

Γενικό Άρθρο General Article

Μία εξατομικευμένη συμπεριφορικής έμπνευσης προσέγγιση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Δ. Παπαδόπουλος, Σ. Στυλιανίδης

*Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Λιβαδειά,
Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), Αθήνα*

Ψυχιατρική 2008, 19:165–176

Η αποασυλοποίηση των χρόνιων νοσηλευομένων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και η ταυτόχρονη ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας αναδείχθηκαν ως κεντρικοί στόχοι των παρεμβάσεων, βάσει των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου και η ελαχιστοποίηση των αρνητικών συνεπειών της χρονιότητας και του ιδρυματισμού αποτέλεσαν τους βασικούς άξονες αυτής της προσπάθειας. Η εξατομικευμένη προσέγγιση μέσω της εφαρμογής ατομικού θεραπευτικού προγράμματος με την ταυτόχρονη αξιολόγηση της πορείας και των ατομικών αναγκών των ασθενών που διαμένουν σε στεγαστικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας αποτελούν βασική προϋπόθεση για την επίτευξη των θεραπευτικών αποκαταστασιακών στόχων, τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της συνέχειας στη φροντίδα. Το άρθρο ολοκληρώνεται με την υποβολή σκέψεων και προτάσεων σε συνάρτηση με τις σύγχρονες προσεγγίσεις στην κοινωνική ψυχιατρική που απαιτούνται να ληφθούν υπόψη για να καταστήσουν το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεσματικότερο και να το αναδείξουν ως ένα ισχυρό εργαλείο που βοηθά τους θεραπευτές να αντλήσουν ικανοποίηση & ευχαρίστηση από τη δουλειά τους βοηθώντας τους ασθενείς να γίνουν ενεργά μέλη μιας δημοκρατικής κοινωνίας.

Λέξεις ευρετηρίου: Ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, μέθοδος ενίσχυσης συμπεριφοράς, συνέχεια στη φροντίδα.

Εισαγωγή

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος (ΑΘΠ) προσαρμοσμένου στις ιδιαίτερες ανάγκες και ικανότητες των ασθενών, αποτελεί τον κύριο άξονα της εξατομικευμένης προσέγγισης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.^{1,2} Σε αντιδιαστολή με την παθητικότητα της ιδρυματικής ζωής, τα άτομα με μειωμένη λειτουργικότητα αποκτούν εκ νέου την ανάγκη επιλογής και του προγραμματισμού της καθημερινότητάς τους. Ο στόχος μιας αποτελεσματικής ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η συνεχής βελτίωση και διατήρηση των λειτουργικών, νοητικών και ψυχοσυναισθηματικών δεξιοτήτων των ασθενών. Διαφορετικά, ο αρχικός στόχος θα αλλάξει και θα συρρικνωθεί προοδευτικά σε μια απλή εφαρμογή τεχνικών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και εντέλει σε μια διαχειριστική λογική της χρονιότητας του ψυχικά πάσχοντα, χωρίς να αναβαθμίζεται ταυτόχρονα και η ποιότητα της φροντίδας στο σύνολο της δομής.

Σε αυτό το άρθρο θα παρουσιαστεί η εφαρμογή της εξατομικευμένης προσέγγισης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση μέσω του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος σε ασθενείς που διαμένουν σε στεγαστικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας. Θα περιγραφεί συνολικά η θεραπευτική – αποκαταστασιακή διαδικασία (αρχικής εκτίμησης, καθορισμού των θεραπευτικών παρεμβάσεων & στόχων, εφαρμογή και διαδικασίες επαναξιολόγησης). Θα συζητηθεί ο θεσμικός και θεραπευτικός ρόλος του προσώπου αναφοράς και της διεπιστημονικής ομάδας στο πλαίσιο ενός εξατομικευμένου μοντέλου φροντίδας. Επίσης, θα περιγραφούν οι ειδικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές της ενίσχυσης ως μεθόδου εδραίωσης της λειτουργικής συμπεριφοράς. Το παράρτημα περιλαμβάνει ένα ενδεικτικό έντυπο ατομικού θεραπευτικού προγράμματος και αξιολογητικής φόρμας ως προς τους στόχους, που σχεδιάστηκαν από τους συγγραφείς του άρθρου και εφαρμόστηκαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα του οικοτροφείου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης Λιβαδειάς της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.¹⁶

Η θεωρία της εξατομικευμένης προσέγγισης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Βασικές έννοιες

Στα πλαίσια της ανάπτυξης καλών πρακτικών (good practices) και καινοτόμων δράσεων προς όφελος των ψυχικά πασχόντων, η εξατομικευμένη προσέγγιση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει προταθεί ως ένα δυναμικό, ολοκληρωμένο και υποστηρικτικό μοντέλο φροντίδας, που δίνει έμφαση στις ατομικές ιδιαιτερότητες και επιλογές των χρηστών, διασφαλίζοντας τη συνέχεια στη φροντίδα (continuity of care). Κατά την εφαρμογή του παραπάνω μοντέλου οι υποκειμενικές ανάγκες των επαγγελματιών ή του φορέα που υλοποιεί την παρέμβαση καθίστανται αντικείμενο επεξεργασίας, με στόχο την επιτυχή έκβαση του θεραπευτικού-αποκαταστασιακού σχεδίου.

Στην εξατομικευμένη προσέγγιση ο επαγγελματίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλείται να κινητοποιήσει και να εμπλέξει τον ψυχικά πάσχοντα σε μια συνεργατική σχέση, προκειμένου να διαμορφωθούν από κοινού οι αποκαταστασιακοί στόχοι στα εξής επίπεδα: (α) τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και βελτίωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, (β) την εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και αύξηση της γενικής λειτουργικότητας, (γ) την εργασιακή υποστήριξη και (δ) την ενίσχυση των κοινωνικών ευκαιριών και μείωσης του κοινωνικού στίγματος της ψυχικής διαταραχής.⁷ Οι παραπάνω παρεμβάσεις είναι σημαντικό να βοηθήσουν τον ασθενή ως προς την κατανόηση των προνομιών αλλά και των υποχρεώσεων που έχει ως υπεύθυνο και ενεργό μέλος μιας δημοκρατικής κοινωνίας (citizenship), να ενδυναμώσουν (empowerment) τη διαπραγματευτική θέση του με τις υπηρεσίες, την οικογένεια την κοινότητα ευρύτερα.

