Ερευνητική εργασία
Research article

Επανερχόμενα περιστατικά σε μονάδα κοινοτικής ψυχιατρικής: Συσχετίσεις με την παρεχόμενη φροντίδα και την ψυχοπαθολογία

Δ. Πλουμπίδης, Φ. Χρυσοβέργη, Γ. Κωνσταντακόπουλος, Μ. Λουκαδάκης, Ζ. Καλογεράκης, Μ. Οικονόμου

Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αθήνα

Ψυχιατρική 2018, 29:327–337

Μεγάλος αριθμός ατόμων με ψυχικά προβλήματα δεν λαμβάνει θεραπεία, ενώ ένας επίσης μεγάλος αριθμός διακόπτει τη θεραπεία του. Τα ποσοστά διακοπής της παρακολούθησης είναι υψηλά σε ποικίλα θεραπευτικά πλαίσια και αυτό αποτελεί μείζονα πρόκληση για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα–Καισαριανής είναι ένα πανεπιστημιακό κέντρο, τομεοποιημένο σε συνοικίες μέσου εισοδήματος της Αθήνας. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή των δημογραφικών, κοινωνικών και διαγνωστικών χαρακτηριστικών των επανερχόμενων περιστατικών (ΕΠ) και η διευκρίνιση των λόγων διακοπής και επανόδου τους. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην πιθανή συσχέτιση συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών με την ολοκλήρωση ή μη της θεραπείας και με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Κατά τη χρονική περίοδο 2012–2016 το κέντρο ανέλαβε 525 ΕΠ και 1643 νέους ασθενείς. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 346 ΕΠ επί του συνόλου καθώς δεν περιλήφθηκαν 148 που ήλθαν μόνο για την έκδοση πιστοποιητικού και 31 με ελλιπή στοιχεία. Χορηγήθηκε δομημένο, βραχύ Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Επανερχόμενων Περιστατικών αποτελούμενο από 34 ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν από εκπαιδευόμενους ψυχολόγους με δομημένη συνέντευξη διάρκειας 15–30 λεπτών και από τα ιστορικά των ασθενών. Από τα 346 ΕΠ η έρευνα επικεντρώθηκε σε 299 που ανήκαν στις εξής τέσσερεις βασικές διαγνωστικές κατηγορίες διαταραχών: (α) σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές (12,7%), (β) διαταραχές της διάθεσης (41,3%), (γ) νευρωσικές, σωματόμορφες και συνδεόμενες με το στρες διαταραχές (22,0%), (δ) προβλήματα σχέσεων, ζεύγους ή οικογένειας (10,4%). Το 64,1% των ΕΠ θεωρούσε ότι δεν είχε ολοκληρώσει τη

συνεργασία του με το κέντρο στην προηγούμενη φάση, το 19% απέδιδε τη διακοπή παρακολούθησης σε λόγους που αφορούν στη λειτουργία του κέντρου και το 88,4% θεωρούσε ότι ικανοποιήθηκε το αίτημά του. Το μεγαλύτερο ποσοστό επανόδου των ασθενών παρατηρείται εντός του πρώτου έτους (31,7%) και μετά τέσσερα ή περισσότερα έτη (43,4%). Κατά το μεσοδιάστημα της διακοπής της παρακολούθησης το 32,7% διέκοψε τη φαρμακευτική αγωγή, ενώ το 21,4% συνέχισε τη φαρμακευτική αγωγή κατά το δοκούν. Το 47,3% δεν είχε παρακολούθηση, ενώ το 52,7% είχε παρακολούθηση – από αυτούς το 36,6% από ιδιώτη ψυχίατρο και το 30,7% από ψυχίατρο ασφαλιστικού φορέα. Το 45,5% των ατόμων με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές νοσηλεύτηκε στο μεσοδιάστημα. Ελέγχθηκαν οι σχέσεις της διάγνωσης και της παρακολούθησης κατά το μεσοδιάστημα με την ανεργία χωρίς να προκύψουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπεία ήταν αναμενόμενη. Έχουν ιδιαίτερη σημασία λόγοι διακοπής που σχετίζονται με τη λειτουργία του κέντρου.

Λέξεις ευρετηρίου: Κοινοτική ψυχιατρική, διακοπή παρακολούθησης, επανερχόμενοι ασθενείς, συνεχές της φροντίδας, διάγνωση.

