



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

# ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ενότητα 7: Ο ρόλος του Ψυχολόγου Υγείας στο σύστημα υγείας

Διδάσκων: Καραδήμας Ευάγγελος  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



# Άδειες Χρήσης

- Το παρόν εκπαιδευτικό υλικό υπόκειται στην άδεια χρήσης **Creative Commons** και ειδικότερα **Αναφορά – Μη εμπορική Χρήση – Όχι Παράγωγο Έργο 3.0 Ελλάδα** (*Attribution – Non Commercial – Non-derivatives 3.0 Greece*)



*[ή επιλογή ενός άλλου από τους έξι συνδυασμούς]*

*[και αντικατάσταση λογότυπου άδειας όπου αυτό έχει μπει (σελ. 1, σελ. 2 και τελευταία)]*

- Εξαιρείται από την ως άνω άδεια υλικό που περιλαμβάνεται στις διαφάνειες του μαθήματος, και υπόκειται σε άλλου τύπου άδεια χρήσης. Η άδεια χρήσης στην οποία υπόκειται το υλικό αυτό αναφέρεται ρητώς.

# Χρηματοδότηση

- Το παρόν εκπαιδευτικό υλικό έχει αναπτυχθεί στα πλαίσια του εκπαιδευτικού έργου του διδάσκοντα.
- Το έργο «**Ανοικτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα στο Πανεπιστήμιο Κρήτης**» έχει χρηματοδοτήσει μόνο τη αναδιαμόρφωση του εκπαιδευτικού υλικού.
- Το έργο υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» και συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και από εθνικούς πόρους.



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

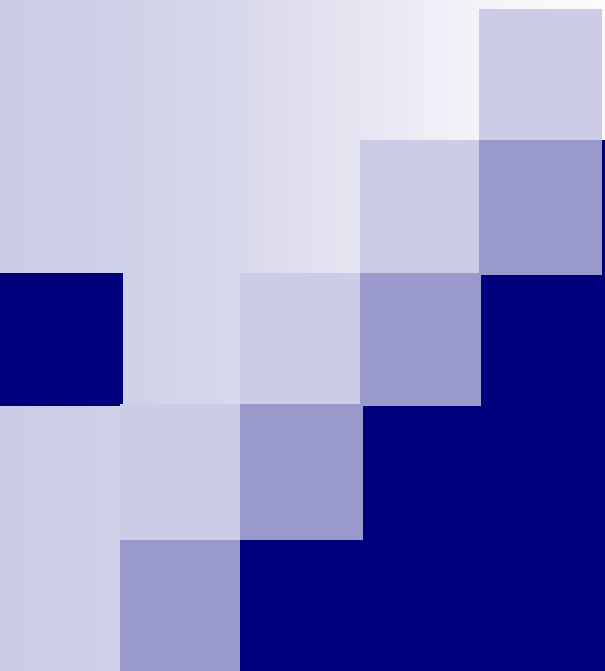


ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ  
*επένδυση στην κοινωνία της γνώσης*  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ  
πρόγραμμα για την ανάπτυξη



# Ο ρόλος του Ψυχολόγου Υγείας στο σύστημα υγείας

## **Πίνακας 1. Τα δικαιώματα των ασθενών**

σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία (Ν. 2071/ 1992)

- 1. Ο ασθενής έχει δικαίωμα προσέγγισης στις κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του υπηρεσίες ή νοσοκομεία.**
- 2. Έχει δικαίωμα για παροχή φροντίδας με όλο τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του.**
- 3. Έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη.**
- 4. Δικαιούται να ζητήσει να πάρει όλες τις πληροφορίες που αφορούν τον ίδιο και την κατάσταση της υγείας του.**
- 5. Έχει ο ίδιος ή ο εκπρόσωπός του το δικαίωμα να πληροφορηθεί εκ των προτέρων και πλήρως για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν εξαιτίας της εφαρμογής ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, οι οποίες μπορούν να λάβουν χώρα μόνο ύστερα από συγκατάθεση του ασθενούς που μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.**
- 6. Έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής και του απορρήτου των πληροφοριών και στοιχείων που τον αφορούν.**
- 7. Έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.**
- 8. Έχει το δικαίωμα να καταθέσει διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των σχετικών ενεργειών και αποτελεσμάτων.**

