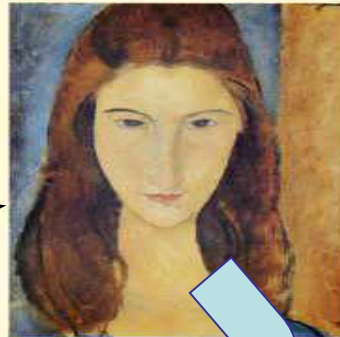


Αποασυλοποίηση ή «Ενσωματωμένη Ψυχιατρική-
Ψυχοθεραπευτική Περίθαλψη»; Συμπεράσματα από την 20ετη
Λειτουργία των Ψυχιατρικών Τομέων των Γενικών Νοσοκομείων. (*Μ.Διαλλινα 2006*)



- Στην “Ιστορία της τρέλας”, γράφει το 1964 ο Μισέλ Φουκώ: “Από τη μάταιη μάσκα μέχρι το πτώμα, το ίδιο χαμόγελο συνεχίζεται. Μα κείνο που συμβαίνει με το γέλιο του τρελού είναι ότι γελά, προκαταβολικά, με το γέλιο του θανάτου και ο τρελός, προλέγοντας το μακάβριο, το αφοπλίζει. Οι κραυγές της τρελής Μαραγκό θριαμβεύουν, στην ακμή της Αναγέννησης, με τον ίδιο θρίαμβο του θανάτου που τραγουδιόταν στο τέλος του Μεσαίωνα, στους τοίχους του Campo-Santo(δηλαδή των πρώτων ψυχιατρικών άσυλων.)



συλλογισμοί ή συναισθήματα θλίψης
αυξάνουν
την δραστηριότητα
Στις συνάψεις των νευρωνικών κυκλωμάτων
του προμετωπιαίου φλοιού
του *gyrus cingulus*
Η αλλαγή της πλαστικότητας των νευρωνικών
συνάψεων
αποθηκεύεται στην μνήμη.

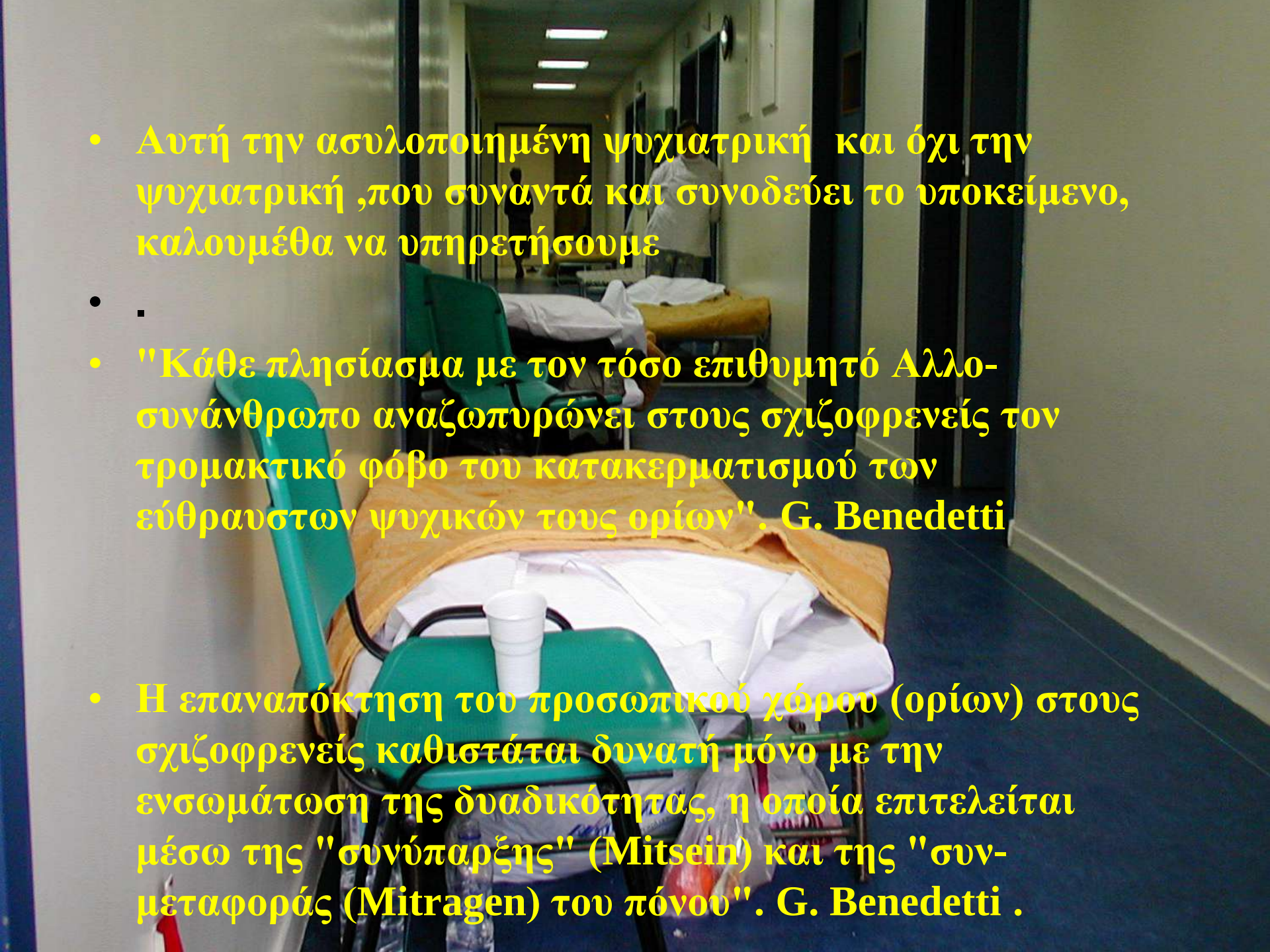
Αντίστροφα
μεσω διαταραχής του μεταβολισμού
κάποιων νευροδιαβιβαστων
(σεροτονίνη, ή νοραδρεναλίνης)
να προκαλέσουν
και καταθλιπτικά αισθήματα

Ψυχοθεραπείες ή Ψυχοφάρμακα ;

- Θεραπείες μεσω της ομιλίας συναντούμε από τον Σωκράτη ,τον Πλάτωνα, στα Ασκληπιεία,έως τα Ευαγγέλια.
- Όπως πολύ σωστά διαπιστώνει ο **M.Ballint** :
“το απαραίτητο σκεύασμα για την υγεία δεν είναι το φιαλίδιο με τα φάρμακα ή τα χάπια αλλά ο τρόπος ,που αυτό συνταγογραφείται.....το ένα τρίτο της εργασίας κάθε γιατρού είναι καθαρή ψυχοθεραπεία.”
- Σήμερα γνωρίζουμε ,ότι όχι μόνο η αίσθηση του πόνου αλλά και ο μεταβολισμός ,η αιμάτωση και η νευρωνική δραστηριότητα της επανομαζόμενης Προσαγωγού εγκεφαλκής έλικας μπορούν να μεταβληθούν μέσω λέξεων η σκέψεων. (**Rainville et al1997;1999**)
- Ο **E. Kandel** 2001 διαπιστώνει ότι όταν οι λέξεις «αγγίζουν τα φυλλοκάρδια μας» τότε προκαλούνται τροποποιήσεις των αλληλοσυνδέσεων των νευρωνικών συνάψεων (**plasticity**).
- Σύμφωνα με τον **Pinker** (1995) η χρήση μιας γλώσσας τροποποιεί τα « γραμματικά » και «φωνητικά » νευρωνικά δίκτυα έτσι ώστε να δημιουργούνται διαφορετικές διασυνδέσεις στα νευρωνικά δίκτυα στις διαφορετικές κουλτούρες.



- Η Ιατρική, όπως ορίστηκε ήδη από τον Ιπποκράτη έχει στοχο την ίαση ή έστω την ανακούφιση του ασθενούς από την οδύνη και την περίθαλψη του δηλ. την θεραπεία του . **Ο Στ. Μέντζος** όπως και οι πρωτοπόροι ψυχίατροι ψυχοθεραπευτές **Ciobi, Benedetti**, αποδεχόμενος μια πολλαπλή αιτιοπαθογένεια και προδιάθεση(**ψυχοσωμάτωση του Εγκεφάλου 2003**) προτείνει ένα σύμμεκτο μοντέλο θεραπείας υπό το πρίσμα των πολύπλευρων προδιαθέσεων της καταθλιπτικής κατάστασης η της ψύχωσης.
- Οι υπεύθυνοι για τον σχεδιασμό τις ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ξεχνούν συστηματικά ,ότι **υπάρχει εκτός από το κοινωνικό πρόβλημα και η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ως μια τραγική πραγματικότητα ,που δεν εξορκίζετε με την από- συναρμολόγηση του Ασύλου.**
- Η λειτουργία των ανοιχτών ψυχιατρικών τμημάτων περιορίστηκε στις κλασσικές διαγνώσεις, αφήνοντας έξω μια μεγάλη μερίδα ασθενών (ψυχοσωματικών, διαταραχών της προσωπικότητας, και των νέων ασθενειών της χιλιετηρίδας).

- 
- Αυτή την ασυλοποιημένη ψυχιατρική και όχι την ψυχιατρική ,που συναντά και συνοδεύει το υποκείμενο, καλούμέθα να υπηρετήσουμε
 - "Κάθε πλησίασμα με τον τόσο επιθυμητό Άλλο-συνάνθρωπο αναζωπυρώνει στους σχιζοφρενείς τον τρομακτικό φόβο του κατακερματισμού των εύθραυστων ψυχικών τους ορίων". G. Benedetti
 - Η επαναπόκτηση του προσωπικού χώρου (ορίων) στους σχιζοφρενείς καθιστάται δυνατή μόνο με την ενσωμάτωση της δυαδικότητας, η οποία επιτελείται μέσω της "συνύπαρξης" (Mitsein) και της "συν-μεταφοράς (Mitragen) του πόνου". G. Benedetti .

