

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Κλινική πρακτική επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση Διλήμματα και αδιέξοδα

Οι Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΜΕΠΨ) αποτελούν νεοσύστατες δομές Κοινωνικής Ψυχιατρικής στη χώρα μας. Η ίδρυσή τους βασίστηκε στη θετική αποτίμηση της επίδρασής τους στα νέα άτομα και στις οικογένειές τους, για περισσότερες από τρεις δεκαετίες σε χώρες του εξωτερικού. Η φιλοσοφία των ΜΕΠΨ θεμελιώνεται στις αρχές της κλινικής διευθέτησης και της κλινικής εκτίμησης. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκτιμώντας τις ανάγκες και τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και των φροντιστών τους σχεδιάζουν, αξιολογούν και επανεκτιμούν συνεχώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρά τις διαρκείς προσπάθειες, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι με την πραγματικότητα της περιορισμένης αποτελεσματικότητας που σχετίζεται με προκλήσεις και δυσχέρειες οι οποίες αφορούν σε «δύσκολους» ασθενείς και «δύσκολες» οικογένειες. Η αντιμετώπιση των εν λόγω προκλήσεων από την πλευρά των επαγγελματιών προϋποθέτει εσωτερική καλλιέργεια και μεταβολισμένη λειτουργία των κανόνων της ηθικής, της δεοντολογίας και της νομολογίας. Το κλινικό περιστατικό το οποίο παρατίθεται ξεδιπλώνει τη συλλογιστική των δεοντολογικών αρχών και των ηθικών διλημάτων που καλούνται συχνά να αντιμετωπίσουν στην κλινική πρακτική οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις ΜΕΠΨ.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση (ΕΠΨ) έχει καθιερωθεί για περισσότερες από τρεις δεκαετίες στα συστήματα υγείας και παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας πολλών ανεπτυγμένων χωρών, όπως Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Αγγλία, Δανία, Νορβηγία, Ελβετία, Βέλγιο κ.ά., με τη δημιουργία εξειδικευμένων Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΜΕΠΨ). Πρόκειται για μονάδες με κοινοτικό προσανατολισμό, με χαρακτηριστικό τους την ολιστική και ανθρωποκεντρική προσέγγιση, οι οποίες αποσκοπούν στην πρόληψη και στην έγκαιρη αντιμετώπιση από τα πρώιμα στάδια εμφάνισης της ψυχωσικής διαταραχής. Οι μονάδες αυτές παρέχουν ολιστικού τύπου φροντίδα φαρμακολογική, ψυχολογική, κοινωνική και ψυχοθεραπευτική. Η υποστήριξη των εξυπηρετούμενων πραγματοποιείται στο πλαίσιο της κοινότητας ή στον χώρο του ατόμου που νοσεί. Οι ΜΕΠΨ υιοθετούν τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, του αποστιγματισμού της ψυχικής ασθένειας, της σύμπλευσης στον θεραπευτικό

σχεδιασμό με τον(την) ασθενή και της αποφυγής των υποτροπών, αποσκοπώντας στην όσο το δυνατόν πιο άμεση κοινωνική, λειτουργική και επαγγελματική αποκατάσταση (recovery).¹

Οι στόχοι των προγραμμάτων που αναπτύσσονται στις ΜΕΠΨ προσανατολίζονται στη μείωση της διάρκειας «μη θεραπευόμενης ψύχωσης», ώστε αυτή να μην υπερβαίνει τους 3–6 μήνες, στον περιορισμό των ακούσιων θεραπειών σε ποσοστό <50% και του αριθμού των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών κατά 50%, στη μείωση των χαμένων ημερών λόγω αναπηρίας και, τέλος, στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας με την παροχή ουσιαστικής υποστήριξης για τη βελτίωση της λειτουργικότητας, την ικανοποίηση από την ανάληψη ρόλων και την ισότιμη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία.^{2,3}

Επίσημα, για πρώτη φορά το 2021 θεσμοθετήθηκαν στη χώρα μας από το Υπουργείο Υγείας εννέα ΜΕΠΨ και προσδιορίστηκε ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2026, 43(1):106–111
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2026, 43(1):106–111

Σ. Μαρτινάκη,^{1,2}
Α. Παπαϊωάννου²

¹Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
²Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

Clinical practice of mental health
professionals in early intervention
units for psychosis: Challenges
and dilemmas

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δεοντολογία
Δύσκολος ασθενής
Ηθικά διλήμματα
Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης
στην Ψύχωση