Εισαγωγή

Οι ασθενείς που διακόπτουν την παρακολούθηση και αργότερα επανέρχονται για να ζητήσουν υπηρεσίες υγείας, θέτουν σημαντικά ζητήματα οργάνωσης της υποδοχής και διαθεσιμότητας των θεραπευτών, ιδιαίτερα στις παρούσες συνθήκες ανεπάρκειας προσωπικού. Το πρόβλημα έχει επισημανθεί σε ποίκιλα θεραπευτικά πλαίσια.[1] Η μελέτη αυτών των ασθενών έγινε σε ένα πανεπιστημιακό κέντρο κοινοτικής ψυχικής υγιεινής (ΚΚΨΥ), τομεοποιημένο σε συνοικίες μέσου εισοδήματος, Βύρωνα-Καισαριανής, με δωρεάν παρακολούθηση, όπου δίπλα στο μόνιμο προσωπικό εκπαιδεύονται και παρέχουν υπηρεσίες ειδικευόμενοι ψυχίατροι, εκπαιδευόμενοι ψυχολόγοι και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Το 2003 μια πρώτη μελέτη της διακοπής παρακολούθησης (drop-outs) στο κέντρο έδειξε ότι για τα έτη 1991–1998 από 2054 νέους ασθενείς οι 1023 έκαναν μόνο 1–2 επισκέψεις και διέκοψαν. Από αυτούς μπόρεσαν να περιληφθούν στη μελέτη εκείνη 552, οι οποίοι συγκρίθηκαν με ίδιο αριθμό ασθενών που παρέμειναν για μεγαλύτερο διάστημα. Βρέθηκε ότι ασθενείς με μείζονα ψυχική διαταραχή, τακτική λήψη φαρμακευτικής αγωγής και μακρότερη πορεία της νόσου είχαν μικρότερη πιθανότητα να διακόψουν από αυτούς με πρόσφατη έναρξη της νόσου, ελαφρότερα ψυχοπαθολογικά προβλήματα και καλύτερο στηρικτικό σύστημα.[2,3] Τα ευρήματα στο δείγμα αυτό ήταν παραπλήσια με αυτά από άλλες μελέτες για τη διακοπή της παρακολούθησης,[4,5] με τη διαφορά ότι δεν βρέθηκε η νεότερη ηλικία να είναι παράγοντας που ευοδώνει την εγκατάλειψη της θεραπείας. Το ζήτημα των drop-outs σε κοινοτικές μονάδες έχει μελετηθεί εκτεταμένα, ιδιαίτερα τις δεκαετίες του 1990 και του 2000. Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με συζήτηση και στήριξη του ασθενούς, αν όχι με ψυχοθεραπεία, φαίνεται ότι αποτρέπει την εγκατάλειψη της παρακολούθησης.[6] Ελάχιστες μελέτες ωστόσο αφορούν στα επανερχόμενα περιστατικά.[7] Μια πρώτη δική μας μελέτη των επανερχομένων περιστατικών, στο ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής την περίοδο 2005–2007, έδειξε ότι μόνο 40% συνέχιζαν την παρακολούθησή τους, ενώ το υπόλοιπο 60% διέκοψε και πάλι μετά από την πρώτη ή δεύτερη συνέντευξη. Βρέθηκε ότι όσοι επανέρχονται, είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι, έχουν επίγνωση των δυσκολιών τους και ένα 40% επιζητεί σταθερή θεραπευτική σχέση, την οποία όμως δεν μπορούμε πάντα να παρέχουμε λόγω εναλλαγής των ειδικευομένων ψυχιάτρων.[8–10] Η καλύτερη οργάνωση της υποδοχής,[11] η ικανοποίηση των ασθενών και η εισαγωγή εργαλείων αποτίμησης της ικανοποίησης,[12] η δυνατότητα πρόβλεψης των ασθενών που θα επανέλθουν,[13] και η διάγνωση[14] προτείνονται ως σημαντικά ζητήματα για την ευρύτερη μελέτη της διακοπτόμενης παρακολούθησης.

Στο ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής τα επανερχόμενα περιστατικά (ΕΠ) παρουσιάζονται στην εβδομαδιαία συνάντηση της ομάδας και στην εκ νέου ανάληψη του περιστατικού συνυπολογίζεται αν έχουν ολοκληρώσει έναν κύκλο θεραπείας. Τα κριτήρια για να θεωρηθεί ότι ολοκληρώθηκε η προηγούμενη παρέμβαση, είναι τα εξής: (1) προχώρησε ένας κύκλος παρεμβάσεων και σταθεροποιήθηκε ή βελτιώθηκε η συμπτωματολογία πριν διακόψει, (2) δεν δόθηκε άλλο ραντεβού από τον θεραπευτή, (3) εκδόθηκε πιστοποιητικό ή εδόθησαν πληροφορίες, εφόσον αυτό ήταν το αίτημα.

Η παρούσα μελέτη ξεκίνησε μέσα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, λόγω της οποίας μειώθηκαν οι δυνατότητες εναλλακτικής παρακολούθησης και αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των προσερχομένων ασθενών, χωρίς να λυθούν τα προβλήματα της περιορισμένης στελέχωσης του κέντρου μας. Κύριες αιτίες για την αυξημένη προσφυγή στις υπηρεσίες του κέντρου ήταν η αδυναμία ιδιωτικής παρακολούθησης πολλών ασθενών και η παύση λειτουργίας του δικτύου πολυϊατρείων του ΙΚΑ το 2013, που στέρησε από τον πληθυσμό μια σημαντική και συχνή εναλλακτική δυνατότητα φροντίδας. Ο ενιαίος φορέας ασφάλισης ΠΕΔΥ από το 2015 διαθέτει ένα πολύ μικρότερο δίκτυο ιατρείων, ενώ το θετικό μέτρο της δυνατότητας υποδοχής όλων των ανασφάλιστων από την άνοιξη του 2016 επιβάρυνε επίσης το κέντρο.

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή του ψυχοκοινωνικού προφίλ και των αναγκών των ασθενών που επανέρχονται για παρακολούθηση (ΕΠ) στο ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής, η διερεύνηση των λόγων διακοπής της προηγούμενης παρακολούθησης και επανόδου τους, καθώς επίσης η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έλαβαν στο μεσοδιάστημα. Ειδικότερα διερευνήθηκαν τα εξής ζητήματα: (1) πιθανή συσχέτιση συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών με αυξημένη πιθανότητα διακοπής της θεραπείας και επανόδου των ασθενών καθώς και με τους λόγους διακοπής, με την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών και με τα χαρακτηριστικά στην παροχή βοήθειας μετά τη διακοπή, (2) πιθανές διαφοροποιήσεις μεταξύ αυτών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και όσων διέκοψαν την παρακολούθηση στα παραπάνω χαρακτηριστικά, (3) το ποσοστό της ανεργίας μεταξύ όλων των επανερχομένων και πιθανές συσχετίσεις του με συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές, λόγους επανόδου, φροντίδα ψυχικής υγείας που έλαβαν πριν.

