

# Η ιδιαιτερότητα της ψυχιατρικής σήμερα

Στέλιος Στυλιανίδης

Η ιδέα για τη δημιουργία ενός Εγχειριδίου Ψυχοδυναμικής Ψυχιατρικής στα Ελληνικά σήμερα προέκυψε από εκπαιδευτικές ανάγκες που είχαμε τη δυνατότητα να προσδιορίσουμε καθ' όλη τη διάρκεια της διδασκαλίας μας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, από την ανάγκη μιας ψυχοδυναμικά προσανατολισμένης άσκησης της κλινικής πρακτικής, της φροντίδας ψυχικής υγείας και των θεραπευτικών εφαρμογών, και, τέλος, από την ίδια τη σημερινή «πτώχεια» της ψυχιατρικής, η οποία συνδέεται άρρηκτα με την επιστημολογική της ευθραυστότητα (Saraceno, 2017).

Αυτή η ευθραυστότητα συνδέεται κυρίως με το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο στην καθημερινή άσκηση της ψυχιατρικής, το οποίο εμφανίζει σοβαρές ρωγμές σε πολλά επίπεδα: στην τήρηση των πρωτοκόλλων της ψυχοφαρμακολογικής θεραπείας σε σχέση με την πολυπλοκότητα της κλινικής εικόνας και των εξω-κλινικών παραγόντων του πραγματικού πλαισίου της θεραπείας και της βιογραφίας του πάσχοντος ατόμου, με τη συχνά μη ορθολογική χρήση των ψυχοτρόπων φαρμάκων, καθώς και με τη σημαντική διαφοροποίηση από τους κλινικούς των θεραπειών που έπρεπε να τηρούνται και οι οποίες βασίζονται σε τεκμήρια.

Ακολουθώντας την ιπποκράτεια προσέγγιση στις σημερινές πολύπλοκες συνθήκες και τις αντιφάσεις της άσκησης της ψυχιατρικής, μπορούμε να αναδείξουμε την εξής παρατήρηση: «Κατά μέσον όρο, το 1/3 των ασθενών, παρότι υποβάλλεται σε θεραπευτική αγωγή, δεν παρουσιάζει βελτίωση της υγείας του, ενώ μόνο τα 2/3 επωφελούνται από την ακολουθούμενη θεραπεία». Όπως παρατηρεί με οξυδέρκεια ο Allen Frances: «Το τρελό παράδοξο στη σύγχρονη ψυχιατρική είναι ότι εστιάζουμε τη θεραπευτική αγωγή στο λάθος τρίτο του κλάσματος – ασκούμε πέραν του δέοντος θεραπευτική αγωγή σε άτομα που δεν χρειάζονται βοήθεια, ενώ παραβλέπουμε εξοργιστικά εκείνους που τη χρειάζονται. Δεν πρέπει να θεωρούμε ως ψυχική διαταραχή άξια θεραπείας το καθημερινό ψυχικό άλγος και τους πόνους που αποτελούν (και θα αποτελούν πάντα) εγγενές, αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης» (Frances, 2014).

Σ' αυτό το εγχειρίδιο, για διδακτικούς λόγους, αλλά και για λόγους συνοχής στην επικοινωνία με τις νεότερες γενιές των κλινικών, επιλέξαμε να παραθέσουμε συνεκτικά, στις διάφορες διαγνωστικές οντότητες που περιγράφονται, τα βασικά σημεία αναφοράς και των δύο κυρίαρχων διαγνωστικών ταξινομητικών συστημάτων, του ICD-10 του ΠΟΥ (το οποίο σύντομα θα εξελιχθεί σε ICD-11) και του DSM-5 της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Σ' αυτόν τον διαγνωστικό υπερπληθωρισμό, ο οποίος ευτελίζει σε μεγάλο βαθμό την ίδια τη φύση της ψυχιατρικής διάγνωσης, αλλά και τη διαδικασία κατανόησής της, πολλαπλασιάζοντας ως τάση ένα νέο κύμα ψευδοδιαγνώσεων, ή αλλιώς μια εκτενή και συχνά καταχρηστική ψυχιατρικοποίηση του φυσιολογικού, θα προσπαθήσουμε να ενσωματώσουμε συνοπτικά –αλλά ελπίζουμε και δημιουργικά– και μέσω ενδεικτικών κλινικών περιπτώσεων την έννοια της υποκειμενοποίησης του πάσχοντος ατόμου.

Η σωματική ασθένεια, αυτή που αφορά το σώμα και τις βιολογικές λειτουργίες του, υποτάσσεται σε ένα μοντέλο που θα μπορούσαμε σχηματικά και με γραμμικό τρόπο να το διατυπώσουμε ως «σημεία, διάγνωση, θεραπεία». Ένα ανθρώπινο ον παρουσιάζει συμπτώματα, τα οποία μπορεί να είναι κλινικά (που παρατηρούνται από τον γιατρό), βιολογικά, ακτινογραφικά, ακτινοαπεικονιστικά ή ηλεκτροδιαγνωστικά· ο συνδυασμός αυτών των συμπτωμάτων μεταξύ τους επιτρέπει τη διατύπωση μιας μοναδικής διάγνωσης ή διαφορικής διάγνωσης, η οποία ορίζει τελικά μια πιθανή ασθένεια. Η *νευροβιολογική ή σωματική υπόθεση* εκφράζει έναν ντετερμινισμό όλων των ψυχικών διαταραχών, ο οποίος συνδέεται με μία ανωμαλία της λειτουργίας των εγκεφαλικών κυττάρων. Αυτή η οπτική ενσωματώνεται στη γραμμική, απλουστευτική σκέψη της πειραματικής ιατρικής και της ανατομοκλινικής μεθόδου (δηλαδή της άμεσης αιτιοπαθογένειας και σύνδεσης μεταξύ βιολογικού παράγοντα και κλινικής εικόνας). Παρά τις εντυπωσιακές, την τελευταία 20ετία, προόδους των νευροεπιστημών, της μοριακής βιολογίας, της γενετικής και των απεικονιστικών τεχνικών, η πολυπλοκότητα (100 δισεκατομμύρια νευρώνες, καθένας από τους οποίους συνδέεται με 1.000 άλλους νευρώνες, δημιουργώντας έτσι ένα σύνολο 100 τρισεκατομμυρίων συναπτικών συνδέσεων) του ανθρώπινου κεντρικού νευρικού συστήματος, είναι τέτοια που δεν μας επιτρέπει να προσδιορίσουμε συγκεκριμένους βιοδείκτες για κάθε ψυχική διαταραχή, ούτε να οδηγηθούμε σε συγκεκριμένους εργαστηριακούς ελέγχους, παθογνωμονικούς της κάθε κλινικής οντότητας. Παρατηρούμε ένα τεράστιο χάσμα μεταξύ συσσωρευμένων ερευνητικών επιστημονικών γνώσεων και πρακτικής εφαρμογής τους στη θεραπεία και φροντίδα των ψυχικών διαταραχών. Απέχουμε ακόμη πολύ από τη σύνδεση όλων αυτών των ετερόκλητων μηχανισμών, οι οποίοι παράγουν τις ψυχικές διαταραχές, και την εφαρμογή τους σε αποτελεσματικά αιτιοπαθογενετικά θεραπευτικά σχήματα.

