

Σ. Στυλιανίδης

Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής,
Αθήνα

Assertive Community Treatment:
Investigation of its application
in Greek psychiatry

Abstract at the end of the article

**Ενεργητικό υποστηρικτικό ολοκληρωμένο
κοινοτικό πρόγραμμα φροντίδας
για σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές
(Assertive Community Treatment)
Διερεύνηση εφαρμογών του
στην Ελληνική Ψυχιατρική**

Το Assertive Community Treatment είναι ένα πρόγραμμα και μια θεραπευτική καινοτομία εξατομικευμένης, ολοκληρωμένης και ενεργητικής φροντίδας ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές στην κοινότητα, που άρχισε να εφαρμόζεται στη δεκαετία του 1980 στο Madison του Wisconsin (ΗΠΑ), στο πλαίσιο μιας ευρύτερης εμπειρίας αποϊδρυματισμού. Στο άρθρο αυτό εξετάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά, οι αρχές λειτουργίας και ο καινοτομικός χαρακτήρας του προγράμματος και επισημαίνεται η αναγκαιότητα πιλοτικής εφαρμογής της όλης προσέγγισης στο πλαίσιο της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Λέξεις ευρετηρίου

Ενεργητική ολοκληρωμένη φροντίδα
Κοινοτική φροντίδα
Κοινοτική Ψυχιατρική
Πρόληψη υποτροπών
Σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες

Υποβλήθηκε 5.9.2002
Εγκρίθηκε 15.9.2002

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι βασικοί στόχοι μετασχηματισμού κάθε παραδοσιακής ή ασυλιακού τύπου μορφής ψυχιατρικής περίθαλψης σε ένα κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η μετάθεση του κέντρου βάρους της περίθαλψης από το άσυλο στην κοινότητα σε συνάρθρωση με την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και με τη συνεχή διαδικασία αποϊδρυματισμού μέχρι την τελική κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Η διεθνής βιβλιογραφία την τελευταία 20ετία είναι εξαιρετικά πλούσια σε δημοσιεύσεις άρθρων, μαρτυριών, ερευνών και μονογραφιών για την επιτυχή ή μη έκβαση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και του αποϊδρυματισμού –μέσα από διαφορετικές πολιτικές, φιλοσοφικές, ιδεολογικές και επιστημονικές προσεγγίσεις– στις διάφορες χώρες του κόσμου.

Η πρόσφατη έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ 2001)* τεκμηριώνει με σαφή τρόπο τις κατευθυντήριες γραμμές, που πρέπει να ακολουθηθούν

οι υπεύθυνοι των πολιτικών υγείας κάθε κράτους-μέλους του ΠΟΥ, ώστε να προαχθούν καλές πρακτικές και καινοτόμες δράσεις προς όφελος των ψυχικά πασχόντων.

Στη χώρα μας, παρά τα αναμφισβήτητα θετικά βήματα που έχουν πραγματοποιηθεί προς την κατεύθυνση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, οι ελλείψεις, τα κενά, αλλά και οι παρατηρούμενες δυσλειτουργίες των υφιστάμενων υπηρεσιών είναι σημαντικές.

Το παρόν άρθρο επιχειρεί να συμβάλει στην κριτική παρουσίαση μιας καινοτόμου πρακτικής και μεθοδολογίας, του Assertive Community Treatment (ACT), με στόχο τη συζήτηση και τη διερεύνηση της δυνατότητας εφαρμογής αυτής της προσέγγισης πιλοτικά από την Ελληνική ψυχιατρική κοινότητα και ευρύτερα τις υπηρεσίες ΠΦΥ.

Το ACT είναι ένα πρόγραμμα εξατομικευμένης, ολοκληρωμένης και ενεργητικής φροντίδας ατόμων με διάγνωση ψύκωσης στην κοινότητα, που άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τους Stein και Test¹ τη δεκαετία του '80 στο Madison του Wisconsin (ΗΠΑ). Είναι ίσως εκείνο το κοινοτικό προσανατολισμένο μοντέλο που έχει γίνει αντικείμενο των περισσότερων μελετών και ερευνών. Σύμφωνα με την Olfson² (1990), «αποτελείται από

*ΠΟΥ, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001, Ελληνική έκδοση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας

μια σειρά παρεμβάσεων βασισμένων στην άμεση φροντίδα του ασθενούς, την εκπαίδευση σε βασικές δεξιότητες της καθημερινότητας και την κοινωνική στήριξη».²

Το ACT έχει ως βασική υπόθεση συγκρότησής του την παροχή πολυκλαδικών εξειδικευμένων υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο, την ενίσχυση των δεσμών με προσβάσιμους πόρους και υπηρεσίες υγείας, ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την προσέγγιση όλων εκείνων των πολύπλοκων παραγόντων που προκαλούν παρατεταμένη χρονιοποίηση και απώλεια στέγασης σε άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή.³

Ο στόχος της εφαρμογής ενός τέτοιου προγράμματος είναι «η παροχή βοήθειας σε άτομα με σοβαρές και εμμένουσες ψυχικές διαταραχές, προκειμένου να ζουν μια αξιοπρεπή, σταθερή και με νόημα ζωή στην κοινότητα».⁴