Επίσης, στην εξατομικευμένη προσέγγιση, ο διαχειριστής περιστατικού (case manager) οφείλει να συμπεριλάβει και να χρησιμοποιήσει τους διαθέσιμους πόρους της κοινότητας και των υπηρεσιών του συστήματος (ανθρώπινων και υλικών πόρων), ώστε να επιτύχει τη διασύνδεση (connectedness) του ατόμου και της κοινωνίας.⁹

Μια μορφή της εξατομικευμένης προσέγγισης με άμεση εφαρμογή στα θεραπευτικά προγράμματα ψυχιατρικής αποκατάστασης, θεωρείται η κλινική διαχείριση του περιστατικού, γνωστή με την αγγλική

ορολογία ως “clinical case management”.¹⁰ Σε αυτή την κατηγορία σύμφωνα με τους Mueser et al,¹¹ οι επαγγελματίες έχουν πολύχρονη κλινική εκπαίδευση και υψηλό επίπεδο κατάρτισης στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση δύσκολων ψυχιατρικών περιστατικών και ασχολούνται ενεργά με την ψυχοεκπαίδευση των οικογενειών.¹²

Από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα, έχουν προταθεί στις ΗΠΑ και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης πολλά μοντέλα που βασίζονται στην εξατομίκευση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως το Assertive Community Treatment (ACT), γνωστό και ως Ενεργητικό Υποστηρικτικό Ολοκληρωμένο Κοινοτικό Πρόγραμμα Φροντίδας για Σοβαρές Ψυχιατρικές Διαταραχές.¹³ Επίσης, το Training in Community Living (TCL)¹⁴ και το Care Programme Approach (CPA).¹² Μια τέτοια προσέγγιση εφαρμογής του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού στον χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι ρεαλιστική υπό ορισμένες προϋποθέσεις και στη χώρα μας.¹⁵

Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα σε στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Σε πρακτικό επίπεδο, η εφαρμογή της εξατομικευμένης προσέγγισης στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, λαμβάνει χώρα μέσω του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος.

Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα ορίζεται ως «το σύνολο των καθημερινών προγραμματισμένων και εξατομικευμένων δράσεων που αποσκοπεί αφενός στην κάλυψη των αναγκών φροντίδας του ασθενούς, αφετέρου στην άσκηση και υποστήριξη του, προκειμένου να μπορέσει να ζήσει ως ενεργός πολίτης απολαμβάνοντας τα δικαιώματά του και τηρώντας τις κοινωνικές υποχρεώσεις».¹⁶

Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει την εκτίμηση του ασθενούς σε όρους λειτουργικότητας και αναγκών στήριξης. Εμπεριέχει τους θεραπευτικούς στόχους, τη διάρκεια, τον συντονιστή της παρέμβασης, τους διαθέσιμους πόρους και την επαξιολόγησή του.

Βασικά χαρακτηριστικά του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος στην πράξη

Τα βασικά χαρακτηριστικά του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος, ακολουθώντας τις αρχές της εξατομικευμένης προσέγγισης, είναι τα ακόλουθα:

α. *Η ενεργός συμμετοχή του ασθενή:* Η οργάνωση ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου προϋποθέτει την από κοινού συνεργασία του ασθενούς και του θεραπευτή. Το ατομικό σχέδιο προσαρμόζεται κάθε φορά στις προσωπικές δυνατότητες, επιλογές, επιθυμίες και ανάγκες του ασθενούς σε συνάρτηση και με τις κλινικές παρατηρήσεις του θεραπευτή που αναλαμβάνει να συντονίσει το σύνολο της θεραπευτικής διαδικασίας. Η ενεργός συμμετοχή του θεραπευόμενου στον καθορισμό των στόχων της θεραπείας επικεντρώνει στη δυνατότητα του θεραπευόμενου για αυτορρύθμιση.

β. *Η δόμηση της καθημερινότητας-ελαστικότητα (flexibility):* Οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στις αλλαγές. Η δόμηση κάνει τα πράγματα οικεία και ενσωματώνει τις ρουτίνες. Προσαρμόζει το περιβάλλον ώστε να είναι οργανωμένο και προβλέψιμο.¹³ Συγχρόνως λαμβάνονται υπόψιν και εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της αποκαταστασιακής διαδικασίας, όπως είναι οι συχνές αποχωρήσεις των θεραπευτών, φαινόμενα εργασιακής κόπωσης (burn-out), η παρέμβαση της οικογένειας του πάσχοντα. Σε τέτοιες περιπτώσεις το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα είναι ευέλικτο και τροποποιήσιμο προς όφελος των θεραπευόμενων.

γ. *Η θεραπευτική σχέση:* Βασικός τρόπος δουλειάς είναι η ανάπτυξη εξατομικευμένης (προσωπικής) θεραπευτικής σχέσης του προσώπου αναφοράς με καθέναν από τους ασθενείς. Η θεραπευτική σχέση βασίζεται στις αρχές του συνεργατικού εμπειρισμού και της αμοιβαίας εμπιστοσύνης, γνωστής και ως συμμαχίας.^{17,18} Ο Παπακώστας (1994) αναφέρει ως προς τη θεραπευτική σχέση στα πλαίσια της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης ότι «... ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να προσκαλείται να κοιτάξει, να σκεφτεί, να αναρωτηθεί, να εξερευνήσει, να συλλάβει, να προβλέψει, να βιώσει, να δοκιμάσει, να κατανοήσει σαν ένα είδος επιστήμονα που διαθέτει περιέργεια και διαλογισμό».

δ. *Του θεραπευτικού συμβολαίου*: Ο ασθενής μέσω της συνεργατικής σχέσης που αναπτύσσει με τον συντονιστή του προγράμματος και την από κοινού επιλογή των στόχων, δεσμεύεται πως οφείλει να τηρήσει το ατομικό του πρόγραμμα με την υπογραφή της αποδοχής των όρων του (όπως αυτοί ορίζονται αναλόγως από τη σύνθεση της πολυκλαδικής ομάδας σε κάθε δομή χωριστά). Το ΑΘΠ λαμβάνει ένα ρόλο θεραπευτικού συμβολαίου, όπου δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα και το δικαίωμα να αναλάβει την ευθύνη για την υλοποίηση των στόχων, στον αντίποδα της αδράνειας και του κατακερματισμού της προσωπικότητας που παρείχε η ασυλική φροντίδα.