Ο νους παράγει εγκέφαλο και ο εγκέφαλος παράγει νου. Ωστόσο, η πολυπλοκότητα αυτής της διαλεκτικής σχέσης είναι τόσο μεγάλη, ώστε καλό θα ήταν στην καθημερινή κλινική μας πρακτική να μπορούμε να αξιοποιούμε, όχι μόνο τα επιστημονικά τεκμήρια, τα οποία είναι ακόμα ανεπαρκή, αλλά και την ακρόαση, την ενσυναίσθηση, το βλέμμα, τη συναισθηματική σχέση και τον ψυχικό δεσμό. Το βιοϊατρικό αυτό μοντέλο προτείνει, στις καλύτερες περιπτώσεις, μια θεραπεία, που δρα επί της αιτιοπαθογένειας της ασθένειας. Ιστορικά, μέχρι σήμερα, η γραμμική αυτή εξέλιξη και ενδυνάμωση του βιοϊατρικού μοντέλου στον χώρο της ιατρικής και της θεραπευτικής πρακτικής είναι κυρίαρχη,

συνδέεται με ένα τεράστιο φαρμακοβιομηχανικό σύμπλεγμα και, εκτός από εξαιρέσεις, δεν αμφισβητείται ριζικά παρά από μικρές μειονότητες γιατρών ή ακτιβιστών για την υπεράσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Τι γίνεται όμως με την ιδιαιτερότητα της ψυχιατρικής;

Οι αποκαλούμενες ψυχικές διαταραχές εντάσσονται αρκετά δύσκολα στο πλαίσιο ενός γραμμικού βιοϊατρικού μοντέλου. Όπως ευφυώς παρατηρεί ο Θ. Καράβατος (2012), «η ψυχιατρική δεν μπορεί να είναι ούτε αν-εγκέφαλη ούτε ά-ψυχη ούτε α-κοινωνητη».

Καθεμία από αυτές τις διαταραχές, από την πιο κοινή, όπως το άγχος, έως την πιο πολύπλοκη, όπως το φάσμα των σχιζοφρενειών, εκφράζεται με έναν πολυδύναμο τρόπο. Τα συμπτώματα (π.χ. κρίσεις άγχους, ψευδαισθήσεις, καταθλιπτικό ή ευφορικό συναίσθημα) παραπέμπουν σε πολύπλοκους βιολογικούς και νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι θα μπορούσαν να θεραπεύονται με τη χρήση εξειδικευμένων φαρμάκων.

Ωστόσο, η βιολογική διάσταση δεν είναι παρά μία μόνο όψη ενός τριγώνου, το οποίο περιλαμβάνει και την ψυχολογική και την κοινωνική – πολιτισμική διάσταση. Οι κλινικοί γνωρίζουν καλά από την εμπειρία τους ότι κάθε σύμπτωμα έχει ένα νόημα και αυτό το νόημα έχει αξία για ένα συγκεκριμένο άτομο, το οποίο βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση τόσο με τους βιολογικούς μηχανισμούς του όσο και με το οικογενειακό, κοινωνικό και πολιτισμικό του περιβάλλον. Κατά συνέπεια, η αλληλεπίδραση των τριών αυτών επιπέδων αναδεικνύει τους περιορισμούς και τα όρια της εφαρμογής ενός μονομερούς βιοϊατρικού μοντέλου και την αναγκαιότητα διαπραγμάτευσης αυτής της προσέγγισης τόσο με τον χώρο της κατανόησης και το νόημα των συμπτωμάτων όσο και με τον προσδιορισμό των αλληλεπιδράσεων του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον (ζευγάρι, οικογένεια, γείτονες, φίλοι, κοινότητα), όπως επίσης και των συστημάτων επικοινωνίας, τα οποία συνδέουν τα ανθρώπινα όντα μεταξύ τους και καθορίζουν σε έναν βαθμό τις συμπεριφορές τους.

Μόνο η κατηγοριοποίηση –υποτίθεται «α-θεωρητική» (ωστόσο βαθιά πολιτική) για τους δημιουργούς των ταξινομητικών συστημάτων– και η εξαφάνιση των συμπτωμάτων δεν είναι αρκετή για να ορίσει ένα εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας, πόσο μάλλον την υποκειμενική διαδικασία της ανάκαμψης και ίασης. Το να αναφέρεται η επίσημη ψυχιατρική κοινότητα στο ότι ο άνθρωπος είναι ένα βιοψυχοκοινωνικό ον, αλλά στη θεραπευτική πράξη να αποσυνδέει τις τρεις αυτές διαστάσεις του, καταλήγει συχνά, όχι μόνο σε μια επιστημολογική καρικατούρα και σε θεωρητικά αδιέξοδα, αλλά και σε κακές θεραπευτικές πρακτικές.

Ένα άτομο μπορεί να βιώσει μια ανατροπή της ύπαρξής του, γιατί τα συμπτώματα εισβάλλουν στην καθημερινότητά του, το καθιστούν δυσλειτουργικό, προσωπικά και κοινωνικά, μέσω της επιβράδυνσης της σκέψης και της μιμικής του, μέσω μιας έντονης λύπης, μέσω της απώλειας κάθε επιθυμίας για τη δημιουργία οποιουδήποτε σχεδίου ζωής, μέσω διαφορετικών ψυχοσωματικών διαταραχών κ.λπ.

Αν όλη αυτή η σύνθετη κλινική εικόνα μπορεί να περιγραφεί με το όνομα της κατάθλιψης και η συνταγογράφηση μιας επαρκούς δόσης αντικαταθλιπτικών εξαφανίζει μια ακολουθία αυτών των συμπτωμάτων, τότε μπορούμε να θεωρήσουμε ότι αυτός ο ασθενής έχει πραγματικά «θεραπευθεί»; Αν ναι, σίγουρα θα τον οδηγήσουμε απαρέγκλιτα σε μια

υποτροπή, η οποία δεν θα είναι πάντα θεραπεύσιμη με τη φαρμακευτική αγωγή, αλλά μάλλον θα είναι επιβαρυνμένη από τις παρενέργειες των ψυχοτρόπων, όταν χορηγούνται σε μακροχρόνια βάση.

Πέρα από μια εφήμερη επιτυχία της δράσης των ψυχοτρόπων, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τη βαθύτερη ψυχονοπτική λειτουργία του ατόμου, να αναρωτηθούμε γιατί και σε ποια στιγμή της βιογραφίας του παρουσιάστηκαν αυτά τα συμπτώματα, σε ποιο πλαίσιο –υλικό, σχεσιακό και συναισθηματικό– εμφανίστηκαν; Ποιο είναι το ασυνείδητο νόημα που δίνει το ίδιο το πάσχον υποκείμενο στα συμπτώματά του, πώς ζει τον σιγματισμό ή τον αυτο-σιγματισμό του από τις επιδράσεις του περιβάλλοντός του, πώς ο ίδιος ο ασθενής βιώνει την καταθλιπτική κατάρρευση και μέσω ποιας εικόνας του εαυτού του;

Αν και η ψυχιατρική αγωνίζεται σθεναρά να αποτελέσει, και αποτελεί, μια ισότιμη με τις άλλες ειδικότητες της ιατρικής, μπορούμε να κατανοήσουμε ότι παρ' όλη τη χρησιμοποίηση διαγνωστικών εργαλείων για την αποκωδικοποίηση και ταξινόμηση των συμπτωμάτων, την πιστή εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων (evidence-based medicine), τα τεχνικά μέσα που έχουμε στη διάθεσή μας διαμέσου της επικράτησης του βιοιατρικού μοντέλου, όλα αυτά δεν είναι επαρκή για να κατανοήσουμε τις αλληλεπιδράσεις των τριών επιπέδων που προαναφέρθησαν.