Α. Αρχικά η λειτουργία των ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία μετά την εφαρμογή του νόμου 815/ 87 περιορίστηκε στις κλασσικές διαγνώσεις, αφήνοντας έξω μια μεγάλη μερίδα ασθενών.

Παρ' όλα αυτά υπήρξαν σημαντικά επιτεύγματα, όπως:

1. Η «από-σχιζοφρενοποίηση» σημαντικού αριθμού ασθενών.
2. Η ορθολογική χρήση των φαρμάκων.
3. Η παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών αποχαρακτηρισμένες από το στίγμα των μεγάλων ασύλων.
4. Η εκπαίδευση σε μια νέα ψυχιατρική πραγματικότητα με νέες δυσκολίες αλλά και δυνατότητες.
5. Αντιμετώπιζε επαρκώς το πρόβλημα της συνοσηρότητας και τις δυσκολίες, που προκύπτουν λόγω της προκατάληψης των σωματικών ιατρών.







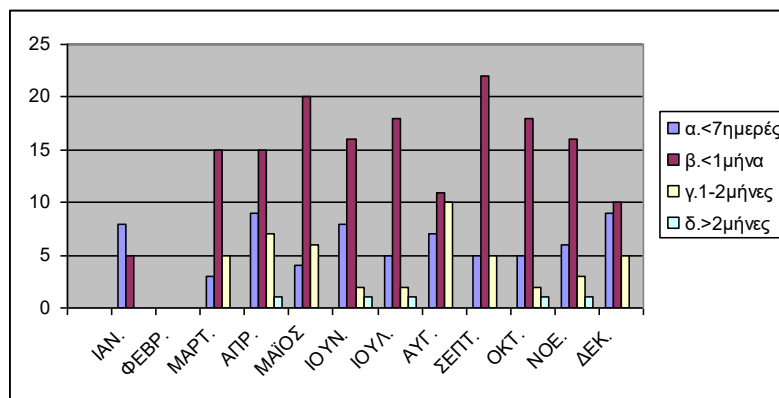
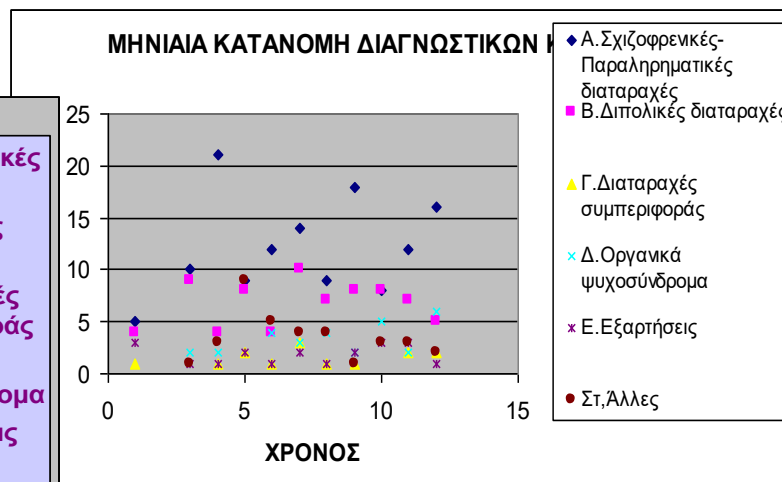
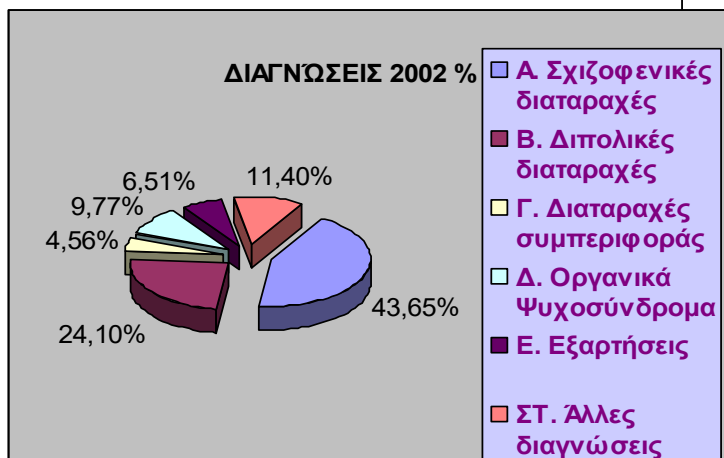


- Μετά από 20ετή εμπειρία στις «νέες δομές» της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, διαπιστώνουμε:
- από τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων, ο ψυχικά ασθενής αντιμετωπίζεται με προκατάληψη και κοινωνικό αποκλεισμό (όπως τεκμηριώσαμε το 1999, όταν αναλύσαμε με το ECLW- Registration Form V2 (ICD-10) 692 κλήσεις προς το τμήμα της Διασυνδετικής ψυχιατρικής).
- Ότι αντιμετωπίζετε ως χρήστης υπηρεσιών και όχι ως πάσχον υποκείμενο.
- Η διεκπεραίωση ασθενών αποτελεί την συνήθη πρακτική και όχι η κλινική του υποκειμένου και η ακρόαση- συνάντηση με το πάσχοντα

Η λειτουργία των ανοιχτών ψυχιατρικών τμημάτων περιορίστηκε στις κλασσικές διαγνώσεις, αφήνοντας έξω μια μεγάλη μερίδα ασθενών (ψυχοσωματικών, διαταραχών της προσωπικότητας και των νέων ασθενειών της χιλιετηρίδας). Η θεραπευτική τους παρέμβαση εκφυλίστηκε στο επίπεδο της απλής φαρμακοθεραπείας, **χωρίς κανένα στοιχείο ψυχο-κοινωνικής πλαισίωσης**, πράγμα που καθιστά τις “νέες δομές” οπισθοδρομικότερες των κλασσικών ψυχιατρείων.

A) Διαγνωστικές κατηγορίες: πίνακες 1,2.

B) Μέση νοσηλεία ανά μήνα: πίνακας 3.



Δυνητικός κίνδυνος από τον υβριδισμό ανοιχτών- κλειστών τμημάτων

- Ο ψυχικά ασθενής, λόγω των ανεπαρκειών σε υποδομή και προσωπικό αφ' ενός έχει τη δυνατότητα να διαφύγει, αφ' ετέρου εκτίθεται σε ποιοτικά και χρονικά ανεπαρκείς νοσηλείες, καθιστάμενος δυνητικά επικίνδυνος για τον εαυτό του και το κοινωνικό σύνολο. **Αυτό μακροπρόθεσμα θα αναιρέσει την ίδια την ουσία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης**

- οι νέες συνθήκες που προέκυψαν μετά το σεισμό του 1999, με την καθιέρωση και νομιμοποίηση των ακουσίων νοσηλειών σε ράντζα, **αλλοίωσαν τον πρωτογενή χαρακτήρα των «νέων δομών» και το φάσμα των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτές**, δημιουργώντας ένα θνησιγενές και απολύτως **αναποτελεσματικό υβρίδιο «ασύλου-ανοικτού τμήματος»**, όπου ετερόκλητοι ασθενείς και κοινωνικά προβλήματα συγχρωτίζονται, ουσιαστικά αναιρώντας την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και εγκυμονώντας σοβαρούς κινδύνους για τους ασθενείς και το κοινωνικό σύνολο



