύτερα την έννοια του τομέα με το Νόμο 180 του 1978 και δημιούργησε τομείς από 50.000 έως 200.000 κατοίκους (Gelder et al. 2007). Στην Ελλάδα ο νόμος 2716/1999 προβλέπει ότι ο κάθε νομός αντιστοιχεί σε ένα τομέα, ενώ στην περιοχή της Θεσσαλονίκης προβλέπονται τρεις τομείς και στην Αθήνα έντεκα.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα της τομεοποίησης είναι:

- ο Καθορισμένη υπευθυνότητα για κάθε άτομο που ζητά βοήθεια
- ο Δίκτυο τοπικών διασυνδέσεων μεταξύ των φορέων του τομέα και ανάπτυξη διασύνδεσης μεταξύ φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ο Δυνατότητα σύγκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών μεταξύ των τομέων
- ο Ενίσχυση της συνεργασίας των μελών της θεραπευτικής ομάδας με την κοινότητα

* Ειδικευόμενος Ψυχίατρος ΨΝΑ "Δαφνί" MD,MSc

- ο Μεγαλύτερη διαφάνεια στον προϋπολογισμό
- ο Ενίσχυση της θεραπείας στο σπίτι ή της παροχής ημερήσιας φροντίδας
- ο Δυνατότητα θεραπείας και φροντίδας από διαφορετικούς φορείς στον ίδιο τομέα
- ο Δυνατότητα ενσωμάτωσης των υγειονομικών, κοινωνικών και εθελοντικών υπηρεσιών

Είναι αυτονόητο πως όλες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται στην κοινότητα. Οι κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες δίνουν έμφαση στην καθημερινή φροντίδα έτσι ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να μπορούν να ζουν ενταγμένοι στον κοινωνικό ιστό (ΥΓΚΑ 2006). Ένα ζήτημα προς επίλυση σχετικό με την ύπαρξη τομεοποιημένων υπηρεσιών είναι ότι προσφέρουν μικρότερες δυνατότητες επιλογών θεραπευτών στους ασθενείς. Πάντως, μια καλά οργανωμένη τοπική υπηρεσία μπορεί τις περισσότερες φορές να σεβαστεί την επιθυμία του ασθενούς να αλλάξει κλινικό γιατρό, μεταφέροντας το περιστατικό σε ένα άλλο μέλος της ομάδας ή σε ορισμένες περιπτώσεις και σε μια επιστημονική ομάδα γειτονικού τομέα. Τα όρια των περιοχών ευθύνης θα πρέπει να εξετάζονται ως ρευστά και ελαστικά παρά ως άκαμπτα και ανυπέρβλητα (Gelder et al. 2007). Η αποδοχή μιας περιοχής ευθύνης σημαίνει, επίσης, ότι η παραδοσιακή ιατρική αντίληψη για τους νοσούντες διευρύνεται και επεκτείνεται σε έναν ολόκληρο πληθυσμό καθιστώντας απαραίτητες και άλλες δράσεις με κύρια την πρόληψη (Σακελλαρόπουλος 2010).

Άλλη βασική αρχή είναι ότι όταν η ψυχιατρική ασκείται μέσα στον κοινωνικό ιστό και όχι στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, μειώνεται η δυνατότητα να καθορίζουν οι λειτουργοί ψυχικής υγείας τους όρους εργασίας τους. Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα παρέμβασης στη διαδικασία της συνάντησης με το προσωπικό της μονάδας και στην εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας. Αυτό υποχρεώνει τους λειτουργούς να βρουν τους κατάλληλους τρόπους προσέγγισης και να αναζητήσουν συμμάχους και συνεργάτες στο περιβάλλον του ασθενούς ώστε να εφαρμόσουν τα κατάλληλα θεραπευτικά μέσα. Όταν το ΚΨΥ αποκτήσει «καλή φήμη» στον πληθυσμό (π.χ. με διαλέξεις, προληπτικές παρεμβάσεις στη κοινότητα και κυρίως με τη σοβαρότητα και την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του), τότε θα επιτευχθεί η προσέγγιση ακόμα και των ατόμων που αποφεύγουν να προσφύγουν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αλλά και η αλλαγή της παγιωμένης αρνητικής εικόνας μεγάλου τμήματος του πληθυσμού για την ψυχική νόσο (Κονταξάκης και συν. 2010).