Κατά τον Sarafino (1999), τρία είναι τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα:

- α) τα προβλήματα αντιμετωπίζονται συχνότερα σε εξωνοσοκομειακή βάση,
- β) οι ιατρικές διαδικασίες γίνονται όλο και πιο αποτελεσματικές, μειώνοντας τον απαραίτητο χρόνο νοσηλείας και,
- γ) οι ασθενείς παίρνουν εξιτήριο σε πιο πρώιμα στάδια ανάρρωσης, ώστε η σχετική διαδικασία να ολοκληρωθεί στο σπίτι τους, καθώς λαμβάνουν επαρκή εξωνοσοκομειακή ιατρική φροντίδα.

## Παρά τούτο:

- Το 15-50% των ημερών παραμονής ενός ατόμου στο νοσοκομείο αποτελούν μια ‘ακατάλληλη’ (μη αναγκαία και αναποτελεσματική) νοσηλεία.
- Οι περισσότερες ημέρες ‘*ακατάλληλης παραμονής στο νοσοκομείο*’ λαμβάνουν χώρα στην αρχή και, κυρίως, στο τέλος της νοσηλείας. Αυτό οφείλεται σε πολύ μεγάλο ποσοστό (περίπου 45%) στις εσωτερικές νοσοκομειακές διαδικασίες, καθώς και στην αδυναμία παραπομπής σε καταλληλότερες υπηρεσίες υγείας.
- Οι ακατάλληλες εισαγωγές στο νοσοκομείο είναι σπάνιες, σε ποσοστό μικρότερο του 6% του συνόλου των εισαγωγών (Halfon & Eggli, 2001).

## Gatchel & Oordt (2003):

- **Το μοντέλο των συστεγαζόμενων κλινικών:** Είναι συνηθισμένο δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δομές παροχής υπηρεσιών σωματικής υγείας απλώς να συστεγάζονται. Οι ασθενείς παραπέμπονται από τη μια δομή στην άλλη, χωρίς να υπάρχει στην πραγματικότητα κοινός προγραμματισμός και δράση.
- **Ο ψυχολόγος υγείας ως παροχέας υπηρεσιών φροντίδας:** Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι ψυχολόγοι αποτελούν μέρος των υπηρεσιών υγείας και παρέχουν ατομική και ομαδική θεραπεία για ένα εύρος θεμάτων ψυχικής υγείας ή για διάφορες ψυχοφυσιολογικές διαταραχές. Οι παραπομπές γίνονται από τους ιατρούς της μονάδας. Στη συνέχεια, οι ασθενείς αξιολογούνται από τους ψυχολόγους και τους προτείνεται ένας συγκεκριμένος τρόπος παρέμβασης.



- **Το μοντέλο του συμβούλου υγείας:** Ο ψυχολόγος είναι μέλος της ομάδας σε μια μονάδα υγείας και καλείται να αναλάβει τις συμπεριφορές και τους συναισθηματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία των ασθενών. Σύμφωνα με το μοντέλο, υπεύθυνος της όλης αγωγής είναι ο ιατρός. Ο ψυχολόγος βλέπει ένα μεγάλο αριθμό ασθενών για περιορισμένο αριθμό συναντήσεων (συνήθως 1-3) και, εν συνεχεία, προτείνει στον θεράποντα ιατρό μια ορισμένη παρέμβαση. Μπορεί, μάλιστα, να ελέγξει την εφαρμογή των προτάσεων αυτών σε επόμενες συναντήσεις με τους ασθενείς.
- **Το μοντέλο του συμβούλου προσωπικού:** Το μοντέλο αυτό προβλέπει την ανάμειξη του ψυχολόγου στη μονάδα υγείας ως σύμβουλο μόνο του προσωπικού υγείας. Ο ψυχολόγος δεν αξιολογεί τους ασθενείς, ούτε εφαρμόζει ο ίδιος κάποιου είδους παρέμβαση. Συμμετέχει όμως στα ραντεβού του ιατρού ή, εναλλακτικά, ο ιατρός του αναλύει την περίπτωση.

