

ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΜΙΧΑΗΛΗΣ Γ. ΜΑΔΙΑΝΟΣ

Οι διαστάσεις της ψυχιατρικής νοσηρότητας εκφράζονται με τη συχνότητα 1) όλων των περιπτώσεων που νοσούν ψυχικά σε μια ορισμένη χρονική στιγμή (prevalence - επιπολασμός ή επικράτηση¹⁾) και 2) όλων των νέων περιπτώσεων ψυχικά αρρώστων επίσης σ' ένα συγκεκριμένο χρόνο (incidence - επίπτωση) και που ή νοσηλεύονται (treated prevalence - incidence) ή «ανιχνεύονται» στον γενικό πληθυσμό (untreated prevalence) με τη διεξαγωγή επιτόπιων διατημηματικών ερευνών σε δείγματα γενικού πληθυσμού (field - cross - sectional) οι οποίες αποκαλύπτουν βασικά την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών (κυρίως χωρίς τη δυνατότητα κλινικής διάγνωσης) δηλαδή διαταραχών με συμπτώματα άγχους κατάθλιψης ή ψυχοφυσιολογικές εκδηλώσεις.

Η γνώση πάνω στο μέγεθος της ψυχιατρικής (νοσηλευτικής ή μη) νοσηρότητας συνδέεται άμεσα με το σχεδιασμό, την οργάνωση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών που θα στοχεύσουν στον περιορισμό ή την πρόληψη της.

Στη χώρα μας μέχρι πρόσφατα υπήρξαν μόνο σχετικές ενδείξεις για το πρόβλημα της ψυχικής αρρώστειας από τις επίσημες στατιστικές.

Από το 1978 ξεκίνησε μια συστηματική προσπάθεια για τη συγκέντρωση και επεξεργασία κάθε πληροφορίας σχετικής με την προέλευση του ψυχοκοινωνικού stress και της ψυχικής αρρώστειας γενικότερα στη χώρα μας⁽¹⁾.

Το 1978, 18557 άτομα (11.149 άνδρες και 7.408 γυναίκες) νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά μέσα σ' αυτή τη χρονιά σ' όλα τα ψυχιατρεία δημόσια και ιδιωτικά. Η μέση ηλικία τους ήταν 44.7 χρόνια. Από αυτά τα άτομα το 54,2% διαγνώστηκε ότι έπασχαν από οργανικό ψυχοσύνδρομο και σχιζοφρενικού ή συναισθηματικού τύπου ψυχώσεις (2,3). Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τη μέση τιμή των ποσοστών προτυποποιημένων ως προς την ηλικία ανά 100.000 κατοίκους των ατόμων που νοσηλεύθηκαν για όλες τις διαγνώσεις και που διέμεναν ή γεννήθηκαν στους νομούς που απαρτίζουν τις 10 γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Είναι φανερό ότι τα ποσοστά των ανδρών υπερτερούν εκείνων των γυναικών ενώ υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ποσοστών ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας και γέννησης όπου περισσότεροι άνδρες νοσηλευθέντες δήλωσαν την Αθήνα σαν τόπο μόνιμης κατοικίας.

Από μια παραπέρα προσπάθεια συσχέτισης των περιφερειακών κοινωνικών οικονομικών συντελεστών με την ψυχιατρική νοσηλευτική νοσηρότητα προέκυψε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση της υψηλής νοσηρότητας με τη χαμηλή κοινωνική οικονομική ανάπτυξη⁽⁴⁾.

Το πρόβλημα των ψυχικών διαταραχών στην κοινωνία.

Οι Dohrenwends σε μια εκτεταμένη σχετική ανασκόπηση διαπίστωσαν μια τεράστια διαφορά στις εκτιμήσεις της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό που κυμαίνεται από το 1% έως το 5% ενώ οι γυναίκες βρέθηκαν να

υπερτερούν των ανδρών στα ποσοστά της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας⁽⁵⁾. Η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε άτομα γενικού πληθυσμού που δεν καταφεύγουν σε ψυχιατρικές υπηρεσίες μέχρι πρόσφατα ήταν άγνωστη στη χώρα μας.

Δύο εκτεταμένες επιτόπιες διατημηματικές έρευνες διεξάχθηκαν μεταξύ του 1979-80, η πρώτη από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών και η δεύτερη από τη Μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου της Αθήνας.

Στην πρώτη έρευνα περιλήφθηκε ένα τυχαίο οπτηματικό δυο φάσεων δείγμα 4083 ενηλίκων (20-60) ετών⁽⁶⁾. Ως βασικό όργανο ελέγχου της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας του Τ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Μέσα ποσοστά προτυποποιημένα ως προς την ηλικία (Age adjusted) ασθενών που βγήκαν από όλα τα ψυχιατρεία δημόσια και ιδιωτικά σ' ένα χρόνο (1978) ανά 1000 κατοίκους σύμφωνα με το φύλο, τον τόπο γέννησης και μόνιμης κατοικίας.