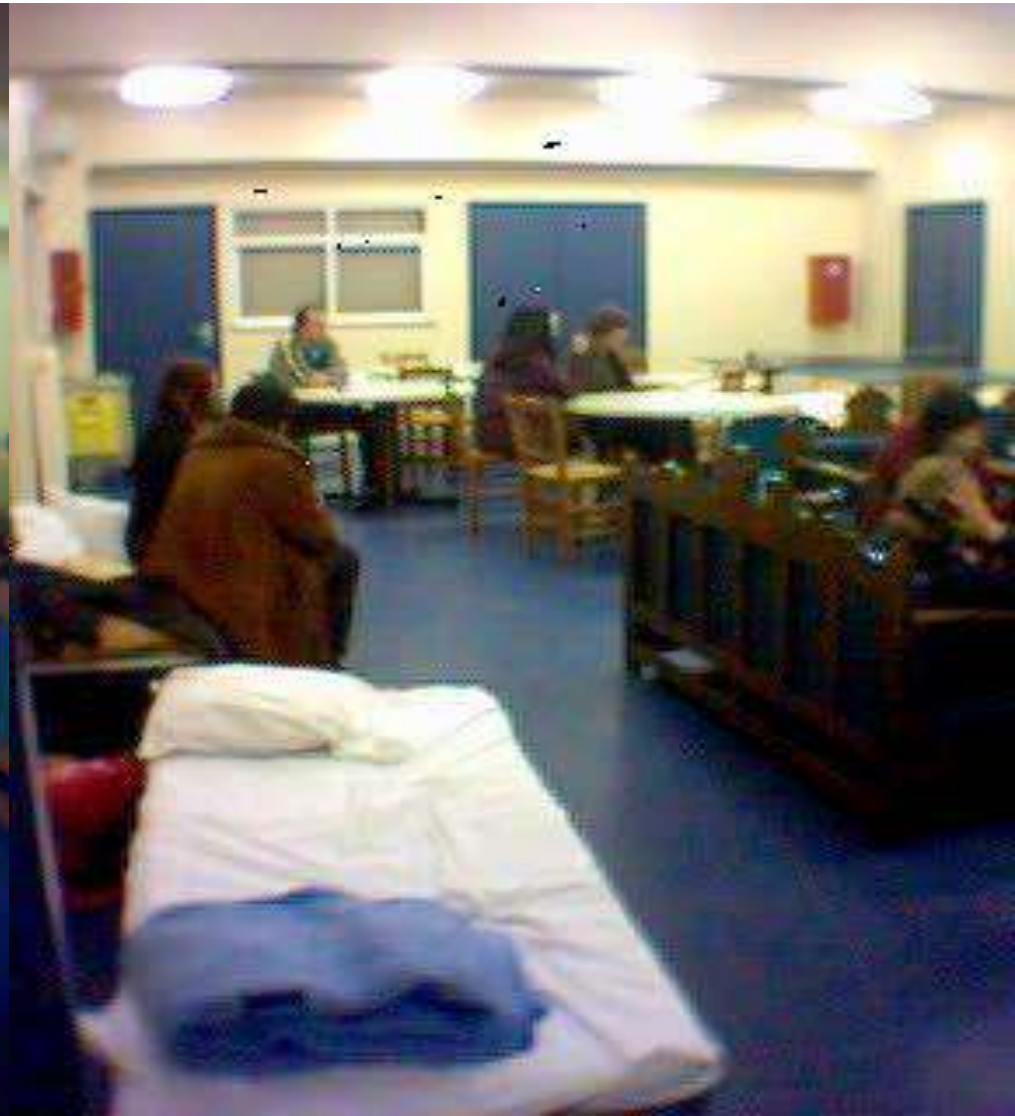
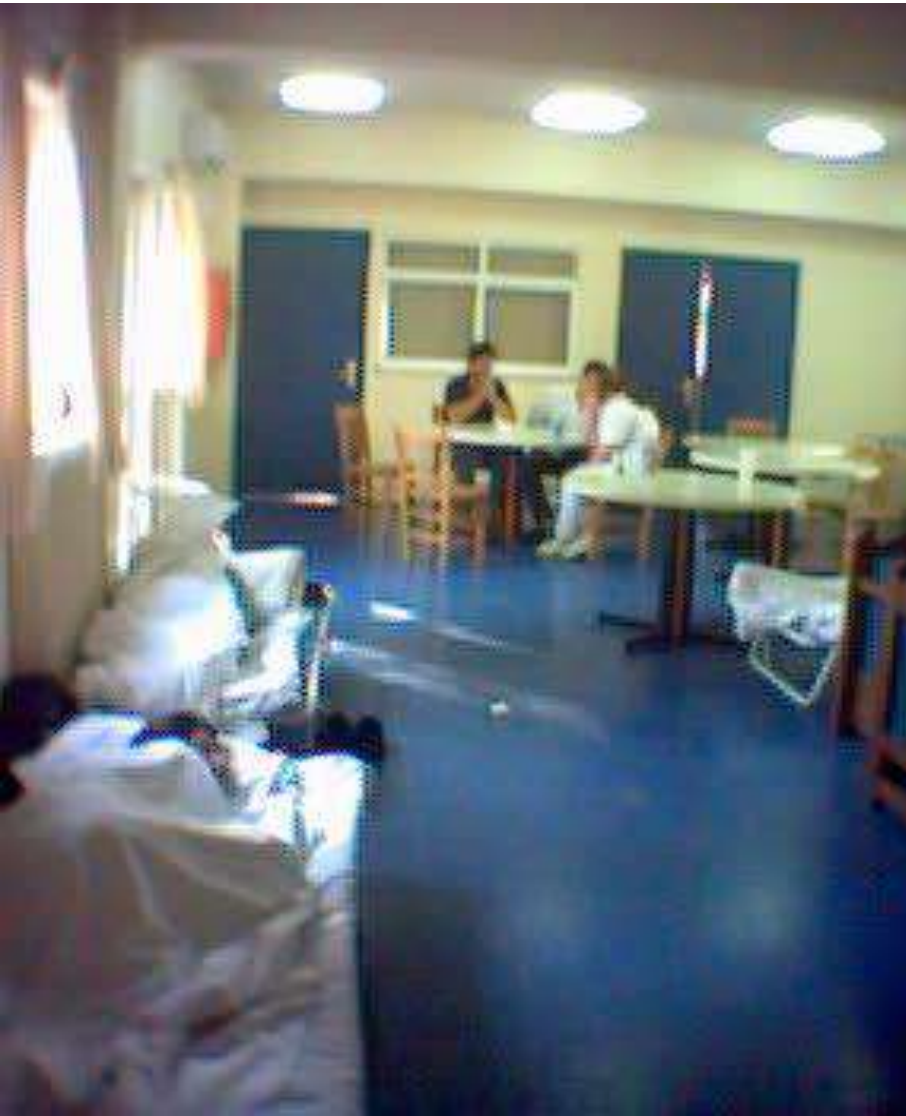
14/12/2005 10.30μμ ΕΦΗΜΕΡΙΑ!!! PANZA14-ΚΛΙΠΝΕΣ 18, το πάσχον υποκείμενο αναζητά μέσω της διυποκειμενικής συνάντησης, του σεβασμού και της ελευθέριας να αναπτύξει την ιστορικότητα του και να επανακαθορίσει το «εδώ – είναι » του (Dasein).
Η συνάντηση αυτή είναι εφικτή μονο σε ένα πλαίσιο, που του το επιτρέπει.



ΣΑΛΟΝΟ-ΤΡΑΠΕΖΟ- ΥΠΝΟΔΩΜΑΤΙΟ -ΗΣΥΧΑΣΤΗΡΙΟ

Ο ΠΑΣΧΟΝ ΚΑΙ Ο ΣΥΝ- ΠΑΣΧΟΝ ΙΑΤΡΟΣ ΑΝΑΖΗΤΟΥΝ

ΧΩΡΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟ

















ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ



	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΚΟΥΣΙΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ	Μ.Ο. ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΜΗΝΑ 2002	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ	2-4 ΜΗΝΕΣ	5-8 ΜΗΝΕΣ
	2000 (1.6-20.12)	2002						
ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	325		72	32,5	21,07	125,48	4	0
ΑΓ. ΟΛΓΑ	263	15	105	21,91	28	87,83	71	0
ΣΩΤΗΡΙΑ	327	35	54	27,25	18,17		67	0
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ	298	42	59	24,83	28	112		
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	319	54	53	26,58	25,3	111,65	-	
ΘΡΙΑΣΙΟ	215	-	76	17,91	28,16	119,44	28	8
ΝΙΚΑΙΑ	576	78	66	48		101,12	-	-
ΨΝΑ	1138	164	943	94,83	26,78	46,24		
ΔΡΟΜΟΚΑΙΤΕΙΟ	1288	322 (555: 1 ^ο 6ΜΗΝΟ)	785	107,33	119,22			
ΣΥΝΟΛΟ ΨΝ: 2426/1728				ΣΥΝΟΛΟ ΨΤΓΝ: 2323/485				

Η προτεινόμενη Τομεοποίηση στο 9το Τομέα προσφέρει 18κλινες και 14ρανζα ΠΓΝΑ, το τμήμα εφήβων χωρίς διασυνδετική, το κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου, που δεν συνεργάζεται με κανένα του Τομέα μέσω Υπουργικού Διατάγματος και τις μονάδες Αρμονία ,Θέτις, Αριάδνη, Νέστωρ και Ίρις ,που, παρέχει ιππασία στους ασθενείς του τομέα!!!!!!!!!!!!!!



Αποτέλεσμα όλων των ανώτερων είναι:

- Η αντιεπισημονικά επικίνδυνη μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας (20 ημέρες)
- Η μεγάλη ζήτηση ψυχιατρικών κλινών, οι συχνές υποτροπές.
- Η ανυπαρξία καταλλήλων δομών για την νοσηλεία των ακουσίων και διεγερτικών ασθενών.
- Το φαινόμενο «της περιστρεφόμενης πόρτας»,
- Η εξάντληση του οικογενειακού περιβάλλοντος
- Η αύξηση των άστεγων στο Καιάδα των δρόμων στο κέντρο της πρωτεύουσας.

Υλικό-Μέθοδος:

- **A.** Μελετήσαμε τα ιστορικά του συνόλου των εισαγωγών του 2002 όσον αφορά το χρόνο παραμονής, τη διάγνωση και τις επανεισαγωγές.
- **B.** Με τηλεφωνικές συνεντεύξεις επικοινωνήσαμε με το σύνολο των 274 ασθενών για την επιβεβαίωση της πορείας της ασθένειάς τους. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 10.

Αποτελέσματα: πρώτο μέρος

Μελέτη των ιστορικών και του συνόλου των εισαγωγών του 2002.

- Τα αποτελέσματα του πρώτου μέρους της πιλοτικής αυτής έρευνας επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι: 1) ο κύριος όγκος των ασθενών(305), που έχουν πρόσβαση στις ψυχιατρικές κλίνες του νοσοκομείου μας κατατάσσονται στις παρακάτω διαγνωστικές κατηγορίες:

<u>σχιζοφρενικές διαταραχές (43,65%)</u>	F2:
<u>διαταραχές της διάθεσης- διπολική διαταραχή (24,10%)</u>	F0:
<u>οργανικά ψυχοσύνδρομα με (9,77%).</u>	(πινάκας.1)
- 2) ένα μεγάλο ποσοστό των εισαγωγών (73 άτομα δηλ. 23,93%) ήταν ακούσιες νοσηλείες,(με μέση νοσηλεία 27,3 ημέρες).
- 3) ο μέσος όρος νοσηλείας ήταν πολύ σύντομος (20,14 ημέρες).
- 4) επίσης είχαμε 11.76% επανεισαγωγές στο τμήμα μας μέχρι 1/12/2002.