Κεντρικής σημασίας είναι η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στο ΚΨΥ, τόσο γεωγραφικά (π.χ. εύκολη εξυπηρέτηση από τα συγκοινωνιακά μέσα) όσο και από την άποψη του ωραρίου λειτουργίας (π.χ. απογευματινή λειτουργία, ώστε να έχουν πρόσβαση σε αυτό οι εργαζόμενοι ασθενείς) και η δυνατότητα ταχείας αξιολόγησης

και εξυπηρέτησης των αιτημάτων (π.χ. άμεση εξυπηρέτηση των επειγόντων περιστατικών). Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το ΚΨΥ πρέπει να κυμαίνεται από 1 έως 15 λεπτά. Στις αραιοκατοικημένες περιοχές είναι πολύ χρήσιμες οι κινητές μονάδες οι οποίες εξασφαλίζουν την ψυχιατρική φροντίδα κωμοπόλεων και χωριών. Το ΚΨΥ, επίσης, είναι υποχρεωμένο να δέχεται όλες τις κατηγορίες των ασθενών με εξαίρεση ίσως τους χρήστες ουσιών, οι οποίοι συνήθως παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Οφείλει να παρέχει όλες τις υπηρεσίες της σύγχρονης ψυχιατρικής (κλινική παρακολούθηση, φαρμακευτική θεραπεία, ψυχοθεραπευτικές, συμβουλευτικές, οικογενειακές παρεμβάσεις, ψυχολογική στήριξη, βραχεία ψυχιατρική νοσηλεία, νοσοκομείο ή κέντρο ημέρας κ.α.) μέσω του ανάλογου προσωπικού ιατρών, ψυχολόγων, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και εργοθεραπευτών (Κονταξάκης και συν. 2010). Σε περίπτωση που η νοσηλεία κρίνεται απαραίτητη, θα πρέπει να γίνεται κατά το δυνατό σε μονάδα βραχείας νοσηλείας του ΚΨΥ ή σε μικρές μονάδες διασυνδεδεμένων νοσοκομείων (π.χ. το ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής με το Αιγινήτειο νοσοκομείο) (Μαδιανός 2000) και ο χρόνος παραμονής να μειωθεί στο λιγότερο δυνατό. Τα εξειδικευμένα ιατρεία (π.χ. ψυχογηριατρικό, ειδικών ψυχοθεραπειών κ.α.) μπορούν να οργανωθούν με τη συνεργασία περισσότερων κοινοτικών ψυχιατρικών μονάδων (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Ακόμη, έχει αποδειχθεί ότι η έλλειψη συνέχειας στη θεραπεία και στις παρεχόμενες υπηρεσίες από μονάδες που δεν συνεργάζονται μεταξύ τους, αποτελεί αρνητικό παράγοντα ιδιαίτερα στη φροντίδα των σοβαρά ψυχικά πασχόντων (π.χ. σχιζοφρένεια και συναισθηματικές ψυχώσεις). Η συσσώρευση παρεχόμενων υπηρεσιών ασύνδετων μεταξύ τους επιβαρύνει και το κόστος της ψυχιατρικής φροντίδας. Το ΚΨΥ έχοντας την ευθύνη για το συγκεκριμένο πληθυσμό, οφείλει να εξασφαλίζει τη συνέχεια και το συντονισμό αυτών των υπηρεσιών και ενεργειών. Στην περίπτωση παραπομπής σε άλλες υπηρεσίες, το ΚΨΥ διατηρεί την ηθική ευθύνη της συνέχειας (αρχή του θεραπευτικού συνεχούς - continuity of care) και το συντονιστικό του ρόλο (ΥΓΚΑ 2006). Επίσης, για να λειτουργεί αποτελεσματικά το ΚΨΥ είναι θεμελιώδης η συνεργασία με άλλες νοσοκομειακές μονάδες για ζητήματα που αφορούν νοσηλεία και ειδικές μορφές φροντίδας των ασθενών.

Ένα σημαντικό θέμα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι η αποτελεσματική συνεργασία με τους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (γενικούς γιατρούς, πολυδύναμα κέντρα υγείας κ.α.), καθώς οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων παρακολουθούν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών (αρχή της ολοκληρωμένης παροχής - comprehensiveness), που παρουσιάζουν κυρίως συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (ΥΓΚΑ 2006). Η συνεργασία αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία στη φροντίδα των

ψυχογηριατρικών περιστατικών λόγω της συνύπαρξης πολλαπλών προβλημάτων υγείας.