Γεωγραφική Περιοχή	Τόπος Γέννησης		Τόπος μόνιμης Κατοικ.	
	Α	Γ	Α	Γ
Ευρεία Περ. Αθηνών	79.1	54.5	187.2	39.3
Ετερέα Ελλάς	159.0	97.3	81.1	50.2
Πελοπόννησος	160.3	112.4	78.1	61.3
Ιόνια νησιά	203.5	113.3	99.0	52.1
Ήπειρος	158.8	79.1	81.4	37.0
Θεσσαλία	180.6	150.1	149.0	130.0
Μακεδονία	131.0	119.2	113.7	107.2
Θράκη	112.0	104.0	87.7	89.6
Νησιά Αιγαίου	161.4	107.3	75.1	40.1
Κρήτη	174.5	136.0	132.2	90.6
Σύνολο (51 νομοί)	153.2	112.0	103.6	78.2

LANGNER που έχει χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις από 50 διεθνείς έρευνες και κατατάσει την ψυχική κατάσταση του ερωτώμενου σε 6 κατηγορίες με κριτήριο τα αναφερόμενα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και ψυχοφυσιολογικές εκδηλώσεις από τις οποίες οι τρεις τελευταίες (όταν το άτομο αναφέρει 6 και πλέον ψυχοπαθολογικά συμπτώματα) θεωρούνται ότι εκφράζουν την % επικράτηση των ψυχικών διαταραχών (συμπτώματα άγχους κατάθλιψης κλπ.) στο δείγμα.²

Από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι 24% των γυναικών του δείγματος σε σύγκριση με το 11.1% των ανδρών θα μπορούσαν να θεωρηθούν σαν άτομα με σοβαρή έκπτωση της ψυχικής τους υγείας παρουσιάζοντας προβλήματα λειτουργικότητας. Από τη σύγκριση της γεωγραφικής περιοχής του τόπου διαμονής των ατόμων του δείγματος 22% των ατόμων του αθηναϊκού δείγματος χαρακτηρίστηκαν ότι παρουσιάζουν σοβαρή έκπτωση της

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Επιτόπια διατηρηματική (cross sectional) έρευνα σε 33 νομούς της χώρας (Ηλικία 20-60): Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την διαβάθμιση της ψυχικής κατάστασης του και το φύλο (N. 4083).

Ψυχική Κατάσταση*	Αριθμός Ψυχοπαθολογ. συμπτωμάτων	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Καλή	0-1	868 (47.7)	769 (34.0)	1637 (40.1)
Ελαφρή διαταραχή	2-3	519 (28.5)	556 (24.5)	1075 (26.3)
Μέτρια διαταραχή	4-5	231 (12.7)	394 (17.4)	625 (15.3)
Εμφανής διαταρ.	6-7	78 (4.3)	151 (6.7)	229 (5.6)
Σοβαρή διαταραχή	8-9	44 (2.4)	121 (5.4)	165 (4.1)
Βαρειά διαταραχή	10+	80 (4.4)	272 (12.0)	352 (8.6)
Σύνολο		1820 (100.0)	2263 (100.0)	4083 (100.0)

$$\chi^2 = 167.61$$

$$DE 5 P < .0001$$

*Η διαβάθμιση βασίστηκε στον αριθμό αναφερόμενων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στην κλίμακα των 22 ερωτήσεων του LANGIER.

ψυχικής τους υγείας σε αντίθεση με τα πολύ μικρότερα ποσοστά. Από τις άλλες περιοχές η Κρήτη, η Ήπειρος και η Στερεά εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας μέσα στο δείγμα.

Στη δεύτερη έρευνα ένα δείγμα 1577 ανδρών και γυναικών 20-65 ετών πάρθηκε από δυο αθηναϊκούς δήμους που εξυπηρετούνται από ένα Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στα πλαίσια εκτίμησης των ψυχιατρικών αναγκών των δυο δήμων(8).

Η % επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στο δείγμα που αποτελούσε το 15% των νοικοκυριών των δυο δήμων με την εφαρμογή του κριτηρίου των 6 και πλέον ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων βρέθηκε μεγαλύτερη στις γυναίκες (29%) από ότι στους άνδρες (18.1%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Επιτόπια διατηρηματική (cross sectional) έρευνα σε 33 νομούς της χώρας (Ηλικία 20-60): Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τη διαβάθμιση της ψυχικής κατάστασης και τον τόπο μόνιμης κατοικίας (N: 4083).

