

Ειδικό άρθρο Special article

Πρόταση για τη θεσμοθέτηση υπηρεσιών Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΕΠΨ) στην Ελλάδα: Αν όχι τώρα, τότε;

N.K. Στεφανής,¹ B. Μαυρέας,² I. Νηματούδης,³ Φ. Γουρζής,⁴
M. Σαμακουρή,⁵ A. Βγόντζας,⁶ A. Δουζένης,⁷
Ομάδα εργασίας Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση⁸

¹A΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα,

²Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα,

³Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,

⁴Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα,

⁵Ψυχιατρική Κλινική, Δημοκρετίου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη,

⁶Τομέας Ψυχιατρικής και Επιστημών Συμπεριφοράς του Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη,

⁷B΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα,

⁸B. Μποζίκας, K. Κόλλιας, Γ. Γαρούφαλλος, M. Μαλλιώρα, B. Ερμηλίου, Π. Πετρίκης, M. Ρίζος, M. Οικονόμου

Ψυχιατρική 2018, 29:107–117

Οι διαταραχές του ευρύτερου ψυχωτικού φάσματος, με σοβαρότερη μορφή αυτή της σχιζοφρένειας, είναι συχνές και επηρεάζουν αναπόφευκτα την ποιότητα ζωής των πασχόντων και των οικογενειών τους. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να επισημανθεί η ανάγκη υιοθέτησης μιας διαφορετικής εθνικής στρατηγικής στην αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών, βασισμένης στις αρχές της παροχής κοινωτικών υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση (ΕΠΨ), που συνιστούν τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες διεθνώς κοινωτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες στον χώρο της Ψυχικής Υγείας. Αν και η παρακολούθηση σε εξωνοσοκομειακές δομές θεωρείται επαρκής, επιβάλλεται να υιοθετηθεί πλέον μια πιο εμπειριστατωμένη και ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών των νέων ασθενών και των οικογενειών τους, που τα παρόντα συστήματα ψυχικής υγείας αδυνατούν να καλύψουν, όπως διαφαίνεται από τα υψηλότερα ποσοστά υποτροπών των νέων ασθενών και τη σοβαρή επιβάρυνση στην καθημερινή τους λειτουργικότητα. Σε συνάφεια με τη διεθνή πραγματικότητα, προτείνεται η θεσμοθέτηση, σύσταση και εφαρμογή κοινωτικών υπηρεσιών ΕΠΨ που αφενός αποβλέπουν στην ενημέρωση/ευαισθητοποίηση

και ενεργή διασύνδεση με τους κοινοτικούς φορείς (με αποτέλεσμα την έγκαιρη αναγνώριση περιστατικών, μείωση του διαστήματος μη θεραπευόμενης ψύχωσης), και αφετέρου προσφέρουν κλινικές υπηρεσίες ενεργητικής υποστήριξης των νέων ασθενών και των οικογενειών τους στην κοινότητα και στα κοινοτικά κέντρα ΕΠΨ. Η σημασία των υπηρεσιών ΕΠΨ διαφαίνεται από τα ερευνητικά δεδομένα εννέα διεθνών συγκριτικών τυχαίοποιημένων μελετών (ΣΤΜ), οι οποίες ανέδειξαν (σε σχέση με τη συνήθη εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση) υπεροχή σε δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών, μείωση ψυχοπαθολογίας, περιορισμό στην αλόγιστη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων, επάνοδο στην εργασία/σχολείο, μείωση της οικογενειακής επιβάρυνσης, καθώς και την καλύτερη αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ασθενών. Η διεθνής εμπειρία σε διάφορες χώρες (Δανία, Νορβηγία, Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ, Ιταλία) και τα αντίστοιχα προγράμματα πρόληψης δείχνουν την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παρέμβασης και κατ' επέκταση τη γρήγορη κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Οι οικονομικές επιβάρυνσεις από τη λειτουργία των μονάδων ΕΠΨ εξισορροπούνται από τα μακροπρόθεσμα ποιοτικά οφέλη των προγραμμάτων αυτών. Η υποδομή εστιασμένων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για τον πλέον ευάλωτο πληθυσμό στις πλέον σοβαρές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα είναι πρακτικά ανύπαρκτη. Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών ΕΠΨ θα επιφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη, τόσο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, όσο και για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Λέξεις ευρητήριο: Έγκαιρη ανίχνευση, πολυεπίπεδη παρέμβαση, πρώτο οξύ ψυχωτικό επεισόδιο, πρωτογενής πρόληψη.