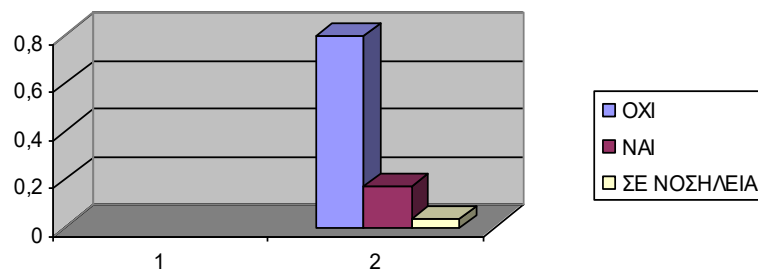
τηλεφωνικές συνεντεύξεις(1/1-1/10 2001)

1. Το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν από 1/1/2002 έως 15/11/2002 ανέρχεται σε **252** ασθενείς.
2. Οι 53 ασθενείς δεν απάντησαν (το όριο των προσπαθειών το ορίσαμε στις τρεις κλήσεις, σε τρεις διαφορετικούς χρόνους).
3. Δεν υπήρχε τηλέφωνο ή ήταν καταχωρημένο λάθος σε **53** ασθενείς.
4. Ασθενείς που απεβίωσαν ή έφυγαν στο εξωτερικό ήταν **6**.
5. Σύνολο τηλεφωνικών συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν είναι **140**.
6. **Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά το έτος 2002 στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς» δεν έχει ακολουθήσει άλλη νοσηλεία.**
Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα το **79,3%** των ασθενών δεν έχει ακολουθήσει άλλη νοσηλεία ενώ το **17,1%** έχει ξανά νοσηλευτεί. Ένα **3,6%** των ασθενών νοσηλευόταν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Η συχνότητα με την οποία φαίνεται να παρακολουθούνται είναι κατά μέσο όρο **25,59** μέρες (τυπική απόκλιση **17,60**).

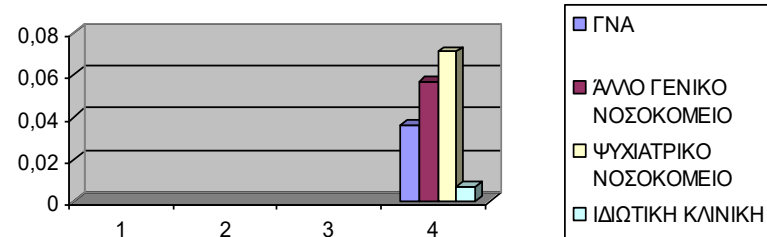
1. Όσον αφορά το θεραπευτικό πλαίσιο(πιν.2) στο οποίο έγινε η δεύτερη νοσηλεία το μεγαλύτερο ποσοστό **7,1%** νοσηλεύτηκε σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
2. Ένα ποσοστό **5,7%** νοσηλεύτηκε σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα ενός γενικού νοσοκομείου.
3. Το **3,6%** νοσηλεύτηκε για δεύτερη φορά στη κλινική του ΠΓΝΑ,
Σήμερα το μεγαλύτερο ποσοστό από τους ασθενείς παρακολουθείται (πιν.3)στο ΠΓΝΑ 52,2%.
4. Ένα σημαντικό ποσοστό **12,9%** δεν το παρακολουθεί κάποιος γιατρός.
5. Ενώ το **10,7%** προτιμά να το παρακολουθεί κάποιος ιδιώτης γιατρός.
6. Η συχνότητα με την οποία φαίνεται να παρακολουθούνται είναι κατά μέσο όρο **25,59** μέρες (τυπική απόκλιση **17,60**).
7. Ο αριθμός των επανεισαγωγών στην ψυχιατρική κλινική του ΠΓΝΑ(πιν.1) ανέρχεται σε 18 κατά το έτος 2002. Αυτό σημαίνει ότι 18 από τα περιστατικά που νοσηλεύτηκαν το 2002 χρειάστηκε μέσα στον ίδιο χρόνο να νοσηλευτούν για δεύτερη φορά στη ψυχιατρική κλινική του ΠΓΝΑ.
Μέσος όρος για την πρώτη νοσηλεία είναι **22,2** μέρες (τυπική απόκλιση **14,4**) ενώ για τη δεύτερη είναι λίγο περισσότερο **26,7** μέρες (τυπική απόκλιση 18,8).

Αποτελέσματα επεξεργασίας τηλεφωνικών συνεντεύξεων:πίνακας 1,2,3.

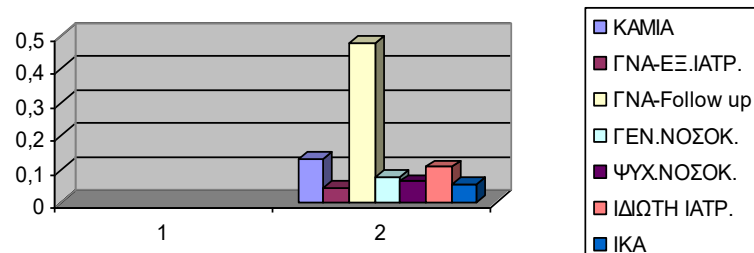
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2002



ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ ΟΙ ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΕΣ



ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΛΑΙΣΙΩΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ



Συμπεράσματα:

- Παρ' όλο που τα τηλεφωνικά αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ήταν στο μεγαλύτερό τους μέρος ευχαριστημένοι για τις παροχές των υπηρεσιών μας και την αποδοτικότητά μας (μικρός χρόνος νοσηλείας), μεγάλο μέρος ασθενών που δεν ανήκουν στη διαγνωστική κατηγορία των ψυχώσεων(δηλ. στο 77,42%), δεν είχαν πρόσβαση στις υπηρεσίες μας λόγω κάλυψης των κλινών από αυτές τις κατηγορίες.
- Η απρογραμματίστη «μετασεισμική» μείωση των κλινών και η μετατροπή των γενικών νοσοκομείων σε υβρίδια κλειστών -ανοικτών τμημάτων οδηγεί 1) κάθε προσπάθεια για αποασυλοποίηση σε αδιέξοδο 2)και τις Νέες δομές σε άμεση ασυλοποίηση.
Επαναφέρει το άσυλο στις Ψυχιατρικές κλινικές τους («η επάνοδος του απωθημένου»), ενώ ταυτόχρονα οδηγεί στην κατασπατάληση των πόρων της ΕΕ και στην αποτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

- Οι δυνητικοί κίνδυνοι από τον υβριδισμό ανοικτών-κλειστών τμημάτων είναι σοβαροί: 1) ψυχικά ασθενείς και προσωπικό εκτίθενται σε πολλαπλούς κινδύνους, 2) ο σύντομος χρόνος μέσης νοσηλείας(<20 ημέρες.) χρήζει συνοδευτικών υπηρεσιών, 3) **είναι δύσκολη λόγω έλλειψης κλινών η πρόσβαση σε ασθενείς (ενεργούς πολίτες) (μόνο 22,58%) με ιάσιμες ψυχικές νόσους και μέσης βαρύτητας ψυχωτικών επεισοδίων, στις υπηρεσίες μας**

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι **νόσοι**, που χρήζουν στο σύνολό τους θεραπεία και νοσηλεία. Η αποασυλοποίηση (ξενώνες) των χρόνιων υπολειμματικών ασθενών αποτελεί μόνο μέρος του προβλήματος





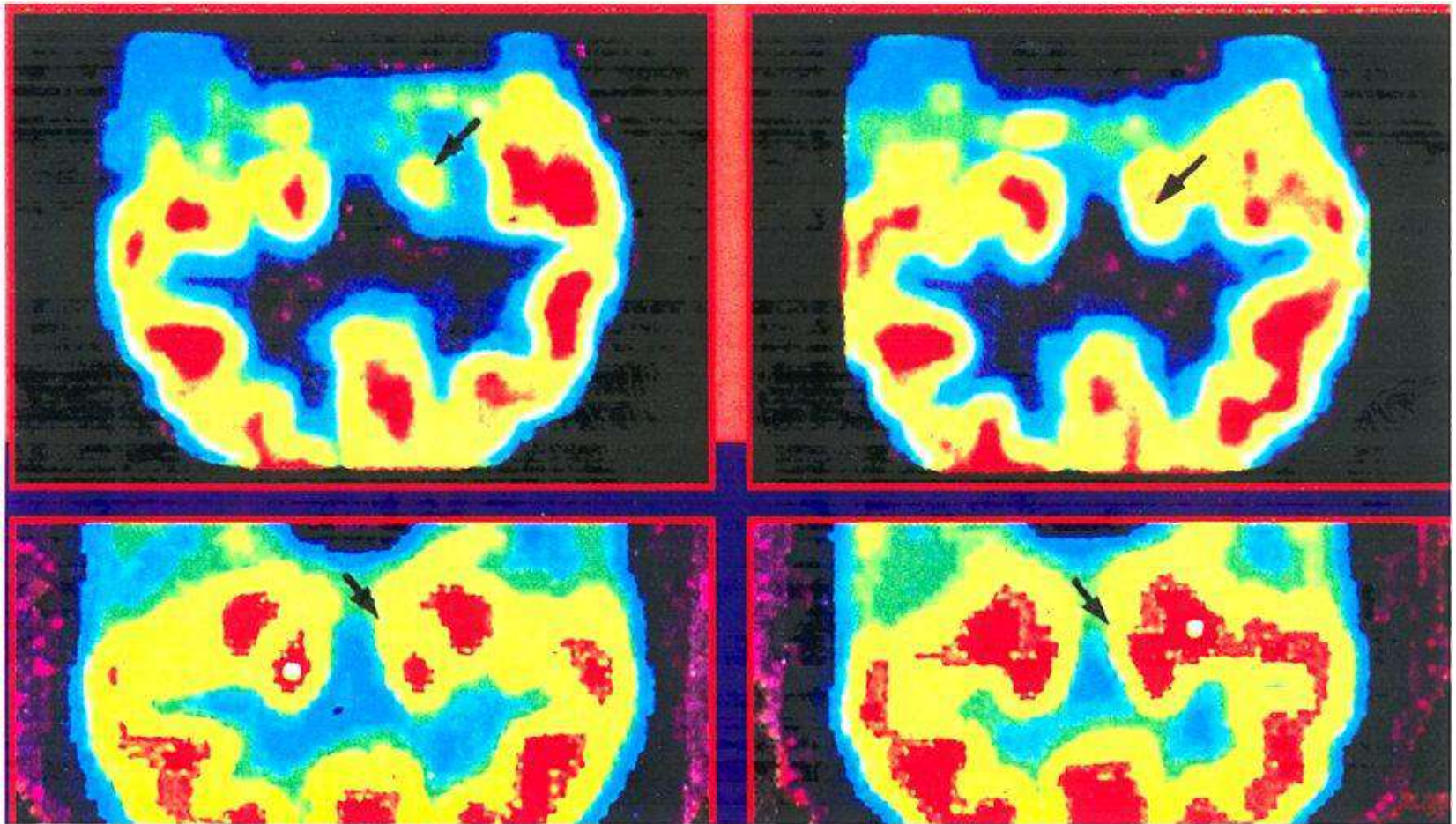
•«Ενσωματωμένη Ψυχιατρική-Ψυχοθεραπευτική Περίθαλψη».

