

Ειδικό άρθρο

Παρέμβαση στην κρίση για σοβαρές ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα: Το παράδειγμα της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Μαρία Μαργαρίτη, Ηλίας Βλάχος, Κατερίνα Κουρέτα, Παρασκευή Χονδράκη, Παναγιώτης Αριστοτελίδης, Δήμητρα Μπουραζάνα, Χαράλαμπος Παπαγεωργίου

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 12 Μαρτίου 2020/Αναθεωρήθηκε 20 Ιουνίου 2020/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 28 Μαΐου 2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περιγράφουμε τη δημιουργία και τη λειτουργία της υπηρεσίας παρέμβασης και σταθεροποίησης για την κρίση σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ με στόχο τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών που παρέχουμε και την ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών για αποτελεσματική αντιμετώπιση της οξείας φάσης των σοβαρών ψυχικών διαταραχών χωρίς την ανάγκη νοσηλείας. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο υπερκάλυψης των κλινών στις ψυχιατρικές κλινικές των νοσοκομείων της χώρας μας. Το κλείσιμο μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων, η καθυστέρηση της ολοκλήρωσης του προγράμματος ανάπτυξης όλων των προβλεπόμενων ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία, το υπερφορτωμένο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η πρόσφατη οικονομική κρίση έχουν συμβάλλει σε αυτή την εικόνα. Το 2016 προχωρήσαμε στη δημιουργία της υπηρεσίας παρέμβασης στην κρίση για σοβαρές ψυχικές διαταραχές στο πλαίσιο της λειτουργίας των επειγόντων ιατρείων της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ. Η ένταξη των ασθενών στην παρέμβαση στην κρίση γίνεται με την προϋπόθεση της ένδειξης για νοσηλεία από τον ψυχίατρο των επειγόντων. Τη φιλοσοφία της υπηρεσίας χαρακτηρίζει η ολιστική αντιμετώπιση με έμφαση στην ενδυνάμωση των ατομικών εφεδρειών και εγγενών δυνατοτήτων του ασθενούς για την αντιμετώπιση της κρίσης, στην ενίσχυση της οικογένειας και του υποστηρικτικού πλαισίου και στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις συνοψίζονται στην (α) αξιολόγηση περιστατικού και το σχέδιο θεραπευτικής παρέμβασης, (β) τη φαρμακευτική θεραπεία, (γ) την ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση της κρίσης, (δ) την οικογενειακή υποστήριξη για τη διαχείριση της κρίσης, (ε) την εκπαίδευση για τη διαχείριση πιθανών μελλοντικών κρίσεων και (στ) την παραπομπή και διασύνδεση ακολούθως στις κατάλληλες υπηρεσίες. Κομβικό ρόλο στη λειτουργία έχει η θεραπευτική ομάδα η οποία αποτελείται από δύο ψυχιάτρους, μία νοσηλεύτρια, μία κοινωνική λειτουργό, μία κοινωνιολόγο, μία ψυχολόγο, εθελοντές ψυχικής υγείας και εκπαιδευμένους. Κοινές συναντήσεις με τον ασθενή γίνονται δύο φορές την εβδομάδα (για τα πρώτα περιστατικά και για τις επανεξετάσεις) ενώ οι υπόλοιπες θεραπευτικές παρεμβάσεις υλοποιούνται στον ενδιάμεσο χρόνο. Τα προκαταρκτικά στοιχεία από την αξιολόγηση του προγράμματος δείχνουν πολύ καλή αποτελεσματικότητα στη διαχείριση της κρίσης και υψηλά ποσοστά αποδοχής και ικανοποίησης τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τα μέλη των οικογενειών τους. Συμπερασματικά, καταδεικνύεται ότι η ανάπτυξη υπηρεσιών διαχείρισης της κρίσης στην κοινότητα, στη χώρα μας, για την αποφυγή νοσηλείας είναι εφικτή και τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν πολλαπλά τόσο για την οικονομία της υγείας και τη λειτουργία του δημόσιου συστήματος περίθαλψης όσο και για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τον αποστιγματισμό των ψυχικών διαταραχών.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Παρέμβαση στην κρίση για σοβαρές ψυχικές διαταραχές, παρέμβαση στην κρίση στην κοινοτική ψυχιατρική, νοσηλεία στην κοινότητα, κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κοινοτική ψυχιατρική.

Εισαγωγή

Στη χώρα μας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 χρόνων, η δημόσια πολιτική για την ψυχική υγεία ανταποκρινόμενη στις απαιτήσεις και στις ανάγκες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, οδηγήθηκε στο κλείσιμο μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων που άλλοτε κυριαρχούσαν στην ψυχιατρική περίθαλψη και προχώρησε στην αποασυλοποίηση των ασθενών, εγκαθιστώντας υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής στην επικράτεια.¹ Παράλληλα με όλες τις υπηρεσίες και τα κέντρα ημέρας που απευθύνονται στην κοινωνική ένταξη και την αποκατάσταση ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, ιδρύθηκαν ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία, ενώ δημιουργήθηκαν κέντρα ψυχικής υγείας κυρίως στις αστικές περιοχές καθώς και κινητές μονάδες ψυχικής υγείας για την κάλυψη των αναγκών απομακρυσμένων περιοχών.^{2,3}