Αναγνωρίζουμε ως ιδιαίτερα σημαντικό το να μπορούν οι ψυχίατροι σε ολόκληρο τον κόσμο να έχουν ορισμένα κοινά σημεία αναφοράς, τα οποία δίνονται από τα υπάρχοντα ταξινομητικά συστήματα (αυτό θα το αναλύσουμε εκτενώς στο κεφάλαιο με θέμα τα διαγνωστικά συστήματα). Καταλαβαίνουμε επίσης ότι όσον αφορά τη μέθοδο ορισμού των ψυχικών διαταραχών, πρόκειται για την επίτευξη μιας δύσκολης ισορροπίας μεταξύ αξιοπιστίας και εγκυρότητας: αξιοπιστία σημαίνει συμφωνία και συνέπεια, δηλαδή διαφορετικοί κλινικοί να καταλήγουν στην ίδια διάγνωση για τον ίδιο ασθενή, και εγκυρότητα σημαίνει αλήθεια, δηλαδή η διάγνωση να λέει αυτό που θέλουμε να μάθουμε. Ωστόσο, με την άκαμπτη εφαρμογή του βιοιατρικού μοντέλου στην πολύπλοκη καθημερινή κλινική πράξη, το σύνολο των κριτηρίων του DSM, για παράδειγμα, είναι ένας κατάλογος που αποτελείται μόνο από τα πιο ορατά και κοινά χαρακτηριστικά των ψυχικών διαταραχών. Έτσι, προκειμένου να επιτευχθεί ένας συμβιβασμός μεταξύ αξιοπιστίας και εγκυρότητας, οδηγούμαστε να χάνουμε από την παρατήρησή μας, όχι μόνο ένα μεγάλο μέρος του πλούτου και της ποικιλομορφίας της έκτασης των συμπτωμάτων, αλλά και τους τρόπους με τους οποίους τα βιώνει κάθε άτομο, όπως επίσης και τις δυνατότητες που έχει να συνάψει μια θεραπευτική συμμαχία με τον κλινικό που τον υποδέχεται. Μια τέτοια απώλεια του πλούτου της φαινομενολογίας των συμπτωμάτων, του βιώματος του πάσχοντος ατόμου, αλλά και της ενσυναισθητικής ικανότητας, μας φτωχαίνει καθοριστικά τόσο την κλινική παρατήρηση της πολυπλοκότητας όσο και τη δυνατότητα εμπάθυνσης στο πλαίσιο μιας μακρόχρονης θεραπευτικής σχέσης.

Τα προτάγματα της παγκοσμιοποίησης για ομογενοποίηση των κανόνων παραγωγής και «δημιουργικού» marketing των φαρμακευτικών πολυεθνικών δεν θα έπρεπε να οδηγήσουν σε μια συρρίκνωση της κλινικής σκέψης, του αναστοχασμού και σε μια δήθεν ομοιογενή ισοπέδωση της πολυμορφίας και της ιστορικότητας των διαφορετικών σχολών σκέψης, της κριτικής ψυχιατρικής και της υπεράσπισης των βασικών συνταγματικών δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων ως πολιτών μιας κοινότητας.

Η σημερινή ταυτότητα του νέου κλινικού ψυχολόγου και ψυχιάτρου είναι ρευστή και επισφαλής. Ενδεικτικά, μπορούμε να αναφέρουμε τα πεδία της επαγγελματικής ταυτότητας ενός ψυχιάτρου, που εφάπτονται τόσο στο ατομικό όσο και στο κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο (Dawson, 2019):

1. Επιστημονική γνώση (ανθρώπινη ανάπτυξη, νευροβιολογία, νευροεπιστήμες, κλινικές επιστήμες, ψυχοπαθολογία, θεωρίες ψυχοθεραπείας, θεωρίες σωματικών θεραπειών, γενική ιατρική, ιστορία της ψυχιατρικής, ψυχοκοινωνικές θεωρίες, θεωρία και μέθοδοι έρευνας).
2. Επαγγελματισμός (ηθική, εργασία σε ομάδα, ανάπτυξη σχέσεων, επαγγελματική επικοινωνία, επίλυση συγκρούσεων, διδακτική ικανότητα, αυτοαξιολόγηση, αυτοβελτίωση, ρυθμιστικό πλαίσιο, διαχείριση πόρων, υπευθυνότητα, τήρηση αρχείων).
3. Κλινική εξειδίκευση (εμπειριστατωμένη αξιολόγηση, διατύπωση υποθέσεων, διαφοροδιάγνωση, σχέδιο θεραπείας, διαχείριση, πρόληψη).
4. Πρακτικές δεξιότητες (παροχή ψυχοθεραπειών, σωματικών θεραπειών και συνδυαστικών θεραπειών, επικοινωνία με παρόχους ιατρικών και μη ιατρικών υπηρεσιών, διαπολιτισμικές δεξιότητες).
5. Διαπροσωπικές δεξιότητες (δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας, εντιμότητα, σεβασμός προς τους άλλους, ενσυναίσθηση, συμπόνοια, ικανότητα διατήρησης ορίων, ικανότητα διατήρησης ουδετερότητας).
6. Δεξιότητες συνεργασίας (ικανότητα εργασίας σε μεικτές ομάδες, ηθική μεταχείριση, διαβούλευση με άλλους παρόχους φροντίδας, διδακτική ικανότητα).

Το παρόν εγχειρίδιο, προκειμένου να επιτελέσει τον διδακτικό του ρόλο, οφείλει να περιλάβει και τις τρεις διαστάσεις, βιολογική, ψυχική και κοινωνική, δίνοντας έμφαση στην ψυχαναλυτική προσέγγιση, η οποία, κατά τη γνώμη του επιμελητή της έκδοσης, προσφέρει το πιο συνεκτικό έως τώρα θεωρητικό μοντέλο για την κατανόηση της ανθρώπινης ψυχονοητικής λειτουργίας. Η σύγχρονη ψυχανάλυση χαρακτηρίζεται από έναν μεγάλο θεωρητικό πλουραλισμό και μια πολυφωνία θεωρητικών και κλινικών προσεγγίσεων. Ωστόσο, οφείλουμε να αποδεχθούμε στις αναζητήσεις μας το ίδιο το πνεύμα ενός αποφθέγματος του Dante, που λέει ότι «υπάρχει ίδια ευχαρίστηση στη γνώση και στην αμφιβολία γι' αυτήν τη γνώση, στην αμφισβήτησή της» (Αϊζενστάιν και Κουρέτας, 2011).

Ταυτόχρονα, σε αυτή την πολυεπίπεδη ανάγνωση των ψυχικών φαινομένων, γίνεται προσπάθεια, έτσι ώστε η παραδοσιακή κλινική ψυχιατρική να συνομιλεί τόσο με τη σύγχρονη ψυχοδυναμική προσέγγιση όσο και με τη φαινομενολογία, τη βιολογία, τη νευροψυχολογία, την κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική, την κοινωνική ανθρωπολογία, τη φιλοσοφία, τη δημόσια υγεία.

Η συνοπτική παρουσίαση των αρχών της ψυχοδυναμικής ψυχιατρικής δεν καθιστά ασφαλώς τους νέους θεραπευτές, κλινικούς ψυχολόγους ή ψυχιάτρους εκπαιδευμένους ψυχαναλυτές, ωστόσο προσφέρει ένα πλαίσιο σκέψης και επεξεργασίας, προκειμένου η συνάντηση με τη διαφορετικότητα και την πολυπλοκότητα του πάσχοντος ατόμου να μπορεί να καταστεί απρόβλεπτα δημιουργική και αβέβαιη.