Medizin
Medizin

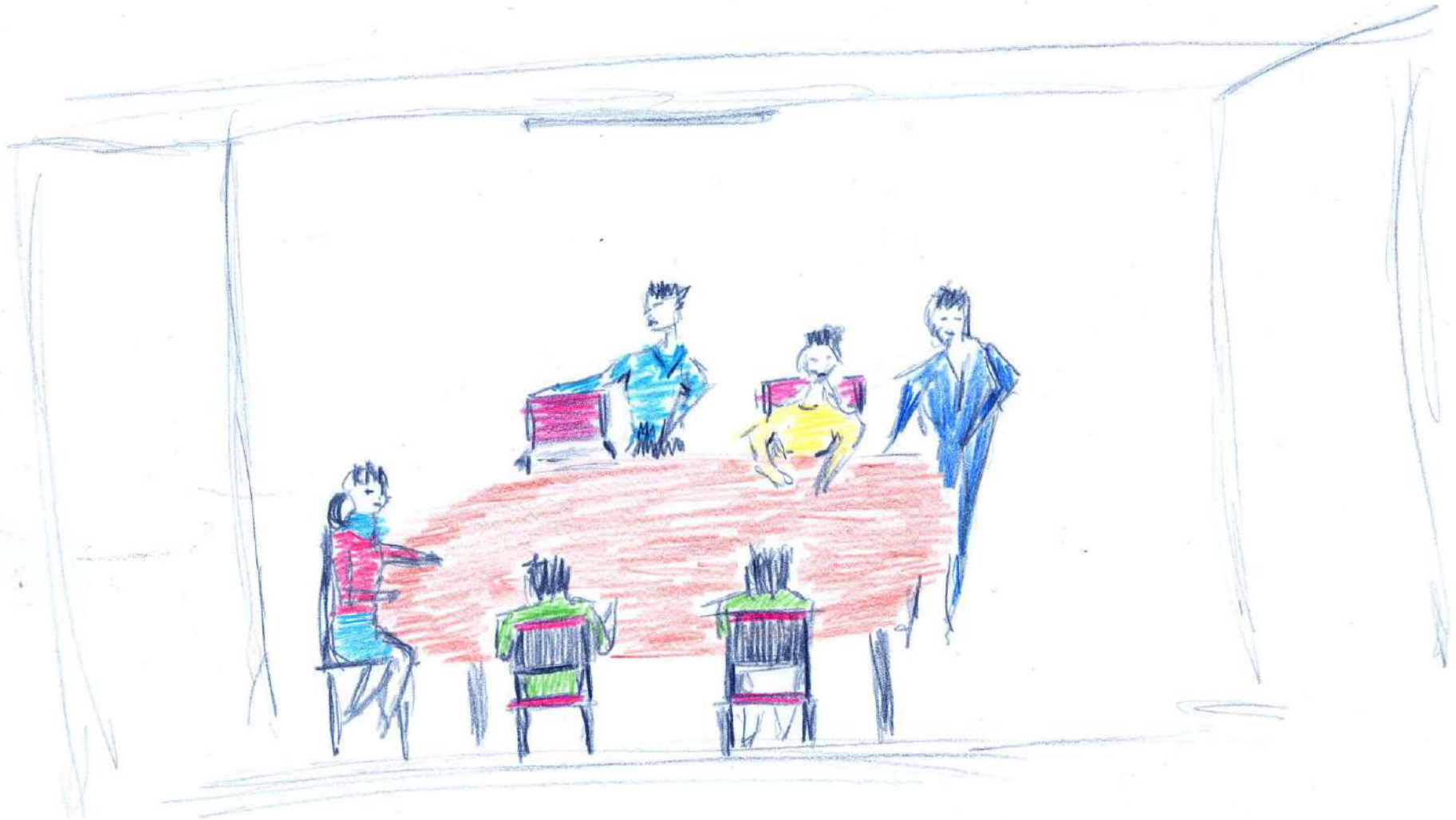


- Το 2003 άρχισε να λειτουργεί στο Klinikum Nord -Ochsenyoell ένα «Εργαστήρι- μελλοντικής περίθαλψης». Απο το 2005 συνεργάζονται και τα τρία περιφερειακά Νοσοκομεία της Περιοχής του Αμβούργου σε ένα «σχέδιο- Αλλαγής» και ΟΧΙ «μεταρρύθμισης» (Veränderungsprojekt) το PSYNOVA 2005.
- Ο στόχος τους είναι να εγκαθιδρύσουνε μια **«Ενσωματωμένη Ψυχιατρική-Ψυχοθεραπευτική Περίθαλψη»**.
- Στην οποία εφαρμόζεται μια **προσωποκεντρική περίθαλψη** μέσα στη κοινότητα ώστε να συμβάλουν στο απο-στιγματισμό της ψυχικής νόσου και να υπερπηδήσουν την μέχρι τώρα οριοθέτηση μεταξύ της εσωτερικής (νοσηλείας) και εξωτερικής περίθαλψης παρέχοντας **«Ενταγμένες-ενσωματωμένες Ψυχιατρικές Μονάδες»**
- Επίσης προτείνουν Χρηματοδοτικά μοντέλα , που οδηγούν στη ποιοτική βελτίωση της περίθαλψης των ψυχικά ασθενών.
- π.χ στο Klinikum Nord ο σχεδιασμός είναι μια ενσωματωμένη περίθαλψη ώστε να αποφύγουν την διακοπή των θεραπευτικών-σχέσεων και να συνδέσουν τον κλινικό με τον έξω κλινικό τομέα. Γίνεται η προσπάθεια ώστε οι ασθενείς να περιθάλπονται σε όλες τις φάσεις από την ίδια ομάδα (ψυχίατρο, ψυχολόγου, θεραπευτή τέχνης) και να έχει σταθερή και συνέχεια επίβλεψη. Αυτό προϋποθέτει σωστή Τομεοποίηση.

Ομαλοποίηση του μεταβολισμού της γλυκόζης στα Βασικά Γάγγλια μετά από χρήση S.S.R.I (Fluoxetine) ή μετά από επιτυχή ψυχοθεραπεία με ιδεοληπτική διαταραχή. Ενώ αντίθετα σε υγιή άτομα δεν διαπιστώθηκε καμία μεταβολή του μεταβολισμού. (Baxter et al 1992)



**ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΪΟΥ(παραμυθιού-
ζωγραφικής)**



- Εφήμερες Ομάδες
Δημιουργικής Έκφρασης
σε ψυχωτικούς
νοσηλευόμενους:



Εδώ και τρία χρόνια λειτουργούν στην Ψυχιατρική κλινική του Π.Γ.Ν.Α δυο ανοιχτές ομάδες σε εβδομαδιαία βάση:

- 1) ομάδα ζωγραφικής ,
- 2) ομάδα παραμυθιού.