Το κλείσιμο όμως αρκετών μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων σε συνδυασμό με τη δημιουργία ψυχιατρικών κλινικών σε μειωμένο αριθμό γενικών νοσοκομείων σε σχέση με τις αρχικές προβλέψεις, οδήγησε συνολικά σε μείωση της διαθεσιμότητας ψυχιατρικών κλινών για οξεία περιστατικά. Παράλληλα, η μη επαρκής κάλυψη των αναγκών από το υπάρχον κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι συνέπειες της πρόσφατης οικονομικής κρίσης με την υποστελέχωση των δημοσίων υπηρεσιών και την αδυναμία προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα, οδήγησαν μεγάλο αριθμό ασθενών σε μη επαρκή ψυχιατρική παρακολούθηση με αποτέλεσμα την αύξηση των αναγκών σε νοσηλεία και δη των ακούσιων νοσηλειών.⁴⁻⁷

Σε κάθε περίπτωση όμως, η διαχείριση των κρίσιμων ή οξέων φάσεων των σοβαρών ψυχικών διαταραχών και το επακόλουθο πρόβλημα της «περιστρεφόμενης πόρτας» με τους ασθενείς να παραμένουν στην κοινότητα κατά την περίοδο της σταθεροποιημένης φάσης της διαταραχής τους και να νοσηλεύονται κάθε φορά που υποτροπιάζει η συμπτωματολογία τους, παραμένει ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν διεθνώς οι πολιτικές για τη δημόσια ψυχική υγεία.⁸ Για την κοινοτική ψυχιατρική, η ανθρωπιστικά αποδεκτή όσο και η αποτελεσματική παροχή βοήθειας κατά την οξεία φάση μιας ψυχωσικής ή άλλης σοβαρής ψυχικής διαταραχής ήταν ανέκαθεν μια μεγάλη πρόκληση.^{9,10}

Παραδείγματα υπηρεσιών διαχείρισης της κρίσης για σοβαρές ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα εμφανίζονται αρχικά στην Ευρώπη ήδη από την πρώτη περίοδο του κινήματος της αποασυλοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής στο πλαίσιο της προσπάθειας αναζήτησης εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης οξέων ψυχιατρικών καταστάσεων. Η πρώτη προσπάθεια καταγράφεται στο Άμστερνταμ τη δεκαετία του 1930 από τον ψυχίατρο Arie Querido το 1935,¹¹ ενώ ακολουθεί το Ηνωμένο Βασίλειο το 1958,¹² το Ντένβερ του Κολοράντο το 1976¹³ και η Αυστραλία το 1979.¹⁴

Σήμερα, τα προγράμματα διαχείρισης των κρίσεων ως εναλλακτικές στρατηγικές της νοσηλείας, αποτελούν μέρος των εθνικών πολιτικών για την ψυχική υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο, τις ΗΠΑ, την Αυστραλία, τη Νορβηγία και το Βέλγιο ενώ στη χώρα μας μόλις πρόσφατα συμπεριελήφθησαν στις κλινικές οδηγίες για τη διαχείριση σοβαρών ψυχικών διαταραχών.^{15,16} Από τα πρώτα στάδια εφαρμογής τους έως και σήμερα, όλα τα προγράμματα έχουν ως στόχο την παροχή μιας εντατικής και ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της κρίσιμης περιόδου οξείας συμπτωματολογίας της ψύχωσης ή άλλης σοβαρής ψυχικής διαταραχής στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Τέτοια προγράμματα μπορεί να αφορούν σε κινητές μονάδες στην κοινότητα, μονάδες αντιμετώπισης της κρίσης σε νοσοκομεία ή κέντρα ψυχικής υγείας ή αυτόνομες μονάδες στην κοινότητα.¹⁷

Σε αντιδιαστολή με μοντέλα υπηρεσιών που δημιουργούνται στη βάση σαφών θεωρητικών δεδομένων, π.χ. υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης στην ψύχωση, τα μοντέλα παρέμβασης στην κρίση έλκουν την προέλευσή τους κυρίως ως απάντηση στις δυσκολίες που παρουσιάζουν τα συστήματα κοινοτικής ψυχιατρικής στην αντιμετώπιση των κρίσιμων καταστάσεων που χρήζουν νοσηλείας. Έτσι, το θεωρητικό υπόβαθρο που χαρακτηρίζει τα μοντέλα διαχείρισης των κρίσεων στην κοινότητα ποικίλλει σημαντικά καλύπτοντας ένα φάσμα, από την προσέγγιση της κρίσης ως απόρροια κυρίως κοινωνικών και ψυχολογικών αντιξοοτήτων έως πιο πραγματιστικές προσεγγίσεις που εστιάζουν στη φυσική πορεία των διαταραχών και τη σημασία των ιατρικών παρεμβάσεων. Ανεξάρτητα όμως από τη θεωρητική προσέγγιση, τα μοντέλα διαχείρισης κρίσεων στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά^{18,19} (πίνακας 1).