Ψυχική Κατάσταση	Αριθμός Ψυχοπαθ. συμπτωμ.	Ευρεία Περιοχή Αθηνών	Θεσσαλο- νίκη	Στερεά	Ήπειρος	Πελοπον. Ιόνια Νησιά	Θεσσαλία	Μακεδονία	Θράκη	Κρήτη	Σύνολο
Καλή ως ελαφρή διαταρ.	0-3	854 (60.5)	252 (68.9)	202 (63.7)	164 (63.6)	338 (72.8)	242 (67.8)	260 (74.7)	206 (78.0)	195 (65.4)	2713 (66.9)
Μέτρια διαταραχή	4-5	247 (17.5)	53 (14.5)	56 (17.7)	44 (17.1)	48 (10.3)	66 (18.5)	41 (11.8)	28 (10.6)	44 (14.8)	627 (15.4)
Έκπτωση	6+	310 (22.0)	61 (16.7)	59 (18.6)	50 (19.4)	78 (16.8)	49 (13.7)	47 (13.5)	30 (11.4)	59 (19.8)	743 (18.2)
Σύνολο		1411 (100.0)	366 (100.0)	317 (100.0)	258 (100.0)	464 (100.0)	357 (100.0)	348 (100.0)	264 (100.0)	298 (100.0)	4083 (100.0)

$$\chi^2 = 70.63 \quad DE 16 P < .0001$$

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Επιτόπια διατηρηματική έρευνα (cross sectional) σε δυο Αθηναϊκούς δήμους (ηλικία 20-65): Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με διαβάθμιση της ψυχικής κατάστασης και το φύλο (N: 1577)

Ψυχική Κατάσταση	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Καλή	427 (66.2)	473 (50.7)	900 (57.0)
Καλή/αναφερόμενη σωματική νόσος	65 (10.1)	62 (6.6)	127 (8.0)
Ελαφρή έκπτωση	102 (15.8)	228 (24.5)	330 (21.0)
Μέτρια έκπτωση	39 (6.0)	119 (12.8)	158 (10.0)
Σοβαρή έκπτωση	12 (1.9)	50 (5.4)	62 (4.0)
Σύνολο	645 (100.0)	932 (100.0)	1577 (100.0)

Με μια ακόμη πιο σύνθετη επεξεργασία και την εφαρμογή 11 κλινικών και άλλων κριτηρίων από δυο ανεξάρτητους εκτιμητές των πρωτοκόλλων (ερωτηματολογίων) τα ποσοστά της επικράτησης μειώθηκαν σημαντικά αντίστοιχα στα 18% και 8%(8). Η κοινωνική οικονομική θέση του ατόμου, επίσης και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά τη διαμόρφωση της ψυχοπαθολογίας και στις δύο αυτές έρευνες.

Η σημαντική αυτή διαφορά στα ποσοστά της επικράτησης δεν μειώνει βέβαια τη σημασία της εφαρμογής της πρώτης μεθοδολογίας. Εκείνο που προκύπτει από τις δυο αυτές επιτόπιες έρευνες σε σύγκριση με την πρώτη που αφορούσε τη νοσηλευτική νοσηρότητα είναι ότι η διαφορά του μεγέθους των ψυχικών διαταραχών είναι τεράστια.

Καταθλιπτική συμπτωματολογία

Παράλληλα με την ανίχνευση της επικράτησης της γενικής ψυχοπαθολογίας στις δυο εκτεταμένες επιτόπιες έρευνες έγινε προσπάθεια με την ειδική κλίμακα CES-D να καταγραφεί και το μέγεθος της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Έτσι από την έρευνα του ΕΚΚΕ σε εθνικό επίπεδο βρέθηκε

ότι το 17% του συνολικού δείγματος (23% των γυναικών και 9,6% των ανδρών) εξέφραζε έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα (σύνολο 16,4%). Σε μια άλλη τρίτη έρευνα σε δείγμα ενηλίκων αποφοίτων γυμνασίου στη Σαλαμίνα με τη χρήση του M.M.P.I. βρέθηκαν παρόμοια ποσοστά (12% των ανδρών και 18,7% των γυναικών να εμφανίζουν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία(9).

Γνωρίζοντας τις υψηλές συσχετίσεις ($r = 0,67$ $r = 0,80$) μεταξύ των κλιμάκων Langner και CES - D μπορούμε να ισχυρισθούμε ότι η εγκυρότητα των ποσοστών των ατόμων που χαρακτηρίστηκαν ότι υπόφεραν από κάποια ψυχική διαταραχή με το κριτήριο της μιας ή της άλλης κλίμακας πρέπει να θεωρηθεί σαν υψηλή. Συγκρίνοντας τα ποσοστά της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας με εκείνα άλλων παρόμοιων ερευνητών παρατηρείται μια σχετική ομοιότητα στο μέγεθος της επικράτησης. Τέλος η ποιότητα των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων χαρακτηρίζεται από μια συχνότερη εμφάνιση των σωματικών ενόχλημάτων, κάτι που βρέθηκε να συμβαίνει και σε δείγματα άλλων μεσογειακών λαών(10).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι έρευνες αυτές αποκάλυψαν γενική ψυχοπαθολογία και όχι συγκεκριμένες κλινικές οντότητες (π.χ. σχιζοφρενικές ψυχώσεις κ.λπ.).

Αυτοκτονίες

Από τη σημαντική για την ελληνική βιβλιογραφία έρευνα της επίπτωσης των αυτοκτονιών για το διάστημα 1959-1975 προέκυψε ότι η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στους άνδρες (κάθε χρόνο αυτοκτονούν περίπου 200 άνδρες και 100 γυναίκες) και είναι επίσης μεγαλύτερη στις αγροτικές περιοχές. Εποχιακά εμφανίζουν έξαρση τον Ιούνιο ενώ η συχνότητα τους είναι από τις μικρότερες στον κόσμο(11).