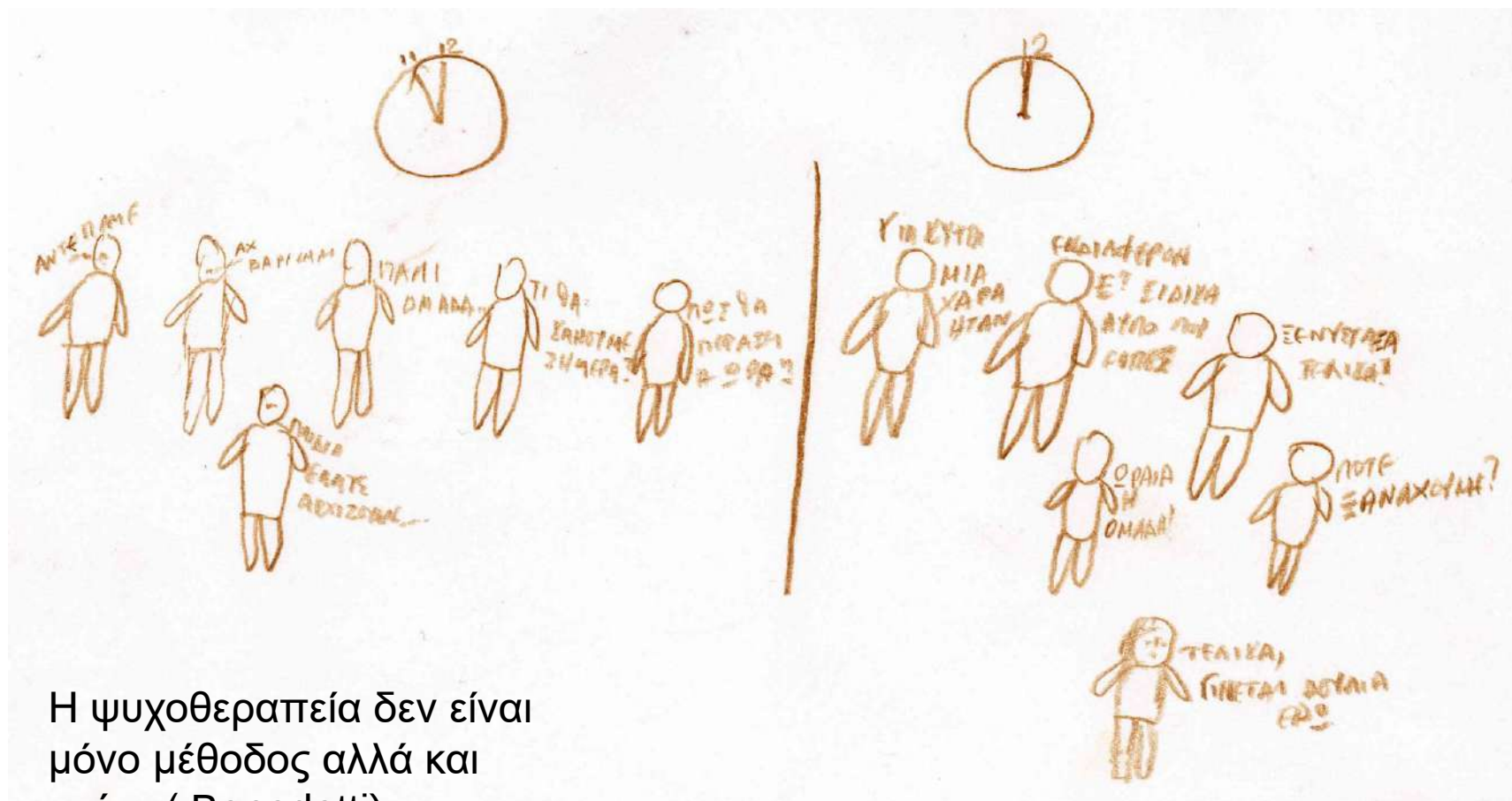
-

Στην ομάδα συμμετέχουν:

- ένας ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής,
- ένα ψυχολόγος,
- ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος,
- ένας νοσηλευτής
- και 7 - 12 ασθενείς.

- Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να είναι κάθε φορά διαφορετικοί, χωρίς αυτό να αποκλείει την παρουσία ενός ασθενή για περισσότερο από μια συναντήσεις της ομάδας .
- Επιλέγονται βάση της βαρύτητας της συμπτωματολογίας.
- Η ομάδα διαρκεί μια ώρα. Ο χρόνος και ο τόπος συνάντησης είναι σταθερός.

Τελικά ήταν καλά!!!!



- Η ψυχοθεραπεία δεν είναι μόνο μέθοδος αλλά και στάση(Benedetti).

Ψυχοθεραπεία εφαρμογές και δυνατότητες στο ψυχιατρικό τμήμα του Π.Γ.Ν.Α



Ψυχοθεραπεία

Ατομική Ψυχοθεραπεία.:

1. Ψυχαναλυτική ατομική :

- α. Μ.Διαλλινά
- β. Κ.Δροσατάκη

(περιορισμένα περιστατικά)

2. Γνωσιακή:

Κ. Α. Λιόση

(10 περιστατικά ανά τρίμηνο)

ΕΦΗΜΕΡΕΣ ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΠΑΡΑΜΥΘΙΟΥ – ΖΩΓΡΑΦΙΚΗΣ

2 φορές την εβδομάδα με ασθενείς
της κλινικής



Επιπλέον Δυνατότητες:

στήριξη των
νοσηλευτικού
προσωπικού και ιατρών
με σεμινάρια και
ομάδες Ballint.

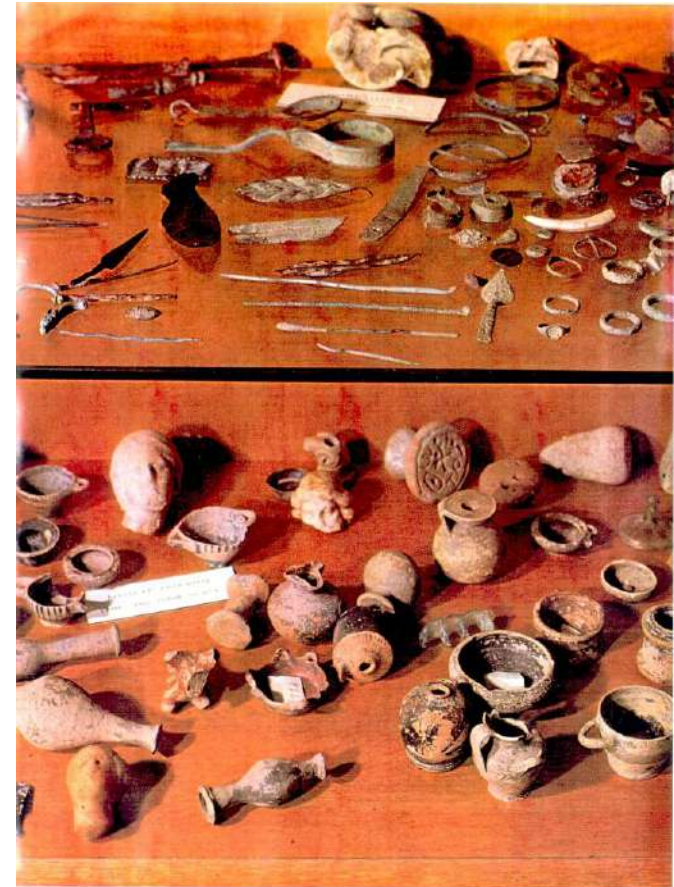
Ασκληπιεία, οι ψυχοσωματικές κλινικές της αρχαιότητας

Συμφώνα με την Ιπποκράτειο παράδοση:

“..... για να θεραπεύσεις το σώμα του ανθρώπου πρέπει να γνωρίζεις την ολότητα των πραγμάτων”



Ενκοιμητήριο στο Άβατο του Ασκληπιείου στην Επίδαυρο.



Ιατρικά εργαλεία ,φάρμακα.

- “Η θεραπεία πολλών ασθενειών δεν είναι εφικτή για τους Έλληνες γιατρούς, διότι περιφρονούν το όλον, το οποίο οφείλουν να λαμβάνουν εξ ίσου υπ’ όψιν. Διότι ένα τμήμα δεν μπορεί ποτέ να είναι εντάξει, αν το όλο νοσεί“. “Χαρμίδης“, Πλάτων.

Προτάσεις για την εύρυθμη λειτουργία και όχι την επανασυλοποίηση ψυχιατρικών τομέων των Γεν. Νοσ/μείων:

- Γι αυτό προτείνουμε την ουσιαστική λειτουργία των τμημάτων βραχείας νοσηλείας, ψυχιατρικών τμημάτων πλαισιωμένα από:
 - 1) τμήματα ψυχοσωματικής-ψυχοθεραπείας,
 - 2) οξέων περιστατικών
 - 3) τμήματα παρέμβασης στην κρίση
 - 4) μετανοσοκομειακούς ξενώνες μέσης νοσηλείας
 - 5) ξενώνες -οικοτροφεία.

ΕΠΙΡΡΕΚΟΥΣΗ ΛΥΣΕΙΣ Η' ΚΙΚΗ

ΧΑΪ ΜΑΥΡΟ.

ΚΑΤΑ ΤΑ ΑΙΔΑ

ΤΙΟΥ ΚΑΡΑ!!

Προτάσεις για μία ουσιαστική λειτουργία του ψυχιατρικού τμήματος στα πλαίσια του Γενικού Νοσοκομείου

Δημιουργία τμήματος ψυχοσωματικής (ως σύγχρονα Ασκληπιεία)
με στόχους:

- α. Άρση της προκατάληψης, του αποκλεισμού και των δυσκολιών
συνεργασίας μέσω της ευαισθητοποίησης, μετεκπαίδευσης και
επιμόρφωσης των Ιατρών και συναφών επαγγελματιών
- β. Αποδοτικότερη και ριζικότερη αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών
διαταραχών, καθώς και μίας μεγάλης ομάδας ασθενών με ψυχικές
διαταραχές (Borderline, βαρείες νευρώσεις, βραχεία ψυχωτικά, κλπ.).
- γ. Δημιουργία συνοδευτικών υπηρεσιών σε προγράμματα κοινωνικού
αποκλεισμού.
- δ. Έρευνα για βελτίωση της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής..
Δημιουργία δικτύου Ομάδων Αυτοβοήθειας (π.χ. διαβητικοί,
κολίτιδες κλπ.), ombudsmen rounds
- ε. Ψυχοθεραπεία - Εκπαίδευση - Supervision.