## Κύρια σημεία

- Όπως παρατηρεί ο Θ. Καράβατος (2012), «η ψυχιατρική δεν μπορεί να είναι ούτε αν-εγκέφαλη ούτε ά-ψυχη ούτε α-κοινωνητη».
- Η βιολογική διάσταση δεν είναι παρά μία μόνο όψη ενός τριγώνου, το οποίο περιλαμβάνει και την ψυχολογική και την κοινωνική – πολιτισμική διάσταση. Η αλληλεπίδραση των τριών αυτών επιπέδων αναδεικνύει τους περιορισμούς και τα όρια της εφαρμογής ενός μονομερούς βιοϊατρικού μοντέλου.
- Η σημερινή ταυτότητα του νέου κλινικού ψυχολόγου και ψυχιάτρου είναι ρευστή και επισφαλής. Η επαγγελματική τους ταυτότητα απαρτίζεται από ποικίλα πεδία που εφάπτονται τόσο στο ατομικό όσο και στο κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο.

## Βιβλιογραφία

- Αϊξενστάιν, Μ. και Κουρέτας, Ν. (2011). «Διάλογος με θέμα το “ασυνείδητο”». *Οιδίπους*, 5, σσ. 26-54.
- Dawson, G. (2019). *Identity Chart for Psychiatrists*. (Retrieved from: Real Psychiatry: <http://real-psychiatry.blogspot.com/2019/11/identity-chart-for-psychiatrists.html>).
- Frances, A. (2014). *Η διάσωση του φυσιολογικού*. Αθήνα, Τραυλός.
- Καράβατος, Θ. (2012). *Για μια μη α-θεωρητική ψυχιατρική*. Αθήνα, Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου.
- Saraceno, B. (2017). *Sulla povertà della psichiatria*. Derive Approdi.

# Υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση (ΕΠΨ): Μια νέα μορφή κοινοτικής ψυχιατρικής

Νίκος Κ. Στεφανής

## 1. Εισαγωγή – Σκεπτικό

Οι πλέον γνωστές διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος είναι η Σχιζοφρένεια, η Διπολική συναισθηματική διαταραχή με ψυχωτικά στοιχεία, η Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή και η Ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη στη χρήση ουσιών. Ενοποιούνται ως διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος όλες εκείνες οι ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από περιόδους κατά τις οποίες το άτομο θα απολέσει την αίσθηση της πραγματικότητας, εκδηλώνοντας συμπτώματα στο περιεχόμενο της σκέψης (π.χ. παραληρητικές ιδέες δίωξης), στη δομή (π.χ. εκτροχιασμός της σκέψης), στην κατοχή της σκέψης (π.χ. παρεμβολή ξένων σκέψεων), αντιληπτικές διαταραχές (π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις), διαταραχές του συναισθήματος (π.χ. υπερβολική ευφορία στα πλαίσια μανιακού επεισοδίου), αρνητικά συμπτώματα (π.χ. κοινωνική απόσυρση και έλλειψη αυτοφροντίδας) με συνεπακόλουθη αλλαγή της συμπεριφοράς και συχνά πτώση στην ατομική και κοινωνική του λειτουργικότητα. Οι διαταραχές του ευρύτερου ψυχωτικού φάσματος είναι συχνές και σοβαρότατες ψυχικές διαταραχές με επιπολασμό, εκεί όπου έχει εκτιμηθεί διεξοδικά, ανερχόμενο στο 3% του γενικού πληθυσμού (Perälä al., 2007). Η ετήσια επίπτωση νέων περιστατικών στην Ευρώπη κυμαίνεται από 10-60/100.000 κατοίκους (Jongsma et al., 2017).

Τα περισσότερα νέα άτομα, που βιώνουν το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο συνήθως στη μετεφηβική ηλικία, θα διακόψουν την επαφή τους με τον κοινωνικό τους περίγυρο, την εργασία, την εκπαίδευσή τους άλλοτε για συντομότερο άλλοτε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η εκδήλωση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου συμβαίνει σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη περίοδο της ζωής, προμηνύοντας διάρρηξη των φυσιολογικών εξελικτικών σταδίων προς την ενήλικη ζωή και κίνδυνο απώλειας ρόλων συνυφασμένων με αυτήν.



Στην Ελλάδα, η έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το 2013 (Peritogiannis et al., 2013) ανέδειξε τοπικά ετήσια επίπτωση 30/100.000 κατοίκους (παρόμοια με τον μέσο όρο ετήσιας επίπτωσης πολυκεντρικών ευρωπαϊκών μελετών πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου), που αντιστοιχεί αδρά σε 3.200 νέα άτομα που εκδηλώνουν για πρώτη φορά διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος ανά έτος σε όλη την επικράτεια.

Η συνήθης αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών στα περισσότερα ανεπτυγμένα συστήματα Υγείας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η υποστήριξη, υπό τη μορφή ψυχιατρικής παρακολούθησης, σε εξωνοσοκομειακές δομές, όπως εξωτερικά ιατρεία, κοινοτικά κέντρα Ψυχικής Υγείας, με άξονα την κατάλληλη ρύθμιση της ψυχοφαρμακολογικής αγωγής και τη μη ειδική ψυχολογική υποστήριξη. Είναι κοινή διαπίστωση πως η ύφεση της αρχικής ψυχωσικής συμπτωματολογίας επιτυγχάνεται στην πλειοψηφία των νέων ασθενών που θα λάβουν για πρώτη φορά επαρκή αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή. Η διαπίστωση αυτή αποτελεί εκ πρώτης όψεως παραδοξότητα, αν αναλογιστεί κανείς την κατά γενική ομολογία κακή μακροπρόθεσμη έκβαση των μη συναισθηματικών ψυχωσικών διαταραχών όπως της Σχιζοφρένειας. Παρ' όλα αυτά, η πιθανότητα υποτροπής μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είναι εξαιρετικά υψηλή και αυξάνεται δραματικά από την πλημμελή συμμόρφωση ή και άρνηση στη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής από τους νέους ασθενείς, την παράλληλη χρήση ουσιών και τη συχνά κριτική στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος απέναντι στον ασθενή (μετα-ανάλυση, Alvarez-Jimenez et al., 2012). Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η παρατήρηση πως υφίστανται πιθανές βιολογικές επιπτώσεις συνδεδεμένες με τη φύση της υποτροπής, καθώς ένας στους έξι ασθενείς αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στην αντιψυχωσική αγωγή μετά από νέα υποτροπή της ασθένειας (Emsley et al., 2013).

Είναι γενικά παραδεκτό πως χωρίς έγκαιρη και συστηματική πρόσβαση και υποστήριξη από υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, τα πέντε πρώτα χρόνια μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο θεωρούνται η «κρίσιμη περίοδος», καθότι είναι καθοριστικής σημασίας για την έκβαση και τη μετέπειτα πορεία και χαρακτηρίζονται συχνά, αλλά όχι πάντα, από αλληπάλληλες νοσηλείες, νοπτικά ελλείμματα, πτώση της λειτουργικότητας με συνεπακόλουθες κλινικές εκδηλώσεις κατάθλιψης, άγχους, χρήσης ουσιών, καθώς και σημαντική πηγή στρες για την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο του ασθενούς. Όχι σπάνια, και με τις αναμενόμενες αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες για τον νέο ασθενή και την οικογένειά του, η σοβαρότητα και η ένταση της αρχικής συμπτωματολογίας, όπως και οι συχνές υποτροπές που ανέρχονται στο 50% ήδη από τα πρώτα χρόνια της διαταραχής, επιβάλλουν την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, ακόμη και την επιβολή αναγκαστικής νοσηλείας.