Χρήση ναρκωτικών ουσιών

Υπάρχει μια επίπτωση από εμπειρικές παρατηρήσεις ότι η χρήση των ναρκωτικών στη χώρα μας έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια κυρίως μεταξύ των νέων. Η κυριότερη ουσία που χρησιμοποιείται είναι η ινδική κάνναβη. Υπάρχει μια έρευνα από την Ψ.Κ.Π.Α. που έδειξε ότι για το διάστημα 1958-1973 3.669 άτομα συνελήφθησαν για τη χρήση ναρκωτικών από τα οποία 107 ήταν μόνο γυναίκες, ενώ μόνο 382 χρησιμοποιούσαν ηρωίνη. Οι περισσότεροι τοξικομανείς διέμεναν στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη(12).

Αλκοολισμός

Φαίνεται ότι ο αλκοολισμός είναι μιας μικρής έκτασης φαινόμενο με μια τάση αύξησης στην Αθήνα, παρά τη μεγάλη κατανάλωση κρασιού και απειρία περιοριστικών μέτρων. Μια εξήγηση είναι η ενσωμάτωση της χρήσης του αλκοόλ στις κοινωνικές εκδηλώσεις της ελληνικής κοινωνίας(13).

Κοινωνιοπολιτιστικοί συντελεστές στην ψυχική αρρώστια

Η ελληνική οικογένεια παίζει ακόμη ένα σημαντικό ρόλο θετικό αλλά και αρκετές φορές αρνητικό απέναντι στο ψυχικά

άρρωστο μέλος της (15,16). Θετικό υποστηρικτικό ρόλο με την έννοια της προστασίας του από εξωτερικά βλαπτικά ερεθίσματα ενώ άλλες φορές η έννοια του στίγματος απομακρύνει την ανάγκη για να ζητηθεί βοήθεια από τους ειδικούς με αποτέλεσμα το μέλος να ανατηροποιείται στην κοινότητα(14).

Από την άλλη μεριά η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει σημαντικά το χρόνο νοσηλείας στο ψυχιατρείο και την έκβαση της νόσου(17). Η αίσθηση της πολιτιστικής ταυτότητας βρέθηκε να αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα άμυνας στο stress της μετανάστευσης ενώ ο *επιπολιτισμός* (Acculturation) ελλήνων μεταναστών στη Νέα Υόρκη βρέθηκε να συνδέεται με μεγαλύτερη έκταση ψυχοπαθολογίας(18).

Το σύστημα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών

Η μελέτη των χαρακτηριστικών του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας μας στα πλαίσια του προγράμματος της Περιφερειακοποίησης των Υπηρεσιών Υγείας του ΚΕΠΕ (1979) από τη Μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου της Αθήνας αποτέλεσε τη βάση για τη συγγραφή συγκεκριμένων προτάσεων αναμόρφωσης του συστήματος αυτού, τις οποίες περίπου ακολούθησαν και οι διάφορες προτάσεις από πρόσφατες ομάδες εργασίας του Υπουργείου Υγείας και της Ε.Ι.Ν.Α.Π. (19,20). Από τη μελέτη λοιπόν αυτή προέκυψε ότι το σύστημα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- 1) Άνιση περιφερειακή κατανομή ψυχιάτρων στο γενικό πληθυσμό συγκριτικά με όλους τους άλλους γιατρούς. Το 60% των ψυχιάτρων εργάζεται στην Αθήνα η οποία έχει το 32% του πληθυσμού της χώρας (Πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Περιφερειακή κατανομή γιατρών ψυχιάτρων και νοσοκομειακών κρεβατιών Γενικής Ιατρικής και Ψυχιατρικά στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΓΙΑΤΡΟΙ /100.000	ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ /100.000	ΤΟΜΕΑΣ ΓΕΝ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΡΕΒΒΑΤΙΑ /1000 δημόσια Ιδιωτικά Σύνολο			ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΚΡΕΒΒΑΤΙΑ /1000 δημόσια Ιδιωτικά Σύνολο		
Ευρώπη Περ. Αθήνας	411.94	16.71	5.66	3.81	9.47	1.37	0.89	2.26
Στερεά	66.02	0.72	0.99	1.11	2.11	0.00	0.03	0.03
Πελοπόν.	103.00	1.97	2.27	1.21	3.48	0.54	0.05	0.51
Ιόνια νησιά	113.34	2.18	5.52	0.45	6.00	2.77	0.00	2.77
Ήπειρος	102.60	2.77	1.57	1.05	2.62	0.04	0.00	0.04
Θεσσαλία	116.60	4.02	0.94	2.84	3.79	0.00	0.86	0.86
Μακεδονία	212.00	7.78	3.14	2.58	5.72	0.77	0.29	1.07
Θράκη	73.57	2.60	1.68	1.24	2.92	0.04	0.11	0.16
Ν.Αιγαίου	100.34	2.10	6.94	0.69	7.63	0.00	0.00	0.00
Κρήτη	109.32	2.98	2.56	2.87	5.43	0.83	0.29	1.13
Σύνολο	218.90	7.93	3.51	2.49	5.98	0.94	0.43	1.37

- 2) Συγκεντρωτισμός υπηρεσιών. Η σχέση κρεβάτι/πληθυσμός κυμαίνεται από το 0.03 μέχρι το 2.77 (Πίνακας 5). Υπάρχουν μερικές περιοχές χωρίς ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες.