Μια άλλη αρχή είναι η συγκρότηση των λειτουργών ψυχικής υγείας του ΚΨΥ σε ομάδα (ομάδα ψυχικής υγείας - θεραπευτική ομάδα). Σε ένα ΚΨΥ εργάζονται άτομα που ανήκουν σε πολλές επαγγελματικές ομάδες με διαφορετική αρχική εκπαίδευση και ρόλους. Στο παραδοσιακό άσυλο η αυθεντία του ψυχιάτρου ήταν αδιαμφισβήτητη και περιοριζόταν μόνο από τους νομικούς όρους σχετικούς με τις διαδικασίες εγκλεισμού. Το νοσηλευτικό προσωπικό και αργότερα οι κλινικοί ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι εργοθεραπευτές, αποτελούσαν «παραϊατρικό βοηθητικό προσωπικό» σε υποδεέστερη θέση. Η δημιουργία πολυδύναμων ομάδων που εργαζόταν σε διάφορους συνδυασμούς έδωσε στον ψυχίατρο ένα συντονιστικό ρόλο, ο οποίος γινόταν ολοένα και πιο περίπλοκος λόγω των αιτημάτων επαγγελματικής αυτονομίας εκ μέρους των μέχρι πρότινος «παραϊατρικών επαγγελματιών». Σε ορισμένες περιπτώσεις, στα αμερικανικά κυρίως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, οι ψυχίατροι που αποτελούσαν μικρή μειοψηφία στην ομάδα και είχαν ολοένα και μικρότερο έλεγχο της λειτουργίας της, δυσανασχετούσαν για ό,τι θεωρούσαν ως απώλεια του ιατρικού τους κύρους (Gelder et al. 2007). Όμως, η εργασία στο ανοιχτό κοινωνικό περιβάλλον γεννά διαρκώς νέες οργανικές και λειτουργικές ανάγκες με αποτέλεσμα να απαιτείται συνεχής εκπαίδευση και υπέρβαση των παλαιών ρόλων. Μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ή ακόμα και με τη συνεργασία άλλων μελών της θεραπευτικής ομάδας, όλοι οι λειτουργοί συμμετέχουν σε δραστηριότητες όπως η ευαισθητοποίηση του κοινού, οι δράσεις πρόληψης και ψυχικής υγιεινής, η ανάπτυξη σχέσεων με τους τοπικούς φορείς με σκοπό την προώθηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των σοβαρά πασχόντων, οι παρεμβάσεις στην οικογένεια των ασθενών κ.α. (Donovan 1982). Το σύνολο των δραστηριοτήτων μπορεί να καλυφθεί αποτελεσματικά, εφόσον η ομάδα των εργαζομένων έχει συγκροτηθεί σύμφωνα με συγκεκριμένες επιστημονικές κατευθύνσεις και τα μέλη της έχουν τη δυνατότητα να αναλαμβάνουν συμπληρωματικούς ρόλους ή/και να συνεργάζονται με άλλους φορείς.

Στην εποχή μας, παρά το γεγονός ότι η έννοια της κοινότητας έχει υποστεί σημαντικές μεταβολές και έχει γίνει αρκετά χαλαρή και ασαφής, η αναφορά στη κοινότητα παραμένει σημαντική από την άποψη τόσο του «ανήκειν» σε ένα συγκεκριμένο σύνολο όσο και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η υποστήριξη της γειτονιάς, των δημοτικών αρχών και άτυπων φορέων διευκολύνει το έργο ενός ΚΨΥ. Η συνεργασία του ΚΨΥ με την κοινότητα έχει ως αποτέλεσμα από τη μια την προσφορά υπηρεσιών στους δημότες (ψυχιατρική κάλυψη κοινωνικών ιδρυμάτων όπως τα ΚΑΠΗ, δραστηριότητες που αφορούν την πρόληψη των ψυχικών νόσων και τον