ε. *Οι θεραπευτικοί στόχοι (goals)*: Οι στόχοι είναι αρχικά απλοί, ρεαλιστικοί και ανταποκρίνονται στις ατομικές ανάγκες του καθένα. Η δυσκολία αυξάνεται προοδευτικά, ώστε να συνδεθεί ο σχεδιασμός με τη δράση και να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση.¹⁹

στ. *Η συνέχεια στη φροντίδα (long-term-care)*: Η φροντίδα οργανώνεται καθόλη την αποκαταστασιακή πορεία, συμπεριλαμβάνοντας περιόδους κρίσεων, υποτροπών και νοσηλείας.⁵

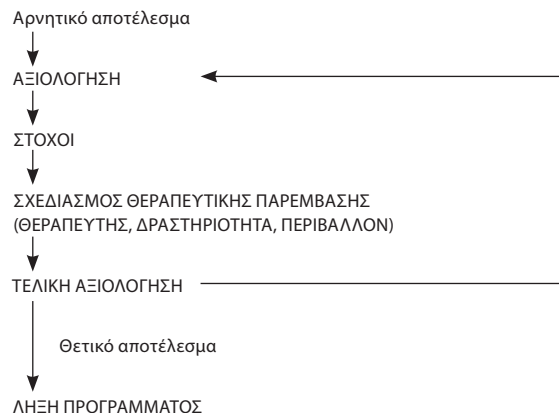
η. *Η κοινοτική εργασία*: Η γενίκευση και εφαρμογή των θεραπευτικών στόχων θα δοκιμαστούν και θα ενισχυθούν μέσω της καθημερινής συνδιαλλαγής με τις διαθέσιμες υπηρεσίες της κοινότητας.²⁰

Ο σχεδιασμός του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος: Η μέθοδος step by step

Παρακάτω περιγράφεται αρχικώς σχηματικά (εικόνα 1) και μετά αναλυτικά, η εξελικτική διαδικασία – φάσεις ανάπτυξης του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.²¹

Η αρχική εκτίμηση

Κατά την αρχική φάση της αξιολόγησης του ασθενούς, πραγματοποιείται μια ημιδομημένη συνέντευξη (intake) μεταξύ του αξιολογητή (μπορεί να είναι το πρόσωπο αναφοράς ή άλλος επαγγελματίας) και του ασθενούς. Η αρχική συνέντευξη έχει τον σκοπό της πρώτης γνωριμίας, κατανόησης της προσωπικής ιστορίας, διαμόρφωσης αιτήματος. Αξιολογείται η γενική συμπεριφορά, οι προσωπικές αξίες, το πολιτισμικό και εκπαιδευτικό επίπεδο, η παρουσία ενε-



Εικόνα 1. Ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ανάπτυξης του ΑΘΠ.

γού ή μη συμπτωματολογίας, η χρονιότητα.²² Επίσης, συλλέγονται πληροφορίες από την οικογένεια ή το κοινωνικό δίκτυο (σε περίπτωση που υπάρχουν).

Με τη χρήση αξιολογητικών μεθόδων, όπως η παρατήρηση και η χορήγηση ερωτηματολογίων και κλιμάκων, συγκεντρώνονται πληροφορίες για τις εκτελεστικές δεξιότητές του (γνωστικές, αντιληπτικές),²³ αλλά και τις κοινωνικές, εργασιακές και διαμορφώνεται το προφίλ λειτουργικότητας. Οι παραπάνω διαδικασίες υλοποιούνται συνήθως από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, ψυχιάτρους, εργοθεραπευτές).

Οι παραπάνω εκτιμήσεις θα ληφθούν υπόψιν στην αξιολόγηση της «ετοιμότητας» ή όπως διεθνώς ονομάζεται ως "rehabilitation readiness" του υπό ένταξη ασθενή στο αποκαταστασιακό πρόγραμμα. Συχνά, ασθενείς με ελάχιστη ή καθόλου ελπίδα για αλλαγή (hope for change), επιλέγονται για κοινοτικά θεραπευτικά προγράμματα χωρίς να εξοπλιστούν οι θεραπευτές με τις δεξιότητες εκείνες και τις τεχνικές που θα ωθήσουν το άτομο να «πιστέψει» στην αλλαγή και να επενδύσει στην νέα πραγματικότητα.^{24,25}

Ο καθορισμός των στόχων

Σ' αυτό το δεύτερο στάδιο, το πρόσωπο αναφοράς συγκεντρώνει όλες τις πληροφορίες που έχει συλλέξει και συγγράφει μια μικρή έκθεση που προκύπτει από το σύνολο των παραπάνω αξιολογήσεων. Οι αρχικοί στόχοι είναι προτιμότερο να είναι μετρήσιμοι, να μπορούν δηλαδή να αξιολογηθούν και να αυξάνεται σταδιακά η δυσκολία τους, ώστε αυξηθεί η αίσθηση της αποτελεσματικότητας του συμμετέχο-

ντα και να μην ματαιωθεί τόσο ο ασθενής, όσο και ο θεραπευτής. Το πρόσωπο αναφοράς σκιαγραφεί το λειτουργικό προφίλ του ασθενούς και συνεργάζεται μαζί του ως προς τον καθορισμό των θεραπευτικών στόχων και τον ενημερώνει για τον τρόπο εφαρμογής ειδικών τεχνικών.

Για παράδειγμα, κατά την έναρξη ενός ψυχογενιατρικού οικοτροφείου, ένας ρεαλιστικός στόχος θα ήταν η ομαλή προσαρμογή των φιλοξενουμένων ή/και η εκπαίδευση σε βασικές δεξιότητες, όπως η αυτοφροντίδα. Σε περίπτωση που ως στόχος θα ήταν η μετακίνηση με κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς, μάλλον ο στόχος θα ήταν πρόωρος και θα εξυπηρέτούσε τις ανάγκες-προσδοκίες του θεραπευτή και λιγότερο τις ανάγκες του ασθενούς.

Ο ρόλος της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας στον σχεδιασμό του ΑΘΠ

Ως συνέχεια του προηγούμενου σταδίου, το πρόσωπο αναφοράς ενημερώνει την πολυκλαδική ομάδα για το ιστορικό, την αξιολόγηση και τη γενική εικόνα του ασθενούς. Παρουσιάζει τους θεραπευτικούς στόχους που από κοινού επιλέχθηκαν. Το πρόσωπο αναφοράς περιγράφει ειδικά θέματα και προβληματισμούς, όπως δυσκολία στη θεραπευτική σχέση, θέματα συνεργασίας του ασθενούς, δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, ορίων, κ.λπ.