Εισαγωγή: Ψυχωτικές διαταραχές

Οι διαταραχές του ευρύτερου ψυχωτικού φάσματος είναι συχνές και σοβαρές ψυχικές διαταραχές με επιπολασμό εκεί όπου έχει εκτιμηθεί διεξοδικά ανερχόμενο στο 3,5% του γενικού πληθυσμού.¹ Η ετήσια επίπτωση στην Ευρώπη κυμαίνεται από 10–60/100.000 κατοίκους.² Στην Ελλάδα η έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το 2013 ανέδειξε τοπικά ετήσια επίπτωση 30/100.000 κατοίκους,³ που αντιστοιχεί αδρά σε 3200 νέα άτομα που εκδηλώνουν για πρώτη φορά διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος ανά έτος ανά την επικράτεια. 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 απωλέσει την αίσθηση της πραγματικότητας εκδηλώνοντας συμπτώματα στο περιεχόμενο, στη δομή, στην κατοχή της σκέψης, αντιληπτικές διαταραχές, διαταραχές του συναισθήματος, αρνητικά συμπτώματα με συνεπακόλουθη αλλαγή της συμπεριφοράς και συχνά πτώση στην ατομική και κοινωνική του λειτουργικότητα. Σύμφωνα με τους δείκτες επιβάρυνσης/ανικανότητας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

κατατάσσει τη βαρύτερη μορφή του φάσματος των ψυχωτικών διαταραχών, το σύνδρομο της σχιζοφρένειας, στην 11η κατά σειρά σοβαρότερη διαταραχή παγκοσμίως,⁴ οι δε «μη συναισθηματικές ψυχωτικές διαταραχές» αντιπροσωπεύουν ως σύνολο, το υψηλότερο κόστος μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών στο σύστημα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.⁵ Τα περισσότερα νέα άτομα που βιώνουν το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο θα διακόψουν την επαφή τους με τον κοινωνικό τους περίγυρο, την εργασία, την εκπαίδευσή τους για άλλοτε συντομότερο, άλλοτε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η εκδήλωσή του όμως συμβαίνει σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη περίοδο της ζωής, προμηνύοντας διάρρηξη των φυσιολογικών εξελικτικών σταδίων προς την ενήλικη ζωή και κίνδυνο απώλειας ρόλων συνυφασμένων με αυτή.

Ανάγκη για «Αλλαγή Πλεύσης»

Η συνήθης αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών στα περισσότερα ανεπτυγμένα συστήματα Υγείας των χωρών της Ευρώπης 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. Παρόλ' αυτά, η πιθανότητα υποτροπής μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο 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.⁶ 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, νοητικά 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. 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».

Τίθεται παράλληλα το εύλογο ερώτημα κατά πόσο μια έγκαιρη παρέμβαση, δηλαδή από τα πρώτα στάδια της εκδήλωσης των ψυχωτικών διαταραχών, επιφέρει συγκριτικά βελτιωτικές επιπτώσεις στην πορεία, εξέλιξη και έκβαση των διαταραχών αυτών. Υφίστανται πλέον έγκυρα ερευνητικά δεδομένα που αναδεικνύουν τη συσχέτιση μεταξύ της συγκριτικά μικρότερης 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 σχετικής βελτίωσης αφενός όλων των δεικτών ψυχοπαθολογίας (κυρίως των αρνητικών συμπτωμάτων όπως της απάθειας, της κοινωνικής απόσυρσης και της τάσης για απομόνωση) και αφετέρου της καλύτερης κοινωνικής και εργασιακής επανένταξης και λειτουργικής

αποκατάστασης.⁷ Η μείωση λοιπόν της ΜΘΨ, η μόνη ίσως ελεγχόμενη μεταβλητή της φύσης των ψυχωτικών διαταραχών που μπορεί να ελαχιστοποιηθεί στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής (άλλοι προγνωστικοί παράγοντες, όπως προνοσηρή προσωπικότητα, οικογενειακό ιστορικό, ηλικία έναρξης, δεν υπόκεινται σε έλεγχο) αποτελεί σαφή στόχο δευτερογενούς πρόληψης για τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που επιθυμούν να επηρεάσουν θετικά τους δείκτες έκβασης και ακρογωνιαίο λίθο των προγραμμάτων έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση.

Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση (ΕΠΨ): Αρχές και λειτουργία

Η ΕΠΨ είναι μια πολυεπίπεδη σύγχρονη, κοινοτικά προσανατολισμένη, κλινική προσέγγιση που σκοπό έχει 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 ηπιότερες κλινικές εκδηλώσεις των ψυχωτικών διαταραχών διαφέρουν από αυτές που παρατηρούνται κατά την εξέλιξη και χρονιότητά τους. Τα προγράμματα ΕΠΨ βασίζονται σε δύο αλληλοτροφοδοτούμενες 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 πολυεπίπεδη κλινική υπηρεσία υποστήριξης. Τα προγράμματα ΕΠΨ υιοθετούν τρόπους λειτουργίας που τα διαφοροποιεί από άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες: υποστήριξη πέρα του τεχνητού διαχωρισμού εφήβων-ενηλίκων, εργασιακή εξοικείωση με τη διαγνωστική αβεβαιότητα, μια σταδιοποιημένη και εξατομικευμένη κατανόηση της θεραπείας των ψυχώσεων, με έμφαση στην υποστή-

ριξη 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 στην κλινική υπηρεσία υποστήριξης, η τυπική σύνθεση της ομάδας ΕΠΨ 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/ασθενούς 1/10–12.