## **Απαιτούμενες δεξιότητες (Gatchel & Oordt, 2003):**

- α) εστιασμένη στο τρέχον πρόβλημα ή στο λόγο της παραπομπής αξιολόγηση,
- β) συντομία χρόνου, καθώς οι συναντήσεις δεν μπορούν λόγω των συνθηκών να υπερβαίνουν τα 15-30 λεπτά,
- γ) ικανότητα λήψης αποφάσεων με περιορισμένα στοιχεία λόγω των παραπάνω,
- δ) γνώση και ευχέρεια σε ένα μεγάλο εύρος βραχέων παρεμβάσεων,
- ε) ικανότητα για ενίσχυση της κινητοποίησης για αλλαγή, ειδικά όσον αφορά ασθενείς που δεν έχουν ισχυρά κίνητρα,

- στ) καλή συνεργασία και επικοινωνία με τους συναδέλφους του λοιπού προσωπικού υγείας (απαιτείται αμεσότητα και ακρίβεια) και ικανότητα δράσης ως μέλος μιας ομάδας πολλών ειδικοτήτων (ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, διοικητικοί υπάλληλοι κλπ),
- ζ) ευελιξία στις ώρες εργασίας και διαθεσιμότητα για έκτακτες περιπτώσεις,
- η) ανοχή για μια μάλλον χαμηλή ιεραρχικά θέση, εφόσον ένας ιατρός βρίσκεται παραδοσιακά στην κορυφή του συστήματος και αυτός λαμβάνει τελικά όλες τις αποφάσεις και,
- θ) κατανόηση των ιατρικών λειτουργιών, διαδικασιών, συνηθειών και παρεμβάσεων.

# Αξιολόγηση

Lipowski (1967):

- Ψυχολογικές εκδηλώσεις μιας οργανικής διαταραχής (π.χ., καρκίνος ως κατάθλιψη)
- Ψυχολογικές επιπλοκές μιας οργανικής διαταραχής (π.χ., φοβίες με την εγκατάσταση απινιδωτή)
- Ψυχολογικές αντιδράσεις σε οργανική διαταραχή
- Σωματικές εκδηλώσεις στρες
- Σωματικές εκδηλώσεις ψυχιατρικής διαταραχής (π.χ., κατάθλιψη, PTSD).

	Ασθενής	Οικογένεια	Σύστημα υγείας	Κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο
<b>Βιολογικό – οργανικό</b>	Φύλο, ηλικία, εθνικότητα, συμπτώματα, θεραπεία, ιστορικό, επίπεδο υγείας κλπ.	Οικογενειακά χαρακτηριστικά, μέγεθος, ιστορικό ασθενειών, υγεία μελών κλπ.	Χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, των ιατρικών διαδικασιών κλπ.	Κοινωνικές υπηρεσίες, δίκτυα υποστήριξης, εργασιακό περιβάλλον κλπ
<b>Συναισθηματικό</b>	Διάθεση, συναίσθημα, αντιδράσεις στο πρόβλημα υγείας, στη θεραπεία, το νοσοκομείο, τον εαυτό και τους οικείους. Ιστορικό διαταραχών ή δυσκολιών.	Συναισθήματα, σκέψεις και άλλες αντιδράσεις για τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.	Συναισθήματα, σκέψεις και άλλες αντιδράσεις του προσωπικού για τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.	Πολιτισμικές αντιδράσεις για τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.
<b>Γνωστικό</b>	Γνωστικό στυλ. Μόρφωση. Γνώσεις για την ασθένεια, πεποιθήσεις υγείας, στάση και προσδοκίες για την κατάσταση της υγείας του. Θρησκευτικές πεποιθήσεις.	Γνώσεις για την ασθένεια και τη θεραπεία, στάσεις και προσδοκίες γύρω από τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.	Γνώσεις για την ασθένεια και τη θεραπεία, στάσεις και προσδοκίες γύρω από τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.	Τρέχον επίπεδο γνώσεων. Πολιτισμικές στάσεις απέναντι στον ασθενή και την ασθένεια.
<b>Συμπεριφορά</b>	Επίπεδο δραστηριότητας. Αλληλεπιδράσεις με οικογένεια, γνωστούς, φίλους, προσωπικό υγείας. Συνήθειες υγείας. Τήρηση ιατρικών οδηγιών. Έλεγχος συμπτωμάτων.	Ενισχύσεις που χρησιμοποιεί σε θέματα υγείας και ασθένειας. Συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενούς.	Ενισχύσεις που χρησιμοποιεί σε θέματα υγείας και ασθένειας. Συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενούς. Ικανότητες του προσωπικού στην εκπαίδευση του ασθενούς.	Νόμοι και κανονισμοί για θέματα υγείας και ασθένειας. Δυνατότητες περίθαλψης και μακροχρόνιας ενίσχυσης κλπ.