Υλικό και μέθοδος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο 2012–2016.

Συμμετέχοντες

Στο δείγμα της μελέτης συμπεριελήφθησαν όλοι όσοι απευθύνθηκαν στο ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής για οποιοδήποτε αίτημα παροχής φροντίδας, είχαν ηλικία άνω των 16 ετών, είχαν ήδη φάκελο ιστορικού στο ΚΚΨΥ και δεν είχαν προσέλθει για παρακολούθηση επί 6 μήνες και πλέον. Από το δείγμα της μελέτης αποκλείστηκαν: (α) όσοι απευθύνθηκαν μόνο για έκδοση πιστοποιητικών, (β) όσοι δεν παρείχαν επαρκείς απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο της μελέτης ή δεν είχαν επαρκή στοιχεία στον φάκελο ιστορικού και (γ) όσοι επανήλθαν παραπάνω από μία φορά, συμπεριλήφθηκαν στο τελικό δείγμα αλλά μόνο κατά την τελευταία τους επάνοδο με κάποιο αίτημα φροντίδας. Από τα 346 επανερχόμενα περιστατικά (ΕΠ) που επιλέχθηκαν για τη μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των περισσότερων μεταβλητών τα 299 ΕΠ, τα οποία κατά την προηγούμενη παρακολούθησή τους ανήκαν στις εξής μείζονες διαγνωστικές κατηγορίες του ICD-10: (α) σχιζοφρένεια και ψυχωτικές διαταραχές (κώδικας F2), (β) διαταραχές διάθεσης, καταθλιπτικές και διπολικές διαταραχές (κώδικας F3), (γ) νευρωσικές και συνδεόμενες με το στρες διαταραχές (κώδικας F4) και (δ) προβλήματα σχέσεων ή ζεύγους, που ανήκουν στον τομέα της πρόληψης και περιλαμβάνουν περιπτώσεις με υποκλινική ψυχιατρική συμπτωματολογία. Άλλες διαγνώσεις που βρέθηκαν στα υπόλοιπα 47 περιστατικά, ήταν οργανικές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων και των συμπτωματικών (F0), ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ (F1), διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς (F6), νοητική υστέρηση (F7) και διαταραχές ψυχολογικής ανάπτυξης (F8).

Μέσα συλλογής δεδομένων

Σε κάθε ασθενή της μελέτης χορηγήθηκε το ειδικά κατασκευασμένο για τη μελέτη βραχύ Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Επανερχόμενων Περιστατικών (Ε. Λουκαδάκης, Δ. Πλουμπίδης) με τη μορφή δομημένης συνέντευξης. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 34 ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου και μελετά: μεταβολές στα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, διαγνωστική εκτίμηση, αναφερόμενους λόγους διακοπής και επανόδου των ασθενών, παρεχόμενες υπηρεσίες και τύπος θεραπευτικών παρεμβάσεων, σημαντικά γεγονότα ζωής μετά τη διακοπή της παρακολούθησης, στάση και συμπεριφορά ως προς τις θεραπευτικές οδηγίες, παρακολούθηση από άλλους ειδικούς κατά το διάστημα μη παρακολούθησης από το κέντρο, λήψη φαρμάκων, νοσηλείες κ.ά.

Στατιστική ανάλυση

Μελετήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τα δημογραφικά, τα κοινωνικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά των ΕΠ του ΚΚΨΥ. Χρησιμοποιήθηκαν δοκιμασίες crosstabs, ώστε να συσχετιστούν μεταβλητές μεταξύ τους και η δοκιμασία x^2 ώστε να ελεγχθεί αν αυτές οι μεταξύ τους συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Το κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας για όλες τις δοκιμασίες ορίστηκε στο επίπεδο p=0,05. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας IBM Statistics SPSS version 24. Δεν συνυπολογίσθηκε ένα μικρό ποσοστό απαντήσεων «δεν γνωρίζω/δεν απαντώ», μεταξύ 8 ώς 23, στις διάφορες ερωτήσεις του δείγματος των 299 ΕΠ, που αναλύεται στους πίνακες.

Αποτελέσματα

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι διαγνωστικές ομάδες του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Η πλειονότητα των προσερχομένων ήταν γυναίκες και μάλιστα σε αναλογία περίπου 3:1 προς τους άνδρες. Προσέρχονταν άτομα όλων των ηλικιακών ομάδων, κυρίως νεαροί ενήλικοι και μεσήλικοι (25–65 ετών). Η ανεργία στο δείγμα μας ήταν σαφώς υψηλή σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό την περίοδο της μελέτης (36,6% έναντι μέγιστης 28% στον γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ). Στις διαγνωστικές κατηγορίες υπερέχουν σαφώς σε συχνότητα οι διαταραχές της διάθεσης, γεγονός που προκύπτει από τη μεγάλη προσέλευση καταθλιπτικών διαταραχών στο ΚΚΨΥ από την τοπική κοινότητα.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	n	(%)
Φύλο		
Άνδρας	86	24,9
Γυναίκα	260	75,1
Ηλικία (έτη)		
16–18	2	0,6
19–24	16	4,7
25–34	78	23,1
35–44	75	22,3
45–64	134	39,8
65 και άνω	32	9,5
Περιοχή		
Καισαριανή	118	34,1
Βύρωνας	197	56,9
Υμηττός	13	3,8
Άλλη	18	5,2
Ανεργία	120	36,6
Διαγνωστική κατηγορία*		
Ψυχωτικές διαταραχές	44	12,7
Διαταραχές διάθεσης	143	41,3
Νευρωσικές διαταραχές	76	22,0
Προβλήματα σχέσεων	36	10,4
Άλλη διάγνωση	47	13,6