Οι 32 από τις 60 δημόσιες ή ιδιωτικές κλινικές είναι εγκατεστημένες στην Αθήνα με ένα σύνολο 8519 κρεβατιών από τον συνολικό αριθμό των 13.432. Υπάρχουν 11 από τους 51 νομούς με ένα συνολικό πληθυσμό 900.000 κατοίκων χωρίς κανένα ψυχίατρο.

Η συνολική σχέση κρεβατιών ανά 1000 κατοίκους είναι 1,37 πολύ μικρότερη από το μέσο αριθμό κρεβατιών ανά πληθυσμό άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Συμπληρωματικά δεν υπάρχουν συστηματικές ψυχιατρικές μονάδες σε μεγάλα γενικά νοσοκομεία των αστικών κέντρων με αποτέλεσμα η ψυχιατρική να απομονώνεται από τις άλλες ειδικότητες, ο δε παθολογικός ασθενής να αποστερείται της ψυχιατρικής συμβουλευτικής που πολλές φορές απαιτείται.

- 3) Συγκεντρωτισμός των περισσότερων κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών σε τρία ψυχιατρεία (Πίνακας 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Κατανομή των κρεβατιών, κρεβατιών/προσωπικό και του αριθμού νοσηλευόμενων σύμφωνα με τον αριθμό κρεβατιών στον τομέα γενικής ιατρικής και ψυχιατρικής

	Αριθμός Κρεβατιών						
	Σύνολο	11-20	21-40	41-100	101-300	301-1000	1001-8000
Τομέας Γεν. Ιατρικής Κρεβ. %	100.0	2.9	3.9	26.2	43.1	19.2	4.5
Τομέας Ψυχιατρικός Κρεβ. %	100.0	0.5	1.8	10.1	20.2	29.9	37.1
Κρεβάτια/Γιατροί	5.0	15.4	8.8	7.0	5.4	3.2	3.5
Κρεβάτια/Ψυχίατροι	29.9	17.0	11.6	13.1	14.9	25.9	54.2
Κρεβάτια/Προσωπικό Γεν. Ιατρικής	3.2	8.9	5.1	4.1	3.3	2.4	2.1
Κρεβάτια/Προσωπικό Ψυχιατρικής	61.1	4.6	5.0	5.1	5.0	7.4	6.5
Αριθμός Ιδρυμάτων Γεν. Ιατρικής	304	90	30	103	69	11	1
Αριθμός Ιδρυμάτων Ψυχιατρικών	60	6	8	20	17	6	3

- 4) Ανισότιμη κατανομή ψυχιάτρων και προσωπικού ανά κρεβάτι σε σχέση με το μέγεθος των ψυχιατρικών νοσοκομειακών μονάδων συγκριτικά με τις μονάδες γενικής ιατρικής (Πίνακας 6). Αυτές οι διαφορές δημιουργούν αύξηση του χρόνου νοσηλείας στα κρατικά ψυχιατρεία και χαμηλή γενικά αποδοτικότητα των υπηρεσιών. Θα πρέπει να προστεθεί επίσης και η ανισότιμη παροχή οικονομικής ενίσχυσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με τον τομέα της γενικής ιατρικής (20).
- 5) Περιορισμένη διαθεσιμότητα των κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών που κατεβάζει τη σχέση κρεβατιού /1000 κατοίκους σε 0,76/1000 δίνει το 44,7% των κρατικών κρεβατιών που καταλαμβάνονται από χρόνιους αρρώστους. (Πίνακας 7).
- 6) Έλλειψη εναλλακτικού δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής που αποτελούν το φίλτρο για την είσοδο στο ψυχιατρείο παρέχοντας πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρόληψη.
- 7) Απουσία ανώτατου επιπέδου εκπαίδευσης ψυχολόγων, κοι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Αριθμός αρρώστων και κρεβατιών (μακράς και μικρότερης του ενός έτους νοσηλείας) πληρότητα και μέσος χρόνος νοσηλείας στον Τομέα Γενικής Ιατρικής και Ψυχιατρικής.

	Τομέας Γεν. Ιατρικής	Ψυχιατρικός Τομέας
Αριθμός ασθενών	1.063.176	24.268
Θάνατοι	25.821	864
Μέσος χρόν. νοσηλείας (ημ)	13.70	136.0
Αριθμός κρεβατιών	58.924 (100.0)	13.432 (100.0)
Μακράς νοσηλείας	1.552 (2.6)	6.013 (44.7)
Διάρκειας μικρότερης ενός έτους	57.442 (97.4)	7.419 (55.3)
Πληρότητα %	68	93

νωνικών λειτουργιών, εργοθεραπευτών και ειδικών υγιεινολόγων κοινοτικής ψυχικής υγιεινής.