Ωστόσο, λόγω των συνθηκών που επικρατούν στην Ελλάδα (χαμηλό επίπεδο εξειδικευμένης εκπαίδευσης, ελλιπές και μη απαρτιωμένο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, χαμηλό επίπεδο διασύνδεσης υπηρεσιών κ.ά.) είναι αναγκαίο η σύνθεση της κλινικής υπηρεσίας να είναι ενισχυμένη, όπως επίσης και η αναλογία υπευθύνου/ασθενούς να είναι μεγαλύτερη αυτής των διεθνών προτύπων.

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 διαφόρων 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 κλινική υπηρεσία των κέντρων ΕΠΨ είναι ευέλικτη και προσφέρει υποστήριξη προωθώντας επικοινωνία με τον ασθενή εντός και εκτός του χώρου της ομάδας, στο σπίτι του ασθενούς ή σε κοινοτικά κέντρα,

αθλητικά κέντρα, χώρους συνάθροισης κ.λπ. Η βάση της 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 στα μέλη ενθαρρύνεται η απευθείας επικοινωνία/ενημέρωση με κοινοτικούς φορείς και κατά συνέπεια η απευθείας παραπομπή περιστατικών από κοινοτικούς φορείς όπως η αστυνομία, το σχολείο, η εκκλησία, οι δημοτικές αρχές κ.λπ. Ενθαρρύνεται και η απευθείας παραπομπή περιστατικών από τις οικογένειες εφόσον προκύπτουν ενδείξεις για την ύπαρξη συμπτωμάτων ψύχωσης. 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.

Τεκμήρια αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ΕΠΨ

Πέραν των εκτεταμένων μεμονωμένων μελετών που αναδεικνύουν τα οφέλη που προκύπτουν στους ασθενείς και στις οικογένειές τους από την εφαρμογή προγραμμάτων έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση (ΕΠΨ), ο ασφαλέστερος και πλέον έγκυρος τρόπος μεθοδολογικής προσέγγισης της αποτελεσματικότητας ή όχι μιας βιο-ψυχο-κοινωνικής παρέμβασης όπως οι υπηρεσίες ΕΠΨ, είναι οι **συγκριτικές τυχαίοποιημένες μελέτες (Randomized Controlled Trials, RCT)**. Στις RCT οι ασθενείς τυχαίοποιούνται να λαμβάνουν την υποστήριξη, είτε της παρέμβασης εξειδικευμένων υπηρεσιών ΕΠΨ είτε της γενικής 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 **9** διεθνείς

RCT μελέτες μέχρι το 2017⁸ 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:

- Μείωση της αποχής από ψυχιατρικές υπηρεσίες⁹⁻¹¹
- Μείωση θετικών συμπτωμάτων ψύχωσης (π.χ. παραληρηματικών ιδεών, ψευδαισθήσεων)¹⁰⁻¹³
- Μείωση αρνητικών συμπτωμάτων ψύχωσης (π.χ. κοινωνικής απόσυρσης, απάθειας)^{10,12}
- Μείωση γενικών συμπτωμάτων ψύχωσης (π.χ. φτωχή κρίση και εναισθησία, παρορμητικότητα, απροσεξία, άγχος)^{11,13,14}
- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας^{9,13}
- Χαμηλότερη δόση αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής¹⁰
- Καλύτερη λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής του ασθενούς¹⁴
- Καλύτερη επανεισαγωγή στο εκπαιδευτικό περιβάλλον και στον χώρο εργασίας^{11,13}
- Μειωμένη επιβάρυνση της οικογένειας¹⁰
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση από την παροχή ιατρικής φροντίδας και προσωπική αίσθηση ικανοποίησης.^{10,11,14}

Να σημειωθεί πως δεν καταγράφεται συγκριτική τυχαίοποιημένη μελέτη όπου διαφαίνεται υπεροχή της συνήθους υποστήριξης. Επίσης όπως είναι φυσικό τα οφέλη, δηλαδή η μακροχρόνια διατήρηση της υπεροχής των αποτελεσμάτων της ΕΠΨ (π.χ. πέραν της πενταετίας από τη διακοπή της) διαφαίνονται πως βαίνουν εξασθενούμενα⁸ και πως παραμένει ακόμη ασαφές κατά πόσο οι υπηρεσίες ΕΠΨ αποτρέπουν ή καθυστερούν την υποτροπή σε σχέση με την παροχή συνήθων υπηρεσιών υποστήριξης. Ένας λόγος είναι ο ασαφής προσδιορισμός του όρου υποτροπή που στη βιβλιογραφία τεκμαίρεται με διαφορετικούς τρόπους (π.χ. επανεισαγωγή στο νοσοκομείο ή επανεμφάνιση έντονων συμπτωμάτων ψύχωσης).

Συνοπτικά, δεδομένων των κατά τόπους διαφορών στον συνδυασμό ψυχολογικών/κοινωνικών παρεμβάσεων, των διαφορών εφαρμογής και σύνθεσης των προγραμμάτων ΕΠΨ εξαιτίας διαφορών των συστημάτων Υγείας, υπάρχει σημαντικός βαθμός κατοχύ-

ρωσης της αποτελεσματικότητάς τους για το χρονικό διάστημα εφαρμογής τους.