Τίθεται παράλληλα το εύλογο ερώτημα κατά πόσο μια έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση, δηλαδή από τα πρώτα στάδια της εκδήλωσης των ψυχωτικών διαταραχών, επιφέρει συγκριτικά βελτιωτικές επιπτώσεις στην πορεία, εξέλιξη και έκβαση των διαταραχών αυτών σε σχέση με τη συνήθη πρακτική. Υφίστανται πλέον έγκυρα ερευνητικά δεδομένα που αναδεικνύουν τη σταθερή συσχέτιση μεταξύ της μικρής διάρκειας της μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ) (δηλαδή της ελαχιστοποίησης του διαστήματος που παρεμβάλλεται μεταξύ των πρώτων ανιχνεύσιμων συμπτωμάτων της ψύχωσης μέχρι την



πρώτη θεραπευτική παρέμβαση) και της βελτίωσης, αφενός, όλων των δεικτών ψυχοπαθολογίας (κυρίως των αρνητικών συμπτωμάτων, όπως της απάθειας και της κοινωνικής απομόνωσης), και αφετέρου, της καλύτερης κοινωνικής και εργασιακής επανένταξης και λειτουργικής αποκατάστασης (βλέπε μετα-ανάλυση, Penttilä et al., 2014). Η μείωση λοιπόν της ΜΘΨ, που επιτυγχάνεται με τη διαρκή ανίχνευση πρώιμων συμπτωμάτων αρχόμενης ψυχωσικής συνδρομής στην κοινότητα ή με την άμεση έναρξη θεραπείας σε ασθενή με υφιστάμενο πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο είναι η μόνη ίσως ελεγχόμενη μεταβλητή στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής που μπορεί να επηρεάσει θετικά τη μεσο-πρόθεσμη/μακροπρόθεσμη έκβαση του συνδρόμου. Άλλοι προγνωστικοί παράγοντες έκβασης, όπως προνοσηρή προσωπικότητα, το οικογενειακό ιστορικό, η ηλικία έναρξης κ.λπ. δεν υπόκεινται σε μεταβολή.

## 2. Αλλαγή πλεύσης

Δεν είναι λοιπόν παράδοξο πως έχει γίνει διεθνώς αποδεκτό πως υφίσταται ανάγκη «αλλαγής πλεύσης» προς μια πολυεπίπεδη, ολιστική και κοινοτικά προσανατολισμένη αντιμετώπιση/υποστήριξη των νέων ασθενών και των οικογενειών τους από τα πρώτα στάδια της ψύχωσης και σε όλη τη διάρκεια της «κρίσιμης περιόδου». Ιστορικά, η πρώτη κοινοτική υπηρεσία μονάδας ΕΠΨ αναπτύχθηκε στις αρχές του 1990 στη Μελβούρνη από τον καθηγητή Ψυχιατρικής Pat McGorry. Χάρης στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος ΕΡΡIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) έχουν μέχρι τώρα επιχορηγηθεί κρατικά και αναπτυχθεί περίπου 100 κοινοτικά Κέντρα για την Ψυχική Υγεία των νέων ανά την επικράτεια της Αυστραλίας. Αντίστοιχες υπηρεσίες ΕΠΨ αναπτύχθηκαν ραγδαία τη δεκαετία 2000-2010 στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις ΗΠΑ (Stefanis et al., 2018· Csillag et al., 2016), με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες ΕΠΨ να είναι πλέον οι ταχύτερα αναπτυσσόμενες διεθνώς, κοινοτικά προσανατολισμένες, υπηρεσίες στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

## 3. Αρχές και λειτουργία

Η ΕΠΨ είναι μια πολυεπίπεδη, σύγχρονη, κοινοτικά προσανατολισμένη, κλινική προσέγγιση, η οποία έχει σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ψυχωτικών διαταραχών στα αρχικά τους στάδια, ώστε να ελαχιστοποιήσει τις μακροχρόνιες επιπτώσεις από την εξέλιξή τους και να αποτρέψει ή να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα υποτροπών, ενισχύοντας παράλληλα την επάνοδο της λειτουργικότητας των νέων ασθενών στο εργασιακό, εκπαιδευτικό και κοινωνικό περιβάλλον τους. Επικεντρώνεται στην υποστήριξη νέων ατόμων (συνήθως ηλικίας 16-36 χρονών) που βιώνουν τα πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα, βασίζεται δε στην έννοια της κλινικής σταδιοποίησης της ψύχωσης, σύμφωνα με την οποία οι πρώτες και νπιότερες κλινικές εκδηλώσεις των ψυχωτικών διαταραχών διαφέρουν από αυτές που παρατηρούνται κατά την εξέλιξη και χρονιότητά τους.

Οι μονάδες ΕΠΨ βασίζονται σε δύο αλληλοτροφοδοτούμενους πυλώνες λειτουργίας: α) στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση κοινοτικών φορέων για τις ψυχωτικές διαταραχές, με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση περιστατικών, τη σύντομη παραπομπή στην κλινική υπηρεσία ΕΠΨ και κατά συνέπεια τη μείωση της διάρκειας ΜΘΨ στην τομεοποιημένη περιοχή ευθύνης, β) την πολυκλαδική υπηρεσία υποστήριξης. Τα προγράμματα ΕΠΨ υιοθετούν τρόπους λειτουργίας που τα διαφοροποιεί από άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες: υποστήριξη πέραν του τεχνητού διαχωρισμού εφήβων – ενηλίκων, εργασιακή εξοικείωση με τη διαγνωστική αβεβαιότητα, μια σταδιοποιημένη και εξατομικευμένη κατανόηση της θεραπείας των ψυχώσεων, με έμφαση στην υποστήριξη της οικογένειας, στην εργασιακή, λειτουργική επάνοδο του ασθενούς και στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Οι υπηρεσίες ΕΠΨ συνεργάζονται στενά με όλους τους κοινοτικούς φορείς και μέσω της ενημέρωσης/κοινοποίησης προς αυτούς αποσκοπούν στην έγκαιρη ανίχνευση νέων περιστατικών, στηριζόμενα στην ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μικρής διάρκειας ΜΘΨ και των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων δεικτών καλής έκβασης της ψυχοπαθολογίας και επανόδου της λειτουργικότητας. Η μείωση, λοιπόν, της ΜΘΨ αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο των προγραμμάτων ΕΠΨ.