Υποβλήθηκε 30.10.2024
Εγκρίθηκε 21.11.2024

τους.⁴ Η αρχική πρόβλεψη περιλάμβανε την κάλυψη ενός μεγάλου μέρους της επικράτειας με την ίδρυση εννέα μονάδων (τρεις στην Αττική και από μία στη Θεσσαλονίκη, στα Ιωάννινα, στη Θεσσαλία, στην Πελοπόννησο, στα Δωδεκάνησα, στο Ηράκλειο Κρήτης), ενώ προβλέπεται και η σταδιακή δημιουργία νέων τα επόμενα έτη.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συχνά έρχονται αντιμέτωποι με προκλήσεις και διλήμματα που δοκιμάζουν την κρίση τους ως προς τη λήψη ορθών και ηθικών αποφάσεων. Στις μονάδες Κοινωνικής Ψυχιατρικής, όπως οι νεοσύστατες ΜΕΠΨ, οι προκλήσεις είναι συχνές εξ αιτίας των πολύπλευρων και σύνθετων αναγκών των ασθενών, των οικογενειών τους και του ευρύτερου περιβάλλοντος. Ένα τέτοιο παράδειγμα συνιστά η διαδικασία κινητοποίησης μιας ακούσιας εξέτασης για πιθανή νοσηλεία ενός ατόμου, που συχνά οι συγγενείς τη μεταθέτουν στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των μονάδων, αντί να απευθυνθούν οι ίδιοι στην Εισαγγελία Ακροάσεων ή στο Αστυνομικό Τμήμα της περιοχής τους, όπως προβλέπει ο νόμος.⁵ Συνήθως, η πίεση που ασκείται από την πλευρά των φροντιστών στους επαγγελματίες υγείας εξυπηρετεί πρωτίστως την ανάγκη να μην αντιμετωπίσουν τους φόβους τους, αλλά και να αποφύγουν τυχόν επικρίσεις και τον θυμό του ασθενούς. Ωστόσο, η διαδικασία μιας ακούσιας εξέτασης και νοσηλείας συνιστά μια σκληρή πραγματικότητα για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, όπου από τη μια οι ασθενείς έχουν να διαχειριστούν την «προδοσία» των δικών τους ανθρώπων και από την άλλη οι φροντιστές τις ενοχές τους, ενώ οι επαγγελματίες πασχίζουν να γεφυρώσουν τα εν λόγω δύσκολα συναισθήματα και να συνδέσουν τα σπασμένα τμήματα των σχέσεων που έχουν διαρραγεί. Σε κάθε περίπτωση, τέτοιες καταστάσεις δυναμιτίζουν τη σχέση μεταξύ επαγγελματιών, ασθενών και φροντιστών, προκαλώντας στους πρώτους ηθικά διλήμματα και συγκρούσεις. Οι αξίες και η ηθική που υπαγορεύουν τη λειτουργία των επαγγελματιών σε αυτές τις μονάδες θεωρητικά πρέπει να καθορίζουν τις θεραπευτικές επιλογές τους. Στην πράξη όμως η εφαρμογή τους χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις, εξατομίκευση και λεπτές διαφοροποιήσεις.⁶ Γίνεται εμφανές πόσο αναγκαία μεταβαλλόμενες είναι οι επιλογές των θεραπευτικών παρεμβάσεων, ώστε να επιτευχθεί η συνεργασία και η επικοινωνία ανάμεσα στους τρεις, επαγγελματίες, ασθενείς, οικογένεια, που άλλωστε είναι και το τελικό ζητούμενο.

2. ΑΡΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ

Η καθημερινή κλινική πρακτική των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις ΜΕΠΨ, όπως σε όλες τις ψυχιατρικές δομές, θεμελιώνεται σε δύο βασικούς άξονες: την κλι-

νική διευθέτηση και την κλινική αποτίμηση αυτών των διευθετήσεων. Η κλινική διευθέτηση αφορά στη διαρκή ευθύνη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην εξασφάλιση υψηλών προτύπων φροντίδας. Αντίστοιχα, η κλινική αποτίμηση περιλαμβάνει όλες εκείνες τις απαραίτητες διαδικασίες όπου οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας επανεξετάζουν το επίπεδο της φροντίδας το οποίο προσφέρουν, σε σχέση με τις προϋποθέσεις που έχουν θέσει και ανάλογα προβαίνουν σε αναγκαίες αλλαγές, οι οποίες και πάλι εξετάζονται, στη βάση πάντα των αρχών της ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών.⁷