Η διεθνής εμπειρία

Στη **Δανία**, το πρόγραμμα **OPUS** εγκαινιάστηκε το 1996 από το Υπουργείο Υγείας με σκοπό να υποστηριχθούν προγράμματα πρόληψης από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Τα πρώτα κλινικά πρωτόκολλα κλινικών μελετών του OPUS αναπτύχθηκαν από το Πανεπιστήμιο του Aarhus και της Κοπεγχάγης. Στη χρηματοδότηση συνέβαλαν περιφερειακές υπηρεσίες υγείας και το Ιατρικό Συμβούλιο Έρευνας της Δανίας. Στην αρχική μελέτη OPUS I τυχαίοποιήθηκαν 547 νέοι ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο που έτυχαν υποστήριξης για δύο χρόνια, είτε από το εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα OPUS είτε από τις συνήθεις υπηρεσίες. Ακρογωνιαία συστατικά του προγράμματος OPUS ήταν η κινητικότητα/εξωστρέφεια των μονάδων υποστήριξης με σκοπό την ενίσχυση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των νέων, ψυχολογική υποστήριξη των οικογενειών, εκπαίδευση των ασθενών σε κοινωνικές δεξιότητες ατομικά ή ομαδικά. Η αρχική αποτελεσματικότητα του προγράμματος OPUS¹⁰ έπεισε την πολιτική ηγεσία να επενδύσει στην περαιτέρω ανάπτυξη προγραμμάτων ΕΠΨ, με αποτέλεσμα μεταξύ 1998 και 2013 να αυξηθούν κατά 50% τα κέντρα ΕΠΨ στη χώρα με αρχικά αποκλειστικά κυβερνητική χρηματοδότηση.¹⁵ Μολονότι η υπεροχή της εξειδικευμένης παρέμβασης μετά το πέρας πενταετίας φαίνεται όπως είναι φυσικό να βαίνει εξασθενούμενη,¹⁶ το 2016 η προσέγγιση των υπηρεσιών ΕΠΨ υιοθετήθηκε μεταξύ όλων των περιφερειακών Τομέων Υγείας της χώρας ως το καταλληλότερο κοινοτικό μοντέλο υποστήριξης των ατόμων με ψυχωτικές διαταραχές.¹⁷

Στη **Νορβηγία**, το πρόγραμμα **TIPS** ξεκίνησε στο Rogaland το 1997 και μέσω μιας έντονα προβλεπτικής κοινοτικής εκπαιδευτικής καμπάνιας/προγράμματος ευαισθητοποίησης για τα πρώιμα συμπτώματα της ψύχωσης κατόρθωσε να μειώσει τη διάρκεια ΜΘΨ από 26 σε 5 εβδομάδες σε μία τριετία σε τομεοποιημένη περιοχή 321.000 κατοίκων. Σε σχέση με τις υπηρεσίες συνήθους υποστήριξης στο Oslo, οι ασθενείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα TIPS είχαν ήδη από την αρχική του εφαρμογή μικρότερο

διάστημα ΜΘΨ, ηπιότερη κλινική εικόνα και λιγότερα αρνητικά συμπτώματα, υπεροχή που διατήρησαν ποικιλότητα στα δύο χρόνια παρακολούθησης¹⁸ και στα πέντε χρόνια follow-up. Στα 10 χρόνια follow-up διατηρήθηκε η υπεροχή στη λειτουργικότητα των ασθενών που είχαν συμμετάσχει στο πρόγραμμα TIPS σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν τύχει των συνήθων μορφών υποστήριξης από το σύστημα Υγείας.¹⁹ Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος TIPS οδήγησε στην υιοθέτηση στρατηγικών έγκαιρης παρέμβασης ως των εθνικών κατευθυντήριων γραμμών αξιολόγησης και αντιμετώπισης όλων των ψυχωτικών διαταραχών στη χώρα.¹⁷

Στην **Αυστραλία**, χάρις στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος **EPPIC** (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) στη Μελβούρνη και την πρωτοποριακή δουλειά του Καθηγητή Ψυχιατρικής Pat McGorry από τις αρχές της δεκαετίας του '90, έχουν μέχρι τούδε επιχορηγηθεί κρατικά και αναπτυχθεί περίπου 100 κοινοτικά κέντρα για την Ψυχική Υγεία των νέων ανά την επικράτεια (Headspace National Youth Mental Health Foundation). Ακρογωνιαίοι λίθοι ειδικά του μοντέλου ΕΠΨ αποτελούν η κοινοτική ευαισθητοποίηση για τις ψυχωτικές διαταραχές, η γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στα κέντρα ΕΠΨ, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού των υπηρεσιών ΕΠΨ, η προσφορά φαρμακευτικών αλλά και ψυχολογικών μορφών υποστήριξης και η έμφαση στη γρήγορη λειτουργική επανένταξη των νέων ασθενών. Το 2010–2011 η κυβέρνηση της Αυστραλίας νομοθέτησε πρωτοποριακές αλλαγές στην οργάνωση Ψυχιατρικών υπηρεσιών προβάλλοντας τις υπηρεσίες ΕΠΨ και χρηματοδοτώντας το μοντέλο EPPIC με \$246,8 εκατ. δολάρια. Για τις υπηρεσίες του στο εθνικό σύστημα Υγείας και για την εξάπλωση των υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης ο Καθηγητής McGorry τιμήθηκε με τον υψηλότερο τίτλο πολίτη της χώρας του "Australian of the Year" το 2010.