Το ACT διαδόθηκε ταχύτατα στις ΗΠΑ και συνοδεύτηκε συχνά από νομοθετικές αλλαγές, όπως δέσμευση της πολιτείας σε προγράμματα κοινοτικής φροντίδας και διευκόλυνση της δικαστικής εποπτείας ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικό πλαίσιο διαβίωσής τους.⁵

Το ACT τείνει να είναι πιο αποτελεσματικό, όταν αποτελεί μια αρθρωμένη προσέγγιση με παροχή υπηρεσιών σε ανάγκες υγείας, στέγασης, ασφάλειας και κοινωνικής στήριξης.¹

Υπάρχει μικρότερος βαθμός επιτυχίας εφαρμογής του προγράμματος, όταν στο πλαίσιο που εφαρμόζεται υπάρχει διαχωρισμός και έλλειψη συνέργειας μεταξύ των διαφόρων συντελεστών παροχής υπηρεσιών, όπως π.χ. στη Μ. Βρετανία.⁴

2. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ACT

Τα προγράμματα ACT βασίζονται στο μοντέλο “Training in Community Living” (TCL) του Stein⁶ και πραγματοποιούνται από διεπιστημονική ομάδα, η οποία παρέχει ένα σύννηθες ευρύ φάσμα εξατομικευμένης και συνεχούς φροντίδας σε κοινοτικό πλαίσιο από κινητές μονάδες και απευθυνόμενο σε ψυχικά πάσχοντες με σοβαρές ψυχικές δυσκολίες.

Οι διεπιστημονικές ομάδες διεθύνονται συνήθως από ψυχίατρο. Μέλη της ομάδας συναντούν τα άτομα με διάγνωση ψύχωσης στην κοινότητα και όχι στα εξωτερικά ιατρεία, τους διδάσκουν πώς να φροντίζουν και να αντιμετωπίζουν τις βασικές καθημερινές τους ανάγκες και αναλαμβάνουν να τους διασφαλίζουν τροφή, κατοικία, ένδυση και ιατρική φροντίδα.

Οι ασθενείς επίσης στηρίζονται στο να εντάσσονται σε εργασιακό πλαίσιο και να διατηρούν –στο μέτρο του δυνατού– τη θέση εργασίας τους και ευθαρρύνονται στην ανάπτυξη ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων.

Όταν η θεραπευτική ομάδα εκτιμά ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπή ή βρίσκονται σε οξεία φάση, τους προσφέρει άμεση θεραπευτική βοήθεια στο φυσικό τους περιβάλλον ή σε υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας, που λειτουργούν σε 24ωρη βάση.

Αυτή η ολοκληρωμένη κοινοτική στήριξη και παροχή φροντίδας σε όλα τα επίπεδα έχει ως βασικούς στόχους τη μείωση των ποσοστών διαρροής (drop-out) από το πρόγραμμα και τη μείωση των νοσηλείων.

Μια σειρά από έρευνες, στις οποίες θα αναφερθούμε εκτενώς στη συνέχεια, έχουν αποδείξει ότι η εφαρμογή του ACT μειώνει τα ποσοστά νοσηλείας των ατόμων με διάγνωση ψύχωσης, που ζουν σε κοινοτικό περιβάλλον, ελέγχει τα συμπτώματά τους και βελτιώνει αισθητά την απασχόληση σε μη προστατευμένη εργασία, όπως επίσης και την κοινωνική λειτουργικότητά τους και την ποιότητα ζωής τους.

Το ACT σχεδιάζεται προκειμένου να παρέχει υπηρεσίες σε άτομα που παρουσιάζουν σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, τα οποία θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο να διαπραγματευθούν τις ανάγκες τους με τον τρόπο λειτουργίας παραδοσιακών ψυχιατρικών δομών.³

Τα βασικά χαρακτηριστικά της προσέγγισης του Assertive Community Treatment είναι τα εξής:

- Προσέγγιση *εξατομικευμένη*, βασισμένη σε λειτουργία *πολυκλαδικής ομάδας*
- Παροχή *ολοκληρωμένης* ψυχιατρικής και κοινωνικής *φροντίδας*
- Το πλαίσιο παροχής της φροντίδας είναι το *φυσικό περιβάλλον* (κατοικία) ή ο *χώρος εργασίας* του ατόμου
- *Ενεργητική* παροχή βοήθειας (assertive outreach), έμφαση στη νοσηματοδότηση των επαφών με διστακτικά ή μη συνεργάσιμα άτομα
- Έμφαση δίνεται στη συμμόρφωση και διατήρηση της *φαρμακευτικής αγωγής* (medication compliance)
- *Συνεργασία*. Δίνεται έμφαση στη δημιουργία ποιοτικών σχέσεων με τους χρήστες των υπηρεσιών του ACT. Οι σχέσεις βασίζονται στην ενεργό συμμετοχή και εμπλοκή των χρηστών, που συμμετέχουν ως «εταίροι» στην παροχή φροντίδας τους