Ψυχιατρικός Τομέας

Κέντρο Ψυχικής Υγείας
Ομάδα παρέμβασης στη κοινότητα-
Κρίση, Εξωτ. Ιατρεία

**Τμήμα βραχείας
νοσηλείας**
35 -40 κλινών, Εξωτ. Ιατρεία

**Τμήμα Διασυνδεδετικής-
Ψυχοσωματικής-Ψυχοθεραπείας**

**Ξενώνες
Μετανοσοκομειακής
μέσης νοσηλείας**
Επαγγελματική Αποκατάσταση

**Ξενώνες
Προστατευμένα Διαμερίσματα**
Οικοτροφεία

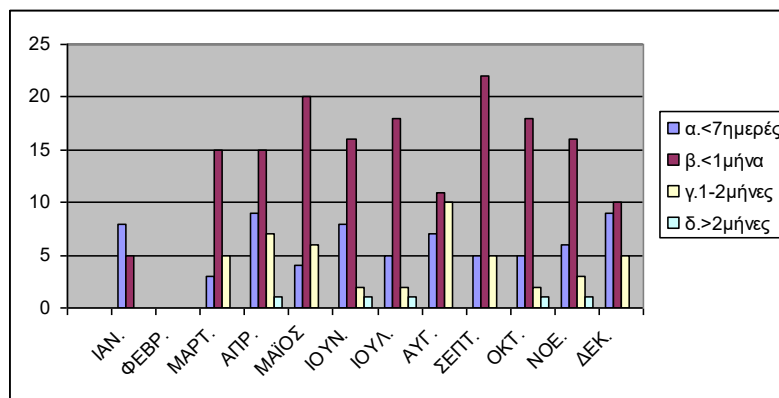
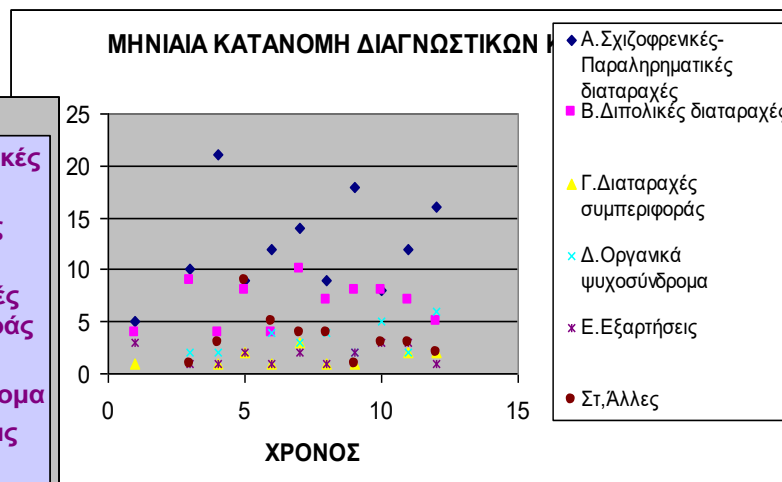
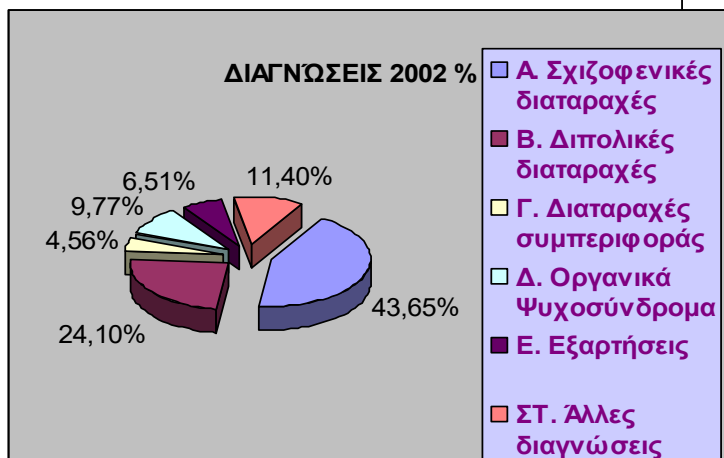


διασυνδεδετική, συμβουλευτική Ψυχ.
Ομάδα παρέμβασης στη κρίση,
Ομάδες, Ballint, Ψυχοθεραπεία ,
Εκπαιδεύσει-Εποπτεία

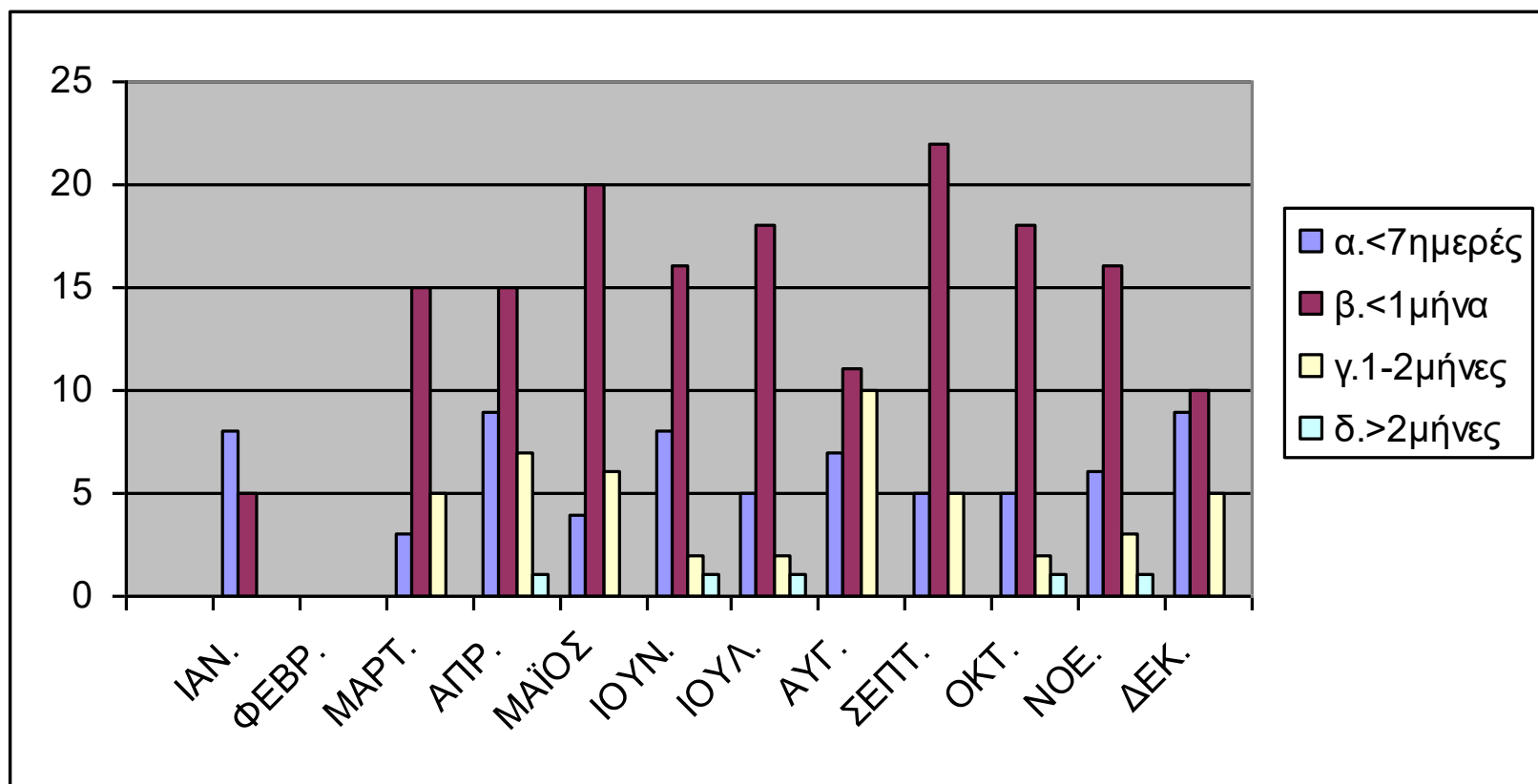


A) Διαγνωστικές κατηγορίες: πίνακες 1,2.

B) Μέση νοσηλεία ανά μήνα: πίνακας 3.