Όσον αφορά την πολυκλαδική υπηρεσία υποστήριξης των υπηρεσιών ΕΠΨ, η τυπική σύνθεση της ομάδας ανά 200.000 κατοίκους περιλαμβάνει 1-2 ψυχιάτρους, 2 ψυχολόγους, 4-6 εκπαιδευμένους νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και εργοθεραπευτές (αλλά και συνεργαζόμενους ειδικούς, όπως εργασιακούς και εκπαιδευτικούς συμβούλους, ειδικούς αποκατάστασης κ.λπ.) που λειτουργούν σε τομεοποιημένο περιβάλλον με αναλογία υπευθύνου (case manager)/ασθενούς 1/10-12. Η κλινική υπηρεσία παρέχει κλινική εκτίμηση και φαρμακευτική αγωγή (κατά κανόνα χαμηλές δόσεις αντιψυχωτικών φαρμάκων) σε μη στιγματοποιημένο, φιλικό/συνεργατικό περιβάλλον, ψυχοεκπαίδευση στον ασθενή και στην οικογένειά του για τις ψυχωτικές διαταραχές, διαχείριση διάφορων προβλημάτων και της συννόησης με χρήση ουσιών, ανίχνευση και διαχείριση προειδοποιητικών σημείων υποτροπής, συμβουλευτική επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση και ποικίλες άλλες μορφές ψυχοθεραπείας ανάλογα με την εκπαίδευση των μελών της ομάδας. Η πολυκλαδική υπηρεσία των κέντρων ΕΠΨ είναι ευέλικτη και προσφέρει υποστήριξη, προωθώντας επικοινωνία με τον ασθενή εντός και εκτός της βάσης εργασίας της ομάδας, στο σπίτι του ασθενούς ή σε κοινοτικά κέντρα, αθλητικά κέντρα, χώρους συνάθροισης κ.λπ. Η σύνθεση της πολυκλαδικής ομάδας ΕΠΨ ποικίλλει ανάλογα με το Σύστημα Υγείας και είναι άλλοτε εκπαιδευμένο προσωπικό των κέντρων Ψυχικής Υγείας, άλλοτε αυτοτελής μονάδα προσαρτημένη σε κοινοτικό κέντρο Ψυχικής Υγείας, άλλοτε ανεξάρτητη αυτοτελής αυτοδιοικούμενη μονάδα (stand alone) στο κέντρο της πόλης. Συνήθως, η υπηρεσία έχει μικρή περιοχή κοινοτικής ευθύνης και ενθαρρύνεται η απευθείας επικοινωνία/ενημέρωση των μελών με κοινοτικούς φορείς και κατά συνέπεια η απευθείας παραπομπή περιστατικών από φορείς όπως η αστυνομία, το σχολείο, η εκκλησία, οι δημοτικές αρχές κ.λπ. Ενθαρρύνεται και η απευθείας παραπομπή περιστατικών από τις οικογένειές τους, εφόσον προκύπτουν ενδείξεις για την ύπαρξη συμπτωμάτων ψύκωσης. Οι υπηρεσίες ΕΠΨ συνεργάζονται με τα κοινοτικά κέντρα Ψυχικής Υγείας/δευτεροβάθμια κέντρα υγείας και μετά την αρχική υποστήριξη 2-3 χρόνων από τις υπηρεσίες ΕΠΨ, οι νέοι ασθενείς

παραπέμπονται πίσω σε αυτά. Οι υπηρεσίες ΕΠΨ οριοθετούν την αρμοδιότητά τους, αναπτύσσοντας παράλληλο δίκτυο παραπομπών – συνεργασιών με τις άλλες μονάδες Ψυχικής Υγείας στην περιφέρεια ευθύνης, στο νοσοκομείο, τις κοινοτικές δομές κ.λπ.

Η πολυκλαδική υπηρεσία ΕΠΨ παρέχει:

- Κλινική εκτίμηση και φαρμακευτική αγωγή (κατά κανόνα χαμηλές δόσεις αντιψυχωτικών φαρμάκων) σε μη στιγματοποιημένο, φιλικό/συνεργατικό περιβάλλον.
- Ψυχοεκπαίδευση στον ασθενή και στην οικογένειά του για τις ψυχωτικές διαταραχές.
- Διαχείριση διάφορων προβλημάτων και της συννόσωσης με χρήση ουσιών.
- Ανίχνευση και διαχείριση προειδοποιητικών σημείων υποτροπής.
- Συμβουλευτική επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση.
- Ποικίλες άλλες μορφές ψυχοθεραπείας ανάλογα με την εκπαίδευση των μελών της ομάδας.

#### 4. Αποτελεσματικότητα

Ο ασφαλέστερος και πλέον έγκυρος τρόπος μεθοδολογικής προσέγγισης της αποτελεσματικότητας ή μη μίας βιο-ψυχο-κοινωνικής παρέμβασης, όπως οι υπηρεσίες ΕΠΨ, είναι οι συγκριτικές τυχαιοποιημένες μελέτες (Randomized Controlled Trials, RCT). Στις RCT, οι ασθενείς τυχαιοποιούνται ώστε να λαμβάνουν την υποστήριξη, είτε της παρέμβασης εξειδικευμένων υπηρεσιών ΕΠΨ, είτε της γενικής «συνήθους» ψυχιατρικής φροντίδας (συνήθως υπό τη μορφή τακτικής ψυχιατρικής παρακολούθησης σε εξωτερικό ιατρείο) για επαρκές χρονικό διάστημα, συνήθως 2-3 χρόνια, στο τέλος των οποίων συγκρίνεται το αποτέλεσμα των δύο προγραμμάτων με βάση μια σειρά μεταβλητών και υπό εξέταση δεικτών. Από τις 10 διεθνείς RCT μελέτες μέχρι το 2018, εκείνες με επαρκή αριθμό ασθενών/επαρκή διάρκεια παρακολούθησης συνηγορούν στην καλύτερη ποιοτική ανταπόκριση των ασθενών που υποστηρίχθηκαν στα προγράμματα ΕΠΨ σε σχέση με τη συνήθη παρακολούθηση, όπως διαφαίνεται από την υπεροχή σε επιμέρους δείκτες των RCT μελετών (Correll et al., 2018· Fassar-Poli, McGorry & Kane, 2017· World Psychiatry):

- Μείωση της αποχής από ψυχιατρικές υπηρεσίες.
- Μείωση θετικών συμπτωμάτων ψύχωσης (π.χ. παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων).
- Μείωση αρνητικών συμπτωμάτων ψύχωσης (π.χ. κοινωνικής απόσυρσης, απάθειας).
- Μείωση γενικών συμπτωμάτων ψύχωσης (π.χ. φτωχή κρίση και εναισθησία, παρορμητικότητα, απροσεξία, άγχος).
- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας.
- Χαμηλότερη δόση αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής.
- Καλύτερη λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής του ασθενούς.
- Καλύτερη επανεισαγωγή στο εκπαιδευτικό περιβάλλον και στον χώρο εργασίας.
- Μειωμένη επιβάρυνση της οικογένειας.
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση από την παροχή ιατρικής φροντίδας και προσωπική αίσθηση ικανοποίησης.

## 5. Το οικονομικό επιχείρημα

Όσο ηθικά επιβεβλημένες, αποτελεσματικές και ωφέλιμες για το κοινωνικό σύνολο και αν είναι οι μονάδες ΕΠΨ, δεν παύει να αποτελούν εξειδικευμένες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που απαιτούν επιπρόσθετη χρηματοδότηση για την ενεργοποίησή τους, τη μίσθωση χώρων, την πρόσληψη προσωπικού για την αρχική λειτουργία τους. Τίθεται το ερώτημα κατά πόσο οι οικονομικές επιβαρύνσεις από τη λειτουργία των μονάδων ΕΠΨ εξισορροπούνται από τα οφέλη που παρέχουν μακροπρόθεσμα στο Σύστημα Υγείας (cost-effectiveness). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι υπηρεσίες ΕΠΨ εξοικονομούν μακροπρόθεσμα πόρους σε σχέση με τις συνήθεις δομές παροχής υπηρεσιών: Μολονότι αρχικά διαφαίνεται πως για το Εθνικό Σύστημα Υγείας το κόστος των υπηρεσιών ΕΠΨ είναι αυξημένο τον πρώτο χρόνο, αυτό εξισορροπείται τον δεύτερο χρόνο και καταλήγει σε όφελος στους 36 μήνες, ιδίως όταν συνυπολογιστούν τα έμμεσα οφέλη που προκύπτουν πέρα από το Σύστημα Υγείας. Πράγματι, η επιχειρηματολογία για χρηματοδότηση των κέντρων ΕΠΨ δεν εξαντλείται στο οικονομικό όφελος στο σύστημα Υγείας, δεδομένου πως δεν είναι μόνο αυτό που ωφελείται από την καλύτερη λειτουργική αποκατάσταση των νέων που ανακάμπτουν μακροπρόθεσμα μετά από το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Οι θετικές προεκτάσεις της εφαρμογής των προγραμμάτων ΕΠΨ επεκτείνονται και δυνητικά μπορούν να αποτυπωθούν στη μείωση των δεικτών ανεργίας των νέων, στην επιστροφή στην εργασία, στη φορολογική αποδοτικότητα και επανένταξη στην εκπαίδευση. Ενδεικτικά, η πλέον πρόσφατη μελέτη που εξερεύνησε τη σχέση κόστους – οφέλους υπηρεσιών ΕΠΨ αφορούσε το πρόγραμμα RAISE στις ΗΠΑ (Rosenheck et al., 2016). Οι συγγραφείς καταγράφουν αυξημένα οφέλη, αλλά και κόστος από την εφαρμογή του προγράμματος και καταλήγουν πως τα οφέλη, όταν μεταφράζονται σε μακροπρόθεσμους ποιοτικούς δείκτες και κατά συνέπεια σε οικονομικούς, υπερκαλύπτουν το κόστος του προγράμματος.