Τα διεθνή δεδομένα για την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων δείχνουν ότι τα προγράμματα διαχείρισης κρίσεων για σοβαρές ψυχικές διαταραχές μπορούν να επιφέρουν μείωση του αριθμού των νοσηλειών άνω του 50%. Συγχρόνως παρουσιάζουν αυξημένη αποδοχή και μεγάλη ικανοποίηση από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, χαμηλά ποσοστά εξουθένωσης των οικογενειών και μείωση του στίγματος της ψυχικής νόσου ενώ οι μελέτες που παρουσιάζουν οικονομικές αναλύσεις δείχνουν ότι η διαχείριση των κρίσεων στην κοινότητα είναι οικονομικότερη από τη νοσηλεία.^{20,21}

Το δικό μας παράδειγμα

Το 2016 στην Α΄ Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, αποφασίσαμε να προχωρήσουμε στη δημιουργία μιας υπηρεσίας αντιμετώπισης της οξείας φάσης σοβαρών ψυχικών διαταραχών με στόχο την αποτροπή της νοσηλείας και την επίλυση της κρίσης

Πίνακας 1. Οργανωτικά χαρακτηριστικά των μοντέλων διαχείρισης κρίσεων για σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

- Απευθύνονται σε ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας, δηλαδή χωρίς τη συγκεκριμένη παρέμβαση οι ασθενείς θα πρέπει να νοσηλευθούν
- Τα προγράμματα λειτουργούν με εξειδικευμένο προσωπικό πολλαπλών ειδικοτήτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας με στόχο τη σφαιρική κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε κρίση στην κοινότητα
- Ο ψυχίατρος προσφέρει τις υπηρεσίες του σε πλαίσιο θεραπευτικής ομάδας
- 24ωρη κάλυψη των ασθενών
- Γρήγορη ανταπόκριση στα αιτήματα των παραπομπών ή της ένταξης στο πρόγραμμα
- Περιλαμβάνουν επισκέψεις κατ' οίκον ή παροχή υπηρεσιών με κινητή ομάδα στις περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο
- Η παροχή της υπηρεσίας αφορά αποκλειστικά στο χρονικό διάστημα που υφίσταται η κρίση (λίγες εβδομάδες)
- Η υπηρεσία μπορεί να είναι αυτόνομη ή να είναι ενσωματωμένη σε άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- Απαιτείται ο ορισμός προσώπου αναφοράς για κάθε ασθενή
- Συνήθως η υπηρεσία απασχολεί προσωπικό 10–15 ατόμων διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που καλύπτουν 2 βάρδιες και on call κάλυψη τη νυκτερινή βάρδια
- Υπάρχει διασύνδεση με τμήματα νοσηλείας και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα

σε ένα πλαίσιο λιγότερο περιοριστικό και πιο αποδεκτό τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους. Υπήρχαν αρκετοί παράγοντες που καθόρισαν αυτήν την απόφαση, με σημαντικότερο την επιτακτική ανάγκη αναζήτησης εναλλακτικών στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος της υπερκάλυψης των ψυχιατρικών κλινών. Πράγματι, όπως προαναφέρθηκε, οι ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων του λεκανοπεδίου αντιμετώπιζαν ασφυκτικές καταστάσεις με την αναγκαστική επιστράτευση εφεδρικών κλινών σε διαδρόμους και ελεύθερους χώρους που κάποιες φορές αριθμούσαν τη δύναμη των πραγματικών διαθέσιμων κλινών, ενώ το σύστημα των εφημεριών κυκλικής εναλλαγής των νοσοκομείων μη τομεοποιημένης λειτουργίας ασφυκτιούσε μεταφέροντας την πίεση για αναζήτηση κλίνης στους εφημερεύοντες ιατρούς των κλινικών. Ένας επιπρόσθετος παράγοντας ήταν η ανάγκη να υπάρξει η δυνατότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης της οξείας φάσης σοβαρών ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα—σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη σχιζοφρένεια και τις ψυχώσεις^{15,16}—σε συνθήκες λιγότερο στιγματιστικές και με σεβασμό στις επιθυμίες των ασθενών και των οικείων τους.

Τα ιατρεία επειγόντων της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ αν και συμμετείχαν στο σύστημα της κυλιόμενης εφημερίας νοσηλείας των ασθενών, είχαν και έχουν την ιδιαιτερότητα—σε αντίθεση με τα ιατρεία επειγόντων των υπολοίπων ψυχιατρικών κλινικών του λεκανοπεδίου—να λειτουργούν 24 ώρες/7 ημέρες την εβδομάδα εξυπηρετώντας κατ' έτος περίπου 10.000 ασθενείς. Σύμφωνα με τα στοιχεία μας, σε έρευνα που διενεργήσαμε σε 3600 επείγουσες επισκέψεις ασθενών στη διάρκεια ενός τριμήνου, έγιναν 416 παραπομπές για νοσηλεία (11,55%

των ασθενών που επισκέφτηκαν τα επείγοντα). Η οξεία ψυχωσική ψυχοπαθολογία, η ψυχοκινητική διέγερση και η αυτοκτονικότητα ήταν οι κυριότερες αιτίες που επέβαλαν την παραπομπή για νοσηλεία. Η εξέταση όμως κάποιων επιμέρους χαρακτηριστικών όπως η παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η αξιολόγηση του βαθμού επικινδυνότητας, έδειξε ότι τουλάχιστον 20% αυτών των παραπομπών θα μπορούσε ενδεχομένως να αποφύγει τη νοσηλεία αν υπήρχε κάποια συγκροτημένη υπηρεσία διαχείρισης της κρίσης.