- 8) Τέλος υπάρχουν και άλλοι παράγοντες σημαντικοί όπως η άνιση ποιότητα υπηρεσιών των ποικίλων ασφαλιστικών ταμείων η απουσία νομικών ασφαλιστικών μέτρων για την αποκατάσταση ή των εναλλακτική λύση διαμονής πέρα από το άσυλο (προστατευμένα διαμερίσματα, ξενώνες κλπ.). Όλα τα παραπάνω καθορίζουν τον έντονο ταξικό χαρακτήρα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα σήμερα.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Ο σημαντικός αυτός τομέας της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας καλύπτεται με τα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών και πανεπιστημιακών κλινικών στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα και Αλεξανδρούπολη ενώ παράλληλα οι νευροψυχίατροι που εργάζονται στα 60 περίπου περιφερειακά παραρτήματα του Ι.Κ.Α. καλύπτουν ψυχιατρικά τους ασφαλισμένους του ιδρύματος. Πρέπει να αφηρθεί επίσης η συμβολή των υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής που μέχρι το 1964 αποτελούσε παράρτημα του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος και από τότε αποτελεί Ν.Π.Ι.Δ.

Η ιδιαιτερότητα του Κ.Ψ.Υ. συνίσταται από το ότι, πρώτο αυτό εισήγαγε στη χώρα μας στα μέσα του 1960 υπηρεσίες άγνωστες μέχρι τότε όπως σταθμοί κοινωνικών βοηθειών, συμβουλευτικός σταθμός μονάδα ημερήσιας περίθαλψης (Day care) ψυχοθεραπευτική μονάδα, μονάδες για παιδιά με ειδικά προβλήματα κ.α.

Το Κ.Ψ.Υ. με δυο παραρτήματα του στον Πειραιά και στη Θεσσαλονίκη λειτούργησαν χωρίς συγκεκριμένο γεωγραφικό τομέα και χωρίς διασύνδεση με ενδονοσοκομειακή μονάδα. Αποτέλεσμα ήταν μια σημαντική μείωση των επισκέψεων στις υπηρεσίες ενηλίκων του Κέντρου μεταξύ των ετών 1957 και 1975 όπως προκύπτει από τα πεπραγμένα του ιδρύματος.

Από 3.017 άτομα που επισκέφθηκαν το 1957 την Υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Κ.Ψ.Υ. Αθήνας, 208 μόνο άτομα

ζήτησαν βοήθεια κατά το 1975 (93% μείωση). Η ίδια ποσο-
στιαία μείωση παρατηρήθηκε και στις επισκέψεις στις υπηρε-
σίες του Κ.Ψ.Υ. Πειραιά και Θεσσαλονίκης.

Παρόμοια λειτουργικά φαινόμενα έχουν παρατηρηθεί σε
άλλα κέντρα του εξωτερικού με παρεμφερή τύπο παροχής υπη-
ρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Υπάρχουν τέλος 6 μονάδες ημερήσιας περίθαλψης, αριθμός
ανεπαρκής για τις ανάγκες της κάλυψης της νοσηλευτικής νο-
σηρότητας.

Πρόσφατες εξελίξεις

Είναι γενικά αποδεκτό ότι σημαντικές εξελίξεις στον τομέα
της Ψυχικής Υγείας παρατηρούνται από τα τέλη της δεκαετίας
του 1970. Σ' αυτές πρέπει να περιληφθούν:

- 1) Η λειτουργία της Μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής (τέλη
του 1977) από την Ψ.Κ.Π.Α. για τη μελέτη των διαστά-
σεων της ψυχικής αρρώστειας στη χώρα μας.
- 2) Η λειτουργία της 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας για την
Ευρεία Περιοχή της Αθήνας στο Αιγινήτειο νοσοκομείο
από το 1978.
- 3) Το υπουργικό διάταγμα που ρυθμίζει την αναγκαστική νο-
σηλεία το 1978.
- 4) Η οργάνωση και λειτουργία από το 1979 του Κέντρου Κοι-
νοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής από την
Ψ.Κ.Π.Α. που είναι μοναδικό μέχρι σήμερα Κέντρο που
λειτουργεί με τομέα ευθύνης και εξυπηρετεί τους 100.000
κατοίκους των δυο δήμων(21).
- 5) Η λειτουργία ψυχιατρικών κλινικών στα Πανεπιστήμια
Πατρών, Ιωαννίνων και του παραρτήματος Αλεξανδρου-
πόλεως που περιλαμβάνει και μονάδες ενδονοσοκομειακής
νοσηλείας (στα Ιωάννινα και Αλεξανδρούπολη) (1981 -
82).
- 6) Ο διαχωρισμός ειδικότητας της Ψυχιατρικής από τη Νευ-
ρολογία και την αύξηση του απαιτούμενου χρόνου (1981).