## 6. Η ελληνική εμπειρία

Στην Ελλάδα, η έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το 2013 ανέδειξε, τοπικά, ετήσια επίπτωση 30/100.000 κατοίκους, που αντιστοιχεί αδρά σε 3.200 νέα άτομα που εκδηλώνουν για πρώτη φορά διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος κατ' έτος, ανά την επικράτεια. Δεν υφίστανται στοιχεία στην ελληνική πραγματικότητα για την πορεία, εξέλιξη, λειτουργικότητα, επάνοδο στην εκπαίδευση και εργασία των νέων που διαγνώστηκαν με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Επιπρόσθετα, δεν υφίστανται στοιχεία για την επιβάρυνση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας από το κόστος νοσηλείας, το έμμεσο κόστος από την απομάκρυνση από τον χώρο εργασίας και την εκπαίδευση.

Στην Ελλάδα, η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ) διαθέτει την ιστορικά πρώτη (από 2006) και τη μόνη που πρόσφερε εξωνοσοκομειακή κοινοτικά προσανατολισμένη φροντίδα (από το 2010) Υπηρεσία Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (Mantas & Mavreas, 2010). Στην Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο Νοσοκομείο)

στεγάζεται η Μονάδα Πρώτου Ψυχωτικού Επεισοδίου (Xenaki et al., 2020), που περιλαμβάνει το Ειδικό Ιατρείο Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (Kollias et al., 2020), κλίνες σε κλειστό Τμήμα (Πτέρυγα Κουρέτα), Νοσοκομείο Ημέρας και την υποστήριξη από τα ιατρεία συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας και ψυχοεκπαίδευσης της οικογένειας. Ειδικό εξωτερικό Ιατρείο Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση λειτουργεί στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου (στη Θεσσαλονίκη) και στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Πάτρας.

Μολοντί η ομάδα εργασίας για την αναθεώρηση του προγράμματος «Ψυχαργός Γ΄» (2011-2020) τονίζει από το 2011 πως «το πρόγραμμα Ψυχαργός δεν έχει δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε σημαντικά προβλήματα, το σημαντικότερο από τα οποία είναι η πρόληψη και διάγνωση των ψυχωτικών διαταραχών στην κοινότητα», το όραμα της οργάνωσης και λειτουργίας κοινοτικών δομών ΕΠΨ παρέμενε ανεκπλήρωτο στη χώρα μας μέχρι πρόσφατα.

Η θεσμοθέτηση των υπηρεσιών ΕΠΨ από την ελληνική πολιτεία επετεύχθη τον Δεκέμβριο 2020 (ΦΕΚ 256/23.12.2020, άρθρα 48 και 50) ως τροπολογία του νόμου 2716/1999, που θέτει το θεσμικό πλαίσιο για τη σύσταση, ανάπτυξη και λειτουργία των μονάδων ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Η θεσμοθέτηση των υπηρεσιών ΕΠΨ αποτελεί το επιστέγασμα συντονισμένων πολύχρονων προσπαθειών της ψυχιατρικής κοινότητας, με προεξέχουσα τη σύσταση ομάδας εργασίας στο Υπουργείο Υγείας υπό την προεδρία του γράφοντος (2018-2019), για την εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών και τη δημιουργία θεσμικού πλαισίου για τη λειτουργία των μονάδων ΕΠΨ. Οι προτεινόμενες κατευθυντήριες οδηγίες για τη λειτουργία των μονάδων ΕΠΨ υιοθετήθηκαν από την Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (2019). Περισσότερες πληροφορίες που αφορούν τον προτεινόμενο εσωτερικό κανονισμό των υπηρεσιών αυτών, αναζητήστε (στον διαδικτυακό τόπο <http://psych.gr/kateythyntiries-odigies-gia-tis-monades-egkairis-paremvasis-stin-psycho>). Η υπουργική απόφαση που θα καθορίζει το πλαίσιο λειτουργίας των μονάδων ΕΠΨ αναμένεται εντός του 2021.

## 7. Συμπεράσματα

Οι υπηρεσίες ΕΠΨ είναι οι ταχύτερα αναπτυσσόμενες διεθνώς, κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες στον χώρο της Ψυχικής Υγείας. Διέπονται από τη φιλοσοφία της έγκαιρης ανίχνευσης και πολυεπίπεδης θεραπευτικής αντιμετώπισης νέων ασθενών που εκδηλώνουν για πρώτη φορά τις βαρύτερες μορφές των ψυχικών διαταραχών, αυτές του φάσματος των ψυχώσεων. Παρέχουν υπηρεσίες κλινικά αποτελεσματικές και οικονομικά συμφέρουσες από άποψη κόστους – οφέλους. Η υποδομή εστιασμένων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για τον πλέον ευάλωτο πληθυσμό και για τις πλέον σοβαρές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα ήταν μέχρι πρόσφατα πρακτικά ανύπαρκτη. Η πρόσφατη θεσμοθέτηση των υπηρεσιών ΕΠΨ από την ελληνική πολιτεία διαβλέπουμε πως θα έχει μακροπρόθεσμα οφέλη για το Σύστημα Υγείας της χώρας μας, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Επισημαίνουμε τα αναμενόμενα/δυσνητικά οφέλη από τη μακροπρόθεσμη εφαρμογή τους:

- Μεταστροφή στην κοινοτική αντίληψη υποστήριξης των πλέον σοβαρών ψυχικών διαταραχών.
- Ενίσχυση της αποστιγματοποίησης των ψυχικών διαταραχών.
- Ορθολογική χρήση φαρμάκων, μείωση της πολυφαρμακίας.
- Μείωση των εκούσιων ή και αναγκαστικών νοσηλείων στον νέο πληθυσμό με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.
- Μείωση διάρκειας νοσηλείας και των νοσηλίων.
- Εγκατάσταση μετρήσεων πιστότητας, εργαλεία παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και του κόστους.
- Χάραξη πολιτικής ψυχικής υγείας βασισμένη σε δεδομένα προοπτικής της πορείας, της εξέλιξης, της λειτουργικότητας των νέων με σοβαρές μορφές ψυχικών διαταραχών.
- Ενίσχυση της εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού μέσω δημιουργίας μεταπτυχιακών/μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων ΕΠΨ [(π.χ. βλέπε το επίσιο μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) για την ΕΠΨ 2018-2020)].