Σχεδιασμός και υλοποίηση

Εξετάζοντας προσεκτικά τις δυνατότητες και τους περιορισμούς μας αποφασίσαμε να προχωρήσουμε στη δημιουργία του προγράμματος παρέμβασης και σταθεροποίησης για την κρίση σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Τα Ιατρεία επειγόντων της κλινικής μας με τη συνεχή καθόλο το 24ωρο λειτουργία τους καθώς και η παρουσία εξειδικευμένων και πρόθυμων λειτουργών να επωμιστούν το εγχείρημα παράλληλα με τις άλλες υποχρεώσεις τους ήταν η βάση του σχεδιασμού μας. Τα προβλήματα που έπρεπε να λάβουμε υπόψη μας ήταν οι δυσκολίες χρηματοδότησης, η αδυναμία πρόσληψης προσωπικού όπως επίσης και η έλλειψη διαθέσιμων χώρων αυτόνομης λειτουργίας για τη λειτουργία του προγράμματος. Τα προβλήματα αυτά αντιμετωπίστηκαν οργανωτικά ώστε η επίδρασή τους στη λειτουργία του προγράμματος να είναι ελεγχόμενη.

Στόχος του προγράμματος

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ενηλίκους εξωτερικούς ασθενείς που είτε παρουσιάζουν για πρώτη φορά οξεία ψυχοπαθολογία που χρήζει εντατικής και πολύπλευρης παρέμβασης κάποιας διάρκειας είτε παρουσιάζουν έξαρ-

ση και υποτροπή προϋπάρχουσας σοβαρής ψυχικής διαταραχής που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί κατά τη συνήθη ψυχιατρική παρακολούθηση. Έχει σχεδιαστεί ως εναλλακτική παρέμβαση για ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας και λειτουργεί στο πλαίσιο της υπηρεσίας επειγόντων της ψυχιατρικής κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Ο γενικός στόχος του προγράμματος είναι: (α) Η αξιολόγηση, η αντιμετώπιση και η σταθεροποίηση της οξείας ψυχοπαθολογικής κατάστασης σε εξωτερικούς ασθενείς με το λιγότερο κόστος για τους ίδιους και των οικογενειών τους και (β) Η αποφυγή νοσηλείας (εκτός αν συντρέχουν λόγοι που επιβάλλουν τη νοσηλεία).

Η λειτουργία του προγράμματος

Προσωπικό

Το προσωπικό που απασχολείται σήμερα στο πρόγραμμα και απαρτίζει τη θεραπευτική ομάδα, αποτελείται από 2 ψυχιάτρους (εκ των οποίων 1 ακαδημαϊκός υπότροφος), 1 ψυχιατρική νοσηλεύτρια, 1 κοινωνική λειτουργό, 1 κοινωνιολόγο, 1 ψυχολόγο, εθελοντές και εκπαιδευόμενους επαγγελματίες υγείας.

Η ένταξη στο πρόγραμμα

Η παραπομπή για την ένταξη στο πρόγραμμα γίνεται μετά από εξέταση στα ιατρεία επειγόντων. Ο ψυχίατρος των επειγόντων αν κρίνει ότι ο εξεταζόμενος ασθενής χρήζει νοσηλείας θα πρέπει να λάβει υπόψη του το ενδεχόμενο παραπομπής στο πρόγραμμα παρέμβασης στην κρίση. Η προϋπόθεση της ανάγκης για νοσηλεία των ασθενών που παραπέμπονται είναι ένα αυστηρά προαπαιτούμενο στοιχείο καθώς όπως έχει φανεί από τις διεθνείς καταγραφές^{19,20} πολύ εύκολα η καταστρατήγησή του μπορεί να εκτρέψει τη λειτουργία του προγράμματος από τον στόχο του.

Οι παραπομπές στο πρόγραμμα ελέγχονται είτε την ίδια μέρα είτε την επόμενη από το προσωπικό του προγράμματος και ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης κλείνεται άμεσα το πρώτο ραντεβού.

Γενικές αρχές της λειτουργίας του προγράμματος

Οι βασικές αρχές της φιλοσοφίας του προγράμματός μας παρατίθενται στον πίνακα 2.

Το θέμα της ασφάλειας είναι πρωταρχικής σημασίας καθώς ο πληθυσμός των ασθενών αφορά σε ασθενείς με οξεία ψυχοπαθολογία και διαταραχές συμπεριφοράς αυξημένης επικινδυνότητας. Στις μελέτες ανασκόπησης αντίστοιχων υπηρεσιών διεθνώς²¹ έχει αναφερθεί ότι οι αυτοκτονίες δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σε σχέση με τη συνήθη θεραπεία όμως υπάρχουν μελέτες²² στις οποίες καταγράφεται αυξημένος αριθμός αυτοκτο-

Πίνακας 2. Βασικές αρχές της φιλοσοφίας της υπηρεσίας Παρέμβασης στην Κρίση.

Ασφάλεια και αποτροπή του κινδύνου

Το άτομο στο επίκεντρο – Παρέμβαση με το άτομο και όχι στο άτομο

Ενίσχυση της ανάληψης ευθύνης από τον ασθενή

Ολιστική αντιμετώπιση με έμφαση:

- Στην ενδυνάμωση των ατομικών εφεδρειών
- Στην ενίσχυση της οικογένειας και του υποστηρικτικού πλαισίου
- Στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων

Το πρόγραμμα θέλει να είναι εμπροσθοβαρές, καθώς εκτός από την αντιμετώπιση της κρίσης, στοχεύει στην προετοιμασία και τη δημιουργία πλάνου με τον ασθενή για τη μετά την κρίση περίοδο

νιών συγκριτικά με τις νοσηλείες. Συνεπώς κατά την αξιολόγηση της επικινδυνότητας, θα πρέπει να προκρίνεται η νοσηλεία αν υπάρχει σοβαρού βαθμού αυτοκαταστροφική ή επιθετική συμπεριφορά με άρνηση συνεργασίας η οποία μπορεί να επιμένει παρά τις συνεχείς προσπάθειες με παράλληλη αδυναμία ανταπόκρισης του περιβάλλοντος.