* Βάσει της διάγνωσης στην προηγούμενη φάση παρακολούθησης

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται απαντήσεις των ασθενών σχετικά με την προηγούμενη περίοδο παρακολούθησής τους από το ΚΚΨΥ, στο σύνολο του δείγματος και συγκριτικά ανάμεσα στις διαγνωστικές κατηγορίες. Στην πλειονότητα των ασθενών (65,9%) δεν ολοκληρώθηκε η συνεργασία τους με το κέντρο την προηγούμενη περίοδο. Επίσης η πλειονότητα αποδίδει τη διακοπή της παρακολούθησης σε προσωπικούς μάλλον λόγους ή

Πίνακας 2. Προηγούμενη παρακολούθηση – Σύνολο και ανά διαγνωστική κατηγορία*

	Ψυχωτικές διαταραχές		Διαταραχές διάθεσης		Νευρωσικές διαταραχές		Προβλήματα σχέσεων		Σύνολο**	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ολοκληρώθηκε η συνεργασία σας;										
Ναι	14	35,9	46	33,1	23	30,7	15	44,1	98	34,1
Όχι	25	64,1	93	66,9	52	69,3	19	55,9	189	65,9
Για ποιον λόγο διακόψατε την παρακολούθηση;										
Λόγοι που αφορούν στον ίδιο	15	57,7	63	66,3	27	56,2	13	81,3	118	63,8
Λόγοι που αφορούν στη λειτουργία του Κέντρου	5	19,2	18	19,0	11	23,0	2	12,5	36	19,4
Άλλο	6	23,1	23,1	14,4	10	20,8	1	6,2	31	16,8
Ικανοποιηθήκατε για το αίτημα που είχατε έρθει;										
Ναι	27	79,4	114	92,7	58	87,9	23	82,1	222	88,4
Όχι	7	20,6	9	7,3	8	12,1	5	17,9	29	11.6
Ποιος επαγγελματίας ψυχικής υγείας σας ανέλαβε;										
Ψυχίατρος	40	90,9	108	75,5	52	70,3	8	22,9	208	70,3
Ψυχολόγος	3	6,8	13	9,1	12	16,2	18,	51,4	46	15,5
Επισκέπτης υγείας ή κοινωνικός λειτουργός	0	0	1	0,7	5	6,8	5	14,3	11	3,8
Δύο επαγγελματίες υγείας	0	0	6	4,2	2	2,7	0	0	8	2,7

*Βάσει της διάγνωσης στην προηγούμενη φάση παρακολούθησης. **Επί των έγκυρων απαντήσεων

κωλύματα (63,8%) και το 19,4% θεωρεί ότι ευθύνονται προβλήματα λειτουργίας του ΚΚΨΥ. Παρότι διακόπηκε πρόωρα η θεραπεία των περισσοτέρων, η συντριπτική πλειοψηφία (88,4%) δηλώνει ότι είχε ικανοποιηθεί το αίτημα για το οποίο είχε προσέλθει την προηγούμενη φορά. Σε όλα τα παραπάνω δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων διαγνωστικών κατηγοριών.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με την περίοδο της διακοπής παρακολούθησης των ασθενών από το ΚΚΨΥ και τη φροντίδα ψυχικής υγείας που έλαβαν σε αυτήν. Οι περισσότεροι ασθενείς επανέρχονται είτε σύντομα, σε λιγότερο από 1 έτος (31,7%) είτε μετά από περίοδο 4 και πλέον ετών (43,4%). Λίγο περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς στο σύνολο του δείγματος δηλώνουν ότι είχαν παρακολούθηση της ψυχικής τους υγείας από αλλού την περίοδο αυτή. Η παρακολούθησή τους γινόταν σε παρόμοια αναλογία από ψυχίατρο ασφαλιστικού φορέα, ιδιώτη ή άλλον επαγγελματία ψυχικής υγείας ή ιατρό και σε μία μειοψηφία μόνο από άλλο ΚΚΨΥ. Η πλειονότητα των ασθενών στο σύνολο του δείγματος (70,2%) συνέχισε να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή κατά την περίοδο αυτή. Οι περισσότεροι λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή βάσει συνταγής από τον ψυχίατρο που τους παρακολουθούσε αυτή την περίοδο, αλλά ορισμένοι ακολούθησαν την αγωγή ή μέρος της αγωγής που ήδη λάμβαναν, χωρίς παρακολούθηση (21,4%) ή λάμβαναν συνταγές από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (17,6%). Το 11,1% είχε τουλάχιστον μία νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική κατά την περίοδο διακοπής της παρακολούθησης από το ΚΚΨΥ, που ανέρχεται σε 45,5% στους ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών διαγνωστικών κατηγοριών του δείγμα-

Πίνακας 3. Παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της διακοπής – Σύνολο και ανά διαγνωστική κατηγορία*