## Μέθοδοι συλλογής «υλικού»:

- Συνέντευξη
- Ερωτηματολόγια
- Τεστ κλπ
- Ημερολόγια
- Παρατήρηση
- Αρχειακό υλικό
- Ψυχοφυσιολογικές μετρήσεις

## Κατά την αξιολόγηση ασκούν επίδραση:

- Πλαίσιο λήψης συνέντευξης – ιστορικού (μόνος/ μαζί με άλλους, παρουσία συγγενών κλπ)
- Χώρος
- Κατάσταση ασθενών (π.χ., λήψη φαρμάκων, πορεία ασθένειας)
- Προσδοκίες και αντιλήψεις
- κ.ά.

# Στόχος της αξιολόγησης είναι να εκτιμηθεί και κατανοηθεί:

1. Ο ασθενής μέσα στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του
2. Οι δυνατότητες και αδυναμίες του ασθενή
3. Η φύση της ασθένειας και της θεραπείας, και οι επιπτώσεις τους στον ασθενή
4. Οι δεξιότητες αντιμετώπισης του στρες
5. Η πιθανή ψυχοπαθολογία



## Ή να έχουν απαντηθεί 7 ερωτήσεις (Moos, 1977):

1. Πώς χειρίζεται ο ασθενής τον πόνο, τη δυσφορία και τα άλλα συμπτώματα;
2. Πώς χειρίζεται ο ασθενής το νοσοκομειακό περιβάλλον και τη θεραπεία;
3. Ποιες οι σχέσεις του με το προσωπικό υγείας;
4. Διατηρεί τη συναισθηματική του ισορροπία;
5. Διατηρεί ικανοποιητική αυτο-εικόνα και αίσθηση επάρκειας;
6. Ποιες οι σχέσεις του με οικογένεια και φίλους;
7. Πώς προετοιμάζεται για ένα πιθανώς αβέβαιο μέλλον;

## Μέτρα διευκόλυνσης της συνέντευξης (Van Engeren, 2004):

- Ενημέρωση προσωπικού υγείας, ώστε να μην υπάρξουν διακοπές
- Παράκληση να αδειάσει ο θάλαμος
- Λήψη συνέντευξης χαμηλόφωνα
- Ευελιξία στη διάρκεια, στη συχνότητα και το πρόγραμμα συναντήσεων
- Πρότερη γνωριμία με ασθενή
- Πρότερη ενημέρωση ή εκπαίδευση προσωπικού υγείας
- Χρήση εισαγωγικής συζήτησης (π.χ., για στρες)
- Να περιστραφεί η συζήτηση γύρω από θέματα που ο ασθενής θεωρεί σημαντικά.

# Παρέμβαση

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης μπαίνουν σε ένα *πλάνο παρέμβασης*.

Ποιος ο στόχος της παρέμβασης;;;

Η ανακούφιση;


Η θεραπεία;

Η διαχείριση της ασθένειας;

Η εξασφάλιση ποιότητας ζωής;

## Οι συνήθεις γενικοί στόχοι παρέμβασης είναι:

- μείωση της δυσφορίας και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων,
- βελτίωση της ποιότητας ζωής και
- ενίσχυση της χρήσης λειτουργικότερων στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες.



Υπάρχει πάντα η ανάγκη  
για ισορροπία μεταξύ  
Ελπίδας – Θετικών προσδοκιών  
και  
Πραγματικότητας.