Ο ρόλος της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας στη φάση του προσδιορισμού των στόχων είναι κομβικός. Γίνεται ανοιχτή συζήτηση, όπου το κάθε μέλος μπορεί να εκφράσει τις δικές του σκέψεις γύρω από το προτεινόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η ανταλλαγή απόψεων, όπως προκύπτει από τον διαφορετικό ρόλο του καθένα, λειτουργεί συμπληρωματικά.

Η συνεργασία της ομάδας για την επιτυχή πορεία του ΑΘΠ συνίσταται στα εξής: (α) στην εφαρμογή ενιαίας μεθοδολογίας εκπαίδευσης & φροντίδας του ασθενούς, (β) το βαθμό εμπλοκής του κάθε μέλους στην αποκαταστασιακή διαδικασία, (γ) την τήρηση χρονοδιαγράμματος υλοποίησης της διαδικασίας, (δ) τη μεταφορά & συλλογή πληροφοριών για τις δυσκολίες ή επιτυχίες του ασθενούς από μέλη που τον «ζούν» κατά τη διάρκεια περιόδων που απουσιάζει το πρόσωπο αναφοράς.

Η θεραπευτική παρέμβαση

Στο στάδιο της παρέμβασης, υλοποιείται το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα με τη συμφωνία όλων των ενδιαφερομένων (ασθενούς, προσώπου αναφοράς, πολυκλαδικής ομάδας) και κυρίως λαμβάνοντας υπόψιν και αξιολογώντας την ψυχική λειτουργία του υποκειμένου της παρέμβασης,

Η παρέμβαση διακρίνεται σε δύο βασικές φάσεις: (α) τους βραχυπρόθεσμους στόχους (άμεσους), και (β) τους μακροπρόθεσμους στόχους (μελλοντικούς).

Οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι βασίζονται στην απόκτηση πιο άμεσων και ειδικών δεξιοτήτων, που θεωρούνται απαραίτητες για τη μετάβαση σε εξελικτικά δυσκολότερους στόχους. Αναφέρονται κυρίως σε δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης, όπως αυτοφροντίδας-υγιεινής (πλύσιμο χεριών πριν και μετά το φαγητό, βούρτσισμα δοντιών, εκπαίδευση στη χρήση τουαλέτας, ντύσιμο-γδύσιμο), σίτισης, φροντίδας προσωπικού χώρου.²⁶

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι συνήθως αναφέρονται σε πιο λειτουργικούς ασθενείς ή προϋποθέτουν την επιτυχή εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτόνομης διαβίωσης. Τέτοιοι στόχοι θα μπορούσε να είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων λόγου και επικοινωνίας, η κινητοποίηση, η βελτίωση των σχέσεων με τρίτους (φίλους, συγγενείς), η διαχείριση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, η εργασιακή αποκατάσταση.

Από την έναρξη του σταδίου της παρέμβασης θα πρέπει να έχει οριστεί: (α) ο συντονιστής του θεραπευτικού προγράμματος, που συνήθως είναι το πρόσωπο αναφοράς, που λειτουργεί με την εποπτεία και βοήθεια κάποιου επαγγελματία της ομάδας (ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχίατρος, φυσιοθεραπευτής), (β) η ακριβής διάρκεια έναρξης και λήξης του προγράμματος, καθώς και η ημερομηνία επαναξιολόγησης. Η συνηθισμένη διάρκεια υλοποίησης ενός ΑΘΠ είναι έξι (6) μήνες. Σε περίπτωση που παραταθεί, θα πρέπει να συνοδεύεται από ενδιάμεση αξιολόγηση.

Στο παράρτημα 1 παρουσιάζεται αναθεωρημένο ένα αυτοσχέδιο Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα, που εφαρμόστηκε αρχικά από τον συγγραφέα του άρθρου στο οικοτροφείο της Λιβαδειάς και πλέον χρησιμοποιείται ευρέως στο σύνολο των στεγαστικών δομών της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.¹⁶

Η επαναξιολόγηση των στόχων

Η επαναξιολόγηση των στόχων δεν διαφέρει ιδιαίτερα από τα προηγούμενα στάδια. Το πρόσωπο αναφοράς με το πέρας της διάρκειας του προγράμματος, αξιολογεί την αποκαταστασιακή πορεία, μεταφέρει την εικόνα στην πολυκλαδική ομάδα και κατόπιν συζήτησης με τον ασθενή, αποφασίζει αν θα τερματιστεί ο στόχος (επιτυχία), αν θα διατηρηθεί και για το επόμενο εξάμηνο με ενδιάμεσα βήματα (επανάληψη στόχου), ή αν αλλάζει οριστικά από κάποιον άλλον (αλλαγή στόχου).

Η επαναξιολόγηση είναι ουσιαστικό κομμάτι της αποκαταστασιακής διαδικασίας, καθώς αντανακλά την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης από τη μια και από την άλλη συζητούνται εξωγενείς μεταβλητές ή λάθη που ώθησαν το θεραπευτικό πρόγραμμα σε μη αναμενόμενα αποτελέσματα. Για την αξιολόγηση των στόχων παρουσιάζεται στο παράρτημα 2 η αυτοσχέδια Κλίμακα Αξιολόγησης του ΑΘΠ που μετρά τόσο την πορεία των στόχων, αλλά και μια σειρά από δεξιότητες. Η παραπάνω κλίμακα εφαρμόστηκε αρχικά από τον συγγραφέα στο οικοτροφείο της Λιβαδειάς και πλέον χρησιμοποιείται ευρέως στο σύνολο των στεγαστικών δομών της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, με συστηματική κλινική και επιστημονική εποπτεία της όλης διαδικασίας.¹⁶

Ειδικές τεχνικές στη θεραπευτική παρέμβαση: Η ενίσχυση της συμπεριφοράς

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση, με κύριους εκπαιδευτικούς τους Pavlov, Watson, Skinner, Thordaike, υποστηρίζει ότι τόσο η φυσιολογική όσο και η παθολογική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μάθησης που συνέβη σε προηγούμενα στάδια της ζωής. Η εφαρμογή των πειραματικών δεδομένων των ψυχολόγων της συμπεριφοράς στα θεραπευτικά προγράμματα έχει ως στόχο χρησιμοποιώντας τους νόμους της μάθησης να τροποποιήσει την υπάρχουσα συμπεριφορά ή να διδάξει νέα μοτίβα λειτουργικής συμπεριφοράς.