	Ψυχωτικές διαταραχές		Διαταραχές διάθεσης		Νευρωσικές διαταραχές		Προβλήματα σχέσεων		Σύνολο**	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Μετά από πόσο χρόνο επανέρχεστε;										
1 έτος	13	32,5	41	31,3	24	32	11	31,4	89	31,7
2 έτη	7	17,5	20	15,2	7	9,3	8	22,9	42	15,0
3 έτη	3	7,5	17	13,0	6	8,0	2	5,7	28	10,0
4 και πλέον έτη	17	42,5	53	40,5	38	50,7	14	40.0	122	43,4
Είχατε παρακολούθηση αλλού για προβλήματα ψυχικής υγείας;										
Ναι	31	70,5	76	53,9	36	47,3	13	37,1	156	52,7
Όχι	13	29,5	65	46,1	40	52,7	22	62,9	140	47,3
Αν ναι, από πού είχατε παρακολούθηση;										
Άλλο Κέντρο Ψυχικής Υγείας	4	12,5	6	8,1	4	11,8	0	0	14	9,1
Ψυχίατρο ασφαλιστικού φορέα	12	37,5	26	35,1	6	17,6	3	23,1	47	30,8
Ιδιώτη ψυχίατρο	11	34,4	24	32,4	15	44,1	6	46,1	56	36,6
Άλλο	5	15,6	18	24,4	9	26,5	4	30,8	36	23,5
Συνεχίσατε τη φαρμακευτική αγωγή;										
Ναι	36	81,8	112	80,0	43	57,3	16	44,4	207	70,2
Όχι	8	18,2	28	20,0	32	42,7	20	55,6	88	29,8
Αν ναι, με ποια συνταγογράφηση;										
Ακολούθησα την προηγούμενη συνταγή χωρίς παρακολούθηση	8	22,9	19	19,0	12	30,0	1	8,3	40	21,4
Με συνταγή ψυχιάτρου	25	71,4	58	58,0	24	60,0	7	58,3	114	61,0
Με συνταγή άλλου ιατρού	2	5,7	23	23,0	4	10,0	4	33,3	33	17,6
Είχατε ψυχιατρική νοσηλεία;										
Ναι	20	45,5	11	7,8	1	1,3	1	2,8	33	11,1
Όχι	24	54,5	130	92,2	74	98,7	35	97,2	263	88,9

*Βάσει της διάγνωσης στην προηγούμενη φάση παρακολούθησης, **Επί των έγκυρων απαντήσεων

τος βρέθηκαν: (α) στην παρακολούθηση από αλλού (x^2 = 9,9, p=0,019), την οποία έλαβαν σημαντικά συχνότερα οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές (70,5%) έναντι των άλλων ασθενών, (β) στη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής (x^2=28,46, p<0,001), την οποία δήλωσαν σημαντικά συχνότερα ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές (81,8%) και διαταραχές της διάθεσης (80%) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς και (γ) την ψυχιατρική νοσηλεία (x^2=63,71, p<0,001), η οποία ήταν πολύ συχνή στους ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές (45,5%) και σχετικά συχνή σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης (7,8%), ενώ ήταν εξαιρετικά σπάνια στις άλλες διαγνωστικές κατηγορίες.

Όσον αφορά στην προηγούμενη παρακολούθηση και στο ενδιάμεσο διάστημα μέχρι την παρούσα επάνοδό τους, οι τυχόν διαφοροποιήσεις μεταξύ των ασθενών που ολοκλήρωσαν την προηγούμενη συνεργασία τους με το ΚΚΨΥ και αυτών που δεν ολοκλήρωσαν, παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Όπως ήταν αναμενόμενο, υπήρξε στατιστικά σημαντική συχνότερη ικανοποίηση του προηγούμενου αιτή-

Πίνακας 4. Προηγούμενη παρακολούθηση και ενδιάμεσο διάστημα σε σχέση με την ολοκλήρωση της προηγούμενης συνεργασίας.

	Ολοκλήρωση προηγούμενης συνεργασίας		**Μη ολοκλήρωση προηγούμενης συνεργασίας**	
	n	**(%)**	**n**	**(%)**
Μετά από πόσο χρόνο επανέρχεστε στο ΚΚΨΥ;				
1 έτος	36	31,9	65	32,8
2 έτη	21	18,5	29	14,7
3 έτη	9	8,0	22	11,1
4 έτη	47	41,6	82	41,4
Ικανοποιηθήκατε για το αίτημα για το οποίο είχατε έρθει;				
Ναι	103	97,2	140	82,8
Όχι	3	2,8	29	17,2
Είχατε παρακολούθηση από αλλού για προβλήματα ψυχικής υγείας;				
Ναι	57	48,7	107	51,4
Όχι	60	52,3	101	48,6
Αν ναι από πού είχατε παρακολούθηση;				
Άλλο Κέντρο Ψυχικής Υγείας	6	10,7	9	8,6
Ιδιώτη ψυχίατρο	19	34,0	38	36,2
Ψυχίατρο ασφαλιστικού φορέα	17	30,3	29	27,6
Άλλο	14	25,0	29	27,6
Συνεχίσατε τη φαρμακευτική αγωγή;				
Ναι	73	62,9	142	67,9
Όχι	43	37,1	67	33,8
Αν ναι, με ποια συνταγογράφηση;				
Ακολούθησα την προηγούμενη χωρίς παρακολούθηση	15	24,2	29	22,3
Με συνταγή ψυχιάτρου	37	59,7	77	59,2
Με συνταγή άλλου ιατρού	10	16,1	24	18,5
Είχατε ψυχιατρική νοσηλεία;				
Ναι	7	6,0	22	10,5
Όχι	109	94,0	188	89,5