αποστιγματισμό των ασθενών, παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών κ.α.) και από την άλλη επιτυγχάνεται στήριξη του έργου του (διάθεση χώρων για στέγαση των δραστηριοτήτων, ευκαιρίες απασχόλησης των ασθενών) και συνεργασία με άτυπους παρόχους κοινωνικών υπηρεσιών (Κονταξάκης και συν. 2010). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα ΚΨΥ πρέπει να επιδιώξει συνεργασία με εργαζόμενους σε κοινοτικά προγράμματα, εναλλακτικούς θεραπευτές, μέλη οικογενειών, ομάδες αυτοβοήθειας, υπηρεσίες συνηγορίας και θρησκευτικούς ηγέτες που παρέχουν υπηρεσίες σχετικές με την αντιμετώπιση τραυματικών καταστάσεων και άλλων έκτακτων γεγονότων. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στις εθελοντικές ομάδες που παρέχουν επιμόρφωση σε γονείς και νέους για θέματα ψυχικής υγείας και σε εθελοντικές ομάδες που προσφέρουν ανθρωπιστική βοήθεια σε έκτακτες συνθήκες (WHO 2003).

Απαραίτητη είναι, τέλος, η συνεχής προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας και οργάνωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σημαντική είναι η συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας καθώς με αυτό τον τρόπο είναι πιθανότερο να προτείνουν σωστές και ρεαλιστικές λύσεις στα προβλήματα και κατ'επέκταση είναι πιθανότερο να εφαρμόσουν τις αλλαγές (WHO 2003).

Ο ρόλος του Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη πρόληψη ψυχιατρικών διαταραχών

Το ΚΨΥ δραστηριοποιείται στη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη. Στις προτεραιότητες του πρέπει να περιλαμβάνονται η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, η πρόληψη των αυτοκτονιών, η έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση των ψυχικών διαταραχών και η αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη των ασθενών (Fiorello et al. 2013).

Ως πρωτοβάθμια πρόληψη ορίζεται η εντόπιση και εξάλειψη των παραγόντων που συμβάλουν στην εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής. Εστιάζει κυρίως στην τροποποίηση παθογόνων συμπεριφορών και την ανίχνευση πληθυσμών υψηλού κινδύνου. Σε αυτούς περιλαμβάνονται άτομα άνεργα, ηλικιωμένα και μόνα, άπορα και κοινωνικά περιθωριοποιημένα, εκτεθειμένα σε ψυχοπιεστικά γεγονότα. Επίσης, μετανάστες, άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας, προβληματικές ή μονογονεϊκές οικογένειες, οικογένειες τοξικομανών, αλκοολικών, ψυχικά ασθενών, άτομα κατά την περίοδο της συνταξιοδότησης, έφηβοι που εγκατέλειψαν το σπίτι και το σχολείο κ.α. Είναι εμφανές ότι οι προηγούμενες κατηγορίες ατόμων καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα πληθυσμού, το οποίο δεν μπορεί να προσεγγιστεί από μια μικρή ομάδα ειδικών, για λόγους τόσο δεινολογικούς (δεν έχουμε δικαίωμα να εισβάλουμε στη ζωή των ανθρω-

των επειδή «κινδυνεύουν» να αρρωστήσουν) όσο και επιστημονικούς (είναι αρκετά δυσχερές να κωδικοποιήσουμε συγκεκριμένους στόχους παρέμβασης και τα απαραίτητα επιδημιολογικά εργαλεία). Το υπερβολικό άνοιγμα σε προληπτικές δραστηριότητες μπορεί να αποβεί σε βάρος της κύριας θεραπευτικής διαδικασίας της μονάδας (Κονταξάκης και συν. 2010). Για τους παραπάνω λόγους, στόχος είναι η ευρύτερη δυνατή ενημέρωση για την προσέλευση των πληθυσμών υψηλού κινδύνου, ώστε αρκετοί από αυτούς να απευθυνθούν για βοήθεια. Στις περισσότερες χώρες, οι κοινωνικές ομάδες που αποφεύγουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι οι άνδρες και οι κάτοικοι με λιγότερα χρόνια μόρφωσης που βρίσκονται στα δύο άκρα του ηλικιακού και εισοδηματικού φάσματος (Wang et al. 2007).

Προϋπόθεση για την έγκαιρη παρέμβαση σε πρώιμο στάδιο είναι η ανίχνευση και αναγνώριση των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο. Ένα πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση είναι η δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης καθώς και προγραμμάτων για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος (Goffman 1963). Ιδιαίτερα στην Ελλάδα που οι μελέτες έχουν αναδείξει σοβαρή έλλειψη γνώσεων για σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η ανάγκη γίνεται επιτακτική (Economou et al. 2009).