Οι εμπειρίες που έχουν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους από την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τη συμπεριφορά του προσωπικού, το περιβάλλον της φροντίδας και τη δυνατότητα συμμετοχής τους στο θεραπευτικό πλάνο, αποτελούν παράγοντες που δρουν καταλυτικά για μια δομημένη θεραπευτική αλλαγή. Επομένως, οι εμπειρίες τους είναι χρήσιμο να προσμετρώνται και να διαμορφώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αλλά και οι ίδιοι οι επαγγελματίες επιθυμούν να παρέχουν αποτελεσματική θεραπεία βασισμένη στις βέλτιστες διαθέσιμες αποδείξεις. Για τον λόγο αυτόν, χρειάζεται να βρίσκονται σε ετοιμότητα και να αναζητούν ενδείξεις, να τις εκτιμούν κριτικά και να διαθέτουν ευελιξία και προσαρμοστικότητα, όπου αυτό απαιτείται, για να μπορούν να τροποποιούν την πρακτική τους. Η εύρεση ενδείξεων θα σηματοδοτήσει μια νέα πρακτική, που πιθανόν να σημαίνει αλλαγή του προκαθορισμένου τρόπου εργασίας τους.

Ωστόσο, η περιορισμένη αποτελεσματικότητα φαίνεται να συνιστά κανόνα και όχι εξαίρεση, αφού η εφαρμογή των παραπάνω επηρεάζεται από τις δυνατότητες και τις δυνάμεις του ασθενούς, την επιθυμία του για αλλαγή, τα άτυπα και τα τυπικά δίκτυα υποστήριξης, τις δεξιότητες του επαγγελματία και το σωστό ταίριασμα υπηρεσίας-αναγκών του εξυπηρετούμενου.⁸

3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ: Ο «ΔΥΣΚΟΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΗΣ

Αποτελεί γενική παραδοχή ότι σε διάφορα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας αντιλαμβάνονται συγκεκριμένους ασθενείς ως «δύσκολους».⁹ Το επίθετο «δύσκολος» αναφέρεται συχνά στην έλλειψη συνεργασίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία και παρ' όλο που ο ασθενής με κάποιον τρόπο αναζητά βοήθεια και φροντίδα, δεν δέχεται εύκολα αυτό που προσφέρεται. Οι ομάδες των δύσκολων ατόμων περιλαμβάνουν αποσυρμένους ασθενείς, δυσπρόσιτους ασθενείς, απαιτητικούς και διεκδικητικούς ασθενείς, ασθε-

νείς που επιδιώκουν τη χειραγώγηση, επιθετικούς ασθενείς, απρόθυμους ασθενείς ή και ακούσια προσερχόμενους ασθενείς.¹⁰ Εμπειρία κοινή στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελεί το γεγονός ότι οι ασθενείς με πτωχή ή και ανύπαρκτη εναισθησία δεν μπορούν να αναγνωρίσουν την παρεχόμενη φροντίδα ως κάτι που τους λείπει και το έχουν ανάγκη. Συνεπώς, το κίνητρο για την αλλαγή ή τη βελτίωσή τους είναι εξαιρετικά αδύναμο. Ωστόσο, για να γίνει κάποια διάκριση μεταξύ των πρωτογενών χαρακτηριστικών της ασθένειας (συμπτώματα), του τρόπου με τον οποίο το άτομο ανταποκρίνεται στην ασθένεια (συμπεριφορά ασθένειας) και των ατομικών χαρακτηριστικών του ατόμου (προσωπικότητα) απαιτείται χρόνος και συνέχεια.¹¹ Οι παράμετροι του χρόνου και του συνεχούς κρίνονται αναγκαίοι και απαραίτητοι για την εγκατάσταση της βασικής εμπιστοσύνης πάνω στην οποία κτίζεται η θεραπευτική συμμαχία, η οποία με τη σειρά της θα υποστηρίξει και θα εκπληρώσει το επιδιωκόμενο – τη θεραπευτική σχέση.

Το να είναι κάποιος δύσκολος ή απρόθυμος δεν συνιστά κάποια παρατηρήσιμη διαταραχή ή σύμπτωμα, αλλά μια κρίση η οποία γίνεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και αφορά σε έναν ασθενή που είναι δύσκολο να είναι κάποιος μαζί του, αναπτύσσοντας κάποιο επίπεδο συνεργασίας.¹⁰

Είναι σημαντική η κατανόηση της αμυντικότητας και της απροθυμίας τις οποίες συχνά εκφράζουν οι ασθενείς ως λειτουργίες που προστατεύουν από το βαθύ εσωτερικό άγχος και τους φόβους από τους οποίους κατακλύζονται. Είναι θεμιτό, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να επανεξετάζουν κάθε φορά τις δικές τους αντιλήψεις και τα συναισθήματα, που μπορεί άθελά τους να ενισχύουν τις δύσκολες συμπεριφορές και τα αδιέξοδα στη σχέση με τον ασθενή.