- *Αρχή της ολοκληρωμένης παροχής* (comprehensiveness), με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατό κόστος. Έμφαση δίνεται στην ολιστική προσέγγιση των επιθυμιών και αναγκών του κάθε ψυχικά πάσχοντα
- *Ελαστικότητα* (flexibility). Οι παρεμβάσεις και η ένταση των επαφών πρέπει πάντοτε να προσαρμόζονται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του ψυχικά πάσχοντα
- *Συνέχεια*. Η εταιρικότητα στη διαδικασία παροχής φροντίδας (partnership-in-care) μεταξύ των χρηστών και των μελών της θεραπευτικής ομάδας διατηρείται καθόλη τη διάρκεια των φάσεων της εξέλιξης της διαταραχής, συμπεριλαμβάνοντας τις περιόδους κρίσεων, υποτροπών και νοσηλείας
- *Εργασία ομάδας*. Μια μικρή σε αριθμό, με υψηλά κίνητρα και δέσμευση ομάδα, διευκολύνει την καλή επικοινωνία και προωθεί υψηλά κλινικά κριτήρια
- *Εργασία σε δίκτυο*. Η παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας στην κοινότητα απαιτεί την εγκατάσταση αποτελεσματικών δεσμών συνεργασίας με άλλες δομές, επαγγελματικές ομάδες και κοινοτικούς πόρους, ταυτόχρονα με την ανάπτυξη κατάλληλων και ευαίσθητων δεσμών με το προσωπικό κοινωνικό δίκτυο του κάθε χρήστη ξεχωριστά.

Για μια διεξοδικότερη περιγραφή της λειτουργίας του ACT, ο αναγνώστης παραπέμπεται σε μια σειρά από βιβλιογραφικές αναφορές.⁷⁻¹⁰

2. ΟΜΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΤΟ ACT

Το ACT συνιστάται πέραν των δύο δεκαετιών^{9,10} ως μια αποτελεσματική θεραπεία για άτομα που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές.¹¹

Το γενικό αυτό μοντέλο κοινοτικής φροντίδας προσαρμόστηκε και αξιολογήθηκε σε διαφορετικά πλαίσια και με διαφορετικές υποομάδες ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.⁷ Τέτοιες ομάδες περιλαμβάνουν νέους ενήλικες με πρόσφατη έκλυση σχιζοφρένειας,⁹ άτομα με εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ,^{12,13} βετεράνους¹⁴ και άστεγους,^{15,16} όπως επίσης και με οικογένειες.¹⁷

Η εποπτεία της βιβλιογραφίας, όπως θα δούμε στη συνέχεια, σχετικοποιεί τις αρχικά εξαιρετικά θετικές αξιολογήσεις του ACT, σε συνάρτηση με το πλαίσιο εφαρμογής του, την υποομάδα-στόχο με σοβαρή ψυχική διαταραχή και, επίσης, σε συνάρτηση με τους ανθρώπινους

πόρους, την οργανωτική δομή και τη φύση των παρεχομένων υπηρεσιών.⁷

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ACT ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Διάφορα μοντέλα αναπτύχθηκαν προκειμένου να απαντήσουν αποτελεσματικά στα προβλήματα που επισημάνθηκαν ανωτέρω στην οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας:

- Το μοντέλο της διαχείρισης των περιστατικών (brokered case management model),¹⁸ στο πλαίσιο του οποίου ο manager βοηθούσε τους ασθενείς να έχουν πρόσβαση και συντονισμό στην παροχή υπηρεσιών από διάφορες δομές, αλλά δεν παρείχε άμεσα ο ίδιος κλινικές υπηρεσίες.
- Το μοντέλο της κλινικής διαχείρισης της περίπτωσης,¹⁹ το οποίο έδινε τη δυνατότητα στους διαχειριστές των περιστατικών να παρέχουν άμεσα υπηρεσίες στα άτομα.

Από όλα αυτά τα μοντέλα, η εφαρμογή του ACT έδειξε ότι υπήρξε το αποτελεσματικότερο ολοκληρωμένο πρόγραμμα κοινοτικής φροντίδας ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα όσον αφορά (α) στη μείωση του αριθμού των νοσηλείων και (β) στη διάρκεια παραμονής κάθε ατόμου σε νοσοκομειακό περιβάλλον.²⁰⁻²⁶

Σε ορισμένες περιπτώσεις εφαρμογής του ACT, όπως το Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Connecticut στο New Haven, η καινοτόμος δράση της ομάδας εντοπίστηκε στο ότι παρείχε υπηρεσίες σε πολυεθνικά στρώματα πληθυσμού και σε αστέγους με συννοσηρότητα σοβαρής ψυχικής διαταραχής και χρήσης ουσιών. Η πολυκλαδική-διεπιστημονική ομάδα ενσωμάτωσε επίσης στη λειτουργία της ως σύμβολο σε περιπτώσεις με ένα «καθεστώς role-model», άτομο με ιστορικό σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Αυτή η καινοτομική συνεργασία προτάθηκε σε πειραματικό επίπεδο, προκειμένου να αναδείξει την οπτική των χρηστών στην καθημερινή λειτουργία της ομάδας.³