Η δευτεροβάθμια πρόληψη στοχεύει στη μείωση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών, στη μείωση του χρόνου με ενεργό συμπτωματολογία και στην πρόληψη ή καθυστέρηση των υποτροπών. Αποτελεί, τουλάχιστον ποσοτικά, τον κύριο τομέα προληπτικής δραστηριότητας ενός ΚΨΥ καθώς συνδέεται στενά με τη θεραπευτική δραστηριότητα της μονάδας. Η αποτελεσματικότητα της δράσης του εξαρτάται από ένα καλά οργανωμένο δίκτυο παραπομπών (από τοπικούς κοινωνικούς φορείς και αρχές, πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, νοσοκομεία, ιδιώτες γιατρούς κ.α.), από την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών (γεωγραφική αλλά και οργάνωση του ωραρίου λειτουργίας της μονάδας ώστε να εξυπηρετεί το ευρύτερο κοινωνικό φάσμα κατοίκων) και από την ικανότητα υποδοχής (ταχεία εξυπηρέτηση, ικανότητα αξιολόγησης των αιτημάτων και του επείγοντος ή μη του χαρακτήρα τους). Ιδιαίτερη σημασία έχει η δυνατότητα επισκέψεων κατ'οίκον (για κατηγορίες ασθενών που αδυνατούν ή αρνούνται να μετακινηθούν) και γενικότερα η διαχείριση της κρίσης (τόσο η εκτίμηση πιθανού κινδύνου όσο και η λήψη μέτρων που έχουν θετική προοπτική για τον ασθενή). Η ταχεία υποδοχή του αιτήματος του ασθενούς και των οικείων του, η γρήγορη διάγνωση, στήριξη και θεραπεία του ασθενούς και πιθανώς νοσηλεία αποτελούν τη βάση της δευτερογενούς πρόληψης. Η δευτεροβάθμια πρόληψη εμπλέκει και άλλες ειδικότητες πλην της ψυχιατρικής καθώς συχνά οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να εκδηλωθούν με σωματικά συμπτώματα, ενώ αντίστοιχα μια σειρά από σωματικές

νόσους είναι πιθανό να εκδηλωθούν με συμπτώματα από τη ψυχική σφαίρα.

Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στην επίτευξη σταθερής και διατηρήσιμης βελτίωσης της συμπτωματολογίας και της λειτουργικότητας του ασθενούς. Ασκείται τόσο δια της τρέχουσας εργασίας του ΚΨΥ με τους ασθενείς που παρουσιάζουν μείζονα ψυχοπαθολογικά προβλήματα όσο και με το έργο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (δομές εντός του τομέα ευθύνης του ΚΨΥ) για τον περιορισμό των επιπτώσεων της νόσου στο προσβεβλημένο άτομο, τις οικογένειες τους και την κοινωνία. Η τριτοβάθμια πρόληψη αφορά την ίδια τη ψυχιατρική συμπτωματολογία καθώς οι μείζονες ψυχικές παθήσεις έχουν ανάγκη από συντονισμένες προσπάθειες σε πολλά επίπεδα (π.χ. φαρμακοθεραπεία, κλινική παρακολούθηση, στήριξη της οικογένειας, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων κ.α).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αναπτύχθηκε ως ιδιαίτερος κλάδος της ψυχιατρικής φροντίδας τα τελευταία 20-30 χρόνια. Αρχικό της αντικείμενο υπήρξαν οι έγκλειστοι σε ψυχιατρικά ιδρύματα, ενώ στη συνέχεια επεκτάθηκε σε ευρύτερες ομάδες ασθενών με μείζονα ψυχοπαθολογικά προβλήματα. Αυτό συνέβη από τη στιγμή που έγινε φανερό ότι απαιτείται εξειδικευμένη εργασία για να υπάρξει διέξοδος από τη φάση της εξέλιξης μιας ψυχικής νόσου, όπου παρατηρείται μεν ύφεση της ενεργού ψυχοπαθολογίας αλλά κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα και η παραίτηση του ασθενούς μπροστά σε ποικίλες δυσκολίες (Μαδιανός 1994). Η μακροχρόνια νοσηλεία σε κλειστό ψυχιατρικό ίδρυμα έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για τη μελλοντική πορεία των ασθενών. Ακόμα και για ασθενείς που νοσηλεύθηκαν επί δεκαετίες, με τη μεταφορά τους σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διαπιστώθηκε ότι η κλινική τους κατάσταση βελτιωνόταν σταθερά ενώ σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν σε αυτονομία, κοινωνικοποίηση και έκφραση της βούλησης χωρίς ταυτόχρονα καμιά επιδείνωση (Furlan et al. 2009). Παράλληλα προς την προσπάθεια για βραχύτερη νοσηλεία, η μερική νοσηλεία (κέντρα και νοσοκομεία ημέρας) έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντική καθώς ικανοποιεί πολλαπλές ανάγκες του ασθενούς χωρίς να παρουσιάζει τα μειονεκτήματα της αποκοπής από το σύνηθες περιβάλλον του.