## Ο ψυχολόγος της υγείας μπορεί να παρέμβει σε επίπεδο ασθενούς:

- στο **βιολογικό πεδίο** (π.χ., με τη χρήση βιοεπανατροφοδότησης, χαλάρωσης κλπ),
- στο **συναισθηματικό πεδίο** (π.χ., διαχείριση του στρες για τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης),
- στο **γνωστικό** (π.χ., πληροφόρηση, πρόκληση και αλλαγή των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων),
- στο **πεδίο της συμπεριφοράς** (π.χ., χρήση μεθόδων στηριγμένων στις θεωρίες της μάθησης, εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά κλπ).

## Σε επίπεδο περιβάλλοντος, οι παρεμβάσεις μπορούν να αφορούν:

- την **οικογένεια** (π.χ., στήριξη, πληροφόρηση, παραπομπή σε κοινωνικές υπηρεσίες),
- το **σύστημα υγείας** (π.χ., συμβουλευτική προς το προσωπικό υγείας, εκπαίδευση προσωπικού, αντιμετώπιση δυσκολιών στις σχέσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού κλπ),
- το **κοινωνικο-πολιτισμικό πεδίο** (π.χ., παρέμβαση στο κοινωνικό δίκτυο του ασθενούς, ευρύτερες κοινοτικές προσπάθειες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, εφαρμογή πολιτικών δημόσιας υγείας κλπ).

*Η επιλογή της παρέμβασης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη (Belar & Deardorff, 1995):*

- (α) τις επιδράσεις αυτής της παρέμβασης σε όλες τις πλευρές της λειτουργικότητας του ατόμου,
- (β) την καταλληλότητα των στόχων της παρέμβασης,
- (γ) θέματα συνεργασίας μεταξύ ασθενών και προσωπικού υγείας, καθώς και
- (δ) ζητήματα αναλογίας κόστους και οφέλους.



Απαιτείται κατά τους Remien και Rabkin (2002):

- α) ευελιξία στην εφαρμογή του προγράμματος σε συνδυασμό με διατήρηση των ορίων
- β) η ανάπτυξη ρεαλιστικών προσδοκιών σε συνδυασμό με την ανάγκη να μάθουν να διαχειρίζονται την απώλεια
- γ) Ενημέρωση για θέματα ιατρικά και νομικά
- δ) μεγάλα αποθέματα δυνάμεων και αντοχής

## Συνηθέστεροι τρόποι παρέμβασης για την ψυχολογική στήριξη των χρόνια ασθενών:

- **πληροφόρηση,**
- **αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης,**
- **εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του στρες,**
- **χρήση ειδικών παρεμβατικών και θεραπευτικών στρατηγικών και τεχνικών,**
- **οικογενειακή θεραπεία,**
- **παρέμβαση στο προσωπικό υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.**
- **ειδικά ζητήματα όπως η διαχείριση του πόνου και η αντιμετώπιση προβλημάτων ύπνου.**

## Καίρια η Κοινωνική Υποστήριξη

Οι τρόποι κινητοποίησης για μεγαλύτερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης είναι συνήθως τρεις (Gatchel & Oordt, 2003):

- α) κινητοποίηση των μελών της οικογένειας και των οικείων για συμμετοχή στην όλη θεραπευτική διαδικασία,
- β) παρώθηση των ασθενών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες και,
- γ) παραπομπή σε ατομική στήριξη για την υπέρβαση των προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, αν αυτό είναι αναγκαίο.

## Παραδείγματα:

*Fawzy, Cousins, Fawzy, Kemeny, Elashoff, & Morton, 1990. Fawzy & Fawzy, 1994. Bower, Kemeny, & Fawzy, 2002:*

### Τέσσερις τομείς παρέμβασης:

- α) εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα υγείας και ασθένειας, γενικά και ειδικά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν,
- β) διαχείριση του στρες (τι είναι στρες, πως αξιολογούνται οι πηγές του στρες και οι ατομικές αντιδράσεις σε αυτό, εκμάθηση απλών τεχνικών χαλάρωσης),
- γ) εκπαίδευση στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες (π.χ., επίλυση προβλημάτων, συνειδητοποίηση των παραγόντων που σχετίζονται με το στρες, όπως η αισιοδοξία, η πρακτικότητα, η ευελιξία και η ευρηματικότητα) και,
- δ) ψυχολογική στήριξη και κοινωνική υποστήριξη.
- **Ομαδικό πρόγραμμα, 10 περίπου εβδομαδιαίων συναντήσεων, διάρκειας 2 περίπου ωρών.**