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, οι υπηρεσίες ΕΠΨ αναπτύχθηκαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας από το 2001. Μέσα σε μια δεκαετία (2010) αναπτύχθηκαν και λειτουργούσαν από τον κρατικό φορέα (NHS) 178 κέντρα ΕΠΨ ανά την επικράτεια προσφέροντας υπηρεσίες σε νέους ηλικίας 14–35 ετών. Η οικονομική κρίση

του 2008 οδήγησε στην ενσωμάτωση αρκετών εξειδικευμένων υπηρεσιών ΕΠΨ σε δομές κοινοτικών κέντρων Ψυχικής Υγείας, παρά τη συσσώρευση ενδείξεων για τον περιορισμό κόστους που επέφερε η λειτουργία τους.²⁰ Οι περικοπές αυτές είχαν ως αποτέλεσμα το 2016 να ελαττωθούν από 95% σε 69% οι τομεοποιημένες υπηρεσίες του εθνικού συστήματος Υγείας (NHS Trusts) που προσφέρουν εξειδικευμένες υπηρεσίες ΕΠΨ. Παρά ταύτα, οι δύο οδηγοί χάρτες 2014 (CG178) και 2016 του Εθνικού Ινστιτούτου για την Υγεία και την Ιατρική Φροντίδα (NICE) αναμένεται να ανατρέψουν τα αρνητικά δεδομένα, καθότι προσδιορίζουν πως κάθε ασθενής εντός του NHS που διαγιγνώσκεται με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο πρέπει να παραπέμπεται στις εξειδικευμένες υπηρεσίες ΕΠΨ και με χρονικό περιορισμό εντός 2 εβδομάδων. Οι περισσότερες μονάδες ΕΠΨ είναι εξειδικευμένες μονάδες που λειτουργούν αυτόνομα, με σχετική διοικητική αυτοτέλεια, προσφέροντας υπηρεσίες σε νέους 14–35 χρονών για τα πρώτα 3 χρόνια προτού προβούν στη μετάβαση ευθύνης στις τομεοποιημένες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Στις **ΗΠΑ**, το 2009 το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (NIMH) ανήγγειλε τη χρηματοδότηση μεγάλης έρευνας των υφιστάμενων υπηρεσιών ΕΠΨ ώστε να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα προγραμμάτων παρέμβασης που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν σε συνθήκες καθημερινής κλινικής πρακτικής. Το πρόγραμμα **RAISE** (Επανάκτηση Λειτουργικότητας μετά το πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο) υπό την ηγεσία του Καθηγητή John Kane, αποτελεί τη μεγαλύτερη διεθνή εκτίμηση της αποτελεσματικότητας ή όχι ΕΠΨ και περιέλαβε 34 υφιστάμενα Κέντρα Ψυχικής Υγείας σε 21 πολιτείες. Σε 17 κέντρα έγινε εκπαίδευση προσωπικού με το πρόγραμμα **NAVIGATE** (οδηγίες για ψυχοφαρμακολογία, διαχείριση προβλημάτων, ψυχοεκπαίδευση οικογένειας, υποστήριξη εργασιακής και κοινωνικής λειτουργικότητας ασθενούς). Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος RAISE¹¹ που δείχνει σε σχέση με τη συνήθη κοινοτική υποστήριξη σε 17 κέντρα Ψυχικής Υγείας, υπεροχή στη λειτουργικότητα των νέων ασθενών και μειωμένους δείκτες γενικής ψυχοπαθολογίας, οδήγησε σε γενική αποδοχή σε κρατικό και ομοσπονδιακό επίπεδο έτσι ώστε το 2018 αναμένεται η θεσμοθέτηση περισσότερων των 100 κέντρων ΕΠΨ σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας

ανά τη χώρα.¹⁷ Τον Ιανουάριο του 2014 ο πρόεδρος Ομπάμα υπέγραψε το Consolidated Appropriations Act που αναγνωρίζει πως οι περισσότεροι ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές εκδηλώνουν συμπτώματα κατά τη μετεφηβική-νεαρή ενήλικη ζωή και πως υπάρχει σημαντική καθυστέρηση στο εθνικό σύστημα υγείας στην πρόσβαση κατάλληλων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για τους νέους ασθενείς. Κατά συνέπεια η νομοθετική ρύθμιση περιελάμβανε και κονδύλιο \$25 εκατ. για την υποστήριξη των υπηρεσιών ΕΠΨ.