Η εποπτεία της βιβλιογραφίας δίνει μερικά αλλά ενδιαφέροντα ευρήματα από την εφαρμογή του ACT:

- Τα προγράμματα ACT έχουν αποδείξει ότι αποτελούν μια αποτελεσματική για το κόστος της εναλλακτική λύση στην ψυχιατρική νοσηλεία.^{8,27}
- Σε συγκριτικές μελέτες, το ACT αποδείχθηκε *αποτελεσματικότερο* σε ό,τι αφορά τη μείωση των νοσηλείων σε άτομα που διαβίωναν σε κοινοτικό περιβάλ-

λον, σε σύγκριση με πρόγραμμα υψηλής ποιότητας case-management.²⁸

- Η σύγκριση των αποτελεσμάτων εφαρμογής του ACT με ένα πρόγραμμα βασισμένο στη νοσοκομειακή περίθαλψη, έδειξε ότι οι ψυχικά πάσχοντες παρέμεναν για μακρύτερης διάρκειας περιόδους στην κοινότητα και είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με άτομο του άλλου προγράμματος.²⁹
- Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι *προγνωστικοί παράγοντες μιας ψυχιατρικής νοσηλείας* περιλαμβάνουν παραμέτρους συνδεδεμένες με συμπτώματα, όπως επίσης με κοινωνικούς, οικονομικούς και νομικούς παράγοντες, μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας και ανεπαρκή κοινοτικά υποστηρικτικά συστήματα, όχι ικανοποιητικές σχέσεις με την οικογένεια και χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση.^{26,30-32}

Παρά τα δύσκολα μεθοδολογικά προβλήματα που τίθενται για να αξιολογηθούν όλοι αυτοί οι παράγοντες, είναι ενδιαφέρον να υπογραμμιστεί ότι αναφορές προερχόμενες από ψυχικά πάσχοντες περιγράφουν *καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα και έκβαση από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ACT*, σε σύγκριση με άλλα μοντέλα ψυχιατρικής φροντίδας.³³

Συμπερασματικά, το ACT έχει μελετηθεί συστηματικά και εντατικά σε περισσότερες από 40 εμπειρικές μελέτες³⁴ και έχει εμφανώς αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικό στη μείωση των νοσηλείων και των συμπτωμάτων, στη βελτίωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, στη σταθερότητα της αυτόνομης διαβίωσης και στη γενικότερη βελτίωση της ικανοποίησης των χρηστών και της ποιότητας ζωής. Ορισμένα *προβλήματα* στην εφαρμογή, στη σημερινή συγκυρία του ACT στις ΗΠΑ, οφείλουν να αναδειχθούν στην εποπτεία της βιβλιογραφίας, η οποία δεν περιλαμβάνει σχεδόν καμία αναφορά (εκτός Μεγάλης Βρετανίας) εφαρμογής ACT σε Ευρωπαϊκές χώρες:

- Λόγω του υψηλού κόστους στην εφαρμογή του, το ACT συνιστάται μόνο για άτομα με σοβαρά ψυχικά προβλήματα, τα οποία έχουν προφίλ υψηλού κινδύνου για υποτροπές και νοσηλεία και που η ψυχιατρική παρακολούθησή τους από συμβατικές ψυχιατρικές υπηρεσίες είχε παρουσιάσει σημαντικές δυσκολίες.³⁵
- Παρά την αποδοχή και τη στήριξη του ACT από την National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) και άλλες οργανώσεις, υπάρχουν άλλες δυνάμεις που αγωνίζονται ενάντια στη διάχυση της εφαρμογής του προγράμματος. Οι αντιστάσεις ενισχύονται (α) από το πρόβλημα του σχετικά μικρού αριθμού ατόμων που

μπορούν να ενταχθούν σε προγράμματα όπως το ACT, (β) από τη διαδικασία αξιολόγησης του ισοζυγίου μεταξύ κόστους και χρήσης κοινοτικών πόρων, σε σύγκριση με το κόστος που εξοικονομείται από τις νοσηλείες, και (γ) από τους ακόμα αδιευκρίνιστους και όχι καλά οργανωμένους μηχανισμούς χρηματοδότησης των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας ACT.

Είναι εμφανές ότι αυτή η συζήτηση αφορά, τουλάχιστον στη σημερινή συγκυρία, το πολύπλοκο και άνισο οργανωμένο πρόβλημα του management-care, καθώς και το κόστος των ασφαλιστικών εταιρειών, στοιχεία που κυριαρχούν στην οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και υγείας γενικότερα στις ΗΠΑ.

5. Ο ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Το ACT υπήρξε μια μοναδική *καινοτομία*, η οποία εφαρμόστηκε αρχικά στο Madison, Wisconsin των ΗΠΑ³⁶ από τους Stein et al.⁶ Οι πρώτες εμπειρίες δημιουργίας κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας τη δεκαετία του '50, στο πλαίσιο του κινήματος του αποϊδρυματισμού, έδειξαν ότι η λειτουργία του δικτύου των υπηρεσιών (ιατρικής φροντίδας, ψυχιατρικής φροντίδας, θεραπείας εξαρτήσεων, στεγαστική, ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση, άλλες υποστηρικτικές δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης) ήταν εξαιρετικά πολύπλοκη και κατακερματισμένη.