Ο Αμερικανός ψυχολόγος BF Skinner, καθηγητής ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο του Harvard, συνδυάζοντας τις απόψεις του συναδέλφου του E.L. Thordaike για το νόμο του αποτελέσματος (Law of Effect) στη συμπεριφορά, κατέληξε μετά από μια σειρά πειραμάτων στη μέθοδο της συντελεστικής μάθησης. Σύμφωνα με τον Skinner, ο οργανισμός υ-

ποθετεί και εκτελεί μια συμπεριφορά που τον οδηγεί σε ευχάριστα επιθυμητά αποτελέσματα και του παρέχει αμοιβή, συνδέοντας τη συμπεριφορά με την απολαβή αισθήματος ηδονής. Οι θετικές συνέπειες που ακολουθούν μια συμπεριφορά είναι ερεθίσματα που ικανοποιούν διάφορες ανάγκες του οργανισμού και ονομάζονται ενισχυτές, ενώ η κυκλική διαδικασία που ακολουθείται είναι: ΕΡΕΘΙΣΜΑ (S) → ΑΜΟΙΒΗ → ΕΡΕΘΙΣΜΑ (S) → ΑΜΟΙΒΗ.

Οι βασικές μορφές ενίσχυσης που εφαρμόζονται σε κλινικά θεραπευτικά προγράμματα με στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς ή την εκπαίδευση νέων μοτίβων λειτουργικής συμπεριφοράς είναι:

- α. Οι κοινωνικοί ενισχυτές, που περιλαμβάνουν οποιαδήποτε μορφή λεκτικής ή μη λεκτικής αποδοχής, το χαμόγελο, η στάση του σώματος, η εκδήλωση σωματικής εγγύτητας, ο έπαινος με εκφράσεις όπως «μπράβο», «τα κατάφερες».
- β. Οι υλικοί ενισχυτές χρησιμοποιούνται ως άμεση και αποκλειστική συνέπεια μιας επιθυμητής συμπεριφοράς. Θα μπορούσαν να είναι αγαπημένα υλικά αγαθά – προτιμήσεις του ασθενούς, που συνήθως ονομάζονται και προσωπικοί ενισχυτές και
- γ. Τα tokens (αμοιβές) χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την κινητοποίηση χρόνιων ψυχικά ασθενών και αποκτούν αξία όταν συνδέονται με πλήθος κοινωνικών και υλικών ενισχυτών.²⁹ Συνήθως πρόκειται για συμβολικά αντικείμενα, όπως μάρκες, κουπόνια, νομίσματα, πόντοι ή βαθμοί, τα οποία ο ασθενής μπορεί να κερδίσει και να ανταλλάξει με επιθυμητά αγαθά, δραστηριότητες ή προνόμια. Η παραπάνω μέθοδος είναι γνωστή και ως token economy (σύστημα των ανταλλάξιμων αμοιβών).³⁰ Τέτοια προγράμματα με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα έχουν χρησιμοποιηθεί σε εκπαιδευτικά θεραπευτικά ιδρύματα παιδιών και εφήβων με ειδικές ανάγκες, σε δομές ψυχιατρικής φροντίδας, φυλακές, κ.λπ.^{20,30}

Σύμφωνα με τον Kazdin (2001),²⁸ η επιτυχία ή αποτυχία από την εφαρμογή των ειδικών τεχνικών εξαρτάται από πολλές μεταβλητές, όπως ο τρόπος χορήγησης του ενισχυτή, το είδος του ενισχυτή, η καθυστέρηση στην παροχή της ενίσχυσης, τον βαθμό της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς που θέλουμε να αλλάξουμε. Γι' αυτό και γίνεται κατανοητό πως οι παραπάνω τεχνικές θα πρέπει να εφαρμόζονται από επαγγελματίες που έχουν κλινική εκπαίδευση στη

γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Σε αντίθεση περίπτωση, μπορούν εύκολα να υπεραπλουστευτούν στην καθημερινή κλινική εργασία, με αρνητικά αποτελέσματα στην αποκαταστασιακή πορεία των συμμετεχόντων στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ένα τέτοιο παράδειγμα «κακής χρήσης» των τεχνικών της θετικής ενίσχυσης θα ήταν η συνεχής και καθυστερημένη παροχή υλικής ενίσχυσης σε έναν χρόνιο ασθενή ή η εκβιαστική χρήση των ανταλλάξιμων αμοιβών προς τους ασθενείς από ασυνείδητους επαγγελματίες.

Η εφαρμογή του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος σε άτομα με διαταραχές στον λόγο και στην επικοινωνία

Στις στεγαστικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας παρατηρείται σε πολλούς χρόνιους ασθενείς, επιπρόσθετα των ψυχιατρικών προβλημάτων τους, να εμφανίζουν και σοβαρές διαταραχές στην προφορική χρήση του λόγου και στη λεκτική επικοινωνία. Η δόμηση της καθημερινότητας σε ασθενείς αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας επιτυγχάνεται μέσω οπτικών βοηθημάτων, όπως: (α) το πρόγραμμα με φωτογραφίες, (β) το πρόγραμμα με φωτογραφίες και λέξεις, (γ) το γραπτό πρόγραμμα. Το οπτικό μέσο δείχνει τι θα συμβεί και με ποια σειρά για όλη την ημέρα ή περίοδο της ημέρας και βοηθά να οργανώσει και να προβλέψει τι θα συμβεί στη συνέχεια. Επομένως, βοηθά τις μεταβάσεις και αλλαγές και μειώνει το άγχος της επίτευξης.

Η ενίσχυση του κινήτρου για επικοινωνία επιτυγχάνεται με: (α) τη δόμηση του φυσικού χώρου ώστε να αυξηθεί η ανάγκη για επικοινωνία, (β) τα ενδιαφέροντα να χρησιμοποιούνται ως ευκαιρίες για να αρχίσει αλληλεπίδραση επικοινωνίας, (γ) ενίσχυση της προσπάθειας για επικοινωνία. Ως μορφή επικοινωνίας δεχόμαστε οποιοδήποτε τρόπο χρησιμοποιεί, (δ) την επιβεβαίωση ότι η δραστηριότητα είναι ευχάριστη, (ε) και τον εντοπισμό άλλων ενηλίκων που επικοινωνούν επιτυχώς με το άτομο και μιμούνται τον τρόπο τους, (στ) την εκμετάλλευση κάθε στιγμής ως ευκαιρίας για επικοινωνιακή αλληλεπίδραση. Ο σκοπός είναι να εκπαιδευτεί το άτομο κατάλληλα να χρησιμοποιεί το οπτικό σύστημα οργάνωσης της δραστηριότητας ώστε από μόνο του σταδιακά να την ολοκληρώσει και να μην περιμένει από τον θεραπευτή την υπενθύμιση για να ανατρέξει στο πρόγραμμα.