Η έλλειψη εναισθησίας, η αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς με την παρουσία ήπιου βαθμού επικινδυνότητας από μόνες τους δεν αποτελούν λόγο μη ένταξης στο πρόγραμμα ειδικότερα όταν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον. Παράγοντες που συνεκτιμώνται στην αξιολόγηση της επικινδυνότητας, είναι η παράλληλη κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών ή η εμμένουσα παρορμητική αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ενδεικτική μεθοριακής διαταραχής προσωπικότητας που δεν ελέγχεται παρά τις προσπάθειες, όπως και κάποιες περιπτώσεις όπου ο ασθενής διαμένει μόνος χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον και συνυπάρχουν σε ικανό βαθμό οι παραπάνω προϋποθέσεις.

Καθώς όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις προσφέρονται εκτός νοσηλείας, η συνεργασία του ασθενούς όπως και της οικογένειας είναι απαραίτητη. Ήδη από την πρώτη επαφή του ασθενούς με το πρόγραμμα, φροντίζουμε την καλλιέργεια του κλίματος συνεργασίας με τη θεραπευτική ομάδα ενώ με δεδομένους τους περιορισμούς που η ίδια η φύση της διαταραχής επιφέρει, ενισχύουμε την ανάληψη ευθύνης βοηθώντας τον ίδιο τον ασθενή να ανακτήσει το αίσθημα ελέγχου της κατάστασής του μέσα από τη διερεύνηση πραγματιστικών επιλογών προσφέροντας συγχρόνως το απαραίτητο πλαίσιο ασφαλείας.

Το θεραπευτικό πλάνο συναποφασίζεται με τον ασθενή από την αρχή της θεραπείας. Με σταθερότητα, το πλαίσιο που δομείται και η προσέγγιση είναι στην κατεύ-

θυνση της ενίσχυσης των ίδιων, εγγενών δυνατοτήτων του ασθενούς για την αντιμετώπιση της κρίσης και όχι στην υιοθέτηση του μοντέλου της αρρώστιας ως ολοκληρωτικής και απέλπιδας κατάστασης που προεξοφλεί για τον ασθενή έναν παθητικό ρόλο.

Η συμμετοχή και η συνεργασία της οικογένειας επίσης έχει ιδιαίτερο και σημαντικό ρόλο ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που υπάρχει σοβαρό πρόβλημα αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς. Η αναγνώριση από τη θεραπευτική ομάδα των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το οικείο περιβάλλον στη διαχείριση της κατάστασης, πιθανές διαταραγμένες σχέσεις και προβλήματα που οι ίδιοι οι συγγενείς μπορεί να έχουν είναι κομβικής σημασίας. Η συμμετοχή των οικείων στην αντιμετώπιση της κρίσης, π.χ. στην εποπτεία της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, συναποφασίζεται πάντα με τον ασθενή, τη θεραπευτική ομάδα και την οικογένεια στη βάση της ανάγκης διασφάλισης της θεραπείας λόγω των δυσκολιών που προκαλούνται από την ψυχοπαθολογία και της κοινά επιδιωκόμενης αποτελεσματικότητας της παρέμβασης.

Σε ένα δεύτερο στάδιο και με την υποχώρηση της κρίσης επεξεργαζόμαστε μαζί με τον ασθενή τις συνθήκες που πιθανόν προηγήθηκαν της κρίσης και τα πρώιμα συμπτώματα της κρίσης ώστε να μπορεί να τα αναγνωρίζει μελλοντικά και να παρεμβαίνει σε αυτά σε ένα πρωιμότερο στάδιο αναζητώντας την κατάλληλη βοήθεια.

Τέλος, προετοιμάζουμε συνεργατικά ανάλογα με τις ανάγκες του, τις επιθυμίες του και τις υπάρχουσες δυνατότητες ένα πλάνο θεραπευτικό, αποκαταστασιακό ή και τροποποίησης συνθηκών διαβίωσης για την περίοδο που θα ακολουθήσει. Παράλληλα προχωράμε στη δια-

σύνδεση με το κέντρο ψυχικής υγείας του τομέα του για την τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση, ενημερώνοντας γραπτά τον θεράποντα ψυχίατρο.

Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Το πρόγραμμα παρέχει:

- Αξιολόγηση περιστατικού/Σχέδιο θεραπευτικής παρέμβασης
- Φαρμακευτική θεραπεία
- Ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση της κρίσης
- Οικογενειακή υποστήριξη για τη διαχείριση της κρίσης
- Εκπαίδευση για τη διαχείριση πιθανών μελλοντικών κρίσεων
- Παραπομπή και διασύνδεση ακολούθως στις κατάλληλες υπηρεσίες.

Αναλυτικότερα περιγράφονται οι παρεμβάσεις στον πίνακα 3.

Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας

Η θεραπευτική ομάδα συναντάται κάθε Δευτέρα και Πέμπτη. Τη Δευτέρα έρχεται σε επαφή με τα πρώτα περιστατικά όπου γίνεται η αξιολόγηση και η κατάστρωση του θεραπευτικού πλάνου ενώ κάθε Πέμπτη παρακολουθείται η πορεία των ασθενών. Οι υπόλοιπες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (ψυχολογική βοήθεια, οικογενειακή υποστήριξη κ.λπ.), γίνονται από τους θεραπευτές κατά τον ενδιάμεσο χρόνο.

Οι συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας με τον ασθενή έχουν κομβικό ρόλο στη λειτουργία του προγράμματος καθώς προσφέρουν: (α) τη δυνατότητα της παροχής

Πίνακας 3. Θεραπευτικές παρεμβάσεις.

- Πλήρης αρχική αξιολόγηση με αξιολόγηση επικινδυνότητας, κοινωνικές συνθήκες και σχέσεις, ουσίες και σωματική υγεία
- Εντατικές προσπάθειες εγκατάστασης θεραπευτικής σχέσης και διαπραγμάτευσης ενός θεραπευτικού σχεδίου που είναι αποδεκτό από τον ασθενή
- Φαρμακευτική θεραπεία των συμπτωμάτων
- Επικέντρωση στη συνέπεια της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής (εποπτεία, ενέσιμη θεραπεία)
- Βοήθεια σε πρακτικά θέματα (διαχειριστικά, επισιτιστικά κ.λπ.)
- Βραχείες παρεμβάσεις για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και καθημερινής διαβίωσης
- Ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του ασθενούς στην αντιμετώπιση της κρίσης, των ψυχωσικών ή άλλων συμπτωμάτων, στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των ψυχολογικών καταπονήσεων από εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες
- Ψυχοθεραπευτική υποστήριξη της οικογένειας για την αντιμετώπιση της κατάστασης
- Αναζήτηση και συζήτηση για τους πιθανούς παράγοντες που οδηγούν σε υποτροπές συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών προβλημάτων και των σχέσεων
- Ψυχοεκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας
- Εκπαίδευση στην αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων της υποτροπής και επικέντρωση στη διαχείριση του άγχους
- Ο σχεδιασμός της αποχώρησης από το πρόγραμμα ξεκινά νωρίς με προσπάθειες σύνδεσης με τις τοπικές ψυχιατρικές υπηρεσίες

συνεργατικής φροντίδας (κάθε θέμα αντιμετωπίζεται από τον ειδικότερο επαγγελματία αποφεύγοντας περιττές καθυστερήσεις), (β) όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας έχουν πληρέστερη εικόνα του ασθενούς, (γ) ο ίδιος ο ασθενής πολύ γρήγορα αντιλαμβάνεται και απολαμβάνει με αίσθημα μεγαλύτερης ασφάλειας τη συνεργατική φροντίδα και (δ) ο συγκεκριμένος τρόπος λειτουργίας προσφέρει ικανοποίηση και αίσθημα ασφάλειας και στους θεραπευτές δεδομένης της αυξημένης δυσκολίας και πολυπλοκότητας που παρουσιάζουν οι ασθενείς σε οξεία φάση της διαταραχής.

Κεντρικό συντονιστικό ρόλο στη θεραπευτική ομάδα έχει ο ψυχίατρος ο οποίος εκτός από τον συντονισμό της θεραπευτικής ομάδας και την ψυχιατρική θεραπεία έχει κεντρικό ρόλο στην κατάστρωση του θεραπευτικού πλάνου, στην αξιολόγηση των παραμέτρων επικινδυνότητας και της πορείας της θεραπείας. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας παράλληλα με τον εξειδικευμένο ρόλο και τις ειδικές παρεμβάσεις, συμμετέχουν ενεργά σε όλη τη διαδικασία των αποφάσεων. Κάθε ασθενής υπάγεται σε έναν θεραπευτή –άτομο αναφοράς– με τον οποίο ο ίδιος ή μέλη της οικογένειάς του μπορούν να επικοινωνήσουν για κάποιο έκτακτο θέμα. Τον ρόλο αυτόν στο πρόγραμμά μας έχει η ψυχιατρική νοσηλεύτρια ή η κοινωνική λειτουργός. Ιατρική κάλυψη σε έκτακτες καταστάσεις μπορεί να παρασχεθεί επιπλέον σε 24ωρη βάση στα ιατρεία επειγόντων της κλινικής μας παράλληλα με τη δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας και με ψυχίατρο του προγράμματος αν υπάρχει ανάγκη.

Η χρονική διάρκεια του προγράμματος ποικίλλει για κάθε ασθενή αλλά συνήθως κυμαίνεται γύρω στις 6 εβδομάδες. Η δυνατότητα του προγράμματος είναι 3–4 νέοι ασθενείς εβδομαδιαίως και 10–12 ασθενείς στη δύναμή του.

Στοιχεία από την πορεία του προγράμματος

Μέχρι σήμερα που γράφεται αυτή η αναφορά, 185 ασθενείς έχουν ενταχθεί στο πρόγραμμα εκ των οποίων 137 (74%) ολοκλήρωσαν επιτυχώς με αποτελεσματική αντιμετώπιση της κρίσης και αποφυγή της νοσηλείας με μέσο διάστημα παρακολούθησης 66 ημέρες. Από τους υπόλοιπους ασθενείς, 15 (8%) νοσηλεύτηκαν και 33 (17,8%) εγκατέλειψαν νωρίς. Από το σύνολο των ασθενών, 72 (39,2%) παρουσίαζαν διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος, 59 (31,7%) διπολική διαταραχή και 54 (28,7%) καταθλιπτική συνδρομή.