Οι δυσμενείς περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το ανεπαρκές υποστηρικτικό σύστημα, η κοινωνική απομόνωση ή/και η μεγάλη έλλειψη πόρων περιλαμβάνονται στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας πρόληψης. Η μείωση ή η εξάλειψη αυτών των δυσμενών παραγόντων αποτελεί ένα από τα κύρια αντικείμενα εργασίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Furlan et al. 2009). Η ενίσχυση του αρρώστου στην κοινωνική ζωή, την οικογένεια και τη γειτονιά είναι απαραίτητη ώστε οι θεραπευτικές και εκπαιδευτικές προσπάθειες που ακολουθούν

να έχουν πιθανότητα επιτυχίας. Επίσης, η στέγαση σε ξενώνες ή προστατευμένα διαμερίσματα για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, μπορεί να είναι απαραίτητη σε ασθενείς που βρίσκονται σε αναζήτηση εργασίας ή σε μεγάλη σύγκρουση με την οικογένεια μετά την έξοδο από μακρόχρονη νοσηλεία.

Η εργασιακή αποκατάσταση των ασθενών απαιτεί – παράλληλα με την σταθεροποίηση των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου – την κάλυψη μαθησιακών κενών και τη σταδιακή εξοικείωση με τις συνθήκες εργασίας. Συχνά απαιτούνται ιδιαίτερες συνθήκες (π.χ. μειωμένο ωράριο) και ιδιαίτερη εκπαίδευση του προσωπικού, ώστε να συνοδεύσει τους ασθενείς σε αυτή την πορεία. Τέλος, η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στη μειωμένη αυτοεκτίμηση και αποθάρρυνση του ασθενούς. Πολύ συχνά οι ασθενείς, κάτω από το βάρος της συμπτωματολογίας και των κοινωνικών προβλημάτων, παραιτούνται από την προσωπική και κοινωνική τους ζωή και περιθωριοποιούνται. Αν δεν αναστραφεί αυτή η πορεία οι άλλες ενέργειες καθίστανται μάταιες και σε αυτήν ακριβώς την αναστροφή προσβλέπει μεγάλο μέρος της κλινικής εργασίας και των ψυχοθεραπευτικών μεθόδων (Ζήση 2001).

Προαγωγή ψυχικής υγείας στην κοινότητα

Ο ΠΟΥ όρισε την ψυχική υγεία ως προϋπόθεση για τη σωματική και το αποτύπωσε προσδιορίζοντάς την ως «... μια κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητες του, είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα συνηθισμένα άγχη της ζωής, μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά, και είναι ικανό να προσφέρει στο κοινωνικό του περιβάλλον» (WHO 2004). Όμως, παρά τις μεγάλες προσπάθειες που καταβλήθηκαν, ο ρυθμός αύξησης των νέων περιπτώσεων δεν μπόρεσε να ελεγχθεί επαρκώς. Το γεγονός αυτό οδήγησε την επιστημονική κοινότητα στην αναζήτηση επιπρόσθετων μέσων και μεθόδων για την προστασία της ψυχικής υγείας. Η ανάπτυξη του αντικειμένου της Προαγωγής Ψυχικής Υγείας (Mental Health Promotion) (ΠΨΥ) θεωρείται σήμερα ως μία από τις πλέον σημαντικές προσπάθειες για τον περιορισμό της αύξησης των ψυχικών διαταραχών. Κι αυτό, γιατί έχει ως στόχο όχι απλώς την καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου αλλά κυρίως την ενίσχυση της ψυχικής υγείας σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ανάπτυξης των ατομικών δεξιοτήτων, της ενδυνάμωσης των ατομικών ικανοτήτων αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων της ζωής καθώς και μέσω της κατάλληλης ενημέρωσης, εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης των κοινωνικο-πολιτικών φορέων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την ψυχική υγεία (Vassiliadou 2008, Χαραλάμπους και συν. 2008).