Συμπεράσματα-Συζήτηση

Στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη Ελλάδα, η υλοποίηση των νέων υπηρεσιών ακολούθησε κυρίως μια ποσοτική λογική κάλυψης των αναγκών για την απορρόφηση των κονδυλίων με στόχο την αποασυλοποίηση. Είναι ενδεικτικό ότι πολλές από τις νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας ξεκίνησαν να λειτουργούν χωρίς να έχει οριστεί, όπως κατά την κρίση μας εκ των προτέρων θα έπρεπε, ένα κοινό επιστημονικό θεραπευτικό μοντέλο φροντίδας και χωρίς τις αντίστοιχες ποιοτικές εκτιμήσεις του κλινικού έργου που θα παρέχουν ή ακόμα χωρίς την ύπαρξη άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών (π.χ. ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου) που θα ήταν απαραίτητη για τη στήριξη του θεραπευτικού έργου. Η ανάγκη δόμησης ενός ατομικού πλαισίου φροντίδας συνυφασμένου με όρους διασφάλισης της ποιότητας και συνέχειας της φροντίδας πρέπει να θεωρηθεί αναπόσπαστο κομμάτι της εξατομικευμένης προσέγγισης, όπως αυτή αξιολογεί τις ατομικές ανάγκες του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψιν τις διαθέσιμες υπηρεσίες της κοινότητας και τους πόρους του φορέα που υλοποιεί το αποκαταστασιακό πρόγραμμα.¹²

Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα στην εξατομικευμένη προσέγγιση περιλαμβάνει και προωθεί τη διασφάλιση της ποιότητας σε διαφορετικά επίπεδα. Για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, η ποιότητα διασφαλίζει ότι θα λάβουν τη φροντίδα που χρειάζονται και ότι τα συμπτώματά τους και η ποιότητα ζωής τους θα βελτιωθούν.³¹ Για τις οικογένειες, η ποιότητα προσφέρει υποστήριξη και βοηθά να διατηρηθεί η οικογενειακή συνοχή. Για τους επαγγελματίες ή όσους τη σχεδιάζουν, η ποιότητα διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και τη μείωση των συναισθημάτων της εργασιακής κόπωσης. Για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, η ποιότητα είναι το κλειδί για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και για τον έλεγχο και εκλογίκευση του συστήματος.³²

Οι άξονες στην παροχή της εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι: (α) η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς καθόλη την αποκαταστασιακή πορεία, από την αρχική εκτίμηση έως την επαναξιολόγηση της πορείας των στόχων, (β) η συνεργατική θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του συντονιστή του θεραπευτικού σχεδίου, της πολυκλαδικής ομάδας και του πάσχοντος υποκειμένου, (γ) στην εφαρμογή ειδικών τεχνικών ενίσχυσης της συμπεριφοράς²⁸ και του

κινήτρου της ελπίδας για αλλαγή, (δ) η αναγνώριση και κατανόηση ειδικών ρυθμιστικών παραγόντων στην αποκαταστασιακή διαδικασία, όπως είναι οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές και τις προσπάθειες υπέρ αυτών, η εξάντληση του προσωπικού, η δυναμική της ομάδας, όπως κάποιες φορές προκύπτει μέσω συγκρούσεων ρόλων – αρμοδιοτήτων, και (ε) η παροχή εποπτείας, αναγνώρισης των δυσκολιών, διαπραγμάτευσης της βιωμένης από τους θεραπευτές ματαιότητας και κενού και προσωπικών συναισθημάτων που διακινεί η θεραπευτική δουλειά με ψυχωτικούς ασθενείς. Όλες οι παραπάνω παρεμβάσεις στοχεύουν στην ανάδειξη του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος ως το ρυθμιστικό εργαλείο μέσω του οποίου το άτομο μαθαίνει εκ νέου λειτουργικές συμπεριφορές, βελτιώνει ήδη υπάρχουσες και ελαχιστοποιεί τις αρνητικές συνέπειες της χρονιότητας.

Η γενίκευση και διατήρηση των επιθυμητών συμπεριφορών εξασφαλίζεται μέσω της συχνής κοινωνικής συναλλαγής, όπου το άτομο (ξανα) βιώνει συναισθήματα στις διαφορετικές καταστάσεις, νιώθει ηδονή και ικανοποίηση στην ψυχαγωγία, προβληματίζεται για την επίλυση καθημερινών δυσκολιών και συναλλάσσεται συνολικά με το περιβάλλον του.³³ Ο ασθενής βιώνει το σημαντικότερο ανθρώπινο δικαίωμα, αυτό της επιλογής να ζει ως υπεύθυνος πολίτης με δικαιώματα και υποχρεώσεις, συγκροτώντας σταδιακά ένα σχέδιο ζωής.

Μέσα από αυτή την οπτική οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις δεν ανάγονται μόνο σε μια «τεχνική» συχνά υποβιβασμένη από την επιστημονική-ψυχιατρική κοινότητα, αλλά μπορεί να αποτελέσουν μια συνολική στρατηγική δημόσιας υγείας προς όφελος των χρηστών και των οικογενειών που εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

An individualized behavioral approach in psychosocial rehabilitation

D. Papadopoulos, S. Stylianidis

*Community Residential Home of Livadia,
Scientific Association for Regional Development and Mental Health (EPAPSY)*

Psychiatriki 2008, 19:165–176

The deinstitutionalization of chronic mental health patients and the simultaneous growth of community mental health structures were elected as central objectives of interventions, based on the concept of psychosocial rehabilitation. The main axes of this effort were maximization of the individual's potential and minimization of the long-term hospitalizations' negative consequences. The individualized approach via the application of an individual therapeutic program and the simultaneous evaluation of patients' needs and course during their stay in community residential home structures of psychiatric care constitute the basic condition for the achievement of therapeutic goals of rehabilitation, guarantee of the quality of services provided and continuity of care. The article is completed with the quotation of thoughts and proposals in connection with current approaches concerning the sector of social psychiatry, which everybody has to take into careful consideration in order to do the individual therapeutic program more effective being a powerful tool that helps therapists to draw satisfaction and pleasure from their work and helps patients to become active members of a democratic society.