Η θεραπευτική συμμαχία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την αμοιβαία κατανόηση και την απόδοση νοήματος στις δύσκολες συμπεριφορές του ασθενούς και εξαρτάται από τη φύση της θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται.¹² Ένας δύσκολος, απρόθυμος ή ακούσια προσερχόμενος ασθενής αποτελεί συχνή πραγματικότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που παρά το γεγονός ότι αναζητά ένα καταφύγιο φροντίδας σε μια ΜΕΠΨ, την ίδια στιγμή ακυρώνει το ίδιο το αίτημά του. Στην προσπάθειά τους οι επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν ανάλογες περιπτώσεις, δεν είναι λίγες οι φορές που αισθάνονται άλλοτε να ακινητοποιούνται και άλλοτε να ακυρώνονται οι προσπάθειές τους για διαμόρφωση μαζί με τον ασθενή του σχεδιασμού της θεραπευτικής παρέμβασης που του ταιριάζει περισσότερο και οργανώνει κάπως τις ανάγκες του.

4. ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Η αντιμετώπιση των ηθικών διλημάτων που διαρκώς

προκύπτουν στην κλινική πρακτική προϋποθέτει την εσωτερική καλλιέργεια του επαγγελματία και τη μεταβολισμένη λειτουργία των κανόνων της ηθικής, της δεοντολογίας και της νομολογίας.⁶ Πολλώ δε μάλλον, σε συνθήκες οι οποίες χαρακτηρίζονται από συγκρούσεις και παράδοξα (γκρίζες ζώνες) η θέσπιση κοινών στόχων και αξιακών επιλογών στη βάση των κανόνων της ηθικής και της δεοντολογίας προκαλεί ηθικά διλήμματα και διαμάχες που δεν μπορούν εύκολα να αποσαφηνιστούν και να απαντηθούν. Οι ασφαλιστικές δικλείδες οι οποίες προφυλάσσουν τον επαγγελματία ψυχικής υγείας και τον ασθενή που φροντίζει οδηγούν στην ανάγκη προσδιορισμού και αποδοχής συγκεκριμένων θεσμικών διαδικασιών, όπως η παρουσίαση του περιστατικού και των δυσκολιών του στο πλαίσιο της θεραπευτικής ομάδας, το μοίρασμα των δυσκολιών του θεραπευτή στο πλαίσιο θεσμοθετημένης εποπτείας εσωτερικά ή και εξωτερικά (εποπτεία σε ατομική ιδιωτική βάση). Άλλωστε, τα αδιέξοδα και οι δυσκολίες του επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι, μεταξύ άλλων, ο χωροχρόνος όπου αντικατοπτρίζονται οι συγκρούσεις και τα αδιέξοδα του ίδιου του ασθενούς. Η συγκεκριμένη κατανόηση είναι πολύ σημαντικό να υπογραμμιστεί.

4.1. Κλινικό περιστατικό

Ο Μ, 17,5 ετών, παραπέμφθηκε σε ΜΕΠΨ από το κλειστό ψυχιατρικό τμήμα στο οποίο νοσηλεύεταν με ακούσια νοσηλεία δύο περίπου μήνες, όπου και τέθηκε η διάγνωση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας και της θεραπείας του σε κοινοτικό εξωνοσοκομειακό πλαίσιο. Η νοσηλεία του στο κλειστό τμήμα πραγματοποιήθηκε μετά από υπόδειξη της επιμελήτριας ανηλίκων που είχε αναλάβει τη φροντίδα του, καθώς ο Μ λόγω εμπλοκής του με τον νόμο, ως ανήλικος, είχε λάβει το αναμορφωτικό μέτρο της επίβλεψης από υπηρεσία επιμελητών ανηλίκων (ΥΕΑ). Στο ποινικό ιστορικό του αναφέρεται σύλληψη επ' αυτοφώρω με μολότοφ στην περιοχή των Εξαρχείων, ενώ κατά τη διάρκεια του μέτρου της επιτήρησης παραβίασε τον κώδικα οδικής κυκλοφορίας (ΚΟΚ) καθώς οδηγούσε μηχανάκι χωρίς δίπλωμα. Ως παιδί είχε διαγνωστεί με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), μαθησιακές διαταραχές και σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς, ενώ είχε αλλάξει πολλά εκπαιδευτικά περιβάλλοντα, καθώς ήταν ένας διαταρακτικός και ανεπιθύμητος μαθητής. Διέκοψε το σχολείο χωρίς να ολοκληρώσει τη Β' Λυκείου. Ο Μ είχε ξεκινήσει από τα 12 του συστηματική χρήση κάνναβης (4–5 τσιγάρα καθημερινά) και άλλων ουσιών, όποτε βρισκόταν με τους φίλους του. Το οικογενειακό περιβάλλον αποτελείται από τη μητέρα, δύο μεγαλύτερες αδελφές και τη μητρική γιαγιά, που αδυνατούσαν να «κρατήσουν» τον