Επιπλέον, τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές είχαν περιορισμένη ικανότητα υπεράσπισης των δικαιωμάτων τους στην καθημερινότητα ως πολίτες, καθώς και ικανοποιητικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας. Συνεπώς, υπήρχε μια μεγάλη δυσκολία και αντινομία στην παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής φροντίδας στις πραγματικές ανάγκες των ατόμων με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα.³⁷

6. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ

Θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι η διάχυση του συγκεκριμένου μοντέλου στην Ευρώπη και αυτονομία στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν πραγματοποιήθηκε, ενδεχομένως για ιστορικούς, πολιτιστικούς και οικονομικούς λόγους. Το ACT μπορεί να παρουσιάζει ένα αρχικό υψηλό κόστος, αν δεν είναι ενταγμένο σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου η παραδοσιακή νοσοκομειακή λογική να τίθεται έμπρακτα σε επερώτηση.

Επίσης, όταν παρατηρήσει κάποιος αναλυτικά τη στρατηγική και μεθοδολογία υλοποίησης του ACT, θα διαπιστώσει ότι στην Ευρώπη έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία σημαντικές πιλοτικές εμπειρίες (Ιταλία, Μ. Βρετανία, Τερνέστη, Μπίρμινχαμ κ.λπ.) ενεργητικής κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας σε άτομα με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα, χωρίς ίσως να έχουν αξιολογηθεί με τρόπο συμβατό με τα Αμερικανικά κριτήρια. Συνεπώς, θα πρέπει να εξεταστεί λεπτομερειακά η δυνατότητα εφαρμογής ενός τέτοιου μοντέλου πιλοτικά στην Ελληνική ψυχιατρική πραγματικότητα, λαμβάνοντας υπόψη την ανυπαρξία επαγγελματικής κουλτούρας συνέργειας υπηρεσιών και δομών στο πλαίσιο της αρχής της τομιοποίησης στη χώρα μας. Η ιστορική αρχική εμπειρία ACT του Stein (1980)¹ στο Winsconsin-Madison θα πρέπει μελλοντικά να μελετηθεί προσεκτικά, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη συστηματική αποκέντρωση των πόρων (πρόπολογοισμός, προσωπικό, μέσα) και τη σταδιακή μεταφορά τους από το νοσοκομείο σε κοινοτικές υπηρεσίες.³⁸

Η υπόθεση του Stein³⁸ είναι ανάλογη με αυτή της Τερνέστης (τηρουμένων βέβαια των αναλογιών, ιδεολογικών, πολιτικών και οργανωτικών, του κάθε πλαισίου), σε ό,τι αφορά τη συρρίκνωση μέχρι την τελική κατάργηση του ψυχιατρείου ως τύπου θεραπείας και της μεταφοράς πόρων από το ψυχιατρείο στη δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Μια ενδιαφέρουσα πρόσφατη εμπειρία της ομάδας του L. Stein³⁸ είναι η συστηματική εργασία και σύγκριση 51 ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, που παρακολουθούνται από προγράμματα ACT και Clubhouse.⁶ Το βασικό ερώτημα είναι αν τα άτομα που έχουν ενταχθεί για μια ορισμένη περίοδο σε εντατικά και ολοκληρωμένα προγράμματα κοινοτικής φροντίδας (όπως το ACT και το Clubhouse) μπορούν προοδευτικά να μεταφερθούν σε λιγότερο εντατικά προγράμματα στην κοινότητα. Η έρευνα έδειξε ότι τα άτομα αυτά μπορούν να σταθεροποιηθούν σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας και να εμφανίσουν και στα δύο προγράμματα σημαντική βελτίωση στους εξής τομείς: επαγγελματική δραστηριότητα/αποκατάσταση, κοινωνικές σχέσεις/απομόνωση και ενσωμάτωση στη ζωή της κοινότητας.

Πολλές πρόσφατες έρευνες εφαρμογής του ACT συγκλίνουν σε ανάλογα ευρήματα σχετικά με τη μείωση των νοσηλείων και τη στήριξη των ατόμων με σοβαρά ψυχικά προβλήματα στην κοινότητα (community tenure), καθώς και στη μείωση του κόστους σε σύγκριση με συμβατικές μεθόδους ψυχιατρικής παρακολούθησης. Άλλα ενδιαφέροντα ευρήματα στις πρόσφατες έρευνες σε ΗΠΑ και Καναδά είναι η σημαντική μείωση της

διάρκειας νοσηλείας (length of stay, LOS) για κάθε άτομο που παρακολουθείται σε ACT, καθώς και η μεγάλη μείωση των επισκέψεων στα ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία και στις μονάδες επειγόντων περιστατικών στον τομέα ευθύνης του ACT.³⁹⁻⁵⁰

7. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ

Σε αντίθεση με την πληθώρα των άρθρων σχετικά με ποσοτικές μελέτες έκβασης της εφαρμογής προγραμμάτων ACT, υπάρχει μια μάλλον περιορισμένη βιβλιογραφία ποιοτικών προσεγγίσεων μελέτης των καθοριστικών παραγόντων για την εφαρμογή του ACT. Μια ενδιαφέρουσα έρευνα από το Yale, Connecticut μελετά τους θεραπευτικούς παράγοντες του ACT μέσα από μια ποιοτική ανάλυση της αφήγησης τόσο των ατόμων με σοβαρά ψυχικά προβλήματα, όσο και των κλινικών της θεραπευτικής ομάδας.⁵¹ Μεταξύ των παραγόντων που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στη θετική έκβαση και σταθεροποίηση των ατόμων στην κοινότητα περιλαμβάνονται:

- Η ενεργός *εμπλοκή* των ατόμων στο πρόγραμμα φροντίδας τους
- Η σχέση *εμπιστοσύνης*, που εγκαταστάθηκε μεταξύ κλινικού και ατόμου
- Η αίσθηση ότι τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας λειτούργησαν ως ένα είδος «οδηγού» για τα άτομα στον κόσμο των ψυχιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών και συνεπώς διευκόλυναν σημαντικά την προσαρμογή τους στην κοινότητα.

Η ατμόσφαιρα συνεργασίας και εμπλοκής, που περιγράφεται μεταξύ κλινικών και ατόμων με σοβαρά ψυχικά προβλήματα σε όλες τις όψεις συνοδείας αυτών των ατόμων στην καθημερινότητα, διαφέρει ουσιαστικά από το φορμαλισμό μιας επαγγελματικής σχέσης και από την ουδετερότητα ως απαραίτητης συνθήκης πλαισίου σε μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Άλλος θεραπευτικός παράγοντας είναι η συστηματική εργασία με την οικογένεια και η επένδυση στην ελπίδα του ατόμου ότι θα βγει από το ψυχιατρικό «κύκλωμα» σε μια φάση της ζωής του.⁵¹

Ορισμένα άλλα άρθρα δίνουν έμφαση σε παράγοντες όπως το εύρος της θεραπευτικής ομάδας, την ορθολογική κατανομή των ατόμων που παρακολουθούνται σε σχέση με τις δυνατότητες της ομάδας του ACT, τη μεγαλύτερη εμπλοκή του επόπτη στην ενσωμάτωση πρακτικών ψυχοεκπαίδευσης οικογενειών στο πρόγραμμα του ACT και στη μεγαλύτερη δυνατή εμπλοκή του χρήστη στη διαμόρφωση και συμμετοχή στο σχέδιο φροντίδας του.^{42,44,45}

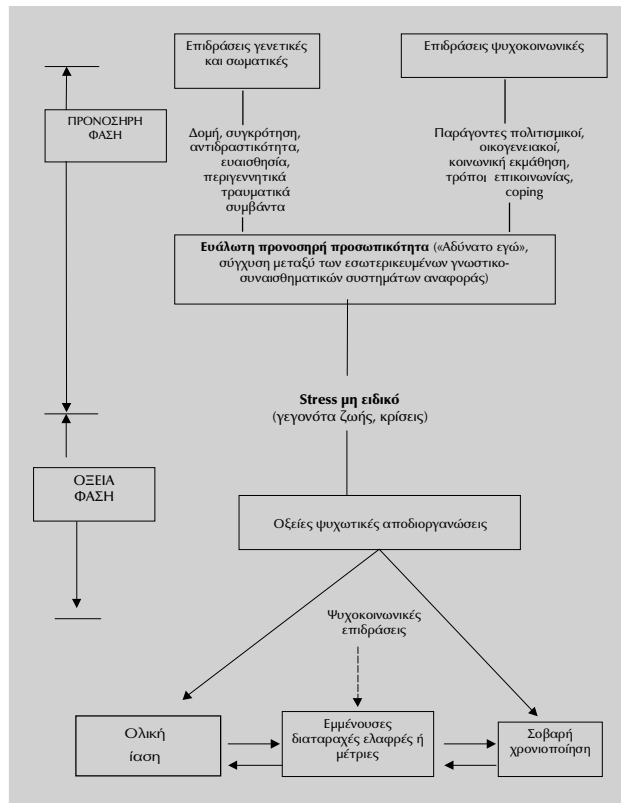
Τέλος, ένα άρθρο από το Quebec (Montreal) αναδεικνύει με ιδιαίτερη έμφαση τους μακρο-κοινωνικούς παράγοντες πλαισίου στην επιτυχή εγκατάσταση του ACT στον Καναδά: κοινωνικοί, πολιτισμικοί, οργανωτικοί, επαγγελματικοί και οικονομικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αποδοχή ενός τέτοιου προγράμματος στο Μόντρεαλ.⁴⁶ Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι αν ένα τέτοιο μοντέλο δεν συνδεθεί με τη γενικότερη αλλαγή της ψυχιατρικής περίθαλψης, ενισχύοντας τις σχέσεις με ομάδες αυτοβοήθειας, οικογένειες, με άλλους κοινοτικούς φορείς, αλλά και με την αναβάθμιση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε τέτοιες προσεγγίσεις.