Μέσος όρος νοσηλείας το 2002: πινάκας. 2

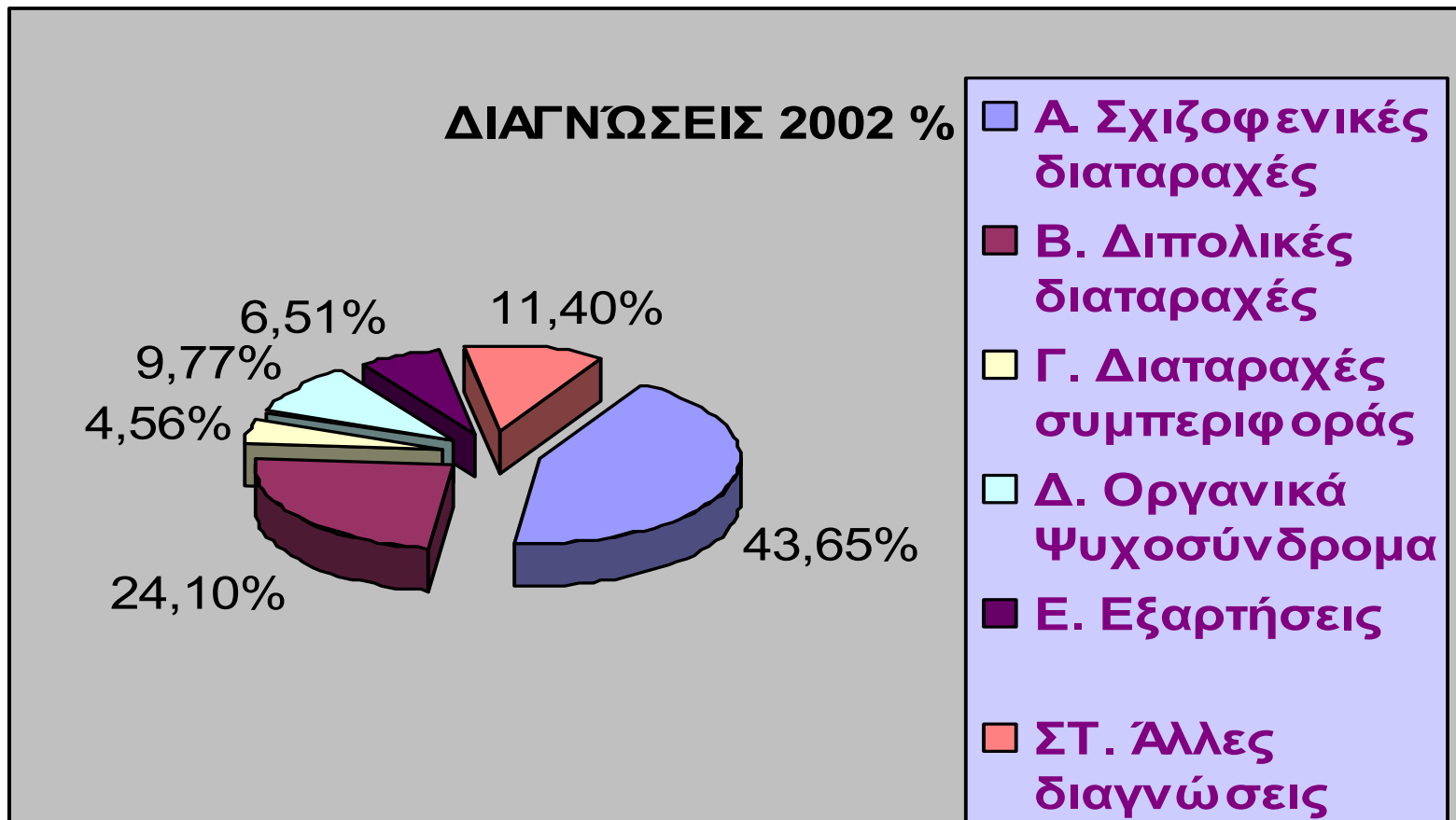


Συμπεράσματα:

- Παρ' όλο που τα τηλεφωνικά αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ήταν στο μεγαλύτερό τους μέρος ευχαριστημένοι για τις παροχές των υπηρεσιών μας και την αποδοτικότητά μας (μικρός χρόνος νοσηλείας), μεγάλο μέρος ασθενών που δεν ανήκουν στη διαγνωστική κατηγορία των ψυχώσεων(δηλ. στο 77,42%), δεν είχαν πρόσβαση στις υπηρεσίες μας λόγω κάλυψης των κλινών από αυτές τις κατηγορίες.
- Η απρογραμματίστη «μετασεισμική» μείωση των κλινών και η μετατροπή των γενικών νοσοκομείων σε υβρίδια κλειστών –ανοικτών τμημάτων οδηγεί 1) κάθε προσπάθεια για αποασυλοποίηση σε αδιέξοδο 2)και τις Νέες δομές σε άμεση ασυλοποίηση. Επαναφέρει το άσυλο στις Ψυχιατρικές κλινικές τους («η επάνοδος του απωθημένου»), ενώ ταυτόχρονα οδηγεί στην κατασπατάληση των πόρων της ΕΕ και στην αποτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
- Οι δυνητικοί κίνδυνοι από τον υβριδισμό ανοιχτών-κλειστών τμημάτων είναι σοβαροί: 1) ψυχικά ασθενείς και προσωπικό εκτίθενται σε πολλαπλούς κινδύνους, 2) ο σύντομος χρόνος μέσης νοσηλείας(<20 ημέρες.) χρήζει συνοδευτικών υπηρεσιών, 3) είναι δύσκολη λόγω έλλειψης κλινών η πρόσβαση σε ασθενείς (ενεργούς πολίτες) (μόνο 22,58%)με ιάσιμες ψυχικές νόσους και μέσης βαρύτητας ψυχωτικών επεισοδίων, στις υπηρεσίες μας. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι νόσοι, που χρήζουν στο σύνολό τους θεραπεία και νοσηλεία. Η αποασυλοποίηση (ξενώνες) των χρόνιων υπολειμματικών ασθενών αποτελεί μόνο μέρος του προβλήματος



Πινάκας.1



Προτάσεις για την αποασυλοποίηση των Γεν. Νοσ/μείων:

- Γι αυτό προτείνουμε την
ουσιαστική λειτουργία των
τμημάτων βραχείας
νοσηλείας, ψυχιατρικών
τμημάτων πλαισιωμένα από:
1) τμήματα ψυχοσωματικής-
ψυχοθεραπείας,
2) οξέων περιστατικών 3)
τμήματα παρέμβασης στην
κρίση, 4)
μετανοσοκομειακούς
ξενώνες μέσης νοσηλείας
5) ξενώνες -οικοτροφεία.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΧΑΪΛΙ ΜΑΥΡΟ.
ΚΑΤΑ ΤΑ ΑΠΛΑ
ΤΙΘΟΥ ΚΑΛΑ!!!

- _ Η ενσωματωμένη θεραπεία εμποδίζει την διακοπή της θεραπευτικής συνέχειας και Συνδέει τον κλινικό με τον έξωκλινικό τομέα.
- _ Ο συνολικός σχεδιασμός της θεραπείας αποσκοπεί στη μεγιστοποίηση της ποιότητας και της διαφάνειας
- _ Η επικεντρωμένη στο Υποκείμενο θεραπεία αποτελεί το κεντρική θεραπευτική πρόσφορα όπου είναι εφικτό.
´ Η ανάμιξη στο θεραπευτικό γίνεσθαι ασθενών και συγγενών δημιουργεί ισότιμες σχέσεις και αυξάνει την ικανοποίηση και των δυο πλευρών. _

Το πρόγραμμα στον ψυχιατρικο τομέα του γενικοθυ νοσοκομείου του Αμβούργου περιλαμβανει:

- Στην προσπάθεια να διευρύνω των εσωτερικό χρόνο επικοινωνίας με τον ψυχικά πάσχοντα εντός του πλαισίου της πιεστικής σύντηξης του πραγματικού χρόνου νοσηλείας αποφάσισα να δημιουργήσω **μια ομάδα δημιουργικής έκφρασης,(Ζωγραφικής –Παραμυθιών)** με ασθενείς της κλινικής συμφωνά με την εμπειρία μου στην Παν. Ψυχοσωματική Κλινική της Φρανκφούρτης και της Βασιλείας.
- **Σκοπός των ομάδων** αυτών είναι:
 1. Η ευαισθητοποίηση των ασθενών στις ενδοψυχικές συγκρούσεις.
 2. Η καλύτερη κατανόηση και παρακολούθηση της θεραπευτικής πορείας των ασθενών.
 όπως Yalom(1983) έχει επισημάνει,
« πρέπει να προσαρμόσουν οι θεραπευτές την τεχνική τους, έτσι ώστε οι προσεγγίσεις να είναι σύντομες και εφήμερες με στόχο να αναπτυχθεί μια αίσθηση επείγουσας κατάστασης σε κάθε συνάντηση της ομάδας. Ούτως ώστε να γίνει η ομάδα πιο ενεργητική και αποτελεσματική και να επιτευχθεί σε κάθε συνεδρία το καλύτερο δυνατόν αποτέλεσμα για τους περισσότερους από τους ασθενείς.»
- Όπως οι G. Benedetti ,ο Μέντζος και πολλοί από τους θεραπευτές ψυχωτικών ασθενών επικεντρώσαμε το ενδιαφέρον μας στη σχέση ασθενούς-ιατρού **(ψυχωτική μεταβίβαση)** και αντιπαραθέσαμε στην αναλυτική παθητικότητα μία **ενσυναισθητική αντιμεταβίβαση (Empathy).**
 Μέσα από την δυαδικοποίηση της οδύνης προσπαθούμε να τον βοηθήσουμε να συγχωνεύσει το καλό με το κακό αντικείμενο και να αναπτύξει τελικά το Εγώ του. **"Όπου ήταν Εκείνο οφείλει να γίνει Εγώ" (Freud)**
(Wo Es war, soll Ich werden).

Συμπέρασμα:

Η θεραπευτική σχέση αποτελεί το επίκεντρο κάθε Θεραπείας.

Η ανάγκη, λοιπόν, μιας ψυχιατρικής, η οποία θα επέμβει στη διαμόρφωση ενός νέου διαλόγου μεταξύ ιατρών και ασθενών για να βοηθήσει:

- 1) στην αναγνώριση των ενδοβλημένων φόβων και στην αυτογνωσία των ιατρών και νοσηλευτών.
- 2) στην αύξηση της αυτοεκτίμησης των ασθενών με παράλληλα ψυχικά προβλήματα.

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, έχει καταφανεί και στη διεθνή βιβλιογραφία, δεν αρκεί μόνον η παρακολούθηση των ασθενών με ψυχοφάρμακα ή ψυχοθεραπεία αλλά είναι αναγκαία και η στήριξη των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού με σεμινάρια, ομάδες Ballint, Ombudsman Rounds και εποπτείες.

Πολλοί ερευνητές, μάλιστα, υποστηρίζουν την αναγκαιότητα της συνεχούς παρουσίας του Ψυχιάτρου στις διάφορες ειδικές κλινικές.

Εισαγωγή:

- Το 2000, στη Θεσσαλονίκη, παρουσιάσαμε τις δυσκολίες που προέκυψαν με τους σεισμούς του 98' και την αναγκαία τροποποίηση του Κανονισμού 815/84 όσον αφορά τη λειτουργία των Ψυχιατρικών Τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία. Τρία χρόνια μετά παρ όλες τις βελτιώσεις και την προσπάθεια να εφαρμοστεί άμεσα μια μεταρρυθμιστική πολιτική, υπάρχουν σημαντικές δυσλειτουργίες.
- **Σκοπός** της εργασίας μας αυτής ήταν η ανάδειξη και ιεράρχηση των προβλημάτων τα οποία προέκυψαν κατά την «τετραετή κρίση» των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Αττική και οι προτάσεις για την επίλυσή τους.

