



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ (ΜΘΨ)»**

ΝΕΚΤΑΡΙΑ Γ. ΣΚΕΥΑΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΟΦΙΑ ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ

**ΑΘΗΝΑ
2025**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —



**SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
“EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS”**

MASTER’S THESIS

**"THE IMPORTANCE OF EARLY CONTACT WITH MENTAL HEALTH SERVICES AND
ITS IMPACT ON THE DURATION OF UNTREATED PSYCHOSIS (DUP)"**

NEKTARIA G. SKEVAKI

SUPERVISING PROFESSOR: SOFIA MARTINAKI

ATHENS

2025

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Σοφία Μαρτινάκη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)

Βασίλης Μασδράκης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, της Ιατρική Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Κωνσταντίνος Κοντοάγγελος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ)

Δήλωση του συγγραφέα

Η παρούσα διπλωματική εργασία συντάχθηκε για την Ιατρική Σχολή, του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Βεβαιώνω ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Επιπλέον, βεβαιώνω ότι έχει γίνει πλήρης αναφορά στην εργασία τρίτων, συμπεριλαμβανομένων των πηγών, όπου ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα της εργασίας μου, κυρία Σοφία Μαρτινάκη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ) για την πολύτιμη καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη και την αμεσότητά της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, αλλά και για τη γενικότερη συμβολή της στην ακαδημαϊκή και επαγγελματική μου πορεία.

Επιπλέον, θα ήθελα να απευθύνω ευχαριστίες στα μέλη της εισηγητικής επιτροπής κύριο Βασίλη Μασδράκη, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής, της Ιατρική Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο και κύριο Κωνσταντίνο Κοντοάγγελο, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής, Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), για τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσαν στην αξιολόγηση της εργασίας μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κυρία Ευγενία Τσομπανάκη, μέλος του Εργαστηριακού Διδακτικού Προσωπικού (Ε.ΔΙ.Π.) του Τμήματος Στατιστικής, του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ο.Π.Α.), για την άποψη συνεργασία στη στατιστική ανάλυση της διπλωματικής μου εργασίας. Η συνέπεια, η διαθεσιμότητά της και η καθοδηγητική της στάση υπήρξαν καθοριστικές για την ολοκλήρωση της έρευνάς μου.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όλους τους συναδέλφους μου. Η στήριξη και η ενθάρρυνσή τους σε κάθε στάδιο της πορείας μου υπήρξαν για μένα πολύτιμες. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον κύριο Πέτρο Λέκκο, Ψυχίατρο και Επιστημονικά Υπεύθυνο της Μονάδας Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση «Πειραιώς 33», για την συνολική υποστήριξη και τη συμβολή του στην ολοκλήρωση αυτής της μελέτης.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένειά μου, τους φίλους μου και την Κ.Π. για τη στήριξή τους σε κάθε μου βήμα. Η ενθάρρυνση, η πίστη στις δυνατότητές μου και η παρουσία τους στις δύσκολες και στις όμορφες στιγμές ήταν ανεκτίμητες. Χωρίς αυτούς, το ταξίδι μου δε θα ήταν το ίδιο. Σας ευχαριστώ που πιστέψατε σε μένα, ακόμα και όταν εγώ αμφέβαλλα.

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Περίληψη

Εισαγωγή: Η παρούσα μελέτη διερεύνησε το μονοπάτι φροντίδας ατόμων με Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο (ΠΨΕ) που εντάχθηκαν στις Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΜΕΠΨ) «Πειραιώς 33» και «ΠΝΟΕΣ Ath». Σκοπός ήταν η ανάδειξη πιθανών καθυστερήσεων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η αξιολόγηση του χρόνου της διάρκειας τη Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ - DUP).

Μεθοδολογία: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη κοορτής. Το δείγμα περιλάμβανε 60 άτομα, ηλικίας 17-35 ετών, που βίωσαν Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο (ΠΨΕ) και βρίσκονται εντός πενταετίας από την έναρξη της ψύχωσης. Συμπληρώθηκε κατάσταση δημογραφικών στοιχείων και συλλέχθηκαν δεδομένα για την διάρκεια ΜΘΨ-DUP και τα Γεγονότα Αναζήτησης Βοήθειας (ΓΑΒ-HSE) μέσω ανασκόπησης ιατρικών φακέλων.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια ΜΘΨ-DUP ήταν 30,62 εβδομάδες. Το 67,6% των συμμετεχόντων αναζήτησε βοήθεια και παραπέμφθηκε έγκαιρα, δηλαδή εντός 12 εβδομάδων, σε Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση, ενώ ο μέσος χρόνος αναμονής για την αξιολόγηση ήταν μόλις 3,83 ημέρες. Το 73,3% των πρώτων ΓΑΒ – HSE προήλθε από συγγενείς πρώτου βαθμού και ένα σημαντικό ποσοστό (33,3%) ανέφερε ως πρώτο σημείο αναζήτησης βοήθειας την Αστυνομία. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών στοιχείων και διάρκειας Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της έγκαιρης αναζήτησης βοήθειας στη μείωση της ΜΘΨ-DUP και τη βελτίωση της πρόγνωσης. Επιπρόσθετα παρέχουν κάποια πρώτα, έμμεσα δεδομένα για την απήχηση και τη λειτουργία των νεοσύστατων δομών στην ελληνική κοινωνία.

Λέξεις κλειδιά: Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο (ΠΨΕ), Διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ), Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΜΕΠΨ), Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση (ΕΠΨ), Γεγονότα Αναζήτησης Βοήθειας (ΓΑΒ)

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Abstract

Introduction: This study investigates the care pathway of individuals experiencing a First Psychotic Episode (FPE) who were admitted to the Early Intervention Units for Psychosis (EIP) “Piraeus 33” and “PNOES Ath.” The primary objective was to identify potential delays in accessing mental health services and to assess the Duration of Untreated Psychosis (DUP).

Methodology: This research adopts a retrospective cohort design. The study sample consisted of 60 individuals, aged 17 to 35 years, who experienced a First Psychotic Episode (FPE) within five years of the onset of psychosis. Data collection was conducted through the completion of a demographic questionnaire and a comprehensive review of medical records to document the DUP and Help-Seeking Events (HSE).

Results: The mean duration of DUP was 30.62 weeks. 67.6% of participants sought help and received a referral to an Early Intervention Unit for Psychosis within 12 weeks of symptom onset, with an average waiting time for assessment of 3.83 days. Notably, 73.3% of the initial help-seeking events were initiated by first-degree relatives, while a significant proportion (33.3%) identified the police as their first point of contact. No significant correlations were observed between demographic characteristics and the Duration of Untreated Psychosis (DUP).

Conclusions: The findings underscore the crucial role of timely help-seeking behavior in reducing the Duration of Untreated Psychosis (DUP) and improving clinical outcomes. Additionally, they provide preliminary, indirect evidence regarding the impact and functioning of the newly established services within Greek society.

Keywords: First Psychotic Episode (FEP) , Duration of Untreated Psychosis (DUP) , Early Intervention Units, Early Intervention in Psychosis (EIP), Help-Seeking Events (HSE)

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Abstract	4
ΜΕΡΟΣ Α' – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	6
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1.1. Ψύχωση.....	7
1.1.1 Επιδημιολογικά Δεδομένα.....	8
1.2. Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο (ΠΨΕ).....	9
1.2.1. Η αναζήτηση βοήθειας στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.....	10
1.3. Μη Θεραπευόμενη Ψύχωση (ΜΘΨ).....	12
1.4. Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση	14
1.4.1 Ελληνική Πραγματικότητα	16
ΜΕΡΟΣ Β' – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ	19
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	20
2.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις.....	20
2.2. Συμμετέχοντες/Δειγματοληψία	22
2.3. Ερευνητικά εργαλεία/Ερωτηματολόγια.....	24
2.4. Στατιστική Ανάλυση.....	26
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	27
3.1 Περιγραφική Στατιστική: Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και συσχέτιση με διάρκεια ΜΘΨ – DUP.....	27
3.2 Ανάλυση Ερευνητικών Ερωτημάτων.....	32
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	39
Βιβλιογραφία.....	43

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

ΜΕΡΟΣ Α' – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Ψύχωση

Στη σύγχρονη ψυχιατρική τείνει να κυριαρχεί μία διαστατική προσέγγιση των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων και κλινικών συνδρόμων, καθώς φαίνεται με αυτό τον τρόπο να υπάρχει μία καλύτερη παρακολούθηση και αξιολόγηση της μετάπτωσης από το φυσιολογικό στο παθολογικό επιτρέποντας την πρόωμη ανίχνευση, την έγκαιρη παρέμβαση και διάγνωση και συνήθως την δημιουργία και προσαρμογή πλάνου για αδιάκοπη θεραπευτική φροντίδα (Ουλής, n.d). Η ανωτέρω προσέγγιση βασίζεται στο γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις η διαφοροποίηση της προέλευσης μιας συμπτωματολογίας, εν προκειμένω, αυτή της ψύχωσης, μπορεί να είναι πολύ δύσκολη (Schrimpf, 2018).

Η ψύχωση αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων που σχετίζονται με την αλλαγή στην αντίληψη της πραγματικότητας, ωστόσο δεν παραπέμπει απευθείας σε κάποια πρωτογενή ψυχιατρική διαταραχή (Schrimpf, 2018). Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζονται ως ψυχωτικά, συνήθως εμφανίζονται στη νεαρή ενήλικη ζωή και κοινό τους γνώρισμα είναι οι σημαντικές διαταραχές στη σκέψη (π.χ. παραληρητικές ιδέες), την αντίληψη (π.χ. ψευδαισθήσεις), το συναίσθημα, αλλά και η συνολική πτώση της λειτουργικότητας, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο το ίδιο το άτομο στη συμπεριφορά και την κοινωνική του ζωή, όσο και το περιβάλλον του (Stefanis, 2018). Υπάρχουν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια για την απόδοση μιας ψυχωτικής διαταραχής και αυτά περιγράφονται στα ταξινομικά συστήματα DSM-5 (American Psychiatry Association, 2022) και ICD-11 (World Health Organization, 2019).

Στη νεότερη έκδοση του ταξινομικού συστήματος της American Psychiatry Association, DSM-5, εισήχθη φασματική διάσταση στην ψύχωση με την κατηγορία «Φάσμα σχιζοφρενικών και άλλων ψυχωτικών διαταραχών». Το φάσμα των διαταραχών αυτών περιλαμβάνει διάφορες παθήσεις, συναισθηματικές και μη, όπως τη σχιζοφρένεια, τη διπολική διαταραχή με ψυχωτικά στοιχεία, τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τη σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, καθώς και ψυχωτικές διαταραχές που προκύπτουν από τη χρήση ουσιών ή άλλες ιατρικές καταστάσεις.

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψύχωσης περιλαμβάνουν μια ποικιλία κληρονομικών, περιγεννητικών, κοινωνικών και μεταγενέστερων παραμέτρων. Η εμφάνιση ψύχωσης σε γονέα, καθώς και η μεγάλη ηλικία του πατέρα, αυξάνουν τον κίνδυνο ψύχωσης στα παιδιά (Fusar-Poli, McGorry, & Kane, 2017). Στο περιγεννητικό στάδιο, επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη, ανωμαλίες στην εμβρυϊκή ανάπτυξη, επιπλοκές κατά τον τοκετό, καθώς και

λοιμώξεις όπως η γρίπη, ενδέχεται να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου και να συμβάλλουν στην εμφάνιση σχετικής διαταραχής (Fusar-Poli et al., 2017). Κοινωνικοί παράγοντες όπως η κοινωνική απομόνωση, οι ανισότητες, η ζωή σε αστικά περιβάλλοντα, η ένταξη σε εθνοτικές μειονότητες και η μετανάστευση πρώτης και κυρίως δεύτερης γενιάς συνδέονται επίσης με αυξημένο κίνδυνο (Fusar-Poli et al., 2017). Τέλος, μεταγενέστεροι παράγοντες όπως λοιμώξεις, τραυματική εγκεφαλική βλάβη, κατάχρηση ουσιών (π.χ. κάνναβη), τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία και στρεσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής ενισχύουν τη πιθανότητα εμφάνισης ψύχωσης (Fusar-Poli et al., 2017).

1.1.1 Επιδημιολογικά Δεδομένα

Οι ψυχωτικές διαταραχές συνιστούν μια από τις πιο σοβαρές προκλήσεις για την ψυχική υγεία, με κορωνίδα αυτών, τη σχιζοφρένεια να αποτελεί την πλέον χαρακτηριστική και επιβαρυντική μορφή τους.

Σημαντικά στοιχεία δείχνουν ότι ο επιπολασμός τους στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 3,5% (Perälä et al., 2007). Πιο συγκεκριμένα, η σχιζοφρένεια αφορά το 0,87% του πληθυσμού, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή το 0,32%, ενώ ψυχωτικές διαταραχές όπως η παραληρητική διαταραχή και η σχιζοφρενικόμορφη εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά, 0,18% και 0,07% αντίστοιχα. Ψυχωτικές καταστάσεις που συνδέονται με τη χρήση ουσιών εμφανίζονται στο 0,42% του πληθυσμού (Perälä et al., 2007). Τέλος, σύμφωνα με τους Kessler και Üstün (2004), ο επιπολασμός αυτών που αποδίδονται σε οργανικές παθήσεις κυμαίνεται μεταξύ 0,5% και 2,0. Αυτές οι διαταραχές μπορούν να προκύψουν από ποικίλες ιατρικές καταστάσεις, όπως νευρολογικές ασθένειες (π.χ. όγκοι εγκεφάλου, επιληψία), λοιμώξεις (π.χ. HIV, σύφιλη) και μεταβολικές διαταραχές (π.χ. ανεπάρκεια βιταμινών ή ενδοκρινικές δυσλειτουργίες). Αν και κάποια από τα ανωτέρω ποσοστά θεωρούνται μικρά, παραμένουν σημαντικά λόγω της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και της επιβάρυνσης που μπορεί να προκαλέσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς και στις ανάγκες φροντίδας και θεραπείας που προκύπτουν.