Σε αντίθεση με τις βορειοευρωπαϊκές χώρες, καμία μέχρι στιγμής νοτιοευρωπαϊκή χώρα δεν έχει υιοθετήσει κέντρα ΕΠΨ ως εθνική πολιτική στρατηγική στα εθνικά συστήματα Υγείας. Στην Ιταλία, το ερευνητικό πρόγραμμα **PIANO GET UP**¹⁴ διερεύνησε την αποτελεσματικότητα ψυχολογικών παρεμβάσεων στους νέους ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και στις οικογένειές τους, χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και διεξήχθη από το Πανεπιστήμιο της Βερόνας σε τομεοποιημένη περιοχή 1.000.000 κατοίκων της βόρειας Ιταλίας. Ανέδειξε τη σημασία και το πλεονέκτημα ψυχολογικής υποστήριξης των οικογενειών ατόμων που νοσούν από πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και διεξήχθη από εκπαιδευμένο προσωπικό των πολυάριθμων κέντρων Ψυχικής Υγείας της αντίστοιχης περιφέρειας Υγείας. Η επιπλέον σημασία της μελέτης έγκειται στο συμπέρασμα πως παροχή υπηρεσιών συμβατή στα πλαίσια ΕΠΨ μπορεί να οργανωθεί και να αποδοθεί από το υφιστάμενο δυναμικό και την υποδομή των κοινοτικών μονάδων Ψυχικής Υγείας, γεγονός που ενισχύει την εξάπλωση και διατήρηση υπηρεσιών συμβατών με τις αρχές ΕΠΨ κάτω από συνθήκες οικονομικής δυσπραγίας. Μικρότερης εμβέλειας πρόγραμμα ΕΠΨ χρηματοδοτούμενο από το σύστημα Υγείας ήταν το Programma 2000 στο Μιλάνο (2007–2009) που όμως ανέδειξε μακροχρόνια σημαντικά οικονομικά οφέλη σε σχέση με τη συνήθη υποστήριξη ασθενών.²¹

Η θετική εμπειρία όλων αυτών των δράσεων (μέχρι το 2005) οδήγησε στη Διακήρυξη Ομοφωνίας (Consensus Statement) μεταξύ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Early Psychosis Association για την ΕΠΨ²² με την οποία ο ΠΟΥ υποστηρίζει την υλοποίηση προγραμμάτων ΕΠΨ παγκο-

σμίως, με ειδικούς στόχους: βελτίωση της προσβασιμότητας και συνεργασίας με τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, αύξηση της κοινοτικής ενημέρωσης, προαγωγή της ανάρρωσης (recovery), εμπλοκή των οικογενειών και υποστήριξη τους και εκπαίδευση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και αξιολόγηση με βάση μετρήσιμα αποτελέσματα (outcomes).

Το οικονομικό επιχείρημα

Όσο ηθικά επιβεβλημένες, αποτελεσματικές και ωφέλιμες για το κοινωνικό σύνολο και αν είναι οι μονάδες έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση, 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.^{20,23–25} 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 δυναμικά μπορούν να αποτυπωθούν στη μείωση δεικτών ανεργίας νέων, επιστροφή στην εργασία, φορολογική αποδοτικότητα και επανένταξη στην εκπαίδευση.²⁶ Η Programma 2000 στο Μιλάνο ανέδειξε σε μια πενταετία σημαντικά οικονομικά οφέλη στο σύστημα Υγείας σε σχέση με τη συνήθη υποστήριξη ασθενών.²¹ Στη Δανία η σχέση κόστους/οφέλους για το Εθνικό Σύστημα Υγείας από την εφαρμογή του προγράμματος ΕΠΨ OPUS αποτυπώθηκε από τους

Hastrup et al²⁷ με πολύ ευνοϊκά αποτελέσματα μετά την πενταετή λειτουργία του. Το μακροπρόθεσμο οικονομικό όφελος στο Εθνικό Σύστημα Υγείας από την εφαρμογή του προγράμματος ΕΠΨ EPPIC στη Μεμβούρνη καταγράφηκε από τους Mihalopoulos et al,²⁸ όπου αναδείχθηκε πως το αυξημένο κόστος της κοινοτικής υπηρεσίας ΕΠΨ υπερκαλύφθηκε από τη μείωση των ενδονοσοκομειακών εξόδων και πως τα προγράμματα ΕΠΨ αποδίδουν μεγαλύτερη επάνοδο λειτουργικότητας των ασθενών στο ένα τρίτο του κόστους των συνήθων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Η πλέον πρόσφατη μελέτη που εξερεύνησε τη σχέση κόστους-οφέλους υπηρεσιών ΕΠΨ αφορούσε στο πρόγραμμα RAISE στις ΗΠΑ και δημοσιεύθηκε από τους Rosenheck et al.²⁹ 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.

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 3200 νέα άτομα που εκδηλώνουν για πρώτη φορά διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος κατ' έτος, ανά την επικράτεια.³ 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 προσέφερε εξωνοσοκομειακή κοινοτικά προσανατολισμένη φροντίδα (από το 2010) Υπηρεσία Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση.³⁰ Στην Α' Πανεπιστημιακή Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο Νοσοκομείο) στεγάζεται η Μονάδα Πρώτου Ψυχωτικού Επεισοδίου που περι-

λαμβάνει το Ειδικό Ιατρείο Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση,³¹ κλίνες σε κλειστό Τμήμα (Πτέρυγα Κουρέτα) και Νοσοκομείο Ημέρας. Ειδικό εξωτερικό Ιατρείο Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση λειτουργεί στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου (στην Θεσσαλονίκη) και στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Πάτρας.