8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ACT

Ένα μέρος της μεθοδολογίας προέρχεται από την προαναφερθείσα βιβλιογραφία σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες εφαρμογής του ACT.

Σε ορισμένα βήματα θα πρέπει να γίνει αναφορά με σχηματικό τρόπο και να δοθεί έμφαση σε παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη από τη θεραπευτική ομάδα, η οποία επιθυμεί να προάγει τέτοιου τύπου πρακτικές κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας. Η σύνθεση αυτών των αρχών, οι οποίες συνάδουν σε μεγάλο βαθμό με τα βιβλιογραφικά ευρήματα του ACT, είναι ευθύνη του συγγραφέα αυτού του άρθρου.

Πιστεύεται ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, η επαρκής επιστημονική τεκμηρίωση της έκβασής τους και της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας, η συνεχής εκπαίδευση σε αυτόν



Εικόνα 1. Το ολοκληρωμένο ψυχοβιολογικό μοντέλο της σχιζοφρένειας, του L. Ciompi.

τον τομέα των διακλαδικών ομάδων ψυχικής υγείας, καθώς και η εργασία σε δίκτυο, θα αποτελέσουν στο προσεχές μέλλον το βασικό πεδίο αναβάθμισης της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Το ACT μπορεί να αποτελέσει μια καινοτόμο προσέγγιση προς την εμπέδωση μιας μεταρρυθμιστικής «κουλτούρας» στη θεραπευτική πρακτική.

ABSTRACT

Assertive Community Treatment: Investigation of its application in Greek psychiatry

S. STYLIANIDIS

Children's Psychiatric Hospital of Attica, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2003, 20(3):243-250

Assertive Community Treatment constitutes programming and an innovative practice for the treatment and care of severe psychiatric disorders within the community. Its application was introduced during the 1980s in Madison, Wisconsin (USA) as part of a larger experience of de-institutionalisation. This paper presents the principles, the basic characteristics and the innovative approach of this program. The possibilities and the necessity for a "pilot" application of this program within the framework of the Greek psychiatric reform is also discussed.

Key words: Community care, Community Psychiatry, Relapse prevention, Severe mental disorders, Assertive Community Treatment (A.C.T.)