ματος σε αυτούς που ολοκλήρωσαν την προηγούμενη συνεργασία, αν και στις δύο ομάδες το ποσοστό ικανοποίησης ήταν υψηλό (97,2% έναντι 82,8%, x^2=18,54, p<0,001). Σε όλα τα άλλα σχετικά ερωτήματα δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Όσον αφορά στις συσχετίσεις της ανεργίας με χαρακτηριστικά των επανερχόμενων περιστατικών, υπολογίστηκε η συχνότητα ανέργων μεταξύ των διαγνωστικών κατηγοριών των περιστατικών και βρέθηκαν τα εξής ποσοστά: 42,9% στις ψυχωτικές διαταραχές, 32,6% στις διαταραχές διάθεσης, 45,7% στις νευρωσικές και συνδεόμενες με το στρες διαταραχές και 22,9% στα προβλήματα σχέσεων ή ζεύγους. Οι παρατηρούμενες διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (x^2=7,01, p=0,072). Όσον αφορά στους λόγους για τους οποίους προσέρχονται αυτή τη φορά, η συχνότητα των ανέργων ήταν σχετικά αυξημένη στην αναζήτηση πληροφοριών ή έκδοσης πιστοποιητικού (44,4%), στις αγχώδεις εκδηλώ-

σεις (46%) και στα πιθανά ψυχωτικά συμπτώματα (41,7%). Αντίθετα δεν ήταν αυξημένη σε σχέση με το συνολικό δείγμα η συχνότητα της ανεργίας σε άλλα αιτήματα επανόδου, όπως καταθλιπτικές εκδηλώσεις, συναισθηματική έξαρση, προβλήματα σχέσεων/ζεύγους. Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται στοιχεία παρακολούθησης των ασθενών κατά το ενδιάμεσο διάστημα μέχρι την επάνοδό τους στο ΚΚΨΥ σε σχέση με την ανεργία. Οι σχετικές διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Οι άνεργοι παρακολουθούνταν σε παρόμοια αναλογία με τους μη ανέργους για την ψυχική τους υγεία κατά το ενδιάμεσο διάστημα και σε παρόμοια αναλογία από ψυχίατρο άλλου ΚΚΨΥ, ασφαλιστικού φορέα, ιδιώτη ή άλλον επαγγελματία υγείας.

Συζήτηση

Τη χρονική περίοδο 2012–2016 επανήλθαν 525 περιστατικά, ενώ ανοίχθηκαν 1643 νέοι φάκελοι ασθενών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 346 ΕΠ επί του συνόλου των 525, καθώς δεν περιελήφθηκαν 148 που ήλθαν μόνο για την έκδοση πιστοποιητικού, 31 με ελλιπή στοιχεία, ενώ υπολογίστηκε μόνο η τελευταία προσέλευση για όσους διέκοψαν πολλές φορές. Στην εισαγωγή αναφέραμε τα κριτήρια ολοκλήρωσης ενός κύκλου της θεραπείας. Η πλειονότητα των προσερχομένων ήταν γυναίκες και μάλιστα σε αναλογία περίπου 3:1 προς τους άνδρες, που συνάδει με το προφίλ εικοσαετίας των χρηστών του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής, που είναι γυναίκες 67,36 % (65,6–72,4) και άνδρες 32,6% (27,6–38,3). Επίσης από το προφίλ εικοσαετίας του κέντρου προκύπτει ένα παραπλήσιο ποσοστό πρώτων περιστατικών με ψυχωτικές διαταραχές 12,36% (11,0–19,65), ενώ οι διαγνώσεις διαταραχών της διάθεσης και νευρωτικών ή σχετιζόμενων με το στρες διαταραχών έχουν μια μεγαλύτερη διασπορά στα νεοεισερχόμενα περιστατικά: μείζονες συναισθηματικές διαταραχές 3,91% (2,5–6,8), κατάθλιψη 18,7% (14,25–21,4), αγχώδεις διαταραχές 18,2% (12,05–22,1). Μεγάλη διασπορά παρουσιάζουν επίσης τα νεοεισερχόμενα περιστατικά με προβλήματα οικογένειας ή ζεύγους, με σαφή αυξητική τάση τα χρόνια των «δανείων και των καρτών» προ της κρίσης και τα χρόνια της κρίσης, 18,1% (8,65–22,9).

Πριν τη διακοπή της θεραπείας, το 90,9% των ασθενών με διάγνωση του κώδικα F2, το 75,5% του F3 και το 70,3% του F4, κατά ICD-10, είχαν παρακολούθηση στο κέντρο από ψυχίατρο. Το 9,1% των ασθενών με διαταραχές διάθεσης από ψυχολόγο και ένα μικρό ποσοστό από ψυχίατρο και ψυχολόγο. Το 51,4% όσων προσήλθαν για προβλήματα οικογένειας ή ζεύγους είχαν παρακολούθηση από ψυχολόγο και το 14,3% από κοινωνικό λειτουργό ή επισκέπτη υγείας. Τα ποσοστά αυτά απεικονίζουν τις δυνατότητες του διαθέσιμου προσωπικού και όχι μια ιδεώδη καλή πρακτική.

Γνωρίζουμε ότι η θεραπευτική συνέχεια είναι το κεντρικό αλλά και ευάλωτο διακύβευμα της κοινο-

Πίνακας 5. Παρακολούθηση στο ενδιάμεσο διάστημα σε σχέση με την ανεργία.

	Άνεργοι		Μη άνεργοι	
	n	(%)	n	(%)
Είχατε παρακολούθηση από αλλού για προβλήματα ψυχικής υγείας;				
Ναι	65	55,6	100	48,5
Όχι	52	44,4	106	51,5
Αν ναι, από πού είχατε παρακολούθηση;				
Άλλο Κέντρο Ψυχικής Υγείας	7	10,9	9	9,2
Ιδιώτη ψυχίατρο	17	26,6	28	28,6
Ψυχίατρο ασφαλιστικού φορέα	21	32,8	35	35,7
Άλλο	19	29,7	26	26,5

τικής ψυχιατρικής.[15] Το εύρημα ότι οι περισσότεροι ασθενείς επανέρχονται είτε σε λιγότερο από 1 έτος (31,7%) είτε μετά από μία περίοδο 4 και πλέον ετών (43,4%) είναι παραπλήσιο με αυτό της προηγούμενης έρευνας των ετών 2002–2007, σε συνθήκες με μεγαλύτερη ευκολία πρόσβασης σε εναλλακτικές δυνατότητες φροντίδας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών είχε παρακολούθηση από αλλού στο μεσοδιάστημα. Το 70,7% συνέχισε μετά τη διακοπή της παρακολούθησης να λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή και από αυτούς το 21,4% ακολουθούσε την προηγούμενη συνταγογράφηση ή μέρος της κατά το δοκούν, ενώ το 17,6% λάμβανε συνταγές από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Τα παραπάνω στοιχεία είναι ενδεικτικά του γεγονότος ότι η διακοπή της παρακολούθησης σε μεγάλο βαθμό δεν είναι συνάρτηση της μη συμμόρφωσης των ασθενών με τη θεραπεία, αλλά επιλογής της υπηρεσίας και του τρόπου παρακολούθησής τους. Σε ό,τι αφορά στην ψυχιατρική νοσηλεία, στο μεσοδιάστημα παρατηρείται ένα υψηλό ποσοστό 45,5% στην ομάδα των ψυχωτικών διαταραχών, 7,8% στην ομάδα των διαταραχών της διάθεσης και πολύ μικρά ποσοστά στις άλλες ομάδες. Από την εμπειρία του κέντρου τεκμαίρεται ότι πολύ μικρότερο ποσοστό των υπό παρακολούθηση ασθενών έχουν ανάγκη νοσηλείας σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Συνεπώς προκύπτει μία ευθεία συσχέτιση της διακοπής παρακολούθησης με αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας και μάλιστα παρά τη συνέχεια της παρακολούθησης από αλλού, όπως προέκυψε ότι ισχύει για την πλειονότητα των ασθενών.

Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν ή όχι έναν κύκλο θεραπείας, εκτός της αναμενόμενης στατιστικά σημαντικής μεγαλύτερης ικανοποίησης του αρχικού τους αιτήματος από τους πρώτους. Η ικανοποίηση των τριών κριτηρίων ικανοποίησης αποτελεί ένα μετρήσιμο αλλά όχι πλήρες κριτήριο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας στους πελάτες του κέντρου (36,6%) σε σχέση με το μέγιστο εθνικό ποσοστό (28%) της ίδιας περιόδου δεν μπορεί εύκολα να αξιολογηθεί, καθώς δεν διαχωρίζεται η βραχυχρόνια από τη μακροχρόνια ανεργία. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι άνεργοι δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις διαγνωστικές κατηγορίες και την παρακολούθηση κατά το μεσοδιάστημα της διακοπής, ευρήματα που πρέπει να συσχετισθούν με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των εξυπηρετούμενων συνοικιών. Παρόλο που οριακά δεν αναδείχτηκαν στατιστικά σημαντικές (x^2=7,01, p=0,072), οι διαφορές στο ποσοστό ανεργίας ήταν ιδιαίτερα μεγάλες με υπεροχή στους ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές (42,9%) και με αγχώδεις και σχετιζόμενες με το στρες διαταραχές (45,7%). Ενώ η ανεργία είναι αναμενόμενα υψηλή σε κάθε πληθυσμό ασθενών με ψυχώσεις, το αυξημένο ποσοστό της σε ασθενείς με αγχωτικής τάξεως διαταραχές ίσως είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της περιόδου της οικονομικής κρίσης.

Παρά το γεγονός ότι το 88,4% δήλωσε ικανοποίηση από την παρακολούθηση, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι υπάρχει θετική προδιάθεση σε ασθενείς που επανέρχονται και επιπλέον ίσως πρόθεση να μη δυσαρεστήσουν τους θεραπευτές του κέντρου. Ως εκ τούτου, δεν επιτρέπεται ο εφησυχασμός σε ό,τι αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών, στο ωράριο λειτουργίας και στο ιδιαίτερο πρόβλημα στελέχωσης ενός πανεπιστημιακού κέντρου, όπως της συχνής εναλλαγής των ειδικευομένων ψυχιάτρων.

Συμπεράσματα

Η συστηματική καταγραφή των ασθενών που εγκαταλείπουν τη θεραπεία και των επανερχομένων περιστατικών αποτελεί σημαντικό εργαλείο εκτίμησης των παρεχομένων υπηρεσιών, οργάνωσης της θεραπευτικής συνέχειας και γνώσης των πιθανών εναλλακτικών δυνατοτήτων φροντίδας της ψυχικής υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού. Η κωδικοποίηση των εργαλείων καταγραφής και αξιολόγησης των επανερχομένων περιστατικών αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιτυχούς συλλογής στοιχείων ιδιαίτερα για μεγαλύτερους αριθμούς ασθενών και χρονικά διαστήματα μελέτης αυτού του μετακινούμενου πληθυσμού των δημοσίων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Patients coming back after interruption of care in a community mental health center: Associations with care provision and psychopathological features

D. Ploumpidis, F. Chrysovergi, G. Konstantakopoulos, M. Loukadakis, Z. Kalogerakis, M. Economou

Byron-Kessariani Community Mental Health Centre, First Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Psychiatriki 2018, 29:327–337