Μ. Ο πατέρας του απεβίωσε από καρκίνο του πνεύμονα όταν ο Μ ήταν νεογέννητος. Ο ίδιος γινόταν επιθετικός απέναντί τους, λεκτικά και σωματικά, με αποτέλεσμα να τον αποφεύγουν ή να υποκύπτουν στις απειλές του που αφορούσαν κυρίως σε χρήματα για την αγορά ουσιών. Πριν από τη νοσηλεία του είχε εκδηλώσει ιδέες αναφοράς και παρακολούθησης, ενώ είχε επιτεθεί σωματικά σε κάποιον γείτονα που διέμενε απέναντι από το σπίτι του γιατί πίστευε ότι τον παρακολουθεί και επιθυμεί το κακό του. Πριν από το εξιτήριο ενημερώθηκε για τις νέες ΜΕΠΨ και του προτάθηκε η συνέχιση της θεραπείας του εκεί. Η επιμελήτριά του εξέφρασε την ανησυχία της για την πορεία του Μ, καθώς πλησίαζε τα 18 και μια επόμενη παραβατική πράξη θα τον οδηγούσε πλέον στις φυλακές. Ο ίδιος δέχθηκε την παραπομπή ουδέτερα και αδιάφορα, λέγοντας ότι θα το δοκιμάσει. Στις αρχικές 1–2 συναντήσεις προσήλθε με τη μητέρα του. Στην πορεία δεν ήταν συνεπής στα ραντεβού, ενώ η μητέρα εξιστορούσε τις προσπάθειές της να τον πείσει να συνεχίσει. Είχε και πάλι κάνει τη νύκτα ημέρα, διέκοψε τη φαρμακευτική του αγωγή, έμενε κλεισμένος στο δωμάτιό του κάνοντας χρήση ουσιών και επικοινωνούσε μόνο με τους φίλους του. Έβγαινε έξω μόνο με το αυτοκίνητο της μητέρας του, που το οδηγούσε ο ίδιος υπό την επήρεια ουσιών ή κάνοντας χρήση μέσα σε αυτό. Η μητέρα συνέχιζε ανελλιπώς τις συναντήσεις με τους θεραπευτές της μονάδας εκφράζοντας διαρκώς την αγωνία της για το παιδί της και την πορεία του, χωρίς η ίδια να είναι σε θέση να τον οριοθετήσει, ούτε καν με την άρνησή της να του δώσει τα κλειδιά του αυτοκινήτου της. Το ενδεχόμενο μιας νέας ακούσιας νοσηλείας την τρομοκρατούσε και την ενοχοποιούσε. Ήταν σαφές ότι ήθελε να μεταθέσει την απόφαση στους επαγγελματίες της μονάδας.

Εμφατικά προκύπτουν τα αδιέξοδα και οι γκρίζες περιοχές των αποφάσεων και των πρακτικών για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στη ΜΕΠΨ. Πρόκειται για έναν έφηβο με βαρύ, πολυπαραγοντικό ιστορικό, που παραμένει αβοήθητος, εξαιρετικά εκτεθειμένος σε κινδύνους, τόσο προς τον εαυτό του όσο και προς την κοινότητα. Τα συμπτώματα και οι συμπεριφορές λόγω της νόσου, αλλά και της πλημμελούς φροντίδας του, θα προκαλούν νέους κύκλους βίας και αυτοκαταστροφής. Η μητέρα του, αδύναμη, δεν μπορεί να λειτουργήσει όπως εξυπακούεται εκ του φυσικού της ρόλου και στην ουσία παραιτείται από αυτόν, αναζητώντας να τον μεταθέσει κάπου, εν προκειμένω στους επαγγελματίες της ΜΕΠΨ. Σε ανάλογες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συνήθως θα προβούν σε σκέψεις που εμφορούνται από δύο προσεγγίσεις: την εφαρμογή των δεοντολογικών αρχών και τη σκέψη για τις συνέπειες των αποφάσεών τους. Σκεπτόμενοι τις επιλογές θεραπευτικού πλάνου και εξετάζοντας ποια στάση να υιο-