Βιβλιογραφία

1. STEIN LI, TEST MA. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37:392–397
2. OLFSON M. Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence. *Hosp Commun Psychiatry* 1990, 41:634–641
3. LANG AM, DAVIDSON L, BAILEY P, LEVINE MS. Clinicians' and clients' perspectives on the impact of assertive community treatment. *Psychiatr Serv*, 1999, 50 (10), 1331-1340
4. HEATH T, NICHOLSON G. Outreach care: A sensitive approach. *Nurs Times*, 1999, 95 (5), 51-53
5. GELLER JL. Makin' em do it. *Psychiatr Serv*, 47, 11, 1157
6. STEIN L, BARRY K, VAN DIEN G, HOLLINGSWORTH E, SWEENEY JK. Work and social support: A comparison of consumers who have achieved stability in ACT and Clubhouse programs. *Commun Ment Health J*, 1999, 35 (2), 193-204
7. TEAGUE BG, BOND G, DRAKE RE. Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry*, 1998, 68(2), 216-232t and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry* 1998, 68
8. SANTOS AB, DECI PA, LACHANCE KR. Providing assertive community treatment for severely mentally ill patients in a rural area. *Hosp Commun Psychiatry* 1993, 44:34–39
9. TEST MA. Training in community living. In: Liberman RP (ed) *Handbook of psychiatric rehabilitation*. Boston, Allyn & Bacon, 1992:153–170
10. TEST MA, STEIN LI. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Commun Ment Health J* 1976, 12:72–82
11. DRAKE RE, BURNS BJ. Special section on assertive community treatment: An introduction. *Psychiatr Serv* 1995, 46:667–668
12. DRAKE RE, TEAGUE GB, WARREN RS. New Hampshire's dual diagnosis program for people with severe mental illness and substance abuse. *Addict Recovery* 1990, 10:35–39
13. TEAGUE GB, DRAKE RE, ACKERSON T. Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatr Serv* 1995, 46:689–695
14. ROSENHECK RA, NEALE M, LEAF P, MILSTEIN R, FRISMAN L. Multi-site experimental cost study of intensive psychiatric community care. *Schizophr Bull* 1995, 21:129–140
15. DIXON LB, KRAUSS N, KERNAN E. Modifying the PACT model to serve homeless persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1995, 46:684–688
16. MORSE GA, CALSYN RJ, ALLEN G. Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hosp Commun Psychiatry* 1992, 43:1005–1010
17. McFARLANE WR, STASTNY P, DEAKINS S. Family-aided assertive community treatment: A comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. *New Dir Ment Health Serv* 1992, 53:43–54
18. INTAGLIATA J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophr Bull* 1982, 8:655–674
19. LAMB HR. Therapist-case managers: More than brokers of services. *Hosp Commun Psychiatry* 1980, 31:762–764
20. BURNS BJ, SANTOS AB. Assertive community treatment: An update of randomized trials. *Psychiatr Serv* 1995, 46:669–675
21. DINCIN J, WASMER D, WITHERIDGE TF, SOBECK L, COOK J, RAZZANO L. Impact of assertive community treatment on the use of state hospital inpatient bed-days. *Hosp Commun Psychiatry*, 1993, 44, 833-838
22. ESSOCK SM, KONTOS N. Implementing assertive community treatment teams. *Psychiatr Serv* 1995, 46:679–683
23. JANSEN A, MASTERTON T, NORWOOD L., VINENTI M. Harbinger Team IV: Assertive community treatment for people with the dual diagnosis of mental illness and substance abuse. *Innov Res* 1992, 1(2):11–17
24. KLINKENBERG WD, CALSYN RJ. Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: A review. *Psychiatr Serv* 1996, 47:487–496
25. SCOTT JE, DIXON LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995, 21:657–668
26. MEZZICH JS, COFFMAN GA. Factors influencing length of hospital stay. *Hosp Commun Psychiatry* 1985, 36:1262–1270
27. WOLFF N, HELMINIAK TW, MORSE GA, CALSYN RJ, KLINKENBERG WD, TRUSTY ML. Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *Am J Psychiatry*, 1997, 154, 341-348
28. QUINLIVAN R, HOUGH R, CROWELL A, BEACH C, HOFSTETTER R, KENWORTHY K. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. *Psychiatr Serv*, 1995, 46, 365-371
29. LAFAVE HG, DeSOUZA HR, GERBER GJ. Assertive community treatment of severe mental illness: A Canadian experience. *Psychiatr Serv* 1996, 47:757–759
30. KENT S, YELLOWLEES P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Commun Psychiatry* 1994, 45:347–350
31. CASPER ES, PASTVA G. Admission histories, patterns, and subgroups of the heavy users of a state psychiatric hospital. *Psychiatr Q* 1990, 61:121–135
32. POSTRADO LT, LEHMAN AF. Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1995, 46:1161–1165
33. NEALE MS, ROSENHECK RA. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatr Serv* 1995, 46:719–721
34. MUESER KT, BOND GR, DRAKE RE, RESNICK SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998, 24:37–74
35. LEHMAN AF, STEINWACHS DM, CO-INVESTIGATORS OF PORT PROJECT. Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998, 24:1–10
36. DRAKE R. Brief history, current status and future place of assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry*, 1998, 68 (2), 172-175
37. MECHANIC D. Strategies for integrating public mental health services. *Hosp Commun Psychiatry* 1991, 42:797–801

38. STEIN LI, SANTOS AB. *Assertive community treatment of persons with serious mental illness*. New York, Norton, 1998
39. HERINCKX MA, KINNEY RF, CLRAKE GN, PAULSON RI. Assertive community treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 1997, 48 (10), 1297-1306
40. SALKEVER D, DOMINO ME, BURNS BT, SANTUA A, DECI PA, DIAS J. Assertive community treatment for people with severe mental illness: The effect on hospital use and costs. *Health Serv Re*, 1999, 34 (2), 577-601
41. TIBBO P, CHUE P, WRIGHT E. Hospital outcome measures following assertive community treatment in Edmonton, Alberta. *Can J Psychiatry*, 1999, 44 (2), 276-279
42. MCGREW JH, BOND GR. The association between program characteristics and service delivery in assertive community treatment. *Adm Policy Ment Health* 1997, 25:175-189
43. McDONEL EC, BOND GR, SALTERS M, FEKETE D, CHEN A, MCGREW JH ET AL. Implementing assertive community treatment programs in rural settings. *Adm Policy Ment Health* 1997, 25:153-173
44. DIXON L, HACKMAN A, LEHMAN A. Consumers as staff in assertive community treatment programs. *Adm Policy Ment Health* 1997, 25:199-208
45. McFARLANE WR. Fact: integrating family psychoeducation and assertive community treatment. *Adm Policy Ment Health* 1997, 25:191-198
46. BENOIT F, LESAGE AD. Implementation of intensive follow-up in the community: lessons to be considered. *Can J Psychiatry* 1999, 44:781-787
47. TOBIN M. Developing mental health rehabilitation services in a culturally appropriate context: an action research project involving Arabic-speaking clients. *Aust Health Rev* 2000, 23:177-184
48. GERBER GJ, PRINCE PN. Measuring client satisfaction with assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 1999, 50:546-550
49. CLARK RE. Financing assertive community treatment. *Adm Policy Ment Health* 1997, 25:209-220
50. MARSHALL M, LOCKWOOD A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000, 2, CD001089
51. CHINMAN M, ALLENDE M, BAILEY P, MAUST J, DAVIDSON L. Therapeutic agents of assertive community treatment. *Psychiatric Quarterly*, 1999, 70 (2), 137-162

Corresponding author:

Σ. Στυλιανίδης, Γράμμου 61-63, Μαρούσι 151 24

.....