7) Η νομοθεσία του 1981 για την προστασία των σωματικά
και ψυχικά αναπήρων και τα ειδικά προγράμματα του
Ο.Α.Ε.Δ.

8) Η δημιουργία κατά το 1980 Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής
Υγείας στη Θεσσαλονίκη από τη Β' Πανεπιστημιακή Ψυ-
χιατρική Κλινική(22) (που λειτουργεί χωρίς τομέα ευθύ-
νης) και Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στην Αλε-
ξανδρούπολη που καλύπτει το νομό.

9) Η δημιουργία από την ιδιωτική πρωτοβουλία δυο ψυχοθε-
ραπευτικών Κέντρων στην Αθήνα και μιας κινητής μονά-
δας που καλύπτει το νομό Φωκίδας (1981).

10) Η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής (τομέας) στο προτεινόμενο
σχέδιο του εθνικού συστήματος υγείας με παράλληλη τη
δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής
(1982).

11) Η ολοένα αυξημένη ευαισθησία των ειδικών αλλά και του
κοινού μπροστά στα προβλήματα ψυχικής υγείας, την οι-
κολογία, τα προβλήματα της αστικοποίησης. Σημαντική
συμβολή υπήρξε και η δημιουργία ομάδων πίεσης για την
ανάγκη της αναμόρφωσης του ψυχιατρικού συστήματος.

Η ελληνική κοινωνία κατά τα τελευταία 30 χρόνια έχει υπο-
στεί σημαντικό μετασχηματισμό με κυριότερα αίτια την αστυ-
φιλία, την εκβιομηχάνιση και τη μετανάστευση, σαν αποτέλε-
σμα της μετεμφυλιακής οικονομικής κατάστασης της χώρας.

Η μεταβατική αυτή κατάσταση της ελληνικής κοινωνίας επι-
δρά στη διαμόρφωση ενός νέου τύπου οικογένειας, του πυρηνι-
κού, ενώ παράλληλα διαπιστώνονται μια σειρά από σημαντικές
αλλαγές (χαλάρωση συγγενικών δεσμών, αλλαγή ρόλων και ε-
ξουσίας άνδρα και γυναίκας) που φαίνεται να δημιουργούν έ-
δαφος για την πρόκληση stress μηχανισμών και εξασθένηση του
μικροπεριβαλλοντικού υποστηρικτικού συστήματος για τα
ευάλωτα ψυχικά άτομα.

Η ελληνική κοινωνία βρίσκεται από πλευράς πρωτοβάθμιας
περίθαλψης τελείως ανέτοιμη να αντιμετωπίσει τις αυξημένες
ανάγκες όπως αυτές διαπιστώθηκαν με τις έρευνες που αναφέ-

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Περιφερειακή κατανομή των ψυχιατρικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σύμφωνα με τον
τύπο της υπηρεσίας

	ΕΥΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΘΗΝΑΣ					ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ					ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΧΩΡΑ				
	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.	Εξ.ψ. Νοσοκ. Κέντρο Ψυχ. Ιατρ. Ημέρ.
Δημόσια Ψυχιατρ.	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Ι.Κ.Α.	26	-	-	-	-	13	-	-	-	-	21	-	-	-	-
Ψυχιατρικές Κλινικές Πανε-πιστημίων	1	1	-	1	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	2	2	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Ιδιωτικές Οργανώσεις	1	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Σύνολο	30	4	-	5	1	15	1	-	1	1	26	-	-	1	1

ραμε για συμβουλευτική, για ψυχοθεραπεία, για μετανασκομειακή παρακολούθηση και αποκατάσταση, στις αστικές κυρίως περιοχές.

Η λειτουργία του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής προσφέρει ένα μοντέλο σύνθετης παροχής υπηρεσιών με χαμηλό κόστος αλλά καλή αποδοτικότητα(23).

Κάθε μέτρο από την πλευρά της πολιτείας πρέπει να αποδεχθεί τις τοπικές ιδιαιτερότητες και τα σημερινά διαπιστωμένα προβλήματα του συστήματος, να ελέγξει τον υπερτροφικό ιδιωτικό τομέα, να συντονίσει το δημόσιο τμήμα και να ακολουθήσει την επιστημονικότητα των κλάδων της Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