Key words: Individual therapeutic program, psychosocial rehabilitation, reinforcement behavior method, continuity of care.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (1) - Έντυπο ατομικού θεραπευτικού προγράμματος

Όνομα φορέα/Δομής υλοποίησης προγράμματος:

Συντονιστής του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος:

Ημερομηνία ισχύος του ΑΘΠ: από έως και

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

Όνοματεπώνυμο

Ηλικία

Επίπεδο εκπαίδευσης

Τελευταία ή/και παρούσα απασχόληση

Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ιδίου και οικογένειάς του

Τόπος γέννησης-Πολιτισμικά στοιχεία

Κοινωνικο-Προνοιακές ανάγκες

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΟΥ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Διαγνωστική κατηγορία (κατά DSM – IV ή ICD 10)

Διαχείριση συμπτωματολογίας – Φύση της διαταραχής

Διάρκεια νοσηλείων σε ψυχιατρικό νοσοκομείο

Εναισθησία

Τρέχουσες θεραπείες: Φαρμακοθεραπεία ☐ Ψυχοθεραπεία ☐ Εργοθεραπεία ☐Φυσικοθεραπεία ☐ Ειδική εκπαίδευση ☐ Άλλη θεραπεία**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ιατρική κατάσταση

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Διατροφικές συνήθειες

ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Στόχοι ΑΘΠ: Μακροπρόθεσμοι-Βραχυπρόθεσμοι

Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης των στόχων

Βαθμός εμπλοκής των επαγγελματιών στη διαδικασία

Συντονιστής της θεραπευτικής παρέμβασης

ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ**

1. Αυτοφροντίδα-Υγιεινή

2. Σίτιση

3. Φροντίδα προσωπικού χώρου και αντικειμένων

4. Γενικός καλλωπισμός του ένοικου-ασθενή

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ & ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

1. Ποιότητα της σχέσης

2. Πρόθεση για ανάπτυξη & συνέχεια κοινωνικών σχέσεων και σχέσεων με οικογένεια

3. Επιθυμία ερωτικών σχέσεων

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ

1. Συμμετοχή σε προγράμματα κινητοποίησης

2. Συμμετοχή σε ψυχαγωγικές/Εκπαιδευτικές δραστηριότητες στη δομή

3. Εξωτερικές δραστηριότητες-εκδρομές

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΗΜΑΤΩΝ

1. Είσπραξη & διαχείριση της σύνταξης

ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ/ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΕΩΝ

1. Χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς

2. Χρήση δημόσιων υπηρεσιών & υπηρεσιών της κοινότητας

(Συνεχίζεται)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (1) - Έντυπο ατομικού θεραπευτικού προγράμματος (συνέχεια)	
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	
Κοινωνική ενίσχυση Υλική ενίσχυση (περιγράφονται οι ενισχυτές) Σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών (Token economy)	
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	
Θεραπευτικοί χειρισμοί Θέματα ορίων	
Συμφωνήθηκε ως προς τη δέσμευση των παραπάνω και υπογράφεται από τους εξής ενδιαφερόμενους:	
Ο ασθενής/ένοικος (ονοματεπώνυμο – υπογραφή)	Το πρόσωπο αναφοράς/Ο θεραπευτής (ονοματεπώνυμο – υπογραφή)
Ημερομηνία & Τόπος	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (2) Κλίμακα αξιολόγησης ατομικού θεραπευτικού προγράμματος. (Παπαδόπουλος Δημήτρης, 2004)
Ονοματεπώνυμο ενοίκου:
Αξιολογητής:
Ημερομηνία:
Οδηγίες: Σημειώστε με ένα κύκλο κατά πόσο κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις χαρακτηρίζει ή περιγράφει τη λειτουργικότητα στους παρακάτω τομείς που αναλύονται, χρησιμοποιώντας τους παρακάτω κωδικούς.
Κωδικοί Συμπλήρωσης της Κλίμακας
0 = Καθόλου (το προσωπικό φροντίζει τον/την ένοικο)
1 = Λίγο (φτωχή κοινωνική δραστηριότητα και αυτοφροντίδα, αλλά επιδέχεται εκπαίδευσης)
2 = Μέτρια (χρειάζεται λεκτική και κινητική καθοδήγηση για την ολοκλήρωση μιας δράσης)
3 = Καλά (ημι-αυτονομία, χρήζει μερικής υπενθύμισης για την ολοκλήρωση του ΑΘΠ)
4 = Πολύ Καλά (Αυτονομία και ολοκλήρωση δράσεων χωρίς επίβλεψη και υπενθύμιση)

Στόχοι ατομικού θεραπευτικού προγράμματος	Αποτυχία στόχου	Επανάληψη στόχου	Επιτυχία στόχου
Βραχυπρόθεσμοι:	0-1	2-3	4
Μακροπρόθεσμοι:	0-1	2-3	4

(Συνεχίζεται)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (2) Κλίμακα αξιολόγησης ατομικού θεραπευτικού προγράμματος (συνέχεια)					
ΤΟΜΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ					
1. Δεξιότητες αυτόνομης διαβίωσης	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Καλά	Παρά πολύ
Χρήση τουαλέτας	0	1	2	3	4
Πλύσιμο χεριών	0	1	2	3	4
Πλύσιμο προσώπου	0	1	2	3	4
Πλύσιμο σώματος	0	1	2	3	4
Ξυρίζεται μόνος του	0	1	2	3	4
Πλύσιμο δοντιών	0	1	2	3	4
Χτένισμα	0	1	2	3	4
Κόψιμο νυχιών	0	1	2	3	4
Καθαρισμός αυτιών	0	1	2	3	4
Φροντίδα προσωπικού χώρου (προσωπικά αντικείμενα, καθαριότητα, τακτοποίηση)	0	1	2	3	4
Ντύσιμο-γδύσιμο	0	1	2	3	4
Δεξιότητες σίτισης	0	1	2	3	4
Βοηθάει στην προετοιμασία & μάζεμα φαγητού	0	1	2	3	4
Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή	0	1	2	3	4
Συνολικό σκορ	/56				
2. Κοινωνική συμπεριφορά-Επικοινωνία	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Καλά	Παρά πολύ
Προσαρμογή σε νέες συνθήκες	0	1	2	3	4
Επικοινωνιακή πρόθεση εντός οικοτροφείου	0	1	2	3	4
Επικοινωνιακή πρόθεση εκτός οικοτροφείου	0	1	2	3	4
Λεκτική επικοινωνία: Νόημα λόγου	0	1	2	3	4
Έκφραση επιθυμιών	0	1	2	3	4
Έκφραση παράπονων ή προβληματισμών	0	1	2	3	4
Ελεύθερος χρόνος: Συμμετοχή σε ομαδικές ή ατομικές δραστηριότητες	0	1	2	3	4
Επιδιώκει να βγαίνει εκτός Οικοτροφείου	0	1	2	3	4
Τηρεί τους κοινωνικούς κανόνες	0	1	2	3	4
Συνολικό σκορ	/36				
4. Διαχείριση χρημάτων	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Καλά	Παρά πολύ
Χειρίζεται ο/η ίδιος/α τα χρήματα	0	1	2	3	4
Συνολικό σκορ	/4				
5. Χρήση κοινοτικών διευκολύνσεων	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Καλά	Παρά πολύ
Χρησιμοποιεί Μέσα Μαζικής Μεταφοράς – Υπηρεσίες	0	1	2	3	4
Συνολικό σκορ	/4				
Συνολική βαθμολογία	/100				
6. Γενική εκτίμηση				Ναι	Όχι
Πολύ φτωχή αυτοφροντίδα και κοινωνική απόσυρση				☐	☐
Ημι-αυτονομία. Χρήζει υπενθύμιση της καθημερινής δραστηριότητας				☐	☐
Αυτονομία σε όλα ή σχεδόν όλα τα επίπεδα της καθημερινής δραστηριότητας				☐	☐