## Κύρια σημεία

- Έχει γίνει διεθνώς αποδεκτό πως υφίσταται ανάγκη «αλλαγής πλεύσης» προς μια πολυεπίπεδη, ολιστική και κοινοτικά προσανατολισμένη αντιμετώπιση/υποστήριξη των νέων ασθενών και των οικογενειών τους από τα πρώτα στάδια της ψύκωσης και σε όλη τη διάρκεια της «κρίσιμης περιόδου», δηλαδή της πρώτης πενταετίας μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.
- Η ΕΠΨ είναι μια πολυεπίπεδη, σύγχρονη, κοινοτικά προσανατολισμένη, κλινική προσέγγιση, η οποία έχει σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ψυχωτικών διαταραχών στα αρχικά τους στάδια, ώστε να ελαχιστοποιήσει τις μακροχρόνιες επιπτώσεις από την εξέλιξή τους και να αποτρέψει ή να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα υποτροπών, ενισχύοντας παράλληλα την επάνοδο της λειτουργικότητας των νέων ασθενών στο εργασιακό, εκπαιδευτικό και κοινωνικό περιβάλλον τους.
- Επικεντρώνεται στην υποστήριξη νέων ατόμων (συνήθως ηλικίας 16-36 χρονών) που βιώνουν τα πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα, βασίζεται δε στην έννοια της κλινικής σταδιοποίησης της ψύκωσης, σύμφωνα με την οποία οι πρώτες και ηπιότερες κλινικές εκδηλώσεις των ψυχωτικών διαταραχών διαφέρουν από αυτές που παρατηρούνται κατά την εξέλιξη και χρονιότητά τους.
- Οι μονάδες ΕΠΨ βασίζονται σε δύο αλληλοτροφοδοτούμενους πυλώνες λειτουργίας: α) στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση κοινοτικών φορέων για τις ψυχωτικές διαταραχές, με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση περιστατικών, τη σύντομη παραπομπή στην κλινική υπηρεσία ΕΠΨ και κατά συνέπεια τη μείωση της διάρκειας ΜΘΨ στην τομεοποιημένη περιοχή ευθύνης, β) την πολυκλαδική υπηρεσία υποστήριξης.



- Από τις 10 διεθνείς RCT μελέτες μέχρι το 2018, εκείνες με επαρκή αριθμό ασθενών/επαρκή διάρκεια παρακολούθησης συνηγορούν στην καλύτερη ποιοτική ανταπόκριση των ασθενών που υποστηρίχθηκαν στα προγράμματα ΕΠΨ σε σχέση με τη συνήθη παρακολούθηση, όπως διαφαίνεται από την υπεροχή σε επιμέρους δείκτες των RCT μελετών.
- Μολονότι η ομάδα εργασίας για την αναθεώρηση του προγράμματος «Ψυχαργώς Γ΄» (2011-2020) τονίζει από το 2011 πως «το πρόγραμμα Ψυχαργώς δεν έχει δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε σημαντικά προβλήματα, το σημαντικότερο από τα οποία είναι η πρόληψη και διάγνωση των ψυχωτικών διαταραχών στην κοινότητα», το όραμα της οργάνωσης και λειτουργίας κοινοτικών δομών ΕΠΨ παρέμενε ανεκπλήρωτο στη χώρα μας μέχρι πρόσφατα.

## Βιβλιογραφία

- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., McGorry, P. D., Gleeson, J. F. (2012). "Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies", *Schizophr. Res.*, 139 (1-3): pp. 116-28.
- Correll, C.U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H., Guloksuz, S., Hui, C. L. M., Chen, E.Y.T. Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., Marcy, P., Addington, J., Estroff, S. E., Robinson, J., Penn, D., Severe, J. B., Kane, J. M. (2018). "Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression", *JAMA Psychiatry*, 75 (6): pp. 555-565. (Available in: doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623).
- Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., Jones, P. B., Killackey, E., Taylor, M., Chen, E., Kane, J., McDaid, D. (2016). "Early intervention services in psychosis: from evidence to wide implementation", *Early Interv Psychiatry*, 10 (6): pp. 540-546.
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L. (2013). "The evidence for illness progression after relapse in schizophrenia", *Schizophr. Res.*, 148 (1-3): pp. 117-21. (Available in: doi: 10.1016/j.schres.2013.05.016).
- Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., Kane, J. M. (2017). "Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview", *World Psychiatry*, 16 (3): pp. 251-265.
- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., Selten, J. P., Turner, C., Arango, C., Tarricone, I., Berardi, D., Tortelli, A., Llorca, P. M., de Haan, L., Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuán, J., Santos, J. L., Arrojo, M., Del-Ben, C. M., Menezes, P. R., Murray, R. M., Rutten, B. P., Jones, P. B., van Os, J., Morgan, C., Kirkbride, J. B. (2018). "European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study", *JAMA Psychiatry*, 75 (1): pp. 36-46.
- Kollias, K., Xenaki, L. A., Vlachos, I., Dimitrakopoulos, S., Kosteletos, I., Nianiakas, N., Stefanatou, P., Stefanis, N. C. (2020). "The development of the Early Intervention in Psychosis (EIP) outpatient unit of Eginition University Hospital into an EIP Network", *Psychiatriki*, 31 (2): pp. 177-182. (Available in: doi: 10.22365/jpsych.2020.312.177).
- Mantas, C., Mavreas, V. (2012). "Establishing and operating an early intervention service for psychosis in a defined catchment area of northwestern Greece within the context of the local mental health network", *Early Interv Psychiatry*, 6 (2): pp. 212-17.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kiesepää, T., Härkänen, T., Koskinen, S., Lönnqvist, J. (2007).



- “Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population”, *Arch Gen Psychiatry*, 64 (1): pp. 19-28.
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., Miettunen, J. (2014). “Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis”, *Br. J. Psychiatry*, 205 (2): pp. 88-94.
- Peritogiannis, V., Mantas, C., Tatsioni, A., Mavreas, V. (2013). “Rates of first episode of psychosis in a defined catchment area in Greece”, *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*, 9: pp. 251-54.
- Rosenheck, R., Leslie, D., Sint, K., Lin, H., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Addington, J., Brunette, M. F., Correll, C. U., Estroff, S. E., Marcy, P., Robinson, J., Severe, J., Rupp, A., Schoenbaum, M., Kane, J. M. (2016). “Cost-Effectiveness of Comprehensive, Integrated Care for First Episode Psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program”, *Schizophr. Bull.*, 42 (4): pp. 896-906.
- Stefanis, N. C., Mavreas, V., Nimatoudis, I., Gourzis, F., Samakouri, M., Vgontzas, A., Douzenis, A. (2018). “EIP Working group. A proposal for the implementation of Early Intervention in Psychosis (EIP) services in Greece: If not now, when?”, *Psychiatriki*, 29 (2): pp. 107-117. (Available in: doi: 10.22365/jpsych.2018.292.107).
- Xenaki, L. A., Kollias, C. T., Stefanatou, P., Ralli, I., Soldatos, R. F., Dimitrakopoulos, S., Hatzimanolis, A., Triantafyllou, T. F., Kosteletos, I., Vlachos, I., Selakovic, M., Foteli, S., Mantonakis, L., Ermiliou, V., Voulgaraki, M., Psarra, E., Gülöksüz, S., van Os, J., Stefanis, N. C. (2020). “Organization framework and preliminary findings from the Athens First-Episode Psychosis Research Study”, *Early Interv. Psychiatry*, 14 (3): pp. 343-355. (Available in: doi: 10.1111/eip.12865. Epub 2019 Aug 11. PMID: 31402581).