1. Χρησιμοποιώ τον όρο «επικράτηση» ερμηνεύοντας τον όρο prevalence αντί του καθιερωμένου στη χώρα μας «επιπολασμός» πιστεύοντας στη στενότερη εννοιολογική συγγένεια της απόδοσης του όρου prevalence αφού οι ψυχικές διαταραχές δεν επιπλέουν: (επιπολάζω = float = επιπλέω).
1. Το σημείο διάκρισης (cutting point) των 6 ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων έχει βρεθεί από τις στατιστικές επεξεργασίες ερευνητών ότι εξισορροπεί τον αριθμό των εσφαλμένα θετικών και αρνητικών αναγνωρίσεων ενός ατόμου σαν πάσχοντος ή όχι (7).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Madianos, M. (1983) Mental illness and mental health care in Greece Public Health Reviews XI 1, 73-93.
- 2) Μαδιανός, Μ. Κουνιάκη, Α. Μαδιανού, Δ. Βλαχονικολής, Γ. και Στεφανής, Κ. (1983) Επιδημιολογία των ψυχικών παθήσεων στην Ελλάδα: Προκαταρκτικά ευρήματα Εγκέφαλος 20,1, 16-23.
- 3) Μαδιανός, Μ. Κουνιάκη, Α. Μαδιανού, Δ. Βλαχονικολής, Γ. και Στεφανής, Κ. (1983) Γεωγραφική κατανομή των σχιζοφρενικών αρρώστων στην Ελλάδα, Ιατρική 43 216-221
- 4) Μαδιανός, Μ. (1983) Κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη και ψυχική αρρώστια: Μια προσπάθεια διερεύνησης της σχέσης. Σύγχρονα Θέματα 17 96-99.
- 5) Dohrenwend B.P. and Dohrenwend B.S. (1974) Social and Cultural influences on Psychopathology Ann. Rev. Psychol. 25,1,274, 417-451.
- 6) Μαδιανός, Μ. και Ζαρναρη, Ο. (1983). Η επικράτηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε τυχαίο δείγμα 4083 ατόμων αστικού και αγροτικού πληθυσμού, Εγκέφαλος 20 9-15.
- 7) Seiler L.H. (1973) The 22 item scale used in field studies of Mental illness: A question of method, a question of substance and a question of theory. J. Health and Social Beh. 14 252-264.
- 8) Μαδιανός, Μ. Βαϊδάκης, Ν. Καψάλη, Α. Τομαράς, Β. Μαδιανού, Δ. Κουνιάκη, Α. Τρυψιάνη, Μ. και Παπαγεωργίου, Α. (1983) Διερεύνηση της ψυχικής κατάστασης αντιπροσωπευτικού δείγματος κατοίκων μιας κοινότητας, Εγκέφαλος 21, 1, 24-28.
- 9) Kokkevi, A. Adamou, A. Repapi, M. Typaldo M. and Stefanis, C. (1983) Depressive symptoms in a Greek population, sample in C. Stefanis (Ed.) Recent advances in depression Pergamon Press Oxford 65-72.
- 10) Madianos, M. Madianou, D. and Stefanis, C. (1981) A cross cultural Study on Immigration and Mental Health, Neurologia of Psychiatric 4 1, 74-79.
- 11) Bazas, T. Jemos, J. Stefanis, C and Trichopoulos, D. (1979) Incidence and seasonal variation of suicide mortality in Greece. Comprh. Psychiat. 20 1, 15-20.
- 12) Stefanis, C. Ballas, C. and Madianou, D. (1975) Sociocultural and epidemiological effects of hashish use in Greece in V. Rubin (Ed.) Cannabis and Culture Monton thw Hague pp 303-306.
- 13) Liakos, A. Madianos, M. and Stefanis, C. (1980) Alcohol consumption and rates of alcoholism in Greece Drug Alcohol dependance pp. 425-430.
- 14) Blum, R. and Blum, E. (1965) Health and healing in rural Greece Stanford Univ. Press Stanford.
- 15) Sefilios Potshchild, C. (1969) Deviance and mental illness in the Greek family, Family Process 100-107.
- 16) Stefanis, C. and Madianos, M. The chronic mentally ill in Greece: Recent developm. in treatment and rehabilitation Hosp. Community Psychiatry (δεκτή για δημοσίευση).
- 17) Βλαχονικολής, Γ. Μαδιανός, Μ. και Στεφανής, Κ. (1982). Σχιζοφρένεια: Η επίδραση κοινωνικών δημογραφικών μεταβλητών στο χρόνο νοσηλείας. Εγκέφαλος 19 1, 92-95.
- 18) Μαδιανός, Μ. (1980) Επιπολιτισμός και Ψυχική Υγεία Ελλήνων μεταναστών στις ΗΠΑ. Διδακτορική Διατριβή Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 19) Stefanis, C. and Madianos, M. (1981). Mental Health care delivery system in Greece: A critical overview in G. Christodoulou (Ed.). Aspects of Preventive Psychiatry Bibliotheca Psychiatrica 160 78-83 Karger Basel.
- 20) Στεφανής, Κ. και Μαδιανός, Μ. (1980) Διαπιστώσεις και προοπτικές για την περιφερειακή ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ιατρική 38, 241-249.
- 21) Μαδιανός, Μ. και Στεφανής, Κ. (1980) Ψυχιατρική στην Κοινότητα: Προοπτικές για ένα Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Εγκέφαλος 17, 2, 54-58.
- 22) Μάνος, Ν. και Λογοθέτης, Ι. (1983) Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Εγκέφαλος 20, 2, 107-111.
- 23) Stefanis, C. Madianos, M. Madianou, D and Kounalaki, A. (1983) The first community mental Health Center in Greece: Three years assessment of an experiment in P. Berner (sen. Ed.) Proceedings of the VII World Congress of the Psychiatry plenum Press N. York (Πρόκειται να δημοσιευθεί).