Η δημοσίευση της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας του προγράμματος παρέμβασης στην κρίση αναμένεται το επόμενο διάστημα. Το πρόγραμμα είναι απαιτητικό και οι χρόνοι που απαιτούνται για κάθε ασθενή είναι μεγαλύτεροι απ' ό,τι σε άλλες περιπτώσεις. Τα

προκαταρκτικά στοιχεία δείχνουν πολύ καλή αποτελεσματικότητα στη διαχείριση της κρίσης, υψηλά ποσοστά αποδοχής και ικανοποίησης τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τα μέλη των οικογενειών τους ενώ συγχρόνως προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση και στους θεραπευτές.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίσαμε κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του προγράμματος είναι η διασύνδεση με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας άλλων τομέων ευθύνης. Από την αρχή, η απόφασή μας ήταν να παρέχουμε υπηρεσίες σε ασθενείς ανεξαρτήτως του Τομέα υπαγωγής τους καθώς πρόκειται για τη μόνη υπηρεσία παρέμβασης στην κρίση εκτός νοσηλείας στο λεκανοπέδιο Αττικής. Επιλέξαμε όμως την παραπομπή των ασθενών στους τομείς που ανήκουν, με την ολοκλήρωση του προγράμματος προκειμένου να εξυπηρετούνται καλλίτερα οι ασθενείς και να ενισχυθεί η φιλοσοφία του δικτύου τομεακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αν και έχουμε προτάξει την προσωπική επικοινωνία με τα κέντρα ψυχικής υγείας πολύ συχνά αντιμετωπίζουμε δυσκολίες στη συνεργασία που οφείλονται αφενός στον αυξημένο όγκο ασθενών που καλούνται να εξυπηρετήσουν τα κέντρα ψυχικής υγείας, και αφετέρου στη δυσκολία αποδοχής της φιλοσοφίας συνεργασίας ανάμεσα στους τομείς. Στόχος του προγράμματος είναι η εδραίωση της συνεργασίας με τις υπηρεσίες των τομέων ψυχικής υγείας του λεκανοπεδίου και η μελλοντική ανάπτυξη της δυνατότητας για επισκέψεις στο σπίτι σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο.

Συμπεράσματα

Η λειτουργία του προγράμματος παρέμβασης και σταθεροποίησης για την κρίση σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές καταδεικνύει ότι η ανάπτυξη αντίστοιχων υπηρεσιών στη χώρα μας είναι εφικτή.

Οι υπηρεσίες διαχείρισης της κρίσης στην κοινότητα απαιτούν οργάνωση και σχεδιασμό, επαγγελματίες ψυχικής υγείας υψηλής εξειδίκευσης και με μεγάλη αφοσίωση λόγω της ιδιαιτερότητας του αντικειμένου της υπηρεσίας, που να μπορούν συγχρόνως να αντιπαραέρχονται τις δυσκολίες και τους περιορισμούς που επιφέρει η άσκηση της ψυχιατρικής σε μια εποχή μειωμένων εφειδρειών (λειτουργικών και οικονομικών).

Τα προσδοκώμενα οφέλη από την ανάπτυξη υπηρεσιών διαχείρισης της κρίσης στην κοινότητα και την αποφυγή νοσηλείας είναι πολλαπλά για την οικονομία της υγείας, για τη λειτουργία του δημόσιου συστήματος περίθαλψης, για τους ασθενείς και της οικογένειές τους, για τους ίδιους τους θεραπευτές και για τον αποστιγματισμό των ψυχικών διαταραχών.

Βιβλιογραφία

- Christodoulou GN, Ploumpidis DN, Christodoulou NG, Anagnostopoulos DC. The state of psychiatry in Greece. *Int Rev Psychiatry* 2012, 24: 301-306, doi: 10.3109/09540261.2012.691874
- Giannakopoulos G, Anagnostopoulos DC. Psychiatric reform in Greece: an overview. *B J Psych Bull* 2016, 40: 326-328, doi: 10.1192/pb.bp.116.053652
- Stylianidis S, Pantelidou S, Poullos A, Lavdas M, Lamnidis N. Mobile Mental Health Units on the Islands: The Experience of Cyclades. In: Stylianidis S (eds) *Social and Community Psychiatry*. Springer, Cham, 2016
- Loukidou E, Mastroyannakis A, Power T, Thornicroft G, Craig T, Bouras N. Evaluation of Greek psychiatric reforms: Methodological issues. *Int J Ment Health Syst* 2013, 7:11, doi: 10.1186/1752-4458-7-11
- Skokou M, Gouma P, Gourzis P. Compulsory admissions: Possibly another dark side of the greek economic crisis. *Psychiatriki* 2016, 27:51-53, PMID: 27110883
- Skokou M, Gouma P, Gourzis P. Compulsory admissions in southwest Greece 2010-2011: A descriptive report. *Psychiatriki* 2017, 28:265-273, doi: 10.22365/jpsych.2017.283.265
- Pikouli K, Konstantakopoulos G, Kalampaka Spilioti P, Fytrolaki E, Ploumpidis D et al. The impact of the recent financial crisis on the users' profile of a community mental health unit. *Psychiatriki* 2019, 30: 97-107, doi: 10.22365/jpsych.2019.302.97
- Di Lorenzo R, Sagona M, Landi G, Martire L, Piemonte C, Del Giovane C. The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward. *J Nerv Ment Dis* 2016, 204:686-692, doi: 10.1097/NMD.0000000000000540
- Audit Comm 1986 Audit Commission. *Making a reality of community care*. HMSO, London, 1986
- World Health Organization. Regional Office for Europe (1987). Mental health services in pilot study areas: report on a European study. The Office, 1987
- Querido A. Community mental hygiene in the city of Amsterdam. *Mental Hygiene* 1935, 19:177-195
- Carse J, Pantone NE, Watt A. A district mental health service. The Worthing Experiment. *Lancet* 1958, 271: 39-41, doi: 10.1016/S0140-6736(58)92535-2
- Polak PR, Kirby MW. A model to replace psychiatric hospitals. *J Nerv Ment Dis* 1976, 162:13-22, doi: 10.1097/00005053-197601000-00003
- Hoult J. Home treatment in New South Wales. In: Hall P, Brockington IF (eds) *Closure of Mental Hospitals*. Gaskell, 1991
- Margariti M, Hadjulic M, Lazaridou M, Angelidis GF, Fotopoulos V, Markaki L et al. Clinical guidelines for the management of schizophrenia: Aims and limitations (I). *Psychiatriki* 2017, 28:301-305, doi: 10.22365/jpsych.2017.284.301
- Margariti M, Hadjulic M, Lazaridou M, Angelidis GF, Fotopoulos V, Markaki L et al. Clinical guidelines for the management of schizophrenia (II): Community service-level interventions and the role of Primary Care. *Psychiatriki* 2018, 29:118-129, doi: 10.22365/jpsych.2018.292.118
- Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: An evolving model. In *Adv Psychiatr Treat* 2013, 19:115-123, doi: 10.1192/apt.bp.107.004192
- Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Practice Guidelines: Core Elements for Responding to Mental Health Crises*. Rockville, 2009
- McGlynn P. *Crisis Resolution and Home Treatment. A practical guide*. The Sainsbury Centre for Mental Health, 2006
- Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry* 2015, 15:74, doi: 10.1186/s12888-015-0441-x
- Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. *Crisis intervention for people with severe mental illnesses*. Cochrane Database Syst Rev 2012, 5:CD001087, doi: 10.1002/14651858.cd001087.pub4
- Hunt IM, Rahman MS, While D, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L et al. Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: A retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. *Lancet Psychiatry* 2014, 1:135-141, doi: 10.1016/S2215-0366(14)70250-0

Crisis intervention for serious mental disorders: The example of the First Department of Psychiatry of Athens University

Maria Margariti, Ilias Vlahos, Katerina Koureta, Paraskevi Chondraki, Panagiotis Aristotelidis, Dimitra Mpourazana, Charalambos Papageorgiou

First Department of Psychiatry, Medical School, National and Kapodestrian University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 12 March 2020 / Revised 20 June 2020 / Published Online 28 May 2021

ABSTRACT

We describe the crisis management and resolution service for serious mental disorders established by the First Department of Psychiatry of the National and Kapodistrian University of Athens. The service is intended to meet patients' needs for adequate management of acute mental crisis without hospitalization, while implementing modern standards in mental care and considering existing restrictions in mental health resources and public expenditure. Last decade we witness an increase in demand for psychiatric beds in Psychiatric clinics of General Hospitals resulting in a drastic increase of auxiliary beds that becomes a serious problem in mental health provision. The shutdown of big psychiatric hospitals in the process of psychiatric reform, accompanied by a delay in the establishment of all the anticipated beds in general hospitals together with overloaded and insufficient network of mental health services in the community are the major determinants. Additionally, fiscal economic crisis of the last decade intensified even more the problem by diminishing funding for the recruitment of new personnel and drastically reducing allocated funding for new and old services. In 2016 we set up a crisis intervention service for serious mental disorders within the operational framework of the emergency psychiatric services of the Department of Psychiatry in Eginition Hospital in Athens. The crisis resolution team is composed by two psychiatrists, a psychiatric nurse, social workers, a psychologist, mental health volunteers, and mental health trainees/students. The patient enters the service through the emergency service when an indication for hospitalization is given by the emergency psychiatrist, followed by the clinical estimation of a member of our team. The therapeutic team convenes twice a week for the new entrants and for follow-up sessions with the participation of the patient and the family members whenever feasible. The rest of the therapeutic interventions take place during the week. The work 'with' the person and not 'to' the person encapsulates the philosophy of the service, which is characterized by a holistic treatment approach aiming to empower the individual strengths and sense of control of the patient for crisis resolution on the basis of a safe therapeutic milieu. Therapeutic interventions include family and supportive members, as well as community interventions. In summation, interventions consist of (a) comprehensive evaluation (psychiatric/physical) and therapeutic plan, (b) psychopharmacological treatment, (c) psychotherapeutic support for the patient and the family for management of the crisis, (d) training for the management of future crises and (e) referral to appropriate community services for follow up management and treatment. Treatment lasts approximately 6–8 weeks. Initial data of the evaluation study indicate clinical effectiveness and high levels of satisfaction for patients and family. Conclusively, crisis management and resolution services are feasible even in a time of heavy restrictions in recourses, and anticipated benefits are multiple for the economy, mental health provision, the public health system, patients and relatives alike.

KEYWORDS: Crisis intervention for serious mental health disorders, community mental health crisis intervention, crisis resolution, mental health community services, community psychiatry.