Με όλα τα παραπάνω επιτυγχάνεται αφενός η ενίσχυση της ψυχικής υγείας και η αντιμετώπιση των στρεσογόνων γεγονότων σε ατομικό επίπεδο και αφετέρου η δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για την πρόληψη και καταπολέμηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εγκατάσταση ή την υποτροπή των ψυχικών διαταραχών (Knapp et al. 2007).

Στις πραγματικές συνθήκες είναι δύσκολο να νοηθεί ως αποτελεσματική μια παρέμβαση για την πρόληψη της νόσου χωρίς να αναπτύσσονται ταυτόχρονα οι παράγοντες που σχετίζονται θετικά με την ψυχική υγεία, οπότε το αντικείμενο της Πρόληψης των Ψυχικών Διαταραχών φαίνεται περιορισμένο σε σχέση με το αντικείμενο της Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας (Vassiliadou 2008). Οι ψυχικές διαταραχές και η ψυχική υγεία δε μπορούν να περιγραφούν ως οι διαφορετικές άκρες σε μια γραμμική κλίμακα, αλλά μάλλον σαν δύο επικαλυπτόμενες και αλληλένδετες συνιστώσες μιας ενιαίας έννοιας της ψυχικής υγείας (Detels et al. 2002). Η πρόληψη χρησιμοποιεί στρατηγικές προαγωγής ψυχικής υγείας για την επίτευξη των στόχων της και αντίστροφα (WHO 2004, Hosman et al. 1999). Στοιχεία πρόληψης και προαγωγής είναι συχνά παρόντα στα ίδια προγράμματα τα οποία περιλαμβάνουν παρόμοιες δραστηριότητες και παράγουν διαφορετικά αλλά συμπληρωματικά αποτελέσματα. Χρειάζεται επομένως να αναπτυχθούν ταυτόχρονα οι δεξιότητες του ατόμου (mental health skills), ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τα καθημερινά άγχη αλλά και τα δυνητικά ψυχοτραυματικά γεγονότα (π.χ. φυσικές καταστροφές, θάνατοι, προσφιλών προσώπων, σοβαρές κοινωνικο-οικονομικές απώλειες κ.λ.π.), τα οποία συχνά σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών (Warnke et al. 2010). Η διερεύνηση των συνιστωσών της ψυχικής υγείας και κυρίως η απάντηση του πρωταρχικού ερωτήματος σχετικά με το «τι είναι αυτό που κάνει κάποιον να είναι υγιής» αποτελεί έναν από τους βασικότερους ερευνητικούς στόχους του γνωστικού αντικείμενου της ΠΨΥ (Παπαδημητρίου και συν. 2013). Με την αύξηση της θετικής ψυχικής υγείας, τη μείωση των ανισοτήτων και την οικοδόμηση του κοινωνικού κεφαλαίου, η ΠΨΥ έχει ως στόχο να μειωθεί το χάσμα της ψυχικής υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και των χωρών (WHO 1997). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ αποτελεσματικές παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας που μπορούν να εφαρμοστούν στη κοινότητα σε συνεργασία με τα ΚΨΥ είναι (WHO 2004):

Παιδική ηλικία / Εφηβεία

- Σχολικά προγράμματα για την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων
- Σχολικές ολιστικές παρεμβάσεις που συνδυάζουν οικοδόμηση δεξιοτήτων και αλλαγές στο περιβάλλον
- Πρόσβαση στην προσχολική εκπαίδευση

- Γνωσιακά - Συμπεριφορικά προγράμματα για παιδιά που κινδυνεύουν από κατάθλιψη
- Τεχνικές διαχείρισης άγχους
- Κοινωνικές πολιτικές για την προώθηση της κοινωνικής στήριξης και ένταξης και την αποφυγή κοινωνικού αποκλεισμού - Επισκέψεις στο σπίτι

Ενήλικες

- Παρεμβάσεις σε γονείς με δύσκολα παιδιά
- Κατ'οίκον επισκέψεις για καταθλιπτικές μητέρες
- Τεχνικές διαχείρισης άγχους
- Σύντομες παρεμβάσεις για το αλκοόλ
- Έγκαιρες διαγνωστικές παρεμβάσεις
- Σωματική άσκηση - Ψυχοεκπαίδευση

Συμπέρασμα

Η σημαντική επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο είναι αδιαμφισβήτητη και οι συζητήσεις περί της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας κερδίζει συνεχώς έδαφος μεταξύ των ιθυνόντων. Κομβικό ζήτημα αποτελεί η μετατόπιση της φροντίδας από την ιδρυματική κατάσταση στη κοινοτική με κύριο αποδέκτη το ΚΨΥ. Δουλεύοντας με γνώμονα τις βασικές αρχές φροντίδας των ψυχικά πασχόντων τα ΚΨΥ μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στην πρόληψη και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας αλλά και στην επανένταξη των ασθενών στο κοινωνικό σύνολο.