# Miami GET SMART Program (Group Experienced Therapy – Stress Management and Relaxation Training)

(Ironson, Antoni, Schneiderman, Chesney, *et al.* (2002))

## ■ Στόχοι:

- α) αύξηση της κατανόησης από την πλευρά των συμμετεχόντων των πηγών στρες που αντιμετωπίζουν και των αντιδράσεών τους,
- β) ανάπτυξη λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης τους στρες,
- γ) εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του στρες,
- δ) αναγνώριση δυσλειτουργικών σκέψεων,
- ε) τροποποίηση δυσλειτουργικών γνωστικών διεργασιών και σκέψεων,
- στ) ενίσχυση των ικανοτήτων επίλυσης διαπροσωπικών συγκρούσεων και διαχείρισης του θυμού και,
- ζ) παροχή ενός υποστηρικτικού πλαισίου.
- **Δέκα εβδομαδιαίες ομαδικές συναντήσεις, έξι έως οκτώ συνήθως ασθενών με δύο συντονιστές.**

## Περιεχόμενο συναντήσεων:

- **1-2η:** πληροφόρηση – συζήτηση για το στρες
- **3η :** διαδικασία της γνωστικής αξιολόγησης.
- **4η:** αυτόματες σκέψεις, αρνητικές σκέψεις και γνωστικά λάθη.
- **5η:** θέματα γνωσιακής αναδόμησης.
- **6-7η:** θέματα αντιμετώπισης του στρες.
- **8-9η:** έκφραση συναισθημάτων, διαχείριση του θυμού, διεκδικητικότητα.
- **10η:** κοινωνική υποστήριξη

## Ιδιαίτερης σημασίας τα:

- Συζήτηση για τις σκέψεις που σχετίζονται με το γεγονός.
- Χρήσιμες είναι οι ερωτήσεις γύρω από το ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις, οι σκέψεις μετά το γεγονός, τι σκέφτεται το άτομο τώρα, εάν υπάρχει κάτι που απασχολεί συνεχώς τη σκέψη του κλπ.

- Διερεύνηση των συναισθημάτων που βιώνει το άτομο
- (α) με ερωτήσεις, όπως για το ποιο ήταν το πιο δύσκολο πράγμα σε ό,τι συνέβη, πως νιώθει το άτομο τώρα, πως ένιωθε όταν συνέβη το τραυματικό γεγονός και έπειτα κ.τ.ό.
- (β) Παράλληλα, θα πρέπει να ‘απο-παθολογικοποιηθούν’ και εξομαλυνθούν τα συναισθήματα και οι σκέψεις, καθώς και να βοηθηθεί το άτομο να κατανοήσει την ακολουθία των τραυματικών αντιδράσεων ως «ομαλές αντιδράσεις σε ασυνήθεις καταστάσεις».





- **Παροχή υποστήριξης και ενημέρωσης.**

Καθόλη τη διάρκεια της ‘συζήτησης’ είναι απαραίτητη:

- η προσφορά υποστήριξης μέσω της ενσυναίσθησης,
- η εξομάλυνση των αντιδράσεων,
- η ενημέρωση για τις συνήθειες αντιδράσεις,
- η πληροφόρηση για τους τρόπους λήψης βοήθειας και
- για τους τρόπους διαχείρισης των αντιδράσεων και του στρες
- να τονιστεί η αξία της κοινωνικής υποστήριξης και να γίνει έλεγχος αν το άτομο διαθέτει σε επαρκή βαθμό

## *Άλλα σημαντικά ζητήματα:*

- Διαδικασίες και προβλήματα παραπομπών
- Όρια εντός του νοσοκομειακού πλαισίου
- ‘Εχθρικό’ προσωπικό υγείας
- Μεγάλη η συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές
- Διαπολιτισμικά θέματα
- Θέματα δεοντολογίας

# Τέλος Ενότητας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης