

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Ο ασθενής με ψύχωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Οι ψυχωτικές διαταραχές δεν είναι σπάνιες, η συμπτωματολογία τους είναι πολυποικίλη, η έκβαση γενικά μέτρια και η πρόκληση αναπηρίας συχνή. Για πολλούς ασθενείς, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) είναι η μοναδική ευκαιρία να προσεγγίσουν το σύστημα υγείας. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται ορισμένες από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ κατά τη διαχείριση ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα υψηλά ποσοστά σωματικής νοσηρότητας των ασθενών και στις διαγνωστικές δυσκολίες, στο φαινόμενο της ελλιπούς συμμόρφωσης με τη θεραπεία, καθώς και στον στιγματισμό και στις διακρίσεις σε βάρος των ασθενών στον χώρο της υγείας. Παρουσιάζονται ακόμη ορισμένες επείγουσες ιατρικές καταστάσεις σε ασθενείς με ψυχώσεις, που μπορεί να κληθούν να αντιμετωπίσουν οι ιατροί της ΠΦΥ, όπως η υπονατρία και το κακόθες νευροληπτικό σύνδρομο. Παρατίθενται, τέλος, ορισμένες πρακτικές προτάσεις για τους επαγγελματίες της ΠΦΥ, για την υποψία και την έγκαιρη ανίχνευση μιας ψυχωτικής διαταραχής, την αξιολόγηση των υποτροπών σε χρόνιους ασθενείς και τη συνεργασία με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στη διαχείριση των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές στην κοινότητα, αλλά χρειάζονται εκπαίδευση και εποπτεία από εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ψυχωτικές διαταραχές (σχιζοφρένεια και συναφείς ψυχώσεις, όπως σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, παραληρητική διαταραχή κ.λπ.) είναι σοβαρές και χρόνιες ψυχιατρικές παθήσεις που προκαλούν σημαντική νοσηρότητα στους ασθενείς και συνοδεύονται από υψηλά ποσοστά αναπηρίας.¹ Η πρόγνωση των ασθενών είναι γενικά μέτρια, με έναν στους 10 ασθενείς να παραμένει μόνιμα σε ίδρυμα και το 90% περίπου να είναι ανήμποροι να εργαστούν και να τίθενται σε πρόωρη συνταξιοδότηση.² Ένα ποσοστό ασθενών καταλήγουν από αυτοκτονία, της οποίας ο διάβιου κίνδυνος υπολογίστηκε στο 5%.³

Η επιδημιολογική έρευνα πολλών δεκαετιών έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η κυριότερη ψυχωτική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, έχει σχετικά χαμηλή επίπτωση (incidence) και υψηλή επικράτηση (prevalence).⁴ Σε δύο μεταγενέστερες μετα-αναλύσεις επιδημιολογικών μελετών, η μέση επίπτωση της σχιζοφρένειας υπολογίστηκε σε 15,2 (εύρος

7,7–43) νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού,⁵ ενώ η επικράτηση ζωής ήταν 4 περιπτώσεις ανά 1.000 άτομα και ο κίνδυνος νόσησης του πληθυσμού ήταν της τάξης του 7,2/1.000.⁶ Στη μοναδική έως τώρα μελέτη στην Ελλάδα, στην περιοχή των νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας, σε διάστημα μιας δεκαετίας, η επίπτωση όλων των ψυχωτικών διαταραχών βρέθηκε να είναι 30 νέα περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος.⁷

Χαρακτηριστικά συμπτώματα των ψυχωτικών διαταραχών είναι οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές), ο αποδιοργανωμένος λόγος και η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.⁸ Οι ασθενείς εμφανίζουν ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 1. Κανένα από τα συμπτώματα δεν είναι παθογνωμονικό και απαιτείται συνδυασμός συμπτωμάτων, ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση. Αν και τα παραγωγικά συμπτώματα της ψύχωσης συχνά είναι θορυβώδη και εντυπωσιακά, τα αρνητικά συμπτώματα και τα γνωστικά ελλείμματα είναι

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(4):446–453
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(4):446–453

**Β. Περιτογιάννης,¹
Χ. Ληξουριώτης,²
Β. Μαυρέας³**

¹Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας
Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας, Εταιρεία
Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου,
Ιωάννινα

²Κέντρο Υγείας Διστόμου, Γενικό
Νοσοκομείο Λιβαδειάς, Δίστομο

³Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

The patient with psychosis
in the primary health care setting

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Σχιζοφρένεια
Σωματική νοσηρότητα
Ψυχώσεις

Υποβλήθηκε 1.8.2017

Εγκρίθηκε 17.8.2017

Πίνακας 1. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα των ψυχωτικών διαταραχών.⁹

Κατηγορία συμπτωμάτων	Επί μέρους συμπτώματα- άλλες εκδηλώσεις
Θετικά ή παραγωγικά συμπτώματα	Παραληρητικές ιδέες Ψευδαισθητικές εμπειρίες Αποδιοργανωμένη ή αλλόκοτη συμπεριφορά
Αρνητικά συμπτώματα	Άμβλυση συναισθήματος Κοινωνική απόσυρση Αλογία Αβουλία-απάθεια
Γνωστικά συμπτώματα	Διαταραχή στον σχηματισμό της σκέψης Διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης
Εχθρότητα και επιθετικότητα	Βίαιη συμπεριφορά
Καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα	Μεταψυχωτική κατάθλιψη Αυτοκτονία-αυτοτραυματισμοί Άγχος
Κινητικά και ήπια νευρολογικά σημεία	Δυσκινησίες Κατατονική συμπεριφορά
Έλλειψη εναισθησίας (ο ασθενής δεν έχει επίγνωση ότι νοσεί)	Άρνηση της ανάγκης για θεραπεία Έλλιπής συμμόρφωση με την προτεινόμενη θεραπεία

που ανθίστανται στις συνήθεις θεραπείες και επηρεάζουν δυσμενώς την αποκατάσταση των ασθενών και την έκβαση των ψυχωτικών διαταραχών.^{10,11} Ακόμη, οι διαταραχές της επικοινωνιακής δραστηριότητας των ασθενών μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην κοινωνική προσαρμογή και στη λειτουργικότητα.

Εκτός από τις πρωτοπαθείς ψυχωτικές διαταραχές υπάρχουν οι λεγόμενες δευτεροπαθείς ψυχώσεις, με συμπτώματα ταυτόσημα με εκείνα των πρωτοπαθών, που θεωρείται ότι σχετίζονται με υποκείμενη οργανική διαταραχή. Υπάρχει χρονική συσχέτιση μεταξύ της οργανικής νόσου και της εκδήλωσης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία της οργανικής κατάστασης.¹² Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα κυριότερα αίτια των οργανικών ψυχωτικών διαταραχών. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η ηλικία έναρξης των περισσότερων περιπτώσεων των πρωτοπαθών ψυχώσεων είναι <40 ετών. Έναρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων σε μεγαλύτερη ηλικία εγείρει την υποψία υποκείμενης οργανικής πάθησης.¹³ Οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι πιο συχνές στις οργανικές ψυχωτικές διαταραχές, ενώ στις περιπτώσεις πρωτοπαθών ψυχώσεων είναι πιθανότερη η ύπαρξη ανάλογου οικογενειακού ιστορικού.¹⁴

Πίνακας 2. Αίτια οργανικών ψυχωτικών διαταραχών.¹³

- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Αυτοάνοσα νοσήματα (συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος, εγκεφαλίτιδα NMDA υποδοχέων)
- Τοξικές ουσίες και ουσίες κατάχρησης
- Φάρμακα (στεροειδή, ισονιαζιδή)
- Αγγειακή εγκεφαλική νόσος (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, υποσκληρίδιο αιμάτων)
- Χωροκατακτητικές εξεργασίες (όγκοι)
- Μεταβολικά νοσήματα (φαιοχρωμοκύττωμα, νόσος Wilson)
- Διατροφικά ελλείμματα (πελάγρα, ανεπάρκεια Β₁₂)
- Λοιμώδη νοσήματα (νευροσύφιλη, τοξοπλάσμωση)
- Νευρολογικά και απομυελινωτικά νοσήματα (σκλήρυνση κατά πλάκα, νόσος Huntington κ.λπ.)

2. Η ΕΠΑΦΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στη Μεγάλη Βρετανία, το 30% των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών επισκέπτονται αποκλειστικά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) και δεν έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση. Οι λόγοι είναι η υποχώρηση των οξέων ψυχωτικών συμπτωμάτων, η έλλειψη δευτεροβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οι προτιμήσεις των ασθενών.¹⁵ Για τη χώρα μας δεν υπάρχουν αντίστοιχα δεδομένα, ωστόσο είναι αναμενόμενο οι ιατροί της ΠΦΥ να εξετάζουν ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές για μη ψυχιατρικά προβλήματα υγείας και να συνταγογραφούν την αντιψυχωτική φαρμακευτική τους αγωγή. Σε μια πρόσφατη μελέτη σε 5 κέντρα υγείας της Κρήτης, μάλιστα, προέκυψε ότι ο αριθμός των νευροψυχιατρικών περιστατικών που εξετάστηκαν στις εφημερίες αυξήθηκε σημαντικά κατά την τριετία 2010–2013.¹⁶

2.1. Πρόσβαση των ψυχωτικών ασθενών στο σύστημα υγείας

Όπως προαναφέρθηκε, οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές εμφανίζουν διάφορου βαθμού έκπτωση της λειτουργικότητας και δυσκολία στις κοινωνικές συναλλαγές. Το σύστημα υγείας από την άλλη πλευρά συχνά χαρακτηρίζεται από γραφειοκρατικό τρόπο λειτουργίας, που περιλαμβάνει διαδικασίες περίπλοκες και χρονοβόρες, οι οποίες δυσκολεύουν ακόμη και ψυχικά υγιείς ανθρώπους. Γίνεται αντιληπτό ότι άτομα με γνωστική δυσλειτουργία και μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να συναντήσουν σημαντικές δυσκολίες στην προσπάθειά τους να προσεγγίσουν το σύστημα υγείας, αλλά είναι πιθανό η πρόσβαση στην ΠΦΥ να είναι ευκολότερη. Η δυσκολία πρόσβασης σε διαγνωστικές υπηρεσίες και σε αποτελεσματικές θεραπείες

συνιστά έναν από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου σωματικής νοσηρότητας και αυξημένης θνησιμότητας των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές.¹⁷

2.2. Σωματική νοσηρότητα στην ψύχωση

Οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές έχουν αυξημένες πιθανότητες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη και μεταβολικό σύνδρομο και να νοσήσουν από καρδιαγγειακές παθήσεις.¹⁸⁻²⁰ Σε μια παλαιότερη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη σωματική νοσηρότητα ασθενών με σχιζοφρένεια που ζουν στην κοινότητα, διαπιστώθηκε ότι η παχυσαρκία και νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης, πνευμονοπάθειες και καρδιαγγειακή νόσος είναι περισσότερο συχνά στους εν λόγω ασθενείς παρά στον γενικό πληθυσμό. Αν και οι συγκεκριμένοι ασθενείς χρησιμοποιούν συχνότερα το σύστημα υγείας, ένα μεγάλο ποσοστό των σωματικών νοσημάτων τους παραμένει αδιάγνωστο.²¹ Πολύ πρόσφατα διεξήχθη μια ευρείας κλίμακας μετα-ανάλυση 92 μελετών, που αφορούσε σε 3.211.768 ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, με ομάδα ελέγχου 113.383.368 ψυχικά υγιείς. Η μελέτη επιβεβαίωσε ότι οι ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο νόσησης και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά συμβάματα.²²

Το ενδιαφέρον για την ΠΦΥ είναι ότι, αν και οι ψυχωτικοί ασθενείς αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη τέτοιων καταστάσεων, στην πραγματικότητα δεν λαμβάνουν την αναγκαία φροντίδα και δεν γίνονται αποδέκτες παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης.²³ Υπάρχουν μάλιστα ενδείξεις ότι ακόμη και σοβαρή νοσηρότητα σε ψυχωτικούς ασθενείς μπορεί να διαλάθει της διάγνωσης. Για παράδειγμα, σε μια ενδιαφέρουσα, αναδρομική, πρόσφατη μελέτη ανακτήθηκαν τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα (ΗΚΓ) 937 σχιζοφρενών ασθενών με μέση ηλικία τα 40 περίπου έτη. Στο 75% των ασθενών (30 στις 40 περιπτώσεις) με ενδείξεις προηγούμενου εμφράγματος του μυοκαρδίου στο ΗΚΓ δεν είχε τεθεί η σχετική διάγνωση. Αν και η συγκεκριμένη μελέτη είχε περιορισμούς, όπως η απουσία ομάδας ελέγχου και η εστίαση μόνο στα ευρήματα του ΗΚΓ, δίχως επιβεβαίωση από κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, παρείχε χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την αδιάγνωστη σωματική νοσηρότητα στην ψύχωση.²⁴

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει αναγνωριστεί από καιρό η σημασία του ρόλου των γενικών-οικογενειακών ιατρών στην πρόληψη και στη θεραπεία της σωματικής νοσηρότητας των ψυχωτικών ασθενών και έχουν διατυπωθεί προτάσεις για την καλύτερη συνεργασία με τους θεράποντες ψυχιάτρους.²⁵ Πολύ πρόσφατες αναφορές υπογραμμίζουν τη σημασία του συντονισμού της φροντίδας και της συνεργασίας των

υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ΠΦΥ για την παροχή βέλτιστης φροντίδας υγείας στους ψυχωτικούς ασθενείς.¹⁷

2.3. Το πρόβλημα της τήρησης της θεραπείας

Η θεραπεία των ψυχωτικών διαταραχών βασίζεται στη χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων. Τα εν λόγω φαρμακευτικά σκευάσματα είναι πολύ αποτελεσματικά στον έλεγχο των παραγωγικών συμπτωμάτων και λιγότερο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων και της γνωστικής δυσλειτουργίας. Σήμερα χρησιμοποιούνται κυρίως τα δεύτερης γενιάς (άτυπα) αντιψυχωσικά, τα οποία έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ως προς την πρόκληση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και όψιμης δυσκινησίας, αλλά ορισμένα από αυτά σχετίζονται με αύξηση σωματικού βάρους και πρόκληση σακχαρώδους διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και μεταβολικού συνδρόμου.²⁶

Η αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών δυσχεραίνεται από την ελλιπή τήρηση της θεραπείας από τους ασθενείς και από την απομάκρυνση από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.²⁷ Το φαινόμενο είναι πολυπαραγοντικό και σχετίζεται τόσο με την έλλειψη εναισθησίας, όπως προαναφέρθηκε, όσο και με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντιψυχωσικής θεραπείας. Οι εργαζόμενοι στον χώρο της ΠΦΥ που θα έλθουν σε επαφή με ψυχωτικούς ασθενείς, καλό είναι να γνωρίζουν το φαινόμενο της ελλιπούς συμμόρφωσης με τη θεραπεία και να ελέγχουν αν τα φάρμακα λαμβάνονται, καθώς και αν οι ασθενείς βρίσκονται σε τακτική παρακολούθηση από κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν τρόποι οι οποίοι με απόλυτη αξιοπιστία να ελέγχουν τη σωστή λήψη της αγωγής, εκτός από την άμεση επίβλεψη. Ένας αδρός τρόπος εκτίμησης της συμμόρφωσης είναι η παρακολούθηση της συνταγογράφησης και αυτή θα πρέπει να γίνεται σε κάθε επίσκεψη. Ένας από τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής είναι η χρησιμοποίηση των ενέσιμων αντιψυχωσικών μακράς δράσης.²⁸ Με τον τρόπο αυτόν η ελλιπής συμμόρφωση γίνεται άμεσα αντιληπτή.

2.4. Το πρόβλημα του στίγματος και των διακρίσεων στον χώρο της υγείας

Οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές είναι αποδέκτες στιγματισμού και διακρίσεων. Αυτό επιβεβαιώθηκε σε μια πρόσφατη μελέτη 732 ασθενών, από 27 χώρες (της Ελλάδας περιλαμβανομένης), που διεξήχθη υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας.²⁹ Τμήμα της παραπάνω μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση των διακρίσεων κατά των ασθενών που λαμβάνουν χώρα στον χώρο της ΠΦΥ. Σε συ-

νευτεύξεις με 777 ασθενείς με σχιζοφρένεια, ποσοστό 17% ανέφεραν διακρίσεις σε βάρος τους όταν απευθύνθηκαν σε μονάδα υγείας για κάποιο σωματικό νόσημα.³⁰ Είναι μάλιστα πιθανό το αναφερόμενο ποσοστό να υποτιμά την έκταση του φαινομένου των διακρίσεων στον χώρο της υγείας, που μπορεί να μη γίνονται αντιληπτές από τους ασθενείς.

Στη χώρα μας, μια παλαιότερη μελέτη σε δείγμα 361 επαγγελματιών υγείας και 231 φοιτητών Ιατρικής έδειξε ότι τα ποσοστά αρνητικών αντιλήψεων για τους ψυχικά πάσχοντες ήταν υψηλά. Μάλιστα, ποσοστά 27,6% των ιατρών και 30,7% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρούσαν ότι η παροχή υπηρεσιών σε ψυχικά πάσχοντες δεν αποτελούσε μέρος της εργασίας τους.³¹ Είναι φανερό ότι τέτοιες αντιλήψεις συμβάλλουν στην αίσθηση στιγματισμού των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές και πιθανόν συνιστούν εμπόδιο στην παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας από άλλους επαγγελματίες υγείας, εκτός από εκείνες του χώρου της ψυχικής υγείας.

2.5. Επείγουσες ιατρικές καταστάσεις σε ψυχωτικούς ασθενείς

Οι ψυχωτικοί ασθενείς μπορεί προφανώς να παρουσιάσουν οποιοδήποτε από τα οξεία προβλήματα υγείας που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ιατροί της ΠΦΥ. Ιδιαίτερα συχνά είναι, όπως προαναφέρθηκε, τα καρδιαγγειακά συμβλήματα, που μπορεί να εκδηλωθούν οξέως ως έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κ.λπ.

Ένα ζήτημα που έχει από χρόνια απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία είναι η αντίληψη του πόνου από τους ψυχωτικούς ασθενείς. Παλαιότερες μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο, με άγνωστη κλινική σημασία. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση 14 μελετών το συμπέρασμα ήταν ότι στους ασθενείς με σχιζοφρένεια η συχνότητα και η ένταση του πόνου είναι μικρότερες όταν πρόκειται για κάποια επεμβατική εξέταση, π.χ. κεφαλαλγία μετά από οσφυονωτιαία παρακέντηση, ενώ σε άλλες κλινικές καταστάσεις η αντίληψη του πόνου είναι όμοια με αυτή του γενικού πληθυσμού.³² Επίσης, σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση 14 μελετών με 242.703 ασθενείς και 4.259.221 άτομα ως ομάδα ελέγχου βρέθηκε ότι πόνος κλινικής σημασίας εμφανιζόταν στο 33% των ασθενών. Αν και δεν παρατηρήθηκαν διαφορές με την ομάδα ελέγχου, δεν έχει διευκρινιστεί αν η συχνότητα εμφάνισης πόνου είναι ίδια λόγω περιορισμένης αναφοράς από τους ψυχωτικούς ασθενείς, καθυστέρησης στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ή υψηλότερου ουδού αντίληψης του πόνου.³³ Σε μια ακόμη πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση 17 πειραματικών και όχι κλινικών μελετών, οι ψυχωτικοί

ασθενείς βρέθηκε ότι είχαν υψηλότερο ουδό αντίληψης του πόνου και μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Το εν λόγω εύρημα ίσχυε τόσο για εκείνους που λάμβαναν αντιψυχωσική αγωγή, όσο και για εκείνους που δεν λάμβαναν φάρμακα. Η ένταση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων φάνηκε να αυξάνει τον ουδό αντίληψης του πόνου.³⁴

Ορισμένες από τις επείγουσες καταστάσεις που παρουσιάζονται σε ασθενείς με ψυχώσεις σχετίζονται με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Η σοβαρότερη είναι το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο (neuroleptic malignant syndrome, NMS) με χαρακτηριστικά συμπτώματα που περιγράφονται στον πίνακα 3. Σε περίπτωση υποψίας NMS, καλό είναι να γίνεται διερεύνηση πιθανών παραγόντων που προδιαθέτουν στην ανάπτυξή του (πίν. 3). Ας σημειωθεί ότι δύο από αυτούς, η κατάχρηση οιοπνεύματος και η απότομη διακοπή της αντιψυχωσικής αγωγής, είναι συνήθεις στους ασθενείς με ψύχωση.

Η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης σε ψυχωτικούς ασθενείς μπορεί να είναι το αποτέλεσμα υπονατριαιμίας, που είναι αρκετά συχνή (έως 10%) σε χρόνιους ασθενείς.³⁶ Η πρόκληση της υπονατριαιμίας μπορεί να γίνει με δύο μηχανισμούς, είτε λόγω του προκαλούμενου από αντιψυχωσικά φάρμακα συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, είτε λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης νερού, ως αποτέλεσμα ψυχογενούς πολυδιψίας.³⁷ Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν συγχωρηγούνται αντικαταθλιπτικά, όπως συχνά συμβαίνει σε ασθενείς με ψυχώσεις.³⁸

Σε περιπτώσεις διαταραχής του επιπέδου συνείδησης που δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλα αίτια οι ιατροί της ΠΦΥ θα πρέπει να διερευνούν την πιθανότητα λήψης υπερβολικών δόσεων δισκίων, στο πλαίσιο απόπειρας αυτοκτονίας, μιας και ο κίνδυνος είναι υπαρκτός, όπως προαναφέρθηκε.

Πίνακας 3. Κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο.³⁵

Συμπτώματα - Κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα	Παράγοντες κινδύνου
Πυρετός	Ταχεία αύξηση ή ελάττωση της δόσης του αντιψυχωσικού
Εφίδρωση	Απότομη διακοπή αντιχολινεργικών φαρμάκων
Δυστονία	Λοίμωξη
Σύγχυση, διαταραχές επιπέδου συνείδησης	Αφυδάτωση
Ταχυκαρδία, διακυμάνσεις αρτηριακής πίεσης	Κατάχρηση οιοπνεύματος
↑CPK, ↑WBC, ↑τρανσαμινάσες	Συνοπάρχουσα οργανική εγκεφαλική νόσος
	Συνοπάρχουσα νοητική υστέρηση

CPK: Κίνηση της κρεατίνης, WBC: Λευκά αιμοσφαίρια

3. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών είναι πολύπλευρη και αποτελεί πρόκληση ακόμη και για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συνεπώς, δεν αναμένεται από τους επαγγελματίες της ΠΦΥ να αναλάβουν τη θεραπεία τέτοιων ασθενών.³⁹ Καθώς όμως ο χώρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιτρέπει την άμεση πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας, είναι σημαντική η εξοικείωση των γενικών ιατρών με την αναγνώριση των περιπτώσεων ψύχωσης και η ετοιμότητά τους να παρέχουν βασική φροντίδα τόσο για την ψυχική όσο και για τη σωματική υγεία των ασθενών. Στις περιοχές όπου υπάρχουν τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας η παραπομπή των ασθενών σε αυτές είναι ενδεδειγμένη, αλλά και πάλι η συνεργασία είναι επιβεβλημένη προκειμένου να αντιμετωπίζεται η σωματική νοσηρότητα.

3.1. Πρωτοεμφανιζόμενες ψυχωτικές εκδηλώσεις

Της εμφανούς έναρξης μιας ψυχωτικής διαταραχής και των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της προηγούνται κατά κανόνα οι λεγόμενες πρόδρομες εκδηλώσεις της ψύχωσης, που συνήθως έχουν ύπουλη έναρξη και μπορούν να είναι παρούσες για αρκετούς μήνες ή χρόνια μέχρι την πρώτη εκδήλωση σαφών ψυχωτικών συμπτωμάτων. Περιλαμβάνουν διάφορες εκδηλώσεις από όλη τη σφαίρα της νοητικής και της κοινωνικής λειτουργίας του ατόμου και παρουσιάζονται επιγραμματικά στον πίνακα 4.

Όταν τίθεται η υποψία ύπαρξης συμπτωματολογίας ψυχωτικού τύπου σε ένα πρωτοεμφανιζόμενο στην ΠΦΥ, συνήθως νεαρής ηλικίας άτομο, είναι χρήσιμο να γίνεται μια προκαταρκτική διερεύνηση για αλλαγές σε τομείς, όπως

Πίνακας 4. Πρόδρομικά συμπτώματα της ψύχωσης.⁴⁰

- Πτώση της σχολικής απόδοσης
- Κοινωνική απομόνωση και απόσυρση
- Αποδιοργανωμένη και παράδοξη συμπεριφορά
- Μείωση της ικανότητας επιτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων
- Έκπτωση των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης
- Παράδοξες συνήθειες διατροφής και ατομικής υγιεινής (π.χ. σοβαρή παραμέληση της ατομικής υγιεινής)
- Μεταβολές στο συναίσθημα (αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα)
- Απώλεια ελέγχου των παρορμήσεων
- Εχθρότητα και επιθετικότητα
- Απάθεια και αδράνεια (έλλειψη κινητοποίησης)
- Μαγική σκέψη
- Ασυνήθεις αντιληπτικές εμπειρίες

η κοινωνική λειτουργικότητα, η γνωστική λειτουργία και η διάθεση. Ακόμη, η πιθανότητα της χρήσης ουσιών πρέπει να διερευνάται, όπως επίσης και η αυτοκτονικότητα.¹⁵ Για την ανίχνευση των παραγωγικών συμπτωμάτων των ψυχωτικών διαταραχών χρήσιμες είναι οι ερωτήσεις που παρατίθενται στον πίνακα 5. Στην πράξη, διάφορες μελέτες δείχνουν ότι, όταν οι ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο απευθύνονται στην ΠΦΥ, η διάγνωση καθυστερεί.⁴¹ Με δεδομένη την επίπτωση της καθυστερημένης διάγνωσης στην έκβαση των ψυχωτικών διαταραχών,⁴² οι ιατροί της ΠΦΥ χρειάζεται να υποψιάζονται έγκαιρα και να παραπέμπουν κατάλληλα τα νέα περιστατικά ψύχωσης.

3.2. Υποτροπές χρόνιων ψυχωτικών ασθενών

Σε χρόνιους ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές μπορεί να προεξάρχουν τα αρνητικά και τα γνωστικά συμπτώματα, ενώ τα παραγωγικά συμπτώματα της ψύχωσης να είναι ήπια ή να απουσιάζουν. Οι ασθενείς διατηρούν άλλοτε άλλου βαθμού κοινωνική λειτουργικότητα και δεξιότητες. Υποτροπές με έξαρση των παραγωγικών συμπτωμάτων μπορεί να συμβούν και ο κυριότερος λόγος είναι η διακοπή της αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής. Όπως προαναφέρθηκε, τα ποσοστά ελλιπούς τήρησης της θεραπείας από τους ασθενείς είναι υψηλά και αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη από τους ιατρούς της ΠΦΥ. Η αλλαγή στην κλινική εικόνα ενός σταθεροποιημένου, χρόνιου ψυχωτικού ασθενούς θέτει την υποψία πλημμελούς τήρησης ή διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τις υποτροπές είναι η κατάχρηση ουσιών ή και οιοπνεύματος, ενώ σε περίπτωση νέων συμπτωμάτων καλό είναι να διερευνάται η πιθανότητα οξέος οργανικού προβλήματος.

Η διακοπή της αντιψυχωσικής αγωγής ακόμη και από μακροχρόνια σταθεροποιημένους και λειτουργικούς ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπές, με σημαντικές επιπτώσεις στην οικογενειακή, στην επαγγελματική και στην κοινωνική ζωή των ασθενών. Σε μια πρόσφατη με-

Πίνακας 5. Χρήσιμες ερωτήσεις για την ανίχνευση των παραγωγικών συμπτωμάτων της ψύχωσης.¹⁵

Έχετε αισθανθεί ότι κάτι περίεργο συμβαίνει, που δεν μπορείτε να εξηγήσετε;

Νιώθετε ότι οι άλλοι μιλούν για εσάς, σας παρακολουθούν, ή σας δυσκολεύουν χωρίς λόγο;

Αισθάνεστε, βλέπετε, ή ακούτε πράγματα που οι άλλοι δεν μπορούν;

Έχετε αισθανθεί εξαιρετικά σημαντικός(ή) κατά κάποιο τρόπο, ή ότι έχετε δυνάμεις που σας επιτρέπουν να κάνετε πράγματα που οι άλλοι δεν μπορούν;

τα-ανάλυση βρέθηκε ότι σε μια διαιτία από τη διακοπή της αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής ποσοστό 90% των ασθενών με σχιζοφρένεια υποτροπίασαν.⁴³

3.3. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο ασθενής με ψύχωση

Για πολλούς ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές, ειδικά για όσους διαμένουν σε περιοχές της υπαίθρου, η ΠΦΥ αποτελεί τη μοναδική πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Οι ιατροί και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ οφείλουν να προσφέρουν τις ίδιες ευκαιρίες και δυνατότητες περίθαλψης σε αυτή την ομάδα ασθενών, παραμένοντας ανεπηρέαστοι από προκαταλήψεις και στιγματισμούς. Ο σημαντικός ρόλος τους στη διαχείριση ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές συνοψίζεται στον πίνακα 6.

Όταν ένας ασθενής με ψύχωση προσέλθει στην ΠΦΥ, οι γενικοί ιατροί θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για τις καταστάσεις που περιγράφονται στον πίνακα 7. Με δεδομένη τη μεγάλη πιθανότητα ο ψυχωτικός ασθενής να έχει διαταραχή στην έκφραση και στην κατανόηση του λόγου, οι χρησιμοποιούμενες από τον κλινικό εκφράσεις είναι καλό να είναι απλές και σύντομες, ώστε να γίνονται κατανοητές από τους ασθενείς και να μην προκαλούν παρερμηνείες και σύγχυση. Ακόμη, κατά τη φυσική εξέταση ενδέχεται η συνεργασία του ασθενούς να μην είναι καλή και η αντίληψη του πόνου μπορεί να είναι μειωμένη, με αποτέλεσμα να υποτιμηθεί η βαρύτητα της ιατρικής κατάστασης.

Η ενδεδειγμένη παροχή φροντίδας στους ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές προφανώς έχει αφετηρία την κατάλληλη εκπαίδευση των ιατρών της ΠΦΥ. Έως τώρα, στη χώρα μας, έχουν εκπονηθεί διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενίσχυση της ικανότητας των γενικών ιατρών να αναγνωρίζουν διάφορες κοινές ψυχικές διαταραχές,⁴⁴ αλλά η εκπαίδευση ίσως δεν αρκεί από μόνη της για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών. Σε περιοχές όπου δραστηριοποιούνται τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιατροί της ΠΦΥ έχουν την ευκαιρία να εκπαιδευτούν στην πράξη από ειδικούς της ψυχικής υγείας και να διαχειριστούν από κοινού περιπτώσεις ψυχωτικών ασθενών.^{45,46}

Πίνακας 6. Ο ρόλος των επαγγελματιών της ΠΦΥ στη φροντίδα των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές.

- Ανίχνευση νέων περιστατικών ψύχωσης
- Παραπομπή ασθενών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- Συνεργασία με τοπικές μονάδες ψυχικής υγείας
- Φροντίδα της σωματικής νοσηρότητας των ασθενών
- Διαρκής επιμόρφωση σε θέματα ψυχικής υγείας
- Αντιμέτωπιση στίγματος και διακρίσεων στον χώρο της ΠΦΥ
- Επίβλεψη της θεραπείας με ενέσιμα αντιψυχωσικά μακράς δράσης

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πίνακας 7. Τι είναι πιθανό να συναντήσει ο γενικός ιατρός κατά την επίσκεψη ενός ψυχωτικού ασθενούς.