Βιβλιογραφία

- Smith G, Schwebel A, Dunn R et al. The role of psychologist in the treatment, management, and prevention of chronic mental illness. *Am Psychol* 1993, 48:966-971
- Holloway F, Oliver N, Collins E et al. Case management: A critical review of the outcome literature. *Eur Psychiatry* 1995, 10:113-128
- Barbato A. Psychosocial rehabilitation and severe mental disorders: a public health approach. *World Psychiatry* 2006, 3:161-162
- Marshall M, Gray A, Lockwood A et al. Case management for people with severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull* 1999, 34:37-74
- Bachrach L. Continuity of care in approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hosp Commun Psychiatry* 1999, 44:465-468
- Bachrach L. Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *Am J Psychiatry* 1981, 33:189-197
- Anthony W, Cohen M, Farkas M et al. *Psychiatric rehabilitation*. 2nd ed. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University, 2002
- Ware N, Hopper K, Tugenberg T et al. Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatry Services* 2007, 58:469-474
- Kimberly J, Alexander JA, Ullman E. Case management and quality of life: Assessing treatment and outcomes for clients with chronic and persistent mental illness. *Hth Serv Res* 2001, 36:61-90
- Kanter J. Clinical case management: definition, principles, and components. *Hosp and Comm Psychiatry* 1989, 40:361-368
- Mueser KT, Bond RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: Report of the national advisory mental health council. *Am J Psychiatry* 1998, 150:1447-1465
- Simpson A, Miller S, Bowers L. Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. *J Psychiatry Mental Hth Nurs* 2003, 10:472-483
- Στυλιανίδης Σ. Ενεργητικό υποστηρικτικό ολοκληρωμένο κοινοτικό πρόγραμμα φροντίδας για σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (Assertive Community Treatment): Διερεύνηση εφαρμογών του στην Ελληνική Ψυχιατρική. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2003, 20:243-250
- Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment programme and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37:392-397
- Στυλιανίδης Σ, Παντελίδου Σ. Η εφαρμογή του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού στον χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινοτικής ψυχιατρικής. *Ψυχιατρική* 2006, 17:113-121
- Παπαδόπουλος Δ. Το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα: Θεωρία και Εφαρμογές. Παρουσίαση και Αδημοσίευτες Σημειώσεις στο 1ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για Στελέχη των Δομών της ΕΠΑΨΥ. Αθήνα 2004
- Καλαντζή-Αζίζι Α & συν. *Αυτογνωσία & Αυτοδιαχείριση, Γνωσιακή Συμπεριφορική Προσέγγιση*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2002
- Καλαντζή-Αζίζι Α. *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 1999
- Bacon FL. A Program to assist people with mental illness in formulating realistic life goals – Formulating realistic life goals. *J Rehabilitation* 2002, 68:59-66
- Παπαδόπουλος Δ, Παντελίδου Σ, Στυλιανίδης Σ. Αξιολόγηση παρέμβασης στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων χρόνιων ψυχικά ασθενών σε οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. *Τετρ Ψυχιατρ* 2007, 97:39-44
- Creek J. Treatment Planning and Implementation. In J Creek. *Occupational Therapy and Mental Health*. 2nd ed. 1997. London, Churchill Livingstone
- Kuntz C. *Persons with Severe Mental Illness: How Do They Fit into Long Term Care* 1995. Report by the Office of Disability, Aging and Long Term Care Policy, US Dept of Health and Human Services.
- Βάρσου Ν, Τυπάλδου Μ. Ψυχομετρικές Δοκιμασίες, Στο: *Ψυχιατρική*. Α' Τόμος. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2000: 116-123
- Anthony W, Cohen M, Farkas M et al. *Psychiatric rehabilitation*. 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University 2002
- Farkas M. Identifying psychosocial rehabilitation interventions: an evidence and value based practice. *Word Psychiatry* 2006, 5:161-162
- Παπαδόπουλος Δ, Παντελίδου Σ, Κοσκινάς Β κα συν. Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας ομαδικής παρέμβασης ανάπτυξης ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων χρόνιων ψυχικά ασθενών σε οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Αναρτημένη Ανακοίνωση. 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Αθήνα 2006
- Καλαντζή-Αζίζι Α, Δέγλερης Ν. *Θέματα Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1992
- Kazdin AE. *Behavior Modification in Applied Settings*. USA: Wadsworth Thomson Learning, 2001
- Craighead LW, Craighead WE, Kazdin AE et al. *Cognitive and Behavioral Interventions: An empirical approach to Mental Health Problems*. Boston-London, Allyn and Bacon, 1994
- Luiselli JK. Reinforcement methods and variations in the clinical treatment of challenging behaviors. *Habilitat Ment Healthcare Newslett* 1995, 14:55-100
- Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophren Bull* 1995, 21:675-668
- Eggert GM, Zimmer JG, Hall WJ et al. Case management: A randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. *Health Services Research* 1991, 26:471-507
- Barbato A, D'Avanzo B, Rocca G et al. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy. *Psychiatry Serv* 2006, 55:67-70

Αλληλογραφία: Δ. Παπαδόπουλος, Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Λιβαδειά
Τηλ.: 6932 828 184
e-mail: psychologists@hotmail.com