θετήσουν για την ελαχιστοποίηση του κόστους, χρειάζεται να μπορούν να απαντούν συνεχώς σε βασικά ερωτήματα, όπως ποιον ή τι ωφελούν, ποιον ή τι βλάπτουν. Συνεπώς, οι αποφάσεις τους και η υλοποίησή τους έχουν διττό σκοπό, τόσο το όφελος όσο και την ελαχιστοποίηση της βλάβης.¹³ Εκτιμώντας την πιθανότητα επίδρασης μιας παρέμβασης στα δικαιώματα του ατόμου σύμφωνα με τον νόμο, μια νέα σειρά ερωτημάτων προκύπτει:

- Πόσο θα επηρεαστεί η ψυχική υγεία και η σωματική ευημερία του ατόμου;
- Πόσο επηρεάζεται η ιδιωτική ζωή και η οικογένεια του ατόμου;
- Πόσο επηρεάζεται η ατομική ελευθερία σκέψης, έκφρασης και συνείδησής του;
- Πόσο μπορούμε να προχωρήσουμε αποδεχόμενοι την αρχή ότι κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να κάνει τις δικές του επιλογές;

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με την πραγματικότητα της εύθραυστης ισορροπίας μεταξύ αυτών που αναζητούν τη φροντίδα και εκείνων οι οποίοι την παρέχουν. Ανεξάρτητα, όμως, από το αν προσπαθούν να ανταποκριθούν σε αυτή την ευθραυστότητα μέσα από τη δημιουργία μιας αντίληψης και ενός περιβάλλοντος ισότητας, υποστήριξης και συνηγορίας για τους ασθενείς, οι ίδιοι οι ασθενείς θα συνεχίζουν να επιζητούν τη φροντίδα, γεγονός που τοποθετεί τους επαγγελματίες σε μια θέση «παντοδύναμης ισχύος». Έτσι, και οι επαγγελματίες έχουν να αντιπαρέλθουν τις δικές τους ιδέες παντοδυναμίας για τη φροντίδα των ασθενών τους. Ιδέες οι οποίες συχνά γίνονται τόσο επίμονες και απαιτητικές που εξουθενώνουν και οδηγούν σε άστοχα και μη λειτουργικά θεραπευτικά σχήματα. Η αναγνώριση και παραδοχή των ορίων της θεραπευτικής παρέμβασης εκ μέρους του επαγγελματία με αναρωτήσεις, όπως «πόσο αντέχω;», «πόσο μπορώ;», «έως εκεί μπορώ...», θα τον προστατέψουν από τις ελκυστικές και βασανιστικές παγίδες της παντοδυναμίας. Οι κώδικες δεοντολογίας, με τη σειρά τους, εμπνέουν και δεσμεύουν τους επαγγελματίες ως προς τον σεβασμό του ατόμου και της αυτοδιάθεσής του, την ανάπτυξη μιας σχέσης συνεργασίας, την ενίσχυση των δυνατοτήτων και των ικανοτήτων του ατόμου μέσα σε ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης και υποστήριξης.

5. Η ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Οι αρχές δεοντολογίας για την ψυχική υγεία και η σύνδεσή τους με το κλινικό υλικό που προηγήθηκε γίνονται αφορμή για τον προσδιορισμό κάποιων βασικών παρα-

μέτρων στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ελαχιστοποίηση της όποιας βλάβης συνιστά βασική προτεραιότητα. Ερωτήματα, όπως ποιος μπορεί να ζημιωθεί από την υφιστάμενη κατάσταση του ασθενούς, ποια μορφή βλάβης ή δυσκολίας ενδέχεται να παρουσιαστεί στο ίδιο το άτομο ή στην οικογένειά του, αποτελούν τα κριτήρια προτεραιοποίησης των θεραπευτικών αποφάσεων και παρεμβάσεων. Η διασάφηση και διασφάλιση ενεργειών μερικής ή γενικής ωφέλειας χρειάζεται να αποτελούν σταθερό μέλημα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Κάθε πρόσωπο έχει το δικαίωμα σε προσωπικές επιλογές – είναι ικανός ο ασθενής να λάβει αποφάσεις την παρούσα χρονική στιγμή; Πόσο μπορούν οι επαγγελματίες να σεβαστούν τις εν λόγω αποφάσεις; Ο επαγγελματίας αναμένεται να δείξει τον ίδιο σεβασμό σε όλους – ποιοι είναι οι σχετικοί κίνδυνοι; Ποιο σκεπτικό πρέπει να κυριαρχήσει, το νομικό ή το ηθικό, για την υποστήριξη των δικαιωμάτων του ασθενούς;