Η πτώση λειτουργικότητας που μπορεί να επιφέρουν σε κοινωνική και επαγγελματική ζωή οι ψυχωτικές διαταραχές, σε συνδυασμό με την κλιμάκωση αυτής στη διάρκεια των ετών, τις κατατάσσουν ανάμεσα στις σοβαρότερες νόσους της εποχής μας. Σύμφωνα με τους δείκτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), η σχιζοφρένεια το 2013 κατατάχθηκε ως η 11η σοβαρότερη διαταραχή παγκοσμίως, συμβάλλοντας σημαντικά στην απώλεια παραγωγικών ετών ζωής (Vos et al., 2015). Παράλληλα, το ποσοστό θνησιμότητας των ατόμων με

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

σχιζοφρένεια ανερχόταν στο 1,3%, ενώ η πιθανότητα αυτοκτονίας ήταν 8,9% (Walker et al., 2015).

Στη χώρα μας, η επίπτωση των ψυχωτικών διαταραχών καταγράφηκε σε έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι εμφανίζονται περίπου 30 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους κάθε χρόνο, αριθμός που αντιστοιχεί σε περίπου 3.200 νέους ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ετησίως σε πανελλαδικό επίπεδο (Peritogiannis et al., 2013).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι λιγότερο από το 50% των ατόμων με σχιζοφρένεια λαμβάνει θεραπεία, ενώ μόνο ένας στους επτά ασθενείς επιτυγχάνει ανάρρωση (Penttilä et al., 2014).

1.2. Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο (ΠΨΕ)

Ο όρος "Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο" (ΠΨΕ) συνδέεται στενά με τα προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση, τα οποία στηρίζονται στην ιδέα της κλινικής σταδιοποίησης της ψύχωσης και αποσκοπούν στην πρώιμη αναγνώριση και έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζονται ως ψυχωσικά, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, σχετίζονται με διαταραχές στη σκέψη (π.χ. παραληρητικές ιδέες), την αντίληψη (π.χ. ψευδαισθήσεις), το συναίσθημα, αλλά και στη συνολική πτώση της λειτουργικότητας, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο το ίδιο το άτομο στη συμπεριφορά και την κοινωνική του ζωή, όσο και το περιβάλλον του (Stefanis et al., 2018). Παρόλο που δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός και σαφής ορισμός για το ΠΨΕ, διαφορετικές ερευνητικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν ποικίλα κριτήρια. Κάποιες μελέτες επικεντρώνονται μόνο σε άτομα με μη συναισθηματική ψύχωση, ενώ άλλες, όπως η μελέτη των Morgan et al. (2006), υιοθετούν ευρύτερες κατηγοριοποιήσεις, συμπεριλαμβάνοντας περιπτώσεις όπου τα ψυχωτικά συμπτώματα εμφανίζονται για πρώτη φορά και πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή με ψυχωτικά χαρακτηριστικά, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή με ψυχωτικά χαρακτηριστικά, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή και οι ψυχωτικές διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών ή άλλων ιατρικών καταστάσεων.

Ωστόσο, ένα βασικό και καθολικό κριτήριο για να χαρακτηριστεί ένα Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο ως τέτοιο, είναι η εμφάνιση της προαναφερθείσας συμπτωματολογίας για τουλάχιστον μία εβδομάδα, η επακόλουθη αναζήτηση ψυχιατρικής φροντίδας για αυτή την συμπτωματολογία για πρώτη φορά και η μη ύπαρξη ιστορικού λήψης αντίστοιχης φαρμακευτικής αγωγής (Emsley, 1999; Murray et al., 2008). Έτσι, άτομα που λαμβάνουν για

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

πρώτη φορά θεραπεία και πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για ψυχωτικές διαταραχές, σύμφωνα με το DSM-5 (APA, 2013) ή το ICD-11 (WHO, 2019), θεωρείται ότι βιώνουν το πρώτο τους ψυχωτικό επεισόδιο.

1.2.1. Η αναζήτηση βοήθειας στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο

Αρκετές έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη σχέση μεταξύ της διάρκειας Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP) και της κλινικής έκβασης στον πληθυσμό των ασθενών με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, ωστόσο λίγα είναι γνωστά για τα επιμέρους Γεγονότα Αναζήτησης Βοήθειας (Help-seeking Events, HSE) που υφίστανται οι ασθενείς, πριν λάβουν την ενδεδειγμένη για πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο κατάλληλη φροντίδα σύμφωνα με τις οδηγίες NICE και τις αρχές του μοντέλου έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση.

Η αναζήτηση βοήθειας στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (help-seeking event, HSE) αναφέρεται σε οποιαδήποτε ενέργεια που αναλαμβάνει το άτομο ή τρίτοι (όπως η οικογένεια) για την αντιμετώπιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων (Weiss et al., 2021). Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς και οι φροντιστές αναζητούν βοήθεια είναι σημαντική για την πρόγνωση της νόσου (Leopoldo et al., 2018; Ferrara et al., 2021). Σύμφωνα με του Leopoldo et al., (2018) και Ferrara et al., (2021), φαίνεται τα επικρατέστερα πρώτα σημεία επαφής να αφορούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (τμήματα επειγόντων και νοσοκομεία) και στους ιδιώτες επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, έχει φανεί ότι η ύπαρξη οικογένειας ή υποστηρικτικού περιβάλλοντος αποτελεί βασική πηγή υποστήριξης για την αναζήτηση βοήθειας και παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση του μονοπατιού φροντίδας (Weiss et al., 2021).

Ωστόσο, υπάρχουν αρκετά εμπόδια στην έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας. Σύμφωνα με τη μελέτη των Causier et al., (2024), η οποία αφορά σε συστηματική ανασκόπηση 19 ποιοτικών ερευνών από 11 χώρες, με στόχο την κατανόηση των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους στην αναζήτηση βοήθειας για το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, φάνηκε ότι πρόκειται για μία πολυδιάστατη διαδικασία και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Ένας από αυτούς αφορά στην μη κατανόηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων ως τέτοιων και στην άγνοια τόσο για τη φύση της νόσου, όσο και για τις υπηρεσίες που υπάρχουν. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους συχνά δεν αναγνωρίζουν τα ψυχωτικά συμπτώματα ή τα αποδίδουν σε εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. χρήση ουσιών) μέχρι να κλιμακωθούν σε τέτοιο βαθμό που να έχει διαταραχθεί σημαντικά η λειτουργικότητα του ατόμου και να είναι αναπόφευκτο η απόδοση αυτών σε άλλη αιτία (Leopoldo et al., 2018;

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Ferrara et al., 2021). Επιπλέον, πολλοί φροντιστές και ασθενείς δεν είχαν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με το πού και πώς να αναζητήσουν βοήθεια (Causier et al., 2024). Η έλλειψη γνώσεων για τις διαθέσιμες υπηρεσίες, σε συνδυασμό με στερεότυπα για την ψυχική υγεία και την σκέψη της οικονομικής επιβάρυνσης, καθιστούσαν δύσκολη την πρόσβαση. Επιπλέον φάνηκε ότι σε αρκετές περιπτώσεις, προηγήθηκαν εναλλακτικές θεραπείες πριν τη χρήση επαγγελματικών υπηρεσιών, κάτι που επιμήκυνε τον χρόνο έναρξης θεραπείας (Causier et al., 2024; Weiss et al., 2021). Επόμενο εύρημα, κοινό σε πληθώρα μελετών, αφορούσε στην πολυπλοκότητα τους συστήματος (Leopoldo et al., 2018; Ferrara et al., 2021; Causier et al., 2024; Weiss et al., 2021). Η ανασκόπηση των Causier et al., 2024 κατέδειξε ότι οι φροντιστές θεωρούν το σύστημα υγείας περίπλοκο, με πολλαπλά βήματα και γραφειοκρατικές διαδικασίες, όπως παραπομπές και έγκριση εγγράφων, οι οποίες συμβάλλουν στην αύξηση της διάρκειας της Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ). Επιπλέον, οι περιορισμοί στις ασφαλιστικές καλύψεις και η ύπαρξη στενών κριτηρίων εισαγωγής στις υπηρεσίες οδηγούσαν τους φροντιστές να αισθάνονται ότι έπρεπε να "παλέψουν" για την πρόσβαση. Ακόμα ένα κοινό εύρημα και με άλλες μελέτες υπήρξε η αναφορά των φροντιστών στο αίσθημα αποκλεισμού από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, κυρίως λόγω νομικών περιορισμών και προστασίας της ιδιωτικότητας του ασθενούς, με αποτέλεσμα να είναι διστακτικοί στην αναζήτηση βοήθειας και με αμφιβολία για την αποτελεσματικότητα αυτής. Συγκεκριμένα στην μελέτη των Causier et al., (2024), αναφέρεται ότι πολλοί χρειάστηκε να επιμείνουν έντονα, ακόμη και να "υπερβάλλουν" για την κατάσταση του ασθενούς, προκειμένου να αισθανθούν ότι λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τους επαγγελματίες, με αποτέλεσμα να ενισχύεται το αίσθημα αποκλεισμού. Τέλος, σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχει η εμπειρία των ασθενών και των φροντιστών από την επαφή τους με τους επαγγελματίες υγείας, η οποία περιγράφεται ποικιλόμορφη τόσο διαγνωστικά, όσο και αναφορικά με την καθοδήγηση για το κατάλληλο θεραπευτικό πλάνο. Παρατηρήθηκε έλλειψη συντονισμού και κοινής προσέγγισης/μοντέλου μεταξύ των επαγγελματιών (Causier et al., 2024).

Επιπρόσθετα ως κοινό εύρημα των λόγων αποτροπής ή καθυστέρησης αναζήτησης βοήθειας βρέθηκε να είναι ο φόβος κοινωνικού στιγματισμού (Ferrara et al., 2021; Weiss et al., 2021). Τα ανωτέρω συνδυαστικά με την έλλειψη εναισθησίας, την άγνοια για τις υπηρεσίες που υπάρχουν και την ανάγκη για αυτονομία οδηγούν αρκετούς ανθρώπους στο να προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα μόνοι τους, καθυστερώντας έτσι την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (Leopoldo et al., 2018).

Η μέση διάρκεια από την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι την πρώτη επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας κυμαίνεται μεταξύ 10 και 23 μηνών και η καθυστέρηση αυτή, γνωστή και ως διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ), σχετίζεται με χειρότερη

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

πρόγνωση (Ferrara et al., 2021; Leopoldo et al., 2018). Σύμφωνα με τη μελέτη Weiss et al (2021) άτομα που παραπέμφθηκαν άμεσα σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είχαν μικρότερη ΜΘΨ και μεγαλύτερη δέσμευση στη θεραπεία. Παράλληλα, αρνητικές εμπειρίες με το σύστημα υγείας και η άγνοια για την ύπαρξη κατάλληλων δομών, έτσι ώστε να γνωρίζουν που να απευθυνθούν βρέθηκε να επιβραδύνουν την αναζήτηση βοήθειας (Leopoldo et al., 2018).

Συνολικά, η έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο εξαρτάται από την κατανόηση των συμπτωμάτων, την καταπολέμηση του στίγματος και την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι στρατηγικές παρέμβασης πρέπει να εστιάζουν στην ενημέρωση της κοινότητας, την ενίσχυση της οικογενειακής υποστήριξης και τη βελτίωση της εμπειρίας με το σύστημα υγείας (Leopoldo et al., 2018; Ferrara et al., 2021; Weiss et al., 2021).

1.3. Μη Θεραπευόμενη Ψύχωση (ΜΘΨ)

Η διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of untreated Psychosis (DUP) ορίζεται συνήθως ως το χρονικό διάστημα από την εμφάνιση των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων μέχρι την έναρξη θεραπείας για αυτά (Leopoldo et al., 2018). Το σημείο εκκίνησης για τον υπολογισμό της ΜΘΨ, όπως και το σημείο τερματισμού, μπορεί να διαφέρει από μελέτη σε μελέτη. Ειδικότερα κάποιες μελέτες το καθορίζουν από την εμφάνιση των πρώτων θετικών ψυχωτικών συμπτωμάτων ή οποιοδήποτε ψυχιατρικών συμπτωμάτων, την αλλαγή στη συμπεριφορά, ή τη διάγνωση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου σύμφωνα με συγκεκριμένες κλίμακες/εργαλεία, έως την έναρξη της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής, ή την πρώτη επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας, ή ακόμα την εισαγωγή σε νοσοκομείο ή την έναρξη άλλων παρεμβάσεων παράλληλα με λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Catalan et al., 2024; Leopoldo et al., 2018; Norman & Malla, 2001).

Στη μελέτη των Craig et al., (2000) η διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) συναντάται ως η περίοδος από την εμφάνιση του πρώτου σαφούς ψυχωτικού συμπτώματος, όπως προκύπτει από τις πληροφορίες της συνέντευξης Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) και από την ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων, έως την λήψη αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής. Σε άλλες μελέτες προσδιορίζεται χρονικά από πηγές όπως οι συνεντεύξεις με ασθενείς, μέλη της οικογένειας, θεράποντες ιατρούς και κλινικούς και περιγράφεται ως το διάστημα από την έναρξη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου έως την λήψη για πρώτη φορά αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής (Haas et al., 1998). Σε άλλη πηγή περιγράφεται ως η διάρκεια από την έναρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων μέχρι την πρώτη

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας ή την έναρξη οποιασδήποτε μορφής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης και φαρμακευτικής αγωγής (Wiersma et al., 1998). Σύμφωνα με τη μελέτη των Albert et al., (2017), η περίοδος από την πρώτη εμφάνιση ενός ψυχωτικού συμπτώματος με ένταση ≥ 3 σε ένα από τα δύο (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες) στη Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) θεωρείται ως έναρξη ΜΘΨ. Στη μελέτη των Hafner et al. (1993) θεωρείται το διάστημα από την εμφάνιση βραχέων διαλείποντων ψυχωτικών συμπτωμάτων (BLIPs), βάσει της συνέντευξης, Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (IRAOS) του ασθενούς, έως την ημέρα νοσηλείας. Αλλού συναντάται ως η περίοδος από την εμφάνιση οποιουδήποτε από τα εξής: παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, αποδιοργάνωση, διαταραχή της μορφής σκέψης ή κατατονική συμπεριφορά, με μέτρια ή μεγαλύτερη σοβαρότητα, όπως αξιολογείται μέσω της συνέντευξης Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH) έως την έναρξη νευροληπτικής θεραπείας (Ho et al., 2000). Στην μελέτη των Larsen et al., 1996 αποτελεί το διάστημα μεταξύ της έναρξης ψύχωσης ορισμένη ως σκορ ≥ 4 στην θετική υποκλίμακα της Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), με παρουσία παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, διαταραχής σκέψης ή ακατάλληλης/παράξενης συμπεριφοράς και της νοσηλείας λόγω της ψυχωτικής συμπτωματολογίας ή της έναρξης αντιψυχωτικού φαρμάκου σε επαρκή δόση και χρόνο για καλή κλινική ανταπόκριση (π.χ., 5 mg/ημέρα αλοπεριδόλης για 3 εβδομάδες). Άλλος ορισμός αναφέρεται στην πρώτη φορά, κατά την οποία τα ψυχωτικά συμπτώματα παρατηρήθηκαν από τον ασθενή, την οικογένεια ή άλλους, στο πλαίσιο της μείωσης λειτουργικότητάς του, έως την είσοδο σε θεραπευτικό πλάνο, το οποίο περιλαμβάνει τη χορήγηση νευροληπτικών κατά την κλινική κρίση του θεράποντα ιατρού (Szymanski et al., 1996).

Στην μελέτη των McGorry et al., (1996) περιγράφεται ως ο χρόνος από την έναρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων με βάση το ερευνητικό εργαλείο "Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis" έως την έναρξη σε πρόγραμμα θεραπείας έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση. Ένας κοινός ορισμός που περιγράφεται από τους Barnes (2008) και Briend (2020) αφορά στην στιγμή έναρξης θετικών και αρνητικών ψυχωτικών συμπτωμάτων μέχρι την έναρξη αντιψυχωτικής θεραπείας. Στην μελέτη του Gonzalez-Valderrama (2017), το εργαλείο "Symptom Onset Schizophrenia Inventory" χρησιμοποιείται για τον καθορισμό της ΜΘΨ. Τέλος, συναντάται από τους Izquierdo (2020) και Kaymak (2011) και ως η περίοδος από την εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων, με παρουσία αυτών για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ημέρας, έως την έναρξη αντιψυχωτικής αγωγής

Η διάρκεια της Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) έχει αποδειχθεί ότι είναι χρήσιμη για την πρόβλεψη των εκβάσεων της θεραπείας και της πορείας της ψυχικής νόσου, ωστόσο

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

δεν μπορεί να αναδείξει τα αίτια ή το προφίλ της συμπεριφοράς του ασθενούς πριν από την έναρξη της θεραπείας. Η συντομότερη διάρκεια της ΜΘΨ έχει συσχετιστεί με βελτιωμένη κλινική έκβαση και ταχύτερη αποδρομή από το Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο (ΠΨΕ), ωστόσο δεν υπάρχει επαρκής κατανόηση των τρόπων μείωσης της (Levia et al., 2020, Dimitrakopoulos et al., 2022). Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην ποικιλομορφία των ορισμών που υπάρχουν στις μελέτες, αναφορικά με το πώς μετρείται η έναρξη των ψυχωτικών συμπτωμάτων και με το ποιες παρεμβάσεις θεωρείται ότι τερματίζεται η διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης Catalan et al., 2024). Από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι για την εκτίμηση της χρησιμοποιούνται διάφορα κλινικά και ερευνητικά εργαλεία/κλίμακες, όπως το Circumstances of Onset and Relapse Schedule (CORS), το Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH), το Symptom Onset Schizophrenia Inventory, το Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (IRAOS) και το Nottingham Onset Schedule (NOS) (Catalan et al., 2024) και υπάρχει ποικιλία και στον χρόνο αξιολόγησης για τα αποτελέσματα (length follow up for outcomes)

1.4. Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης θεραπείας για την ψύχωση, συστήνοντας την έναρξη παρέμβασης το συντομότερο δυνατόν, καταδεικνύοντας ως έγκαιρο το διάστημα για παρέμβαση τους πρώτους τρεις μήνες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων (διάρκεια ΜΘΨ ≤ 12 εβδομάδες), καθώς εντός αυτού του διαστήματος αναμένεται πολύ καλή πρόγνωση με μέγιστη ανάκαμψη και αποκατάσταση (World Health Organization, 2022).

Το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη του μοντέλου έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση και την δημιουργία των αντίστοιχων εξειδικευμένων μονάδων/υπηρεσιών σημειώνεται το 1984, όταν στο Royal Park Hospital στη Μελβούρνη της Αυστραλίας υπήρξε πρωτοβουλία παραχώρησης 10 κρεβατιών για την ψυχιατρική νοσηλεία αποκλειστικά ατόμων που βίωναν ένα Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο ΠΨΕ (McGorry et al., 1992).

Το 1992, το μοντέλο αυτό εξελίχθηκε περαιτέρω με την ίδρυση του EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) στη Μελβούρνη, με πρωτοβουλία του ψυχιάτρου Patrick McGorry. Το EPPIC, ως κέντρο εξειδίκευσης για την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στη ψύχωση, αποτέλεσε ένα από τα πιο σημαντικά παραδείγματα για την ανάπτυξη προγραμμάτων έγκαιρης παρέμβασης σε άτομα που βιώνουν ένα πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Ένα σημαντικό έργο του EPPIC ήταν το PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation), που επικεντρώθηκε στην αναγνώριση των ατόμων με κίνδυνο εμφάνισης ψύχωσης, δηλαδή των ατόμων με «at risk mental state» (ARMS) (McGorry et al., 2002).

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Με την επιτυχία των πρώτων προγραμμάτων στην Αυστραλία, η ανάγκη για δημιουργία αντίστοιχων μονάδων σε άλλες χώρες έγινε επιτακτική. Στη συνέχεια, το 2000, το πρόγραμμα IRIS (Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia) εισήλθε στον χώρο της έγκαιρης παρέμβασης, ενισχύοντας την ανάγκη για τη μείωση των επιπτώσεων της σχιζοφρένειας μέσω της έγκαιρης παρέμβασης (McGorry et al., 2002).

Αναφορικά με άλλες χώρες, οι ΗΠΑ ανέπτυξαν το πρόγραμμα RAISE (Recovery After an Initial Schizophrenia Episode), το οποίο επικεντρώθηκε στην αποκατάσταση ατόμων με πρώιμη ψύχωση (Kane et al., 2016). Παρόμοια, το πρόγραμμα STEP (Successful Treatment of Early Psychosis) πρόσφερε πολύτιμη υποστήριξη για τη διαχείριση και την αποκατάσταση αυτών των ατόμων (McFarlane et al., 2000).

Η Νέα Ζηλανδία, ο Καναδάς, η Ασία (με χώρες όπως η Σιγκαπούρη και το Χονγκ Κονγκ), καθώς και οι ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Δανία, η Νορβηγία, η Φινλανδία, η Αγγλία, η Σερβία, η Γερμανία, η Πορτογαλία, η Ιρλανδία, και η Ισπανία, υιοθέτησαν ανάλογα προγράμματα με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση τόσο των πρώιμων συμπτωμάτων ψύχωσης, όσο και του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου. Ειδικότερα, στην Ευρώπη, προγράμματα όπως το OPUS στη Δανία (Nordentoft et al., 2001), το TIPS στη Νορβηγία (Melle et al., 2008), το DEEP στη Φινλανδία (Pillmann et al., 2010), το LEO και το OASIS στην Αγγλία (McGorry et al., 2016), και άλλα, υπήρξαν καθοριστικά για τη δημιουργία διεθνών πρωτοκόλλων και μοντέλων έγκαιρης παρέμβασης.

Όλες οι ανωτέρω υπηρεσίες και προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση διέπονται από κοινές αρχές στη λειτουργία τους και τις ίδιες κατευθυντήριες γραμμές στην κλινική πρακτική τους. Πιο συγκεκριμένα, επικεντρώνονται στην ταχεία αξιολόγηση και θεραπεία των ατόμων που εμφανίζουν πρώιμη ψυχωτική συμπτωματολογία ή βιώνουν το πρώτο τους επεισόδιο ψύχωσης, με αυτή να αφορά στο χρονικό διάστημα των δύο εβδομάδων από την ημερομηνία παραπομπής (NICE, 2015). Αυτή η πρακτική ευθυγραμμίζεται με τις κατευθυντήριες γραμμές που τονίζουν ότι η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να συμβάλει στη μέγιστη ανάκαμψη και να μειώσει τον μακροπρόθεσμο αντίκτυπο της αθεράπευτης ψύχωσης (World Health Organization, 2022).

Ο στόχος τους είναι η ολοκληρωμένη υποστήριξη, η οποία βασίζεται σε χαμηλές φαρμακευτικές δόσεις, μηδενική ανοχή σε παρενέργειες, στην παροχή γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας για την ψύχωση, στην ψυχοεκπαίδευση και υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος/ υποστηρικτικού πλαισίου, καθώς σε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη (NICE, 2015).

Οι υπηρεσίες αυτές συνήθως παρέχουν φροντίδα κατά τα πρώτα τρία χρόνια από την εκδήλωση της ψυχωτικής συμπτωματολογίας, ενώ η υποστήριξη μπορεί να παραταθεί εάν το

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

άτομο δεν έχει αναρρώσει επαρκώς. Σημαντική διαφοροποίηση στον μέχρι τώρα τρόπο που προσέγγισης των ψυχωτικών διαταραχών είναι το γεγονός ότι δίνεται ιδιαίτερη έμφαση και στην αντιμετώπιση της αρνητικής συμπτωματολογίας (Συναισθηματική άμβλυωση/επιπέδωση, Υποηδονία/ανηδονία, Υποβουλησία, Παθητική κοινωνική απόσυρση κ). Επιπλέον, οι υπηρεσίες αυτές διασφαλίζουν ότι οι παρεμβάσεις είναι προσαρμοσμένες και προσβάσιμες σε άτομα που παρουσιάζουν τέτοιου είδους συμπτώματα (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015).

Το μοντέλο έγκαιρης παρέμβασης έχει εξελιχθεί σημαντικά και συνεχώς αναπτύσσεται σε διεθνές επίπεδο. Η επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της παροχής κατάλληλης θεραπείας σε πρώιμο στάδιο, προκειμένου να μειωθεί η ένταση των ψυχικών διαταραχών και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων που πλήττονται.

1.4.1 Ελληνική Πραγματικότητα

Η πρακτική εφαρμογή του μοντέλου της Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση με την σύσταση Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΜΕΠΨ) στην Ελλάδα προχώρησε με αργούς, αλλά σταθερούς ρυθμούς σημειώνοντας σημαντικά ερευνητικά βήματα που υπογράμμισαν την ανάγκη για μια συστηματική και οργανωμένη προσέγγιση στη διάγνωση και θεραπεία των πρώτων επεισοδίων ψύχωσης (FEP). Από τη δεκαετία του 2000, αρκετές μελέτες και ερευνητικά προγράμματα στην Ελλάδα εστίασαν στη μελέτη της πρώιμης ανίχνευσης και παρέμβασης σε ψυχωτικές διαταραχές, αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα για την ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών.

Ένα από τα πρώτα σημαντικά ερευνητικά βήματα στην Ελλάδα ήταν η μελέτη που πραγματοποίησε η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας για τις Περιφέρειες Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας (2008 – 2009). Η μελέτη αυτή κατέγραψε τα ποσοστά πρώτων επεισοδίων ψύχωσης στην περιοχή και ανέδειξε τη σημαντική διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (μέση διάρκεια 6 μήνες) και τις διαφορές στις θεραπευτικές προσεγγίσεις μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Peritogiannis et al, 2011). Αυτή η έρευνα αποτέλεσε τη βάση για την κατανόηση των αναγκών και των προκλήσεων σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία στην Ελλάδα και ενίσχυσε τη θέση της έγκαιρης παρέμβασης για τη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών.

Το 2006, η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων πρωτοστάτησε, δημιουργώντας την πρώτη υπηρεσία Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΕΠΨ) στην Ελλάδα, η οποία προσέφερε κοινοτικά

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

προσανατολισμένη φροντίδα από το 2010 (Mantas & Mavreas, 2011). Παράλληλα, το 2009, η Α' Πανεπιστημιακή Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ανέπτυξε τη Μονάδα Πρώτου Ψυχωτικού Επεισοδίου, η οποία περιλάμβανε εξωτερικό ιατρείο, κλειστό τμήμα και υπηρεσίες ψυχοθεραπείας για τις οικογένειες των ασθενών (Xenaki et al., 2020). Επιπλέον, εξωτερικά ιατρεία Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση λειτουργούν από το 2010 στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη και στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Πάτρας.

Το 2013, σύμφωνα με την έρευνα που εκπόνησε η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, η ετήσια επίπτωση των πρώτων επεισοδίων ψύχωσης εκτιμήθηκε σε 30 ανά 100.000 κατοίκους, με αποτέλεσμα περίπου 3.200 νέα περιστατικά ανά έτος σε ολόκληρη τη χώρα, ωστόσο, δεν υπάρχουν δεδομένα για την πορεία των ασθενών, τη λειτουργικότητά τους, ή την επάνοδο στην εργασία και την εκπαίδευση, ενώ λείπουν επίσης εκτιμήσεις για το άμεσο και έμμεσο κόστος της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Αυτό το κενό ήρθε να συμπληρώσει μία από τις πιο πρόσφατες και σημαντικές ερευνητικές πρωτοβουλίες στην Ελλάδα, η μελέτη «*Athens First-Episode Psychosis Research Study*», η οποία ξεκίνησε με στόχο να διερευνήσει τις πιθανές συσχετίσεις μεταξύ γενετικών, περιβαλλοντικών και νευρομεταβολικών παραγόντων κινδύνου για τις ψυχωτικές διαταραχές. Η μελέτη αυτή εστίασε σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ηλικίας 16-45 ετών, οι οποίοι προσέρχονταν σε ιατρικές μονάδες πέντε ψυχιατρικών νοσοκομείων στην Αθήνα, και είχαν περιορισμένη έκθεση σε αντιψυχωτικά φάρμακα κατά την είσοδο τους (Xenaki et al., 2019). Σκοπός της ήταν η ανάδειξη των πιθανών βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την έκβαση της ψύχωσης, με τα αποτελέσματα να δείχνουν ότι, παρά τη σοβαρότητα της αρχικής κλινικής εικόνας των ασθενών, η πλειονότητα παρουσίασε βελτίωση κατά τον πρώτο μήνα μετά την παρέμβαση, όπως διαπιστώθηκε από τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων και κλινικών συνεντεύξεων. Αυτή η μελέτη είναι η πρώτη στην Ελλάδα που εξετάζει την αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων στην ψύχωση και προσέφερε πολύτιμα δεδομένα για την κατανόηση της ανάπτυξης αλλά και της εξέλιξης της ψύχωσης στην ελληνική κοινωνία.

Στην ίδια κατεύθυνση, το 2018 διατυπώθηκε πρόταση για την ανάπτυξη μονάδων ΕΠΨ στην Ελλάδα από μια ομάδα εργασίας ψυχιάτρων και ειδικών στην ψυχική υγεία, αναγνωρίζοντας τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της πολυδιάστατης υποστήριξης για τους νέους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Στεφανής et al., 2018), η οποία και πέρασε στην πράξη με την θεσμοθέτηση των υπηρεσιών Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση το 2020, σύμφωνα με τον Νόμο 2716/1999, επιβεβαιώνοντας τις συντονισμένες προσπάθειες της ψυχιατρικής κοινότητας. Ομάδα εργασίας στο Υπουργείο Υγείας (2018-2019) εκπόνησε

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες υιοθετήθηκαν από την Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία το 2019. Το 2023, ιδρύθηκαν 8 νέες μονάδες ΕΠΨ σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές της χώρας, προσφέροντας έγκαιρη παρέμβαση, θεραπεία και αποκατάσταση σε νέους ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Η δημοσίευση της Κοινής Υπουργικής Απόφασης (ΚΥΑ) αριθ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334 στο ΦΕΚ Β 2639 (18.06.2021) καθόρισε με σαφήνεια τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (Μ.Ε.Π.Ψ.) του άρθρου 12Α του ν. 2716/1999. Η ΚΥΑ ενισχύει τις αρχές προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και επισημαίνει την ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση, εστιάζοντας στην ελαχιστοποίηση των μακροχρόνιων επιπτώσεων και στη στήριξη της κοινωνικής ένταξης των ασθενών. Παρά την πρόοδο, το όραμα για ολοκληρωμένες και προσβάσιμες υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης παραμένει σε προτεραιότητα. Η ενίσχυση της έρευνας, η εξειδίκευση των παρεχόμενων υπηρεσιών και η διάχυση της γνώσης αποτελούν απαραίτητα βήματα για τη συνεχιζόμενη βελτίωση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

ΜΕΡΟΣ Β' – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις

Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη κοορτής (retrospective cohort study). Τα δεδομένα αναζητούνται εντός χρονικού διαστήματος t0-t1, όπου t0 είναι η έναρξη ψυχωτικής συμπτωματολογίας και t1 η ένταξη στη Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση «Πειραιώς 33» του Κεντρικού Τομέα Αθηνών και στη Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση «ΠΝΟΕΣ Ath» του Βόρειου Τομέα Αθηνών. Τα δεδομένα προέρχονται από την ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων. Η μελέτη διεξάχθηκε κατά το χρονικό διάστημα από 1 Σεπτεμβρίου 2024 έως 31 Ιανουαρίου 2025.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης, τη διαδικασία διεξαγωγής, την εμπιστευτικότητα και την ασφάλεια των προσωπικών τους δεδομένων και προσκόμισαν ενυπόγραφη συγκατάθεση. Για την παρούσα έρευνα ζητήθηκαν και ελήφθησαν σχετικές άδειες από την επιστημονική επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και σε συνέχεια Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής «Κώστας Στεφανής» (ΕΠΙΨΥ), καθώς και της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.).

Η παρούσα μελέτη εστίασε στο μονοπάτι αναζήτησης φροντίδας από την έναρξη της ψυχωτικής συμπτωματολογίας (t0) έως και την ένταξη τους στις Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση του Κεντρικού και Βόρειου Τομέα Αθηνών, «Πειραιώς 33» και «ΠΝΟΕΣ Ath» αντίστοιχα, ως τα κατάλληλα πλαίσια φροντίδας (t1). Σκοπός είναι να διερευνηθούν τα Γεγονότα Αναζήτησης Βοήθειας, ΓΑΒ (Help-Seeking Events, HSE) στο προαναφερόμενο διάστημα, καταγράφοντας, αν έγιναν έγκαιρα (εντός 12 εβδομάδων από t0), το πρόσωπο που τα προσέτρεξε, τον τύπο/είδος επαφής, αν έλαβαν κάποια υπηρεσία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τις αιτίες μη λήψης κατάλληλων υπηρεσιών, καθώς και τον συνολικό αριθμό των επαφών που έκαναν οι ασθενείς ή μέλη των οικογενειών τους πριν λάβουν την κατάλληλη φροντίδα και κατά πόσο οι παραπάνω πληροφορίες επιδρούν στην διάρκεια της Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP).

Τα ευρήματα αποσκοπούν στην καλύτερη κατανόηση του μονοπατιού αναζήτησης φροντίδας και την ανάδειξη των καθυστερήσεων που σχετίζονται με τα Γεγονότα Αναζήτησης Βοήθειας (ΓΑΒ) και στόχος είναι να συμβάλλουν στην δημιουργία πιο στοχευμένων στρατηγικών παρέμβασης για την εξασφάλιση όχι μόνο της έγκαιρης, αλλά και αποτελεσματικής επαφής με κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Κύρια ερευνητική υπόθεση:

Τα άτομα με Διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP) μικρότερη ή ίση με 12 εβδομάδες (δηλ. έγινε γεγονός αναζήτησης βοήθειας έγκαιρα) έφτασαν και έγκαιρα (εντός 12 εβδομάδων από την εμφάνιση της ψύχωσης) στις Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης της Ψύχωσης.

Δευτερεύουσες ερευνητικές υποθέσεις:

Τα άτομα που το πρώτο τους Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας (ΓΑΒ) - Help seeking Event (HSE) ήταν σε ΜΕΠΨ ή είχε ως αποτέλεσμα να παραπεμφθούν σε ΜΕΠΨ, είχαν μικρότερη διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP).

Διερεύνηση σχέσης διάρκειας Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP) με την ύπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος, με το ποιος αναζήτησε βοήθεια, που απευθύνθηκε και με τον συνολικό αριθμό Γεγονότων Αναζήτησης Βοήθειας (Help-seeking Events, HSE)

Ερευνητικά ερωτήματα:

Ερώτημα 1 (κύριο): Τα άτομα που είχαν Διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP) μικρότερη ή ίση με 12 εβδομάδες (δηλ. έγινε Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας έγκαιρα), έφτασαν έγκαιρα και στις Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης της Ψύχωσης (ΜΕΠΨ);

Ερώτημα 2: Τα άτομα που το πρώτο τους Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας (ΓΑΒ) - Help seeking Event (HSE) ήταν σε ΜΕΠΨ ή είχε ως αποτέλεσμα να παραπεμφθούν σε ΜΕΠΨ, είχαν μικρότερη διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP);

Ερώτημα 3: Υπάρχει διαφορά στις μετρήσεις της ΜΘΨ-DUP μεταξύ αυτών για τους οποίους δηλώθηκε ότι υπήρχε οικογενειακό περιβάλλον και όσους δήλωσαν μη ύπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος;

Ερώτημα 4: Υπάρχει διαφορά μεταξύ των διαμέσων της ΜΘΨ-DUP στις 5 ομάδες που προσδιορίζονται με βάση την ερώτηση «Πόσα γεγονότα αναζήτησης βοήθειας έγιναν μέχρι

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

την ένταξη στην ΜΕΠΨ ως το κατάλληλο πλαίσιο φροντίδας (λήψη φ.α. και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης);» ως κανένα, ένα, δύο, τρία και περισσότερα από τρία;

Ερώτημα 5: Πως επηρεάζεται η τιμή της ΜΘΨ - DUP ενός ατόμου (είτε αναζήτησε βοήθεια έγκαιρα, είτε όχι) από το ποιος αναζήτησε βοήθεια;

Ερώτημα 6: Υπάρχει διαφορά μεταξύ των διαμέσων της ΜΘΨ - DUP ανάλογα με το που απευθύνθηκαν κατά το πρώτο γεγονός αναζήτησης βοήθειας;

Ερώτημα 6α: Σε περίπτωση που η αρχική αναζήτηση βοήθειας ήταν η αστυνομία (είχε ως αποτέλεσμα την ακούσια νοσηλεία του ατόμου) διαφοροποιείται η διάμεσο της ΜΘΨ – DUP;

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις για τη διερεύνηση της διακύμανσης της τιμής της διάρκειας Μη Θεραπευμένης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP) μεταξύ των ομάδων των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων που συλλέχθηκαν (Φύλο, Ελληνική εθνικότητα, Μετανάστης δεύτερης γενιάς, Επίπεδο εκπαίδευσης, Εργασιακή κατάσταση, Κατάσταση διαμονής, Τομέας και Εμπλοκή με το νόμο)

2.2. Συμμετέχοντες/Δειγματοληψία

Το δείγμα της μελέτης προήλθε από την Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση του Κεντρικού Τομέα Αθηνών «Πειραιώς 33», του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής «Κώστας Στεφανής» (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) και από τη Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση του Βόρειου Τομέα Αθηνών «ΠΝΟΕΣ Ath», της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.) και αποτελείται από 60 συμμετέχοντες (30 από κάθε μονάδα).

Ο πληθυσμός αναφοράς της μελέτης ήταν άτομα που έχουν βιώσει Πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο (συναισθηματική και μη συναισθηματική ψύχωση) και βρίσκονταν εντός της κρίσιμης περιόδου (5 έτη), ηλικίας 17-35 ετών, ανεξαρτήτως φύλου, κάτοικοι του Κεντρικού και Βόρειου Τομέα Αθηνών, με ή χωρίς ιστορικό νοσηλειών (ακούσιων ή εκούσιων), που είχαν ολοκληρώσει την αξιολόγηση των 8 εβδομάδων και είχαν ενταχθεί στις Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση του Κεντρικού και Βόρειου Τομέα Αθηνών, «Πειραιώς 33» και «ΠΝΟΕΣ Ath» αντίστοιχα, ως τα κατάλληλα πλαίσια φροντίδας.

Οι συμμετέχοντες έπρεπε να γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα και να πληρούν τα κριτήρια ένταξης των ΜΕΠΨ. Τα κριτήρια ένταξης σε Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Ψύχωση περιλαμβάνουν την εμπειρία μιας περιόδου ψύχωσης τουλάχιστον μίας εβδομάδας, εκτός εάν τα συμπτώματα υποχώρησαν λόγω θεραπείας πριν το τέλος αυτής της περιόδου. Η ψυχωτική περίοδος πρέπει να συνοδεύεται από σοβαρούς κινδύνους ή σημαντική πτώση της λειτουργικότητας, ενώ αποτελεί το πρώτο επεισόδιο διαγνωσμένης ή πιθανής ψύχωσης. Οι θεραπευόμενοι δεν πρέπει να έχουν λάβει αντιψυχωτικά φάρμακα για περισσότερες από έξι εβδομάδες, εκτός εάν η έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής έγινε τους τελευταίους τρεις μήνες. Η περίοδος της ψύχωσης δεν πρέπει να χαρακτηρίζεται ως επαγόμενη από χρήση ουσιών, δηλαδή το άτομο να ήταν αρχικά καλά, να επιδεινώθηκε οξέως μετά από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και να ακολούθησε ταχεία ανάρρωση μετά τη διακοπή τους. Επιπλέον, τα συμπτώματα δεν πρέπει να εξηγούνται καλύτερα στο πλαίσιο Διαταραχής μετά Ψυχοτραυματικό Στρες ή Διαταραχής Προσωπικότητας, όπως η συναισθηματικά ασταθής διαταραχή προσωπικότητας. Ηλικιακά, οι Μονάδες δέχονται θεραπευόμενους ηλικίας 17 έως 35 ετών. Δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση εάν υπάρχουν ξεκάθαρα οργανικά αίτια που να εξηγούν την ψύχωση. Τέλος, γίνονται δεκτές παραπομπές για Πρώτο Ψυχωσικό Επεισόδιο στο πλαίσιο διαταραχής συναισθήματος, όπως μανία, διπολική διαταραχή ή κατάθλιψη.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν η συννοσηρότητα με χρήση ουσιών και η προεξάρχουσα νευροαναπτυξιακή διαταραχή. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τους σκοπούς της μελέτης και υπέγραψαν τον έντυπο συγκατάθεσης. Το σχετικό έντυπο τους παρείχε πληροφορίες για τον σκοπό της έρευνας και τη διαδικασία που θα ακολουθούσαν. Επίσης, διευκρινίζονταν ζητήματα σχετικά με την εμπιστευτικότητα του ιατρικού φακέλου, την προστασία των προσωπικών δεδομένων που διαμοιράζονταν, καθώς και τη διατήρηση αυτών σε ηλεκτρονικά και έντυπα αρχεία, διασφαλίζοντας την αποφυγή δημοσιοποίησης προσωπικών πληροφοριών. Επιπλέον, οι ασθενείς ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και δεν επηρέαζε την ανεξάρτητη ιατρική φροντίδα που λάμβαναν, ούτε είχε κάποιο κόστος για εκείνους. Τους δόθηκε η δυνατότητα να αρνηθούν τη συμμετοχή ή να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να αντιμετωπίσουν καμία συνέπεια.

Ορισμοί

Ως έγκαιρο γεγονός αναζήτησης βοήθειας ορίζεται στην παρούσα έρευνα οποιαδήποτε συμπεριφορά εκδηλώνεται είτε από το ίδιο το άτομο, είτε από άλλο για την αντιμετώπιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων εντός 12 εβδομάδων από την έναρξη της ψυχωτικής συμπτωματολογίας (Weiss, A., et al., 2021, WHO, 2022)

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Ως κατάλληλη θεραπεία ορίζεται η λήψη των ενδεδειγμένων κατά NICE υπηρεσιών για την αντιμετώπιση πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου και στην παρούσα μελέτη αυτή αφορά στις υπηρεσίες που παρέχονται στις Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (διεπιστημονικά)

Για τον προσδιορισμό της διάρκειας Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης χρησιμοποιείται η Nottingham Onset Schedule – Duration of Untreated Psychosis (NOS-DUP), καταγράφοντας την ημερομηνία έναρξης του ψυχωτικού επεισοδίου, το οποίο ορίζεται ως εξής: Σαφή στοιχεία παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, συμπτώματα πρώτης τάξης, κατατονικά συμπτώματα για τουλάχιστον μία εβδομάδα (δηλαδή βαθμολογία ≥ 4 στα λήμματα της PANSS P1 «παραληρητικές ιδέες», P3 «ψευδαισθητικά επαγόμενη συμπεριφορά», P5 «ιδέες μεγαλείου», P6 «καχυποψία» ή A9 «Ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης») και της λήψης αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής για πρώτη φορά για την αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων.

2.3. Ερευνητικά εργαλεία/Ερωτηματολόγια

Συμπληρώθηκε κατάσταση δημογραφικών στοιχείων και έγινε καταγραφή πληροφοριών όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασιακή κατάσταση και κατάσταση διαμονής, η ύπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος, ιστορικό νοσηλείων (ακούσια και εκούσια) και η εμπλοκή με το νόμο. Για την διερεύνηση των Γεγονότων Αναζήτησης Βοήθειας (Help-Seeking events) δημιουργήθηκε έντυπο καταγραφής δεδομένων, στο οποίο συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούν τα Γεγονότα Αναζήτησης Βοήθειας, ΓΑΒ (Help-Seeking Events – HSE). Πιο συγκεκριμένα συλλέγονται οι εξής πληροφορίες: αν τα γεγονότα αναζήτησης βοήθειας έγιναν έγκαιρα (εντός 12 εβδομάδων από την έναρξη της ψυχωτικής συμπτωματολογίας), το πρόσωπο που αναζήτησε βοήθεια και το είδος-τύπος επαφής. Επιπλέον, καταγράφεται ο συνολικός αριθμός γεγονότων αναζήτησης βοήθειας που έγιναν μέχρι την ένταξη στην ΜΕΠΨ. Παράλληλα διερευνήθηκε κατά πόσο οι παραπάνω μεταβλητές και οι υποκατηγορίες τους σχετίζονται με τη διάρκεια της Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP).

Η διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) υπολογίστηκε κάνοντας χρήση της τροποποιημένης εκδοχής του τυποποιημένου ερευνητικού εργαλείου (standardized instrument) Nottingham Onset Schedule – Duration of Untreated Psychosis (NOS-DUP). Πρόκειται για ένα τυποποιημένο ερευνητικό εργαλείο (standardized instrument) που κατασκευάστηκε από τους Singh et al., 2005, μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από την ερευνητική ομάδα της μελέτης “Organization framework and preliminary

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

findings from the Athens First-Episode Psychosis Research Study (Xenaki et al., 2022), η οποία διεξήχθη με την υποστήριξη του European Community's Seventh Framework Program (Project EU-GEI).

Τα δεδομένα που συλλέγονται είναι τα εξής:

• **Ημερομηνία έναρξης ψύχωσης:**

Καταγράφεται η πρώτη ημέρα έναρξης του ψυχωσικού επεισοδίου.

Η έναρξη του ψυχωσικού επεισοδίου ορίζεται ως εξής: Σαφή στοιχεία παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, συμπτώματα πρώτης τάξης, κατατονικά συμπτώματα για τουλάχιστον μία εβδομάδα (δηλαδή βαθμολογία ≥ 4 στα λήμματα της PANSS P1 «παραληρητικές ιδέες», P3 «ψευδαισθητικά επαγόμενη συμπεριφορά», P5 «ιδέες μεγαλείου», P6 «καχυποψία» ή A9 «Ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης»).

• **Ημερομηνία επαρκούς θεραπείας:**

Καταγράφεται η πρώτη μέρα επαρκούς θεραπείας.

Ως επαρκής θεραπεία ορίζεται η εξής: Η ημερομηνία κατά την οποία η θεραπεία με αντιψυχωσικά έχει διατηρηθεί για τουλάχιστον ένα μήνα (με τουλάχιστον 75% συμμόρφωση), ή μέχρι να επιτευχθεί σημαντική ανταπόκριση (δηλαδή «πολύ βελτιωμένος» στο CGI), όποιο από τα δύο έρθει πρώτα. Για την πλειοψηφία των ατόμων η ημερομηνία αυτή θα είναι ακριβώς ένα μήνα μετά την έναρξη χορηγούμενου αντιψυχωσικού.

• **Ημερομηνία της έναρξης θεραπείας**

Πρώτη ημέρα χορήγησης αντιψυχωσικού.

Η διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (DUP) μετρείται σε εβδομάδες αφαιρώντας την ημερομηνία έναρξης της ψύχωσης από την ημερομηνία επαρκούς θεραπείας.

Στις περιπτώσεις που η NOS-DUP έχει ήδη χορηγηθεί από τους επαγγελματίες στο πλαίσιο της εκτίμησης των 8 εβδομάδων (8 week assessment), το αποτέλεσμα θα αναζητηθεί από τους ιατρικούς φακέλους των ατόμων.

2.4. Στατιστική Ανάλυση

Στην παρούσα μελέτη η ανάλυση κατηγορικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με υπολογισμό συχνοτήτων και ποσοστών, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν περιγραφικά στατιστικά μέτρα, όπως η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Για τη διερεύνηση συσχετίσεων και διαφορών μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόστηκαν κατάλληλοι στατιστικοί έλεγχοι. Συγκεκριμένα, ο χ^2 έλεγχος χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη της συσχέτισης κατηγορικών μεταβλητών, ενώ για τη σύγκριση ποσοτικών δεδομένων μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney.

Για τη σύγκριση ποσοτικών δεδομένων μεταξύ περισσότερων των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Η χρήση μη παραμετρικών μεθόδων επιλέχθηκε λόγω μη ικανοποίησης των απαραίτητων παραδοχών για την εφαρμογή παραμετρικών ελέγχων, διασφαλίζοντας έτσι την εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics, Version 29.0.2.0 (20).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφική Στατιστική: Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και συσχέτιση με διάρκεια ΜΘΨ – DUP

Το δείγμα αποτελούν συνολικά 60 άτομα, 38 (63,3%) άνδρες και 22 (36,7%) γυναίκες. Η μέση ηλικία έναρξης ψύχωσης είναι 23,68 έτη τυπική απόκλιση (τ.α.)=5,30 έτη με διάμεση ηλικία ψύχωσης 23 έτη (ενδοτεταρτημοριακό εύρος (ετε)=9 έτη). Η μέση ηλικία έναρξης σε Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΜΕΠΨ) είναι 24,32 έτη (τ.α.=4,92 έτη) με διάμεση ηλικία για την έναρξη σε ΜΕΠΨ 24 έτη (ετε=7 έτη). Ο μέσος χρόνος μεταξύ της καταγεγραμμένης ημερομηνίας έναρξης του ψυχωτικού επεισοδίου και της ημερομηνίας που πραγματοποιήθηκε η έναρξη σε ΜΕΠΨ είναι 44,20 εβδομάδες (τ.α.=85,96 εβδομάδες) ενώ ο αντίστοιχος διάμεσος χρόνος είναι 14,50 εβδομάδες (ετε=38 εβδομάδες). Η μέση διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης ΜΘΨ - Duration of Untreated Psychosis (DUP) είναι 30,62 εβδομάδες (τ.α.=74,28 εβδομάδες) με διάμεση αντίστοιχη διάρκεια 12 εβδομάδες (ετε=19 εβδομάδες). Ο μέσος χρόνος αναμονής, δηλαδή του χρόνου που μεσολαβεί μεταξύ της ημερομηνίας παραπομπής και της ημερομηνίας έναρξης σε ΜΕΠΨ είναι 3,83 ημέρες (τ.α.=5,21 ημέρες) με διάμεση αντίστοιχη διάρκεια 3 ημέρες (ετε=6 ημέρες).

Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις μέσω ελέγχων Mann-Whitney και Kruskal-Wallis για τη διερεύνηση της διακύμανσης της τιμής της διάρκειας Μη Θεραπευμένης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP) μεταξύ των ομάδων των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων που συλλέχθηκαν. Η αναλύσεις δεν κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μετρήσεις της διάρκειας ΜΘΨ - DUP μεταξύ των ομάδων που εξετάστηκαν για τις μεταβλητές φύλο, ελληνική εθνικότητα, μετανάστης δεύτερης γενιάς, επίπεδο εκπαίδευσης, εργασιακή κατάσταση, κατάσταση διαμονής, τομέας και εμπλοκή με το νόμο. Για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων έγινε χρήση του Exact Test κάθε ελέγχου ώστε να αντιμετωπιστεί η ύπαρξη πολύ μικρού δείγματος σε κάποιες από τις ομάδες. Επιπλέον, το μέγεθος της επίδρασης ήταν σε όλες τις περιπτώσεις μικρό, γεγονός που δηλώνει ότι οι μεταβλητές που αξιολογήθηκαν δεν σχετίζονται ουσιαστικά με τη διακύμανση της ΜΘΨ - DUP. Τα ευρήματα αυτά δηλώνουν ότι οι παράγοντες που εξετάστηκαν πιθανώς δεν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διάρκεια της Μη Θεραπευμένης Ψύχωσης (ΜΘΨ) , τουλάχιστον στο συγκεκριμένο δείγμα, όπου η μεγάλη διακύμανση εντός των ομάδων ενδέχεται να έχει επηρεάσει την ισχύ του ελέγχου, περιορίζοντας την ικανότητα ανίχνευσης πιθανών διαφορών.

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Ανδρας	38	63,3	63,3
Γυναίκα	22	36,7	36,7
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 1. Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο

Συγκεκριμένα, ο μη-παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της διάρκειας ΜΘΨ – DUP μεταξύ ανδρών και γυναικών (Πίνακας 1), $U=417,500$, $p\text{-value}=0,997$, $r=0,001$. Επιπλέον, το μέγεθος της επίδρασης ήταν πάρα πολύ μικρό ($r=0,001$), υποδεικνύοντας ότι η παρατηρούμενη διαφορά δεν έχει πρακτική σημασία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μεγάλη διακύμανση εντός των ομάδων ενδέχεται να έχει επηρεάσει την ισχύ του ελέγχου, περιορίζοντας την ικανότητα ανίχνευσης πιθανών διαφορών.

Ελληνική εθνικότητα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Ναι	53	88,3	88,3
Όχι	7	11,7	11,7
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 2. Κατανομή δείγματος ως προς την ελληνική εθνικότητα

Τα αποτελέσματα του μη-παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της DUP μεταξύ των δύο ομάδων, αυτούς που δηλώνουν Ελληνική εθνικότητα και αυτούς που δεν δηλώνουν (Πίνακας 2), $U=149,500$, $p\text{-value}=0,417$, $r=0,107$. Το μικρό μέγεθος της επίδρασης ($r=0,107$), επιβεβαιώνει ότι η όποια διαφορά είναι αμελητέα από πρακτική άποψη. Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί η μεγάλη διακύμανση εντός των ομάδων, γεγονός που επηρεάζει την ισχύ του ελέγχου.

Μετανάστης δεύτερης γενιάς

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Ναι	7	11,7	11,7
Όχι	53	88,3	88,3
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 3. Κατανομή δείγματος ως προς τη δεύτερη γενιά μεταναστών

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
 «Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Τα αποτελέσματα του μη-παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της ΜΘΨ - DUP μεταξύ των ατόμων που είναι μετανάστες δεύτερης γενιάς και σε αυτούς που δεν είναι (Πίνακας 3), $U=149,500$, $p\text{-value}=0,417$, $r=0,107$. Και σε αυτή την περίπτωση η μικρή τιμή του μεγέθους επίδρασης ($r=0,107$) επιβεβαιώνει ότι η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι και πρακτικά ουσιαστική. Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί η μεγάλη διακύμανση εντός των ομάδων, γεγονός που επηρεάζει την ισχύ του ελέγχου.

Επίπεδο εκπαίδευσης

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Ποσοστό
Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο)	41	68,3	68,3	68,3
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (IEK, ΕΠΑΣ)	3	5,0	5,0	73,3
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕΙ, ΑΕΙ)	16	26,7	26,7	100,0
Σύνολο	60	100,0	100,0	

Πίνακας 4. Κατανομή δείγματος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Η ανάλυση με τον μη-παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διαμέσους της διάρκειας ΜΘΨ-DUP μεταξύ των τεσσάρων ομάδων που διαμορφώνονται βάσει του επιπέδου εκπαίδευσης (Πίνακας 4) $\chi^2(2,60)=1,062$, $p\text{-value}=0,588$, $\eta^2=0,018$. Το μικρό μέγεθος επίδρασης ($\eta^2=0,018$) δηλώνει ότι μόνο το 1,80% της συνολικής διακύμανσης στη DUP σχετίζεται με τις διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης, γεγονός που δεν έχει ιδιαίτερη πρακτική σημασία.

Εργασιακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Σταθερή Απασχόληση (Πλήρους/Μερική)	14	23,3	23,3
Περιστασιακή Απασχόληση	2	3,3	3,3
Ανεργία	16	26,7	26,7
Φοιτητική/Μαθηματική Ιδιότητα	28	46,7	46,7
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 5. Κατανομή δείγματος ως προς την εργασιακή κατάσταση

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του μη-παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τη διερεύνηση ύπαρξης διαφοράς μεταξύ των διαμέσων της ΜΘΨ - DUP στις 4 ομάδες που προσδιορίζονται με βάση την εργασιακή κατάσταση (Πίνακας 5) δεν ανέδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(3,60)=2,709$, $p\text{-value}=0,439$, $\eta^2= 0,05$. Το μικρό μέγεθος επίδρασης ($\eta^2= 0,05$) δηλώνει ότι μόνο το 4,59% της συνολικής διακύμανσης στη DUP μπορεί να αποδοθεί στη διαφορά μεταξύ των ομάδων, γεγονός που δεν έχει ιδιαίτερη πρακτική σημασία.

Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Άγαμος/η	60	100,0	100,0

Πίνακας 6. Κατανομή δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Όλοι οι ερωτώμενοι δηλώνουν άγαμοι (Πίνακας 6)

Κατάσταση διαμονής

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Μόνος/η	9	15,0	15,0
Με γονείς/συγγενείς	46	76,7	76,7
Με σύντροφο/σύζυγο	2	3,3	3,3
Με συγκάτοικο	3	5,0	5,0
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 7. Κατανομή δείγματος ως προς την κατάσταση διαμονής

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του μη-παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τη διερεύνηση ύπαρξης διαφοράς μεταξύ των διαμέσων της ΜΘΨ - DUP στις 5 ομάδες που προσδιορίζονται με βάση την κατάσταση διαμονής (Πίνακας 7) δεν ανέδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(3,60)=2,774$, $p\text{-value}=0,428$, $\eta^2= 0,05$. Το μικρό μέγεθος επίδρασης ($\eta^2= 0,05$) δηλώνει ότι μόνο το 4,70% της συνολικής διακύμανσης στη DUP μπορεί να αποδοθεί στη διαφορά μεταξύ των ομάδων, γεγονός που δεν έχει ιδιαίτερη πρακτική σημασία.

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Τομέας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Κεντρικός	30	50,0	50,0
Βόρειος	30	50,0	50,0
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 8. Κατανομή του δείγματος ως προς τον τομέα κατοικίας

Τα αποτελέσματα του μη-παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της ΜΘΨ - DUP μεταξύ των ατόμων στο Κεντρικό και το Βόρειο τομέα (Πίνακας 8), $U=414,500$, $p\text{-value}=0,603$, $r=0,068$. Και σε αυτή την περίπτωση η μικρή τιμή του μεγέθους επίδρασης ($r=0,068$) επιβεβαιώνει ότι η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι και πρακτικά ουσιαστική. Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί η μεγάλη διακύμανση εντός των ομάδων, γεγονός που επηρεάζει την ισχύ του ελέγχου.

Εμπλοκή με το νόμο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Ναι	1	1,7	1,7
Όχι	59	98,3	98,3
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 9. Κατανομή του δείγματος ως προς την εμπλοκή με το νόμο

Τα αποτελέσματα του μη-παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της ΜΘΨ-DUP μεταξύ των ατόμων στο Κεντρικό και το Βόρειο τομέα (Πίνακας 9), $U=24,000$, $p\text{-value}=0,900$, $r=0,041$. Και σε αυτή την περίπτωση η μικρή τιμή του μεγέθους επίδρασης ($r=0,041$) επιβεβαιώνει ότι η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι και πρακτικά ουσιαστική. Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί η μεγάλη διακύμανση εντός των ομάδων, γεγονός που επηρεάζει την ισχύ του ελέγχου.

3.2 Ανάλυση Ερευνητικών Ερωτημάτων

Για να απαντήσουμε στο κύριο ερευνητικό ερώτημα (**Ερώτημα 1**) σύμφωνα με το οποίο τα άτομα που είχαν Διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreatment Psychosis (DUP) μικρότερη ή ίση με 12 εβδομάδες (δηλ. έγινε γεγονός αναζήτηση βοήθειας έγκαιρα) έφτασαν έγκαιρα και στις Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης της Ψύχωσης, πραγματοποιήσαμε έλεγχο για τη διαφορά ποσοστών από ζευγαρωτές παρατηρήσεις (McNemar), καθώς κοινή βάση υπολογισμού των δύο μεταβλητών μέτρησης χρόνου αποτελεί η χρονική στιγμή που σημειώνεται η ένταξη του ατόμου. Ειδικότερα εξετάστηκε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού ατόμων με $MΘΨ \leq 12$ εβδομάδων – $DUP \leq 12$ εβδομάδες και «έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας σε ΜΕΠΨ». Ο χαρακτηρισμός «έγκαιρα» δόθηκε και στις δύο αυτές μεταβλητές μέτρησης χρόνου όταν ο χρόνος ήταν μικρότερος από 12 εβδομάδες. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τη σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών.

			Έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας σε ΜΕΠΨ		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης μικρότερη ή ίση 12 εβδομάδων(ΜΘΨ-DUP ≤12εβδομάδων)	Όχι	Πλήθος	24	2	26
		% εντός ΕΑΒ	92,3%	7,7%	100,0%
	Ναι	Πλήθος	11	23	34
		% εντός ΕΑΒ	32,4%	67,6%	100,0%
Σύνολο		Πλήθος	35	25	60
		% εντός ΕΑΒ	58,3%	41,7%	100,0%

Πίνακας 1 Σχέση μεταξύ των μεταβλητών Διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης μικρότερη ή ίση 12 εβδομάδων(ΜΘΨ-DUP≤12εβδομάδων) και Έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας σε ΜΕΠΨ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η διαφορά των ποσοστών ήταν στατιστικά σημαντική, $\chi^2(1, n=60)=21,789$, $p\text{-value}=0,022$, $V=0,150$. Αυτό δηλώνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ($p\text{-value}=0,022$) μέτρια μάλιστα ισχυρή ($V=0,150 < 0,30$) μεταξύ της διάρκειας Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP) μικρότερη ή ίση των 12 εβδομάδων και της έγκαιρης αναζήτησης βοήθειας σε ΜΕΠΨ. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα ένα άτομο να αναζητήσει έγκαιρα βοήθεια σε ΜΕΠΨ στην Αθήνα εξαρτάται από το αν έχει ήδη αναζητήσει έγκαιρα βοήθεια. Αξίζει να σημειωθεί ότι από τα άτομα με $MΘΨ-DUP \leq 12$ εβδομάδων, 67,6% παραπέμφθηκαν έγκαιρα σε ΜΕΠΨ. Ένα μικρό ποσοστό

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

7,7% ατόμων ενώ είχαν Διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) μεγαλύτερη των 12 εβδομάδων (δλδ φαίνεται ότι δεν έλαβαν βοήθεια έγκαιρα), ζήτησαν έγκαιρα αυτή τη βοήθεια σε ΜΕΠΨ (εντός 12 εβδομάδων).

Για τη διερεύνηση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος (**Ερώτημα 2**) σχετικά με το αν αυτοί που το πρώτο τους ΗΣΕ (help-seeking event - γεγονός αναζήτησης βοήθειας) ήταν σε ΜΕΠΨ ή είχε ως αποτέλεσμα να παραπεμφθούν σε ΜΕΠΨ, είχαν μικρότερη Μη Θεραπευόμενη Ψύχωση (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP) δημιουργήθηκε μία δίτιμη μεταβλητή βασισμένη στην αρχική μεταβλητή του ερωτηματολογίου για την ερώτηση «Πόσα γεγονότα αναζήτησης βοήθειας έγιναν μέχρι την ένταξη στην ΜΕΠΨ ως το κατάλληλο πλαίσιο φροντίδας (λήψη φ.α. και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης);» με τιμή 1 να αντιστοιχεί στην περίπτωση που το 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας ήταν σε ΜΕΠΨ και 0 διαφορετικά. Τα αποτελέσματα για αυτή τη μεταβλητή παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
1ο Γεγονός ΑΒ σε ΜΕΠΨ	36	60,0	60,0
Διαφορετικά	24	40,0	40,0
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 2 Συγκεντρωτικά στοιχεία για το αν το 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας ήταν σε ΜΕΠΨ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του μη-παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της ΜΘΨ-DUP μεταξύ αυτών που το 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας ήταν σε ΜΕΠΨ και το 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας δεν ήταν σε ΜΕΠΨ, $U=394,50$, $p\text{-value}=0,575$, $r=0,073$. Το πολύ μικρό μέγεθος επίδρασης ($r=0,073$) επιβεβαιώνει ότι η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι και πρακτικά ουσιαστική.

Στα επόμενα ερευνητικά ερωτήματα εστίασαμε στην διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ) – Duration of Untreated Psychosis (DUP) και στο αν αυτή σχετίζεται με την ύπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος, ποιος αναζήτησε βοήθεια, που απευθύνθηκε και τον αριθμό Γεγονότων Αναζήτησης Βοήθειας (Help-seeking Events, ΗΣΕ).

Τα αποτελέσματα του μη-παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney, δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της ΜΘΨ-DUP μεταξύ αυτών για τους οποίους δηλώθηκε ότι υπήρχε οικογενειακό περιβάλλον και όσους δήλωσαν μη ύπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος (Πίνακας 3), $U=79,50$, $p\text{-value}=0,855$, $r=0,026$ (**Ερώτημα 3**). Και σε αυτή την

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
 «Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

περίπτωση η μικρή τιμή του μεγέθους επίδρασης ($r=0,023$) επιβεβαιώνει ότι η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι και πρακτικά ουσιαστική. Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί η μεγάλη διακύμανση εντός των ομάδων, γεγονός που επηρεάζει την ισχύ του ελέγχου.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Υπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος	57	95,0	95,0
Μη ύπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος	3	5,0	5,0
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 3 Συγκεντρωτικά στοιχεία για την Ύπαρξη Οικογενειακού περιβάλλοντος

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του μη-παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τη διερεύνηση ύπαρξης διαφοράς μεταξύ των διαμέσων της ΜΘΨ-DUP στις 5 ομάδες που προσδιορίζονται με βάση την ερώτηση «Πόσα γεγονότα αναζήτησης βοήθειας έγιναν μέχρι την ένταξη στην ΜΕΠΨ ως το κατάλληλο πλαίσιο φροντίδας (λήψη φ.α. και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης);» ως κανένα, ένα, δύο, τρία και περισσότερα από τρία (Πίνακας 4) δεν ανέδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(2,60)=2,077$, $p\text{-value}=0,354$, $\eta^2= 0,035$ (**Ερώτημα 4**). Το μικρό μέγεθος επίδρασης ($\eta^2= 0,035$) δηλώνει ότι μόνο το 3,5% της συνολικής διακύμανσης στη DUP μπορεί να αποδοθεί στη διαφορά μεταξύ των ομάδων, γεγονός που δεν έχει ιδιαίτερη πρακτική σημασία. Όπως μπορεί να παρατηρήσει κανείς στον παρακάτω Πίνακα, δεν υπήρξε κάποιος που χρειάστηκε να αναζητήσει περισσότερες από 3 φορές βοήθεια μέχρι την ένταξή του στην ΜΕΠΨ ενώ ποσοστό 90% χρειάστηκε ως δύο αναζητήσεις μέχρι την ένταξη στην ΜΕΠΨ ως το κατάλληλο πλαίσιο φροντίδας.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1	36	60,0	60,0	60,0
2	18	30,0	30,0	90,0
3	6	10,0	10,0	100,0
Σύνολο	60	100,0	100,0	

Πίνακας 4 Συγκεντρωτικά στοιχεία για τον αριθμό των γεγονότων αναζήτησης βοήθειας μέχρι την ένταξη στην ΜΕΠΨ ως το κατάλληλο πλαίσιο φροντίδας

Στη συνέχεια εστίασαμε στο ερώτημα «πως επηρεάζεται η τιμή της DUP ενός ατόμου (είτε αναζήτησε βοήθεια έγκαιρα, είτε όχι) από το ποιος αναζήτησε βοήθεια;» (**Ερώτημα 5**)

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, 44 άτομα (73,3%), δήλωσαν ότι το 1^ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας πραγματοποιήθηκε από συγγενείς πρώτου βαθμού (Πίνακας 5). Η

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

καταγραφή της δήλωσης ποιος αναζήτησε βοήθεια στο 2^ο και 3^ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας ανέδειξε ότι 24 (40%) άτομα αναζήτησαν 2^η φορά βοήθεια (Πίνακας 6) ενώ μόλις 6 (10%) αναζήτησαν 3^η φορά βοήθεια (Πίνακας 7) στο σύνολο των 60 ατόμων του δείγματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο 2^ο Γεγονός Αναζήτησης τα άτομα σχεδόν εξίσου συχνά αναζήτησαν βοήθεια μόνοι τους (11/45,8%) είτε αυτή έγινε από συγγενείς πρώτου βαθμού (10/41,7%). Οι δύο αυτές κατηγορίες συγκεντρώνουν τη μεγάλη πλειοψηφία των έγκυρων απαντήσεων. Σε ότι αφορά το 3^ο Γεγονός η αναζήτηση βοήθειας παρουσιάζει ομοιότητα με αυτή του 1^{ου} καθώς η αναζήτηση βοήθειας από συγγενείς 1^{ου} βαθμού υπερτερεί (4/66,7) από αυτή των ατόμων που αναζήτησαν μόνοι τους βοήθεια (2/33,3%) στις έγκυρες απαντήσεις αυτής της ερώτησης.

Για να διερευνήσουμε συνδυαστικά το ποιος αναζήτησε βοήθεια στα τρία αυτά γεγονότα και λαμβάνοντας υπόψη τις λίγες έγκυρες απαντήσεις για το 2^ο και 3^ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας αρχικά και για τα τρία γεγονότα συγχωνεύτηκαν σε μία ενιαία κατηγορία με την ονομασία "Συγγενείς /Άτομα του Περιβάλλοντος» οι κατηγορίες "1ου βαθμού συγγενείς" και "Φίλοι/Άτομα του Περιβάλλοντος". Στη συνέχεια συνδυάσαμε την πληροφορία του 2^{ου} και 3^{ου} γεγονότος δημιουργώντας μία δίτιμη μεταβλητή δηλώνοντας «Ο ίδιος» εάν σε κάποιο από τα δύο αυτά γεγονότα είχε δηλωθεί αναζήτηση βοήθειας «Ο ίδιος» και 0 διαφορετικά. Τέλος δημιουργήθηκε μία νέα μεταβλητή από το συνδυασμό της τελευταίας αναφερόμενης μεταβλητής με τη μεταβλητή για το 1^ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας με κατηγορίες «Ο ίδιος» και «Συγγενείς/Άτομα του Περιβάλλοντος» η οποία κωδικοποιεί όλους τους δυνατούς συνδυασμούς τιμών (Πίνακας 8).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Ο ίδιος	14	23,3	23,3
1 ^{ου} βαθμού συγγενείς	44	73,3	73,3
Φίλοι/Άτομα του Περιβάλλοντος	2	3,3	3,3
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 5 Συγκεντρωτικά στοιχεία για το Ποιος αναζήτησε βοήθεια για το 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
 «Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Ο ίδιος	11	18,3	45,8
1 ^{ου} βαθμού συγγενείς	10	16,7	41,7
Φίλοι/Άτομα του Περιβάλλοντος	3	5,0	12,5
Σύνολο	24	40,0	100,0
Περιπτώσεις με ελλιπείς τιμές	36	60,0	
Σύνολο	60	100,0	

Πίνακας 6 Συγκεντρωτικά στοιχεία για το Ποιος αναζήτησε βοήθεια για το 2ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Ο ίδιος	2	3,3	33,3
1 ^{ου} βαθμού συγγενείς	4	6,7	66,7
Σύνολο	6	10,0	100,0
Περιπτώσεις με ελλιπείς τιμές	54	90,0	
Σύνολο	60	100,0	

Πίνακας 7 Συγκεντρωτικά στοιχεία για το Ποιος αναζήτησε βοήθεια για το 3ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Συγγενείς /Άτομα του Περιβάλλοντος	40	66,7	66,7
Συγγενείς /Άτομα του Περιβάλλοντος στο 1ο και Ο ίδιος στο 2 ^ο ή 3ο	6	10,0	10,0
Ο ίδιος στο 1ο και Συγγενείς /Άτομα του Περιβάλλοντος στο 2 ^ο ή 3ο	7	11,7	11,7
Ο ίδιος	7	11,7	11,7
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 8 Συγκεντρωτικά στοιχεία για το Ποιος αναζήτησε βοήθεια στα τρία Γεγονότα Αναζήτησης Βοήθειας

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του μη-παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τη διερεύνηση ύπαρξης διαφοράς μεταξύ των διαμέσων της DUP στις 4 ομάδες που προσδιορίζονται από τις κατηγορίες στη συνδυαστική ερώτηση «Ποιος αναζήτησε βοήθεια στα τρία Γεγονότα Αναζήτησης Βοήθειας», όπως φαίνονται στον Πίνακα 8, ανέδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική και ουσιαστική διαφορά $\chi^2(3,60)=0,688$, $p\text{-value}=0,876$, $\eta^2=0,012$.

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
 «Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η ύπαρξη διαφοράς μεταξύ των διαμέσων της DUP ανάλογα με το «Που απευθύνθηκαν κατά το πρώτο γεγονός αναζήτησης βοήθειας» δηλαδή σε ΜΕΠΨ, Νοσοκομείο, Επαγγελματία ψυχικής υγείας ιδιωτικού τομέα, Αστυνομία ή Μη εξειδικευμένο φορέα/άλλο, όπου στην τελευταία κατηγορία αναφέρονται και οι περιπτώσεις Μονάδα Κοινότητας, Γενικό/Οικογενειακό Ιατρό του αρχικού ερωτηματολογίου λόγω της μη ύπαρξης ή ελάχιστης απόκρισης στις κατηγορίες αυτές (**Ερώτημα 6**).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
ΜΕΠΨ	4	6,7	6,7
Νοσοκομείο	17	28,3	28,3
Επαγγελματία ψυχικής υγείας ιδιωτικού τομέα	17	28,3	28,3
Αστυνομία	20	33,3	33,3
Μη εξειδικευμένο φορέα/άλλο	2	3,3	3,3
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 9 Συγκεντρωτικά στοιχεία για το Που απευθύνθηκαν για το 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 9, η πλειοψηφία όσων αναζήτησαν βοήθεια κατά το 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας απευθύνθηκε στην Αστυνομία (20, 33,3%). Ως δεύτερη συχνότερη επιλογή, αναδείχθηκε η αναζήτηση βοήθειας είτε σε Νοσοκομεία είτε σε Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας του Ιδιωτικού Τομέα, καθώς και οι δύο κατηγορίες συγκέντρωσαν από 17 άτομα η καθεμία (28,3%). Αξίζει να σημειωθεί ότι πολύ μικρότερο ποσοστό (6,7%) απευθύνθηκε απευθείας σε ΜΕΠΨ.

Η συγκέντρωση της πληροφορίας του παραπάνω Πίνακα, ώστε η αναζήτηση βοήθεια κατά το 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας να διερευνηθεί ως προς τις κατηγορίες Νοσοκομείο, Επαγγελματία ψυχικής υγείας ιδιωτικού τομέα, Αστυνομία, με συγχώνευση της κατηγορίας ΜΕΠΨ με την Μη εξειδικευμένο φορέα/άλλο, ως μία κατηγορία που αφορά αναζήτηση βοήθειας σε μη οργανωμένο φορέα οδήγησε στη διερεύνηση της ύπαρξης διαφοράς μεταξύ των διαμέσων της ΜΘΨ-DUP για τις κατηγορίες αυτές. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του μη-παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(3,60)=5,521$, $p\text{-value}=0,154$, $\eta^2=0,089$. Το μέγεθος επίδρασης (η^2) δηλώνει μια μικρή προς μέτρια επίδραση, ωστόσο η στατιστική μη σημαντικότητα του αποτελέσματος μπορεί να

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

αποδοθεί στο περιορισμένο μέγεθος του δείγματος είτε και στη μεγάλη διακύμανση εντός των ομάδων, γεγονός που επηρεάζει την ισχύ του ελέγχου.

Στα πλαίσια αυτής της ερώτησης αναφορικά με το «Που απευθύνθηκαν κατά το πρώτο γεγονός αναζήτησης βοήθειας» έγινε επιπλέον διερεύνηση για το αν τα άτομα που το πρώτο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας, ΓΑΒ ήταν σε αστυνομία, δηλαδή είχε ως αποτέλεσμα την ακούσια νοσηλεία τους ή αλλιώς τη μη συμμετοχή τους στην θεραπεία ή το πρώτο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας ήταν σε οποιοδήποτε άλλο οργανωμένο ή μη, φορέα χωρίς εξαναγκαστικό αποτέλεσμα θεραπείας (συμμετοχή ίδιου ατόμου), διαφοροποιεί την διάμεσο της ΜΘΨ - DUP στις δύο αυτές κατηγορίες, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 10 (**Ερώτημα 6α**). Τα αποτελέσματα του μη-παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της ΜΘΨ - DUP μεταξύ αυτών για τους οποίους δηλώθηκε ΓΑΒ σε αστυνομία δηλ. αποτέλεσμα ακούσιας νοσηλείας και άλλος τρόπος αναζήτησης βοήθειας στο 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας, $U=251,00$, $p\text{-value}=0,059$, $r=0,243$. Το μέγεθος της επίδρασης ($r=0,243$) υποδεικνύει μια μικρή προς μέτρια επίδραση με πρακτική σημασία, ενώ η απουσία στατιστικής σημαντικότητας ενδέχεται να σχετίζεται με το μέγεθος ή τη δομή του δείγματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ενδέχεται να υπάρχει κάποια υποκείμενη διαφορά που χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση με μεγαλύτερο δείγμα.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Μη ακούσια	43	71,7	71,7
Ακούσια	17	28,3	28,3
Σύνολο	60	100,0	100,0

Πίνακας 10 Συγκεντρωτικά στοιχεία για το αν η αναζήτηση βοήθειας στο 1ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας είχε τη συμμετοχή ή όχι του ίδιου του ατόμου

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη που διεξάγεται στη χώρα μας με αντικείμενο τη διερεύνηση του μονοπατιού φροντίδας των ατόμων που παραπέμφθηκαν σε Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΜΕΠΨ). Στόχος της είναι να αναδείξει πιθανά σημεία καθυστέρησης στην πρόσβαση στις υπηρεσίες, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η αναζήτηση βοήθειας έγινε έγκαιρα. Τα ευρήματα της μελέτης αποσκοπούν στην κατανόηση του μονοπατιού αναζήτησης φροντίδας, μέσω της καταγραφής και ανάλυσης των Γεγονότων Αναζήτησης Βοήθειας (ΓΑΒ) – Help-Seeking Events (HSE). Απώτερος σκοπός είναι η συμβολή στη διαμόρφωση πιο στοχευμένων στρατηγικών παρέμβασης, ώστε να διασφαλιστεί όχι μόνο η έγκαιρη αλλά και η αποτελεσματική σύνδεση με τις κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η μέση διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ – DUP) του δείγματος υπολογίστηκε σε 30,62 εβδομάδες, τιμή που διαφοροποιείται σημαντικά από τις αντίστοιχες που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Στη μελέτη των Craig et al. (2000), όπου ακολουθήθηκε παρόμοιος τρόπος υπολογισμού της ΜΘΨ - DUP και εφαρμόστηκαν κοινά κριτήρια επιλογής δείγματος, η μέση διάρκεια ΜΘΨ - DUP ανέρχεται στις 74,4 εβδομάδες στη σχιζοφρένεια και τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, 109,2 στη διπολική διαταραχή και 60,8 στη ψυχωτική κατάθλιψη. Όπως επισημαίνουν οι Norman και Malla (2001), το σημείο έναρξης και λήξης του υπολογισμού της ΜΘΨ - DUP ποικίλει μεταξύ των μελετών, επηρεάζοντας τη μέση τιμή της. Στην παρούσα μελέτη η διαφοροποίηση που παρατηρείται ενδέχεται να οφείλεται τόσο στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις μεταξύ των ερευνών όσο και σε άλλους παράγοντες που θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο μελλοντικής διερεύνησης όπως ο βαθμός εναισθησίας, η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος (οικογένεια, κοινωνικό δίκτυο) και η πολιτισμική κουλτούρα.

Από την ανάλυση των ΓΑΒ - HSE φάνηκε ότι το 67,6% των συμμετεχόντων αναζήτησε έγκαιρα βοήθεια και παραπέμφθηκε σε ΜΕΠΨ εντός του κρίσιμου χρονικού διαστήματος των 12 εβδομάδων. Ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό (7,7%) είχε ΜΘΨ - DUP > 12 εβδομάδες, παρά την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στον τρόπο υπολογισμού της ΜΘΨ-DUP. Συγκεκριμένα, η διάρκειά της καθορίζεται από τη στιγμή που η φαρμακευτική αγωγή έχει διατηρηθεί για τουλάχιστον ένα μήνα με επαρκή συμμόρφωση ή έχει επιτευχθεί σημαντική ανταπόκριση στη θεραπεία. Το παραπάνω εύρημα αποτελεί ένα σημαντικό πρώτο στοιχείο για την ανάπτυξη και συμβολή των νεοσύστατων δομών ΜΕΨΠ στη χώρα μας και υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης επαφής με το σύστημα υγείας στην ψυχική υγεία, η οποία έχει τεκμηριωθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία, καθώς επηρεάζει καθοριστικά την πορεία και την έκβαση των ψυχωτικών διαταραχών (McGorry et al., 2008). Σύμφωνα με τους McGorry,

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Killackey και Yung (2008), η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση έχει τη δυνατότητα να μειώσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, να περιορίσει τις νοσηλείες και να βελτιώσει τη λειτουργικότητα των ασθενών. Πληθώρα ερευνητών επισημαίνουν επίσης την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες που θα βοηθήσουν στον προσδιορισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου (At risk mental state) για να εξασφαλίζεται η έγκαιρη παρέμβαση. Επιπλέον τονίζουν την ενσωμάτωση προγραμμάτων πρόωμης και έγκαιρης παρέμβασης στα συστήματα υγείας με τη διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών δημόσιας υγείας για την αποτελεσματική διαχείριση της ψύχωσης (McGorry et al., 2008; Fusar-Poli et al., 2017; Singh, 2010; Birchwood et al., 1998).

Αναφορικά με το πρώτο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας (ΓΑΒ-ΗΣΕ), το 73,3% των πρώτων ΓΑΒ - ΗΣΕ πραγματοποιήθηκε από συγγενείς πρώτου βαθμού, επιβεβαιώνοντας τον κρίσιμο ρόλο του οικογενειακού περιβάλλοντος στη διαδικασία αναζήτησης φροντίδας (Weiss et al., 2021). Παρόλα αυτά, στη μελέτη μας δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια της ΜΘΨ-DUP μεταξύ ατόμων με ή χωρίς οικογενειακό περιβάλλον, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με τη μεγάλη διακύμανση εντός των ομάδων και το περιορισμένο μέγεθος δείγματος (57 από τα 60 άτομα είχαν οικογενειακό/υποστηρικτικό περιβάλλον).

Επίσης, κατά το πρώτο γεγονός αναζήτησης βοήθειας, η πλειοψηφία (28,3%) απευθύνθηκε στην Αστυνομία - μια επιλογή με περισσότερο κατασταλακτικό χαρακτήρα. Έχει φανεί ότι τέτοιου είδους κατασταλακτικές επιλογές μπορεί να αποδίδονται είτε σε άγνοια σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είτε σε έντονο φόβο λόγω επιδείνωσης των συμπτωμάτων (Causier et al., 2024). Παράλληλα, η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει τη σημασία της εκπαίδευσης των αστυνομικών δυνάμεων στην αναγνώριση και διαχείριση ψυχικών κρίσεων (Watson et al., 2019), καθώς η έλλειψη σχετικής γνώσης μπορεί να οδηγήσει σε επιπλέον καθυστερήσεις ή ακατάλληλες παρεμβάσεις. Μία τέτοια διαπίστωση αναδεικνύει την ανάγκη παρεμβάσεων ενημέρωσης και εκπαίδευσης των αστυνομικών σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας και κυρίως του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. Επιπλέον, η ενδεχόμενη περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που οδήγησαν σε αυτήν την απόφαση να ήταν χρήσιμη.

Επίσης, εξίσου σημαντικά ήταν τα ποσοστά εκείνων που προσέφυγαν είτε σε νοσοκομεία, είτε σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας του ιδιωτικού τομέα κατά το πρώτο ΓΑΒ - ΗΣΕ. Εύρημα, το οποίο ευθυγραμμίζεται με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία τα τμήματα επειγόντων περιστατικών και οι ιδιώτες επαγγελματίες ψυχικής υγείας συνιστούν συνήθη σημεία πρώτης επαφής (Ferrara et al., 2021; Leopoldo et al., 2018).

Στη συνέχεια, από την καταγραφή της δήλωσης ποιος αναζήτησε βοήθεια στο 2^ο και 3^ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας (ΓΑΒ) αναδείχθηκε ότι 24 (40%) άτομα αναζήτησαν 2^η φορά βοήθεια ενώ μόλις 6 (10%) αναζήτησαν 3^η φορά βοήθεια στο σύνολο των 60 ατόμων του

δείγματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο 2^ο Γεγονός Αναζήτησης Βοήθειας το 45,8% (11 άτομα) σχεδόν εξίσου συχνά αναζήτησαν βοήθεια μόνοι τους είτε αυτή έγινε από συγγενείς πρώτου βαθμού. Αυτή είναι μία παρατήρηση, η οποία θα μπορούσε να διερευνηθεί περαιτέρω ως προς το πως κυμαίνεται ο βαθμός εναισθησίας των ατόμων στα Γεγονότα Αναζήτησης Βοήθειας (ΓΑΒ).

Από τη διερεύνηση για το αν τα άτομα που νοσηλεύτηκαν ακούσια (προηγήθηκε γεγονός αναζήτησης βοήθειας στην Αστυνομία) ή έλαβαν βοήθεια εκούσια με ή χωρίς νοσηλεία, (απευθύνθηκαν σε οποιοδήποτε άλλο οργανωμένο ή μη φορέα) διαφοροποιούν την διάμεσο της ΜΘΨ - DUP, τα αποτελέσματα δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της ΜΘΨ. Το μέγεθος της επίδρασης ($r=0,243$) υποδεικνύει μια μικρή προς μέτρια επίδραση με πρακτική σημασία, ενώ η απουσία στατιστικής σημαντικότητας ενδέχεται να σχετίζεται με το μέγεθος ή τη δομή του δείγματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα είναι πιθανό να υπάρχει κάποια υποκείμενη διαφορά που χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση με μεγαλύτερο δείγμα.

Τέλος, ο μέσος χρόνος αναμονής, δηλαδή του χρόνου που μεσολαβεί μεταξύ της ημερομηνίας παραπομπής και της ημερομηνίας ένταξης σε ΜΕΠΨ είναι 3,83 ημέρες. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα θετικό, καθώς καταδεικνύει ότι ο μέσος χρόνος αναμονής για την ένταξη σε ΜΕΠΨ (3,83 ημέρες, με διάμεσο 3 ημέρες) είναι σημαντικά μικρότερος από το ανώτατο όριο των 2 εβδομάδων που προτείνουν οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της ψύχωσης (NICE, 2015). Η ταχεία πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την έγκαιρη παρέμβαση και τη βελτίωση της έκβασης των ψυχωτικών διαταραχών, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία αυτού του αποτελέσματος.

Η μελέτη περιορίζεται από το γεγονός ότι τα δεδομένα συλλέχθηκαν μόνο από δύο ΜΕΠΨ της Αττικής, ενώ συνολικά έχει εγκριθεί η σύσταση οκτώ στην ελληνική επικράτεια, με τη θεσμική λειτουργία κάποιων να βρίσκεται ακόμα υπό διαμόρφωση. Επιπλέον, η μεγάλη διακύμανση στις ομάδες μεταβλητών πιθανά να επηρέασε την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αναδείχθηκε επίσης η ανάγκη περαιτέρω ποιοτικής διερεύνησης, ειδικά σε θέματα όπως τα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας. Μια τέτοια ανάλυση θα προσέφερε λεπτομερέστερη πληροφόρηση και θα αποσαφήνιζε τυχόν ασαφή σημεία. Παρά τους περιορισμούς, η παρούσα μελέτη συνέβαλε σημαντικά στην κατανόηση του μονοπατιού φροντίδας στα πρώτα στάδια της ψύχωσης, υπογραμμίζοντας την κρίσιμη σημασία της έγκαιρης επαφής με το σύστημα υγείας. Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η ταχεία αναζήτηση βοήθειας οδηγεί σε συντομότερη διάρκεια Μη Θεραπευόμενης Ψύχωσης (ΜΘΨ-DUP), επιβεβαιώνοντας τον καθοριστικό ρόλο της έγκαιρης παρέμβασης στην πορεία και την έκβαση των ψυχωτικών διαταραχών. Συνολικά, η παρούσα μελέτη αποτελεί μία πρώτη αισιόδοξη ένδειξη για την

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

αποτελεσματικότητα των ΜΕΠΨ και αναδεικνύει την ανάγκη συνεχούς βελτίωσης των πρακτικών παρέμβασης, με στόχο την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών και τη μείωση των επιπτώσεων της ψύχωσης.

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Βιβλιογραφία

Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., Fowler, D., Lewis, S., Jones, P., Amos, T., Everard, L., & Singh, S. P. (2013). Reducing the duration of untreated psychosis: Care pathways to early intervention in psychosis services. *The British Journal of Psychiatry*, 203(1), 58–64. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.125500>

Causier, C., Waite, F., Sivarajah, N., & Knight, M. T. D. (2024). Structural barriers to help-seeking in first-episode psychosis: A systematic review and thematic synthesis. *Early Intervention in Psychiatry*, 18(5), 293-311. doi:10.1111/eip.13497.

Dimitrakopoulos, S., Stefanatou, P., Vlachos, I., Selakovic, M., Xenaki, L.-A., Ralli, I., Soldatos, R.-F., Nianiakas, N., Kosteletos, I., Foteli, S., Mantonakis, L., Kollias, C. T., & Stefanis, N. C. (2022). Don't blame psychosis, blame the lack of services: A message for early intervention from the Greek standard care model. *BMC Psychiatry*, 22(1), 565. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04212-7>

Ferrara, M., Guloksuz, S., et al. (2021). First Help-Seeking Attempt Before and After Psychosis Onset: Measures of Delay and Aversive Pathways to Care. Yale School of Medicine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 1359–1369. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02090-0>

Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., Kane, J. M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: An overview. *World Psychiatry*, 16(3), 251-265. <https://doi.org/10.1002/wps.20456>

Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., & Penn, D. L. (2016). RAISE early treatment program for first episode psychosis: A randomized controlled trial*. *American Journal of Psychiatry*, 173(3), 232-241.

Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93–121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>

Leopoldo, J. Cabassa., Piscitelli, Sarah., Morgan Haselden, Rufina, J. Lee., Susan M. Essock., Lisa B. Dixon. (2018). Understanding Pathways to Care of Individuals Entering a

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Specialized Early Intervention Service for First-Episode Psychosis. *Psychiatric Services*, 69(6):648-656. doi:10.1176/appi.ps.201700018

Levia, L., Bar Haima, M., Burshtein, S., Winter-Van Rossum, I., Heres, S., Davidson, M., Shenkman, G., Kahn, R. S., & Weiser, M. (2020). Duration of untreated psychosis and response to treatment: An analysis of response in the OPTiMiSE cohort. *European Neuropsychopharmacology*, 32(1), 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.01.007>

McFarlane, W. R., Dixon, L. B., & DeVylder, J. E. (2000). STEP program: A successful early intervention in psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 34(4), 401-409.

McGorry, P. D., Edwards, J., & Mihalopoulos, C. (2002). Early intervention in psychosis: A new approach to preventing the onset of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 75-84.

McGorry, P. D., McFarlane, C., & Herrman, H. (2016). The OASIS project: Early intervention in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 209(5), 397-404.

McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148–156. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00182>

Melle, I., Larsen, T. K., Aas, M., & Haahr, U. (2008). TIPS: A randomized controlled trial of early intervention in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1391-1399.

Norman, R. M. G., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: A critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31(3), 381–400. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003488>

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Psychosis and schizophrenia in adults: Quality standard [QS80]*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs80>

Nordentoft, M., Jørgensen, P., & Thorup, A. (2001). OPUS project: A randomized controlled trial of early intervention in psychosis. *The Lancet Psychiatry*, 358(9293), 207-212.

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Psychosis Research Study. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(3), 343-355.
<https://doi.org/10.1111/eip.12865>

Peritogiannis, V., Mantas, C., Tatsioni, A., & Mavreas, V. (2011). Rates of First Episode of Psychosis in a Defined Catchment Area in Greece. *Journal of Early Intervention in Psychiatry*, 5(2), 130-134.

Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as a predictor of long-term outcome in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2), 88-94.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>

Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... & Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19-28.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>

Pillmann, F., Jann, M., & Grohmann, C. (2010). DEEP project: Early detection and intervention in first episode psychosis. *European Psychiatry*, 25(6), 327-334.

Salazar de Pablo, G., Guinart, D., Armendariz, A., Aymerich, C., Catalan, A., Alameda, L., Rogdaki, M., Martinez Baringo, E., Soler-Vidal, J., Oliver, D., Rubio, J. M., Arango, C., Kane, J. M., Fusar-Poli, P., & Correll, C. U. (2024). Duration of untreated psychosis and outcomes in first-episode psychosis: Systematic review and meta-analysis of early detection and intervention strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 50(1), 1362-1378. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae017>

Singh, S. P., Cooper, J. E., Fisher, H. L., Tarrant, C. J., Lloyd, T., Banjo, J., Corfe, S., & Jones, P. (2005). Determining the chronology and components of psychosis onset: The Nottingham Onset Schedule (NOS). *Schizophrenia Research*, 80(1), 117-130.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.04.018>

Stefanis, N. K., Mavreas, B., Nimatoudis, I., Gourzis, F., Samakouri, M., Vgontzas, A., & Douzenis, A. (2018). Πρόταση για τη θεσμοθέτηση υπηρεσιών Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΕΠΨ) στην Ελλάδα: Αν όχι τώρα, πότε; *Ψυχιατρική*, 29(2), 107-115.

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., ... & Myin-Germeys, I. (2018). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 347-358. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005518>

Sullivan, S. A., Carroll, R., Peters, T. J., Amos, T., Jones, P. B., Marshall, M., Birchwood, M., Fowler, D., Johnson, S., Fisher, H. L., Major, B., Rahaman, N., Joyce, J., Chamberlain-Kent, N., Lawrence, J., Moran, P., & Tilling, K. (2019). Duration of untreated psychosis and clinical outcomes of first episode psychosis: An observational and an instrumental variables analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 841–847. <https://doi.org/10.1111/eip.12676>

Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., ... & Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>

Weiss, A., et al. (2021). Pathways to Care: How Help-Seeking Behaviors Relate to Duration of Untreated Psychosis. *Psychiatric Quarterly*, 93, 473–482. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09960-5>

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. Ανακτήθηκε από [https://www.who.int/mental_health] (https://www.who.int/mental_health).

Xenaki, L.-A., Kollias, C. T., Stefanatou, P., Ralli, I., Soldatos, R.-F., Dimitrakopoulos, S., Hatzimanolis, A., Triantafyllou, T.-F., Kosteletos, I., Vlachos, I. I., Selakovic, M., Foteli, S., Mantonakis, L., Ermiliou, V., Voulgaraki, M., Psarra, E., Gülöksüz, S., van Os, J., & Stefanis, N. C. (2020). Organization framework and preliminary findings from the Athens First-Episode Psychosis Research Study. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(3), 343–355. <https://doi.org/10.1111/eip.12865>

Π.Μ.Σ. «Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση»
«Η σημασία της έγκαιρης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η επίδρασή της στη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ)»

Υπουργείο Υγείας. (2023). Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ3β/Γ.Π.οικ.54490/2023. Λειτουργία Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Ανακτήθηκε από www.taxheaven.gr

Υπουργείο Υγείας. (2021). Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334. Καθορισμός οργάνωσης και λειτουργίας Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση. ΦΕΚ Β 2639/18-06-2021.

Ουλής, Π. (n.d.). Η έννοια του φάσματος των ψυχιατρικών διαταραχών. Ψυχοπαθολογία. Ανακτήθηκε από <https://www.psychopathology.gr/ekdoseis/keimena/item/30-i-ennoia-tou-fasmatos-ton-psyxiatricon-diataraxon>

Πειραιώς 33: Αρχική. (2025). ανακτήθηκε από www.peiraios33.gr/