Βιβλιογραφία

Detels R. et al. Oxford textbook of public health. 2002, 3rd ed. Oxford. Oxford University Press.

Donovan CM. Problems of psychiatric practice in community mental health center. American Journal of Psychiatry 1982, 139:456-460.

Economou M. et al. Knowledge About Schizophrenia and Attitudes Towards People with Schizophrenia in Greece. International Journal of Social Psychiatry, 2009, 55, 361.

Ζήση Α. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες. Ερευνητικές εξελίξεις και νέες προοπτικές. Εγκέφαλος 2001, 38:53-71.

Fiorilo A. et al. Priorities for mental health research in Europe: a survey among national stakeholders' associations within the ROAMER project. World Psychiatry, 2013, 12, 165-170.

Furlan P.M. et al. Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals. Psychiatric Services, 2009, 60, 1198-1202.

Gelder M.C, López-Ibor J.J., Andreasen N.. Oxford – Σύγχρονη Ψυχιατρική, 2007, Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmate (Άσυλα). 1961, USA. Anchor Books. (μτφ Εκδόσεις Ευρύαλος 1994)

Hosman C. et al. Political challenges 2: mental health. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Brussels. International Union for Health Promotion and Education, 1999

Κονταξάκης Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι., Χριστοδούλου Γ.Ν. Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, 2010, Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.

Knapp M. Et al. Mental Health Policy and Practice Across Europe: The Future Direction of Mental Health Care. The European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, 2007

Μαδιανός ΓΜ. Μέθοδοι πρόληψης ψυχοπαθολογικών προβλημάτων στη διαδικασία της αποκατάστασης στη κοινότητα. Στο: Μαδιανός Μ. (Συντ.) Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994:21-40.

Μαδιανός ΓΜ. Το κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Διοικητικά-οργανωτικά θέματα και ένα ελληνικό πρότυπο ΚΚΨΥ αστικού τύπου. Η πρώτη εμπειρία στο ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής. Στο: Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2000:62-80, 81-102.

Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάππας Ι.Α., Λύκουρας Ε. Σύγχρονη Ψυχιατρική, 2013 Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.

Σακελλαρόπουλος Π. Θεμέλιο της ψυχιατρικής ο συναισθηματικός δεσμός θεραπευτή-θεραπευόμενου, 2010, Αθήνα. Εκδόσεις Παπαζήση.

Vassiliadou M. «ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ» Στρατηγικές Αξιολογικής Γνωσιακής Εκπαίδευσης, 2008, Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.

Wang P.S. et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet, 2007,370(9590), 841-50.

Warnke I. et al. Clinical and social risk factors for the readmission of patients with schizophrenia to psychiatric inpatient care: a long-term analysis. Neuropsychiatry, 2010, 24(4),243-51.

World Health Organization. The Jakarta Declaration on leadin health promotion into the 21st century. Geneva, 1997, WHO.

World Health Organization Organization of services for mental health. Geneva. 2003, WHO.

World Health Organization Mental Health Policy and Service Guidance Package Quality Improvement for Mental Health, 2003, Geneva. WHO.

World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options, 2004, Geneva. WHO.

World Health Organization. Mental health declaration for Europe. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2005a, WHO. World Health Organization. Mental health action plan for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005b, WHO.

Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χ. Η Συνεισφορά της αγωγής υγείας στην ψυχική υγεία: Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. e-Journal of Science & Technology (e-JST), 2008, 2(3), 19-32.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ). Οδηγός οργάνωσης υπηρεσιών αντιμετώπισης της κρίσης και των επειγόντων περιστατικών. Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «Ψυχαργώς – Β φάση», 2006, Αθήνα. ΥΥΚΑ.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ). «Ψυχαργώς Γ'» – Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος Ψυχαργώς, 2011, Αθήνα. ΥΥΚΑ.