Η προβληματική των επαγγελματιών ψυχικής υγείας χρειάζεται επίσης να περιλαμβάνει την αποσαφήνιση της δεοντολογίας που διέπει μια κατάσταση. Ειδικότερα: Τι θα μπορούσε να συμβεί από τις συνέπειες μιας πράξης; Ποια δράση θα οδηγήσει στο μέγιστο όφελος στις εκάστοτε συνθήκες; Ποιο θα είναι το μέγιστο όφελος; Πόσα άτομα θα ωφεληθούν; Η ανωτέρω θεωρητική προσέγγιση καθοδηγεί την επεξεργασία των διλημάτων που επιτρέπουν μια συστηματική διαδικασία υποβολής ερωτήσεων σε δύσκολες καταστάσεις. Ωστόσο, κανένα σύστημα δεν παρέχει όλες τις απαντήσεις, παρά μόνο ένα πλαίσιο συλλογιστικής. Συνεπώς, πριν από τη λήψη μιας ηθικής απόφασης για την επίλυση μιας δύσκολης κατάστασης απαιτείται η αποσαφήνιση των ζητημάτων που αποτελούν τα συστατικά μέρη της.

Ο βαθμός εμπιστοσύνης μέσα στη θεραπευτική σχέση, η ανάληψη της ευθύνης από τον επαγγελματία για τη δύσκολη συμπεριφορά που παρουσιάζει ο ασθενής και η αποτελεσματική εργασία πάνω σε αυτή, υπογραμμίζουν την ανάγκη, πρωτίστως από την πλευρά του επαγγελματία ψυχικής υγείας, της *κοινωνικοποίησης του ασθενούς*.¹⁴ Το βίωμα της αλληλεπίδρασης, η ποιότητα ενδιαφέροντος προς τον ασθενή, καθώς και ο προσδιορισμός και η αναγνώριση των αναγκών του θα προετοιμάσουν το έδαφος ώστε να περάσει στη θέση του ωφελούμενου. Μια τέτοια προοπτική επιτυγχάνεται με τη συμφωνία μεταξύ επαγ-

γελματία και ασθενούς για το πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί μέσα από την εξοικείωση του ασθενούς με τον ρόλο του ωφελούμενου από την εισαγωγή του στη θεραπευτική διαδικασία. Έτσι, μέσα από αυτή τη συνύπαρξη οι επαγγελματίες καθίστανται όλο και πιο πλούσιοι από τις εμπειρίες των ασθενών, αλλά και οι ασθενείς συνδέονται και νοιώθουν οικείο τον εαυτό τους μέσα από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που βιώνουν. Με άλλα λόγια καθίστανται όλοι, σταδιακά, εμπειρογνώμονες από εμπειρία αλλά και εμπειρογνώμονες με εμπειρία, διαδικασίες που υποστηρίζουν αποδοτικότερα και ουσιαστικότερα τη λειτουργία των ΜΕΠΨ στην κοινότητα.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαδικασία ακούσιας εξέτασης για την αναγκαιότητα νοσηλείας συνιστά μια δύσκολη συνθήκη στην ψυχιατρική πρακτική, όπου και αν αυτή ασκείται. Στη χώρα μας, ο νόμος για την ακούσια νοσηλεία μετρά 32 έτη από την ψήφισή του,⁵ ενώ οι τελευταίες προσπάθειες τροποποίησης του τρόπου πρόσβασης και αξιολόγησης των ατόμων στον χώρο κατοικίας τους από κινητές μονάδες¹⁵ δέχθηκαν έντονη κριτική από την ψυχιατρική κοινότητα λόγω σοβαρών ελλείψεων και ανεπαρκειών στο ψυχιατρικό σύστημα της χώρας, με αποτέλεσμα να μην τελεσφορήσουν. Οι νεοσύστατες ΜΕΠΨ στην Ελλάδα, με γνώμονα τη μακρόχρονη εμπειρία από το εξωτερικό και τα θεραπευτικά αποτελέσματα που έχουν καταγράψει, υπόσχονται νέες πρακτικές στην προσέγγιση των νέων ατόμων και των οικογενειών τους. Η φιλοσοφία που πρεσβεύουν αποτελεί καινοτομία για τα ελληνικά δεδομένα και η εδραίωσή τους στη συνείδηση της κοινότητας θα μπορέσει να συμβάλλει σημαντικά στη δομική αλλαγή του τρόπου αντίληψης, αντιμετώπισης και νομικής προσέγγισης-προστασίας σε ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά την κα Ντελιδάκη, ειδικευόμενη Ψυχίατρο για τον χρόνο και τη σκέψη που αφιέρωσε στη μελέτη του χειρόγραφου και για τη συνεισφορά της στα ερωτήματα που θεώρησε ότι προκύπτουν από αυτή την εργασία.