Ο γενικός ιατρός είναι πιθανόν να κληθεί να εξετάσει έναν ασθενή με:

- Παραμέληση της ατομικής του υγιεινής και αυτοφροντίδας
- Ενδοχόμενος περιέργη, εκκεντρική ή αλλόκοτη συμπεριφορά
- Δυσκολία στην έκφραση και στην κατανόηση του λόγου
- Δυσκολία στην περιγραφή των συμπτωμάτων του
- Πιθανή ερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων με παραληρητικό τρόπο (π.χ. ότι προκαλούνται από εξωτερικές δυνάμεις)
- Παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακό νόσημα (κάπνισμα, παχυσαρκία, λήψη αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής)
- Πιθανόν αδιάγνωστο σωματικό νόσημα
- Πιθανή κατάχρηση οινόπνευματος ή και ουσιών
- Μεγάλη πιθανότητα ελλιπούς συμμόρφωσης με την αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή και με οποιαδήποτε προτεινόμενη νέα αγωγή

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρ' όλο που η διαχείριση των ψυχωτικών διαταραχών δεν είναι πάντα εφικτή στο επίπεδο της ΠΦΥ, ο χώρος μπορεί να προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες στους ασθενείς. Ο εντοπισμός και η παραπομπή νέων περιπτώσεων ψύχωσης, η φροντίδα της σωματικής υγείας των ασθενών και η συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ένα μέρος του πολυδιάστατου ρόλου των επαγγελματιών της ΠΦΥ στη φροντίδα των ψυχωτικών ασθενών. Για την πληρέστερη εκπλήρωση του συγκεκριμένου ρόλου οι ιατροί και το λοιπό προσωπικό της ΠΦΥ χρήζουν εκπαίδευσης και εποπτείας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

ABSTRACT

The patient with psychosis in the primary health care setting

V. PERITOGIANNIS,¹ C. LIXOURIOTIS,² V. MAVREAS³

¹Mobile Mental Health Unit of the Prefectures of Ioannina and Thesprotia, Society for the Promotion of Mental Health in Epirus, Ioannina, ²Health Center of Distomo, General Hospital of Livadia, Distomo, ³Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Ioannina, Ioannina, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(4):446–453

Psychotic disorders are not uncommon. They are characterized by a constellation of symptoms which affect the patients significantly, and are associated with moderate outcome and high rates of disability. For many patients with psychosis the primary health care system may be their only pathway to care, because of their symptomatology and various other adversities. This paper addresses some of the challenges that primary health care physicians face in the management of patients with psychotic disorders. The issues of physical morbidity and the high mortality of these patients are highlighted, as well as the diagnostic challenges, the phenomenon of poor compliance with treatment and the stigmatization and discrimination against them in the health care setting. Specific medical emergencies involving patients with psychotic disorders that primary care physicians may have to treat, such as hyponatremia and the neuroleptic malignant syndrome, are briefly presented. Finally, the paper contains practical suggestions for primary care physicians and other professionals with regard to the early suspicion and recognition of a psychotic episode, evaluation of relapses in patients with chronic psychotic illness, and co-operation with mental health professionals. Primary care staff can contribute significantly to the management of psychotic disorders in the community, but for them to be more effective, further training in mental health is needed, along with supervision by specialized mental health services.

Key words: Physical morbidity, Primary health care, Psychoses, Schizophrenia

Βιβλιογραφία

- JABLENSKY A. Course and outcome of schizophrenia and their prediction. In: Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor J, Geddes J (eds) *New Oxford textbook of psychiatry*. 2nd ed. Oxford University Press, New York, 2009:568–578
- UGGERBY P, NIELSEN RE, CORRELL CU, NIELSEN J. Characteristics and predictors of long-term institutionalization in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2011, 131:120–126
- HOR K, TAYLOR M. Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010, 24(Suppl 4):81–90
- JABLENSKY A. The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997, 28:111–125
- McGRATH J, SAHA S, WELHAM J, EL SAADIO, McCAULEY C, CHANT D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2004, 2:13
- SAHA S, CHANT D, WELHAM J, McGRATH J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005, 2:e141
- PERITOGIANNIS V, MANTAS C, TATSIONI A, MAVREAS V. Rates of first episode of psychosis in a defined catchment area in Greece. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013, 9:251–254
- SHAHROKH NC, HALES RE, PHILLIPS KA, YUDOFKY SC. *The language of mental health: A glossary of psychiatric terms*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, London, 2011
- ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β. Επιδημιολογική μελέτη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου στους νομούς Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας. Διδακτορική διατριβή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2014
- MARDER SR, GALDERISI S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry* 2017, 16:14–24
- SCHAEFER J, GIANGRANDE E, WEINBERGER DR, DICKINSON D. The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophr Res* 2013, 150:42–50
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 1993
- KESHAVAN MS, KANEKO Y. Secondary psychoses: An update. *World Psychiatry* 2013, 12:4–15
- HYDE T, RON M. The secondary schizophrenias. In: Weinberger DR, Harrison P (eds) *Schizophrenia*. 3rd ed. Wiley-Blackwell Publ, Oxford, 2011:165–184
- LESTER H. Psychosis. In: Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R (eds) *Primary care mental health*. Royal College of Psychiatrists, London, 2009:232–245
- PATELAROU AE, KLEISIARIS CF, ANDROULAKIS E, TSIRAKOS DK, KRIT-