Συμπεράσματα-Πρόταση

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 στις πλέον σοβαρές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα είναι πρακτικά ανύπαρκτη. Μολονότι 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»,³² το όραμα της οργάνωσης και λειτουργίας κοινοτικών δομών ΕΠΨ παραμένει ανεκπλήρωτο στη χώρα μας. Διαβλέπουμε πως η θεσμοθέτηση και η σύσταση τέτοιων υπηρεσιών ΕΠΨ θα είχε μακροπρόθεσμα μόνο οφέλη για το Σύστημα Υγείας της χώρας μας, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους όπως παρατίθεται στο κεφάλαιο αποτελεσματικότητας. Επισημαίνουμε περαιτέρω αναμενόμενα/δυσνητικά οφέλη από τη μακροπρόθεσμη εφαρμογή τους:

- Μεταστροφή σε κοινοτική αντίληψη υποστήριξης των πλέον σοβαρών ψυχικών διαταραχών
- Ενίσχυση της αποστιγματοποίησης των ψυχικών διαταραχών
- Ορθολογική χρήση φαρμάκων, μείωση της πολυφαρμακίας
- Μείωση εκούσιων ή και αναγκαστικών νοσηλείων στον νέο πληθυσμό με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

- Μείωση διάρκειας νοσηλείας, νοσηλίων
- Εγκατάσταση μετρήσεων πιστότητας, εργαλεία παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, κόστους
- Χάραξη πολιτικής Ψυχικής Υγείας βασισμένη σε προοπτικά δεδομένα της πορείας, εξέλιξης, λειτουργικότητας των νέων με σοβαρές μορφές ψυχικών διαταραχών
- Ενίσχυση της εκπαίδευσης του δυναμικού μέσω δημιουργίας Μεταπτυχιακών/Μετεκπαιδευτικών Προγραμμάτων ΕΠΨ (π.χ. Αιγινήτειο/ΕΠΙΨΥ 2018-2019).

A proposal for the implementation of Early Intervention in Psychosis (EIP) services in Greece: If not now, when?

**N.C. Stefanis,¹ V. Mavreas,² I. Nimatoudis,³ F. Gourzis,⁴
M. Sarakouri,⁵ A. Vgontzas,⁶ A. Douzenis,⁷ EIP Working group⁸**

¹*1st Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,*

²*Department of Psychiatry, University of Ioannina, Ioannina,*

³*3rd Department of Psychiatry, Aristotelion University of Thessaloniki, Thessaloniki,*

⁴*Department of Psychiatry, University General Hospital of Patra, Patra,*

⁵*Department of Psychiatry, Dimokrition University of Thrace, Alexandroupolis,*

⁶*Section of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Crete, Heraklion, Crete,*

⁷*2nd Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece*

⁸*V. Bozikas, K. Kollias, G. Garyfallos, M. Malliori, V. Ermiliou, P. Petrikis, M. Rizos, M. Economou*

Psychiatriki 2018, 29:107–117

The disorders of the psychosis spectrum, with the most severe being schizophrenia, are prevalent and have a great impact on the patients' quality of life. The purpose of this article is to highlight the need for a novel national strategic approach to the management of psychotic disorders in accordance with the international principles of early intervention. Even though outpatient treatment is considered adequate, there is an urgent need to adopt an early and more comprehensive and effective intervention strategy for young patients with psychosis and their families whose clinical and personal needs are clearly not met by the existing infrastructure of our mental health services. This can be accomplished by the legislation and implementation within the national health system of EIP services which on the one hand actively engage community organizations with the purpose of early identification of cases, reduction of the duration of untreated psychosis and on the other, offer assertive community-based support and treatment, based on a multi-disciplinary community team model. The effectiveness of early intervention in psychosis is supported by evidence provided by 9 international RCTs. The results of these programs indicate a superior effect in indexes of quality of life, retention in treatment, psychopathology, judicious use of medication and return to work/school as well as the patient's effective recovery. International experience (Denmark, Norway, Australia, UK, USA, Canada and Italy) and the corresponding prevention programs emphasize the effectiveness of

EIP services and thus the patients' reintegration. However, in contrast to Northern European countries, Southern European countries have not yet incorporated EIP services in their national health system. From a financial perspective, EIP services seem to be cost-effective for the national health system, since the economic burden is compensated in the long term through their qualitative benefits. In Greece, specialized services for those young afflicted for the first time by the most serious of mental disorders are non-existent and no local information exists for the patient's outcome and social integration after a first psychotic-episode nor for the financial burden, placed on mental health services. Overall, the implementation of EIP services is expected to have long-term benefits for our country's National Health System as well as for the patients and their families.

Key words: Early detection, integrated intervention, first episode psychosis, preventive psychiatry.