ABSTRACT

Clinical practice of mental health professionals in early intervention units for psychosis: Challenges and dilemmas

S. MARTINAKI,^{1,2} A. PAPAIOANNOU²

¹Department of Social Work, University of West Attica, Athens, ²First Psychiatric Clinic, National and Kapodistrian University of Athens, "Eginitio" Hospital, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2026, 43(1):106–111

Early intervention in psychosis services (EIPS) are newly established structures in Greece focused on social psychiatry. Their formation was inspired by the positive evaluations of their impact on young people and their families in foreign countries over the past three decades. The philosophy underlying EIPS is based on clinical management and assessment principles. Mental health professionals assess the needs of patients and caregivers, along with their satisfaction levels, to plan, evaluate, and continuously enhance the quality of services provided. Despite ongoing efforts, mental health professionals encounter significant challenges, particularly with "difficult" patients and "difficult" families, which can limit the effectiveness of their interventions. Overcoming these challenges requires professionals to develop their inner ethical principles and competencies. The clinical case presented highlights the ethical principles and dilemmas that mental health professionals in EIPS frequently encounter in their practice.

Key words: Difficult patient, Early intervention in psychosis services, Ethical dilemmas, Ethics

Βιβλιογραφία

1. ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΝΚ, ΜΑΥΡΕΑΣ Β, ΝΗΜΑΤΟΥΔΗΣ Ι, ΓΟΥΡΖΗΣ Φ, ΣΑΜΑΚΟΥΡΗ Μ, ΒΓΟΝΤΖΑΣ Α ΚΑΙ ΣΥΝ. Πρόταση για τη θεσμοθέτηση υπηρεσιών Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΕΠΨ) στην Ελλάδα: Αν όχι τώρα, πότε; *Ψυχιατρική* 2018, 29:107–117
2. MCGORRY PD, KILLACKEY E, YUNG A. Early intervention in psychosis: Concepts, evidence, and future directions. *World Psychiatry* 2008, 7:148–156
3. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ ΠΒ, ΚΟΛΛΙΑΣ ΘΚ, ΧΑΒΑΚΗ-ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ ΙΜ. *Πρώιμες ψυχωσικές εκδηλώσεις: Σημεία, συμπτώματα και παρεμβάσεις*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2008
4. ΚΟΙΝΗ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΡΙΘΜ. Γ3α, β/Γ.Π.οικ. 37334/2021. Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση του άρθρου 12Α του ν. 2716/1999. ΦΕΚ 2639/Β/18.6.2021
5. ΝΟΜΟΣ 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας. ΦΕΚ 123/Α/15.7.1992
6. ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ Σ. Ηθικά ζητήματα στην πρακτική της ψυχιατροδικαστικής κοινωνικής εργασίας. Στο: Συλλογικό (Επιμ.) *Ψυχιατροδικαστική κοινωνική εργασία*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2022:17–34
7. BEIGHTON C. Κλινική διαχείριση και κλινικός έλεγχος. Στο: Σκαλτσή Π (Επιμ.) *Εργοθεραπεία και ψυχική υγεία*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2014:158–171
8. TROTTER C. *Working with involuntary clients: A guide to practice*. 3rd ed. Routledge, 2015
9. GROVES JE, BERESIN EV. Difficult patients, difficult families. *New Horiz-Sci Pract* 1998, 6:331–343
10. KOEKKOEK B, VAN MEIJEL B, HUTSCHEMAEKERS G. Difficult patients in mental health care: A review. *Psychiatr Serv* 2006, 57:795–802
11. KOEKKOEK B, HUTSCHEMAEKERS G, VAN MEIJEL B, SCHENE A. How do patients come to be seen as "difficult"? A mixed-methods study in community mental health care. *Soc Sci Med* 2011, 72:504–512
12. LASKOWSKI C. The mental health clinical nurse specialist and the "difficult" patient: Evolving meaning. *Issues Ment Health Nurs* 2001, 22:5–22
13. ΔΟΥΖΕΝΗΣ Α, ΛΥΚΟΥΡΑΣ Λ. *Ηθική και δεοντολογία στην ψυχική υγεία*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2014
14. JONES JA, ALCABES A. *Client socialisation: The Achilles heel of the helping professions*. Auburn House, Westport, CT, 1993
15. ΝΟΜΟΣ 4931/2022. Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις. ΦΕΚ 94/Α/13.5.2022

Corresponding author:

S. Martinaki, 419 Acharnon street, 111 43 Athens, Greece
e-mail: smartinaki@uniwa.gr