- SOTAKIS G, KONSTANTINIDIS TI ET AL. Use of primary health care services in Southern Greece during a period of economic crisis. *Arch Hellen Med* 2016, 33:84–89
17. LIU NH, DAUMIT GL, DUA T, AQUILA R, CHARLSON F, CUIJPERS P ET AL. Excess mortality in persons with severe mental disorders: A multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017, 16:30–40
 18. HENNEKENS CH, HENNEKENS AR, HOLLAR D, CASEY DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005, 150:1115–1121
 19. NUEVO R, CHATTERJI S, FRAGUAS D, VERDES E, NAIDOO N, ARANGO C ET AL. Increased risk of diabetes mellitus among persons with psychotic symptoms: Results from the WHO World Health Survey. *J Clin Psychiatry* 2011, 72:1592–1599
 20. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΜΠΙΛΑΝΑΚΗΣ Ν. Σωματική νοσηρότητα στην ψύχωση. *Εγκέφαλος* 2011, 48:13–25
 21. SALOKANGAS R. Medical problems in schizophrenia patients living in the community (alternative facilities). *Curr Opin Psychiatry* 2007, 20:402–405
 22. CORRELL CU, SOLMI M, VERONESE N, BORTOLATO B, ROSSON S, SANTONASTASO P ET AL. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: A large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017, 16:163–180
 23. ROBERTS L, ROALFE A, WILSON S, LESTER H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: A comparative study. *Fam Pract* 2007, 24:34–40
 24. NIELSEN J, JUEL J, ALZUHAIKI KS, FRIIS R, GRAFF C, KANTERS JK ET AL. Unrecognized myocardial infarction in patients with schizophrenia. *Acta Neuropsychiatr* 2015, 27:106–112
 25. MORDEN NE, MISTLER LA, WEEKS WB, BARTELS SJ. Health care for patients with serious mental illness: Family medicine's role. *J Am Board Fam Med* 2009, 22:187–195
 26. OWEN MJ, SAWA A, MORTENSEN PB. Schizophrenia. *Lancet* 2016, 388:86–97
 27. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β. Δέσμευση των ψυχωτικών ασθενών στη θεραπεία. Πρακτικά του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2012:36–44
 28. ZHORNITSKY S, STIP E. Oral versus long-acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia and special populations at risk for treatment nonadherence: A systematic review. *Schizophr Res Treatment* 2012, 2012:407171
 29. THORNICROFT G, BROHAN E, ROSE D, SARTORIUS N, LEESE M; INDIGO STUDY GROUP. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *Lancet* 2009, 373:408–415
 30. HARANGOZO J, RENESES B, BROHAN E, SEBES J, CSUKLY G, LÓPEZ-IBOR JJ ET AL. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int J Soc Psychiatry* 2014, 60:359–366
 31. ARVANITI A, SAMAKOURI M, KALAMARA E, BOCHTSOU V, BIKOS C, LIVADITIS M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009, 44:658–665
 32. ENGELS G, FRANCKE AL, VAN MEIJEL B, DOUMA JG, DE KAM H, WESSELINK W ET AL. Clinical pain in schizophrenia: A systematic review. *J Pain* 2014, 15:457–467
 33. STUBBS B, MITCHELL AJ, DE HERT M, CORRELL CU, SOUNDY A, STROOBANTS M ET AL. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: A systematic review and large scale meta-analysis. *Schizophr Res* 2014, 160:1–8
 34. STUBBS B, THOMPSON T, ACASTER S, VANCAMPFORT D, GAUGHRAN F, CORRELL CU. Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: A meta-analysis of experimental pain induction studies. *Pain* 2015, 156:2121–2131
 35. STRAWN JR, KECK PE Jr, CAROFF SN. Neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry* 2007, 164:870–876
 36. JOSIASSEN RC, FILMYER DM, GEBOY AG, SHAUGHNESSY RA. Reconsidering chronic hyponatremia in psychosis. *J Clin Psychiatry* 2013, 74:278–279
 37. TAYLOR D, PATON C, KAPUR S. *The Maudsley prescribing guidelines*. 10th ed. Informa Healthcare, London, 2009
 38. VARES M, SAETRE P, STRÅLIN P, LEVANDER S, LINDSTRÖM E, JÖNSSON EG. Concomitant medication of psychoses in a lifetime perspective. *Hum Psychopharmacol* 2011, 26:322–331
 39. ΣΚΑΠΙΝΑΚΗΣ Π, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:444–445
 40. ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΣ Χ. Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους: Συνάφεια και ετερότητα προς τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων. *Ψυχιατρική* 2012, 23(Παράρτημα Ι):Π82–Π93
 41. BHUI K, ULLRICH S, COID JW. Which pathways to psychiatric care lead to earlier treatment and a shorter duration of first-episode psychosis? *BMC Psychiatry* 2014, 14:72
 42. PERKINS DO, GU H, BOTEVA K, LIEBERMAN JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: A critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005, 162:1785–1804
 43. ZIPURSKY RB, MENEZES NM, STREINER DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophr Res* 2014, 152:408–414
 44. ARGYRIADOU S, LIONIS C. Research in primary care mental health in Greece. *Ment Health Fam Med* 2009, 6:229–231
 45. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Το παράδειγμα των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:71–76
 46. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΛΗΞΟΥΡΙΩΤΗΣ Χ, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:669–677
- Corresponding author:*
V. Peritogiannis, 1 Moulaimidou street, 454 44 Ioannina, Greece
e-mail: vaivos.peritogiannis@medai.gr