Βιβλιογραφία

- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64:19-28, doi:10.1001/archpsyc.64.1.19
- Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szöke A, et al. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry* 2018, 75:36-46, doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3554
- Peritogiannis V, Mantas C, Tatsioni A, Mavreas V. Rates of first episode of psychosis in a defined catchment area in Greece. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH* 2013, 9:251, doi: 10.2174/1745017901309010251
- Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015, 386:743–800, doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4
- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997, 349:1498–504, doi: 10.1016/S0140-6736(96)07492-2
- Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2012, 139:116-28, doi:/10.1016/j.schres.2012.05.007
- Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014, 205:88–94, doi:10.1192/bjp.bp.113.127753
- Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry* 2017, 16:251-65, doi:/10.1002/wps.20446
- Craig TK, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, Dunn G. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ* 2004, 329:1067, doi: 10.1136/bmj.38246.594873.7C
- Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Øhlenschläger J, Christensen TØ et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005, 331:602, doi: 10.1136/bmj.38565.415000.E01
- Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *Am J Psychiatry* 2015, 173:362-72, doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15050632
- Grawe RW, Falloon IR, Widen JH, Skogvoll E. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 2006, 114:328-36, doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00799.x
- Srihari VH, Tek C, Kucukgoncu S, Phutane VH, Breitborde NJ, Pollard J et al. First-episode services for psychotic disorders in the US public sector: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2015, 66:705–712, doi: 10.1176/appi.ps.201400236
- Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, Fioritti A, De Girolamo G, Santonastaso P, et al. Feasibility and effectiveness of a multi-element psychosocial intervention for first-episode psychosis: results from the cluster-randomized controlled GET UP PIANO trial in a catchment area of 10 million inhabitants. *Schizophr Bull* 2015, 41:1192–1203, doi: 10.1093/schbul/sbv058
- Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, et al. From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry* 2015, 9:156–162, doi: 10.1111/eip.12108
- Albert N, Melau M, Jensen H, Emborg C, Jepsen JR, Fagerlund B, et al. Five years of specialised early intervention versus two years of specialised early intervention followed by three years of standard treatment for patients with a first episode psychosis: randomised, superiority, parallel group trial in Denmark (OPUS II). *BMJ* 2017, 356:i6681, doi: 10.1136/bmj.i6681
- Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M, McDaid D, Arango C, Smith J, et al. Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation. *Early Interv Psychiatry* 2017, doi: 10.1111/eip.12514

18. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannesen JO, Opjordsmoen S et al. Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 65:634–640, doi: 10.1001/archpsyc.65.6.634
19. Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry* 2012, 169:374–80, doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030459
20. Valmaggia LR, McCrone P, Knapp M, Woolley JB, Broome MR, Tabraham P, et al. Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychol Med* 2009, 39:1617–1626, doi: 10.1017/S0033291709005613
21. Angelo C, Vittorio M, Anna M, Antonio P. Cost-effectiveness of treating first-episode psychosis: five-year follow-up results from an Italian early intervention programme. *Early Interv Psychiatry* 2011, 5:203–211, doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00261.x
22. Bertolote J, McGorry P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *Br J Psychiatry* 2005, 187:s116–119, doi: 10.1192/bjp.187.48.s116
23. McCrone P, Knapp M, Dhanasiri S. Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach. *Early Interv Psychiatry* 2009, 3:266–273, doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00145.x
24. McCrone P, Craig TK, Power P, Garety PA. Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2010, 196:377–382, doi: 10.1192/bjp.bp.109.065896
25. Tsiachristas A, Thomas T, Leal J, Lennox BR. Economic impact of early intervention in psychosis services: results from a longitudinal retrospective controlled study in England. *BMJ* 2016, 6:e012611, doi: 10.1136/bmjopen-2016-012611
26. Park AL, McCrone P, Knapp M. Early intervention for first-episode psychosis: broadening the scope of economic estimates. *Early Interv Psychiatry* 2016, 10:144–151, doi: 10.1111/eip.12149
27. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P, Petersen L et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *Br J Psychiatry* 2013, 202:35–41, doi: 10.1192/bjp.bp.112.112300
28. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L, Harrigan S, McGorry P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophr Bull* 2009, 35:909–918, doi: 10.1093/schbul/sbp054
29. Rosenheck R, Leslie D, Sint K, Lin H, Robinson DG, Schooler NR, et al. Cost-effectiveness of comprehensive, integrated care for first episode psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Schizophr Bull* 2016, 42:896–906, doi: 10.1093/schbul/sbv224
30. Mantas C, Mavreas V. 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* 2012, 6:212–217, doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00358.x
31. Kollias C, Xenaki LA, Dimitrakopoulos S, Kosteletos I, Kontaxakis V, Stefanis N, Papageorgiou C. Early psychosis intervention outpatient service of the 1st Psychiatric University Clinic in Athens: 3 Years of experience. *Early Interv Psychiatry* 2016, doi: 10.1111/eip.12407
32. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ (2011–2020): Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Available at: [www.psychargos.gov.gr/Documents2/NEA/ΨΥΧΑΡΓΩΣ%20Γ%20\(2011–2020\)](http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/NEA/ΨΥΧΑΡΓΩΣ%20Γ%20(2011–2020)) (Last accessed: 23/04/2018)

Αλληλογραφία: Ν. Στεφανής, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Λεωφ. Βασιλίσσης Σοφίας 72–74, 115 28 Αθήνα, Ελλάδα
e-mail: nistefan@med.uoa.gr, nikos41161@gmail.com