A large number of people with mental health problems do not receive any treatment and in a large number of patients under care the treatment is interrupted. Non-compliance to treatment, observed in many different settings, is a major challenge in providing mental health care. The aim of the present study was to assess the demographic, social and psychological characteristics of the patients coming back for help to community psychiatric services and to shed some light to the reasons of interrupting and coming back. Special emphasis was placed on the possible correlation with specific mental disorders and whether or not the treatment was completed. The survey was carried out at the Byron-Kessariani University Mental Health Center, in a middle-classes catchment area and offering free of charge services. During the years from 2012 to 2016: 346 patients interrupting treatment (PIT) came back, while 1643 new patients were registered. The PIT were assessed with a specific questionnaire consisting of 34 open and closed-ended questions on changes in socio-demographic data, diagnosis, reported causes of discontinuation of care, services provided, important life events, follow-up by other mental health services after interruption of care, medication, and hospitalizations. The data were collected by trainee psychologists through a structured interview lasting 15–30 minutes and also from patients' medical records. Out of the 525 PIT during the study period, we excluded 148 who asked only for a certificate and 31 with many missing values. The final sample consisted of 346 patients and the analysis has focused on 299 PIT falling into one of the following four basic diagnostic categories: (a) schizophrenia and other psychotic disorders (12.7%), (b) mood disorders (41.3%), (c) neurotic and stress-related disorders (22.0%), (d) family and couple problems (10.4%). 64.1% of the PIT considered that they had not completed their previous treatment in the center, 19% attributed the interruption of care to reasons related to the center operation, and 88.4% considered that their demand had been satisfied. The highest rate of patients coming back was observed in the first year (31.7%) and then in four or more years (43.4%) after interruption of care. 32.7% discontinued the medication, 21,4% continued the medication following previous prescription. 47.3% had no follow-up, while 52.7% had been followed-up (36.6% of them by a private psychiatrist and 30.7% by a psychiatrist in a public institution). 45.5% of people with schizophrenia and other psychotic disorders were hospitalized in the meantime. The relationships between diagnosis and follow-up status with unemployment were tested but these associations were not statistically significant. There was greater satisfaction by those who completed treatment, as expected. Reasons for interruption related to the center operation, such as the work shift, the frequent changes in stuff members and the quality of care, are of particular importance.

Key words: Community psychiatry, interrupted care, patients coming back, continuum of care, diagnosis.

Βιβλιογραφία

1. Wells JE, Browne MO, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Angermeyer MC et al. Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. *Br J Psychiatry* 2013, 202:42–49, doi: 10.1192/bjp.bp.112.113134
2. Gouzaris A, Mougiakos T, Ploumpidis D, Bethani E. Predictors of treatment discontinuity in outpatient community mental health care. *Ann Gen Hospit Psychiatry* 2003, 2(Suppl 1):S70, doi: 10.1186/1475-2832-2-S1-S70
3. Γούζαρης Α. *Προβλεπτικοί παράγοντες διακοπής της παρακολούθησης σε πρώιμο στάδιο σε χρήστες του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής*. Διπλωματική εργασία. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Κοινωνική Ψυχιατρική-Παιδοψυχιατρική. Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2006
4. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry* 2000, 176:160–165, doi: 10.1192/bjp.176.2.160
5. Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact withcommunity-based psychiatric services. *Br J Psychiatry* 2002,181:331–338, doi: 10.1192/bjp.181.4.331
6. Edlund JM, Wang PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 2002, 159:845–851, doi: 10.1176/appi.ajp.159.5.845
7. Reneses B, Muroz E, López–IborJJ. Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry* 2009, 8:173–177, PMID: 19812755
8. Λουκαδάκης Ε, Κούτρα Α, Παναγιωτοπούλου Σ, Παππά Κ, Κόλλιας Κ, Πλουμπίδης Δ. *Αξιολόγηση επανερχομένων περιστατικών σε Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής*. 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας. 1-4 Δεκεμβρίου 2005, Ιωάννινα, τόμος περιλήψεων, σ. 426
9. Λουκαδάκης Ε, Κόλλιας Κ, Παππά Κ, Βουργανά Σ, Κούτρα Α, Ρίγκα Α, Πλουμπίδης Δ. *Συσχέτιση διαγνωστικών κατηγοριών χρηστών με τη διακοπή και την επάνοδο στα εξωτερικά ιατρεία του ΚΚΨΥ*. Καισαριανής-Βύρωνα. 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. 4–8 Μαΐου 2006, Αθήνα, τόμος περιλήψεων, σ. 263
10. Λουκαδάκης Ε, Κόλλιας Κ, Σουμάνη Α, Νικητοπούλου Σ, Πλουμπίδης Δ. *Αξιολόγηση Επανερχόμενων Περιστατικών* (*ΕΠ*) *στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής*. 20ό Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΨΕ 2008. Χερσόνησος Κρήτης, τόμος περιλήψεων, σ. 278
11. Chen A. Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hosp Community Psychiatry* 1991, 42:282–287, PMID: 1851496
12. Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994, 29:212–227, PMID: 7992145
13. Sparr LF, Moffitt MC, Ward MF. Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *Am J Psychiatry* 1993, 150:801–805, doi: 10.1176/ajp.150.5.801
14. Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *Br J Psychiatry* 2002, 180:254–259, PMID: 11872518
15. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 2016, 15:276–286, doi: 10.1002/wps.20349

Αλληλογραφία: Δ. Πλουμπίδης, Σαριπόλου 7, 106 82 Αθήνα,
Τηλ: 6944 189 393, e-mail: dploump@med.uoa.gr