

# Περι Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής και του ρόλου της στην σύγχρονη πρακτική

ΜΑΡΙΑ ΦΙΛΙΠΠΙΔΟΥ<sup>1</sup>, ΜΕΝΕΛΑΟΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ<sup>2</sup>

## Εισαγωγή

Σκοπός αυτού του άρθρου είναι να δώσει μία σύντομη περιγραφή της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής, μίας ψυχιατρικής (ή ιατρικής) υποειδικότητας η οποία έχει εξελιχθεί κατά πολύ τον τελευταίο αιώνα και έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι ασθενείς. Η ομάδα διασυνδεδετικής ψυχιατρικής είναι πολυεπιστημονική και έχει την βάση της σε γενικά νοσοκομεία, αντιμετωπίζοντας επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά, καθώς και ασθενείς που πάσχουν από σωματική και ψυχιατρική συννοσηρότητα, ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Σε μερικές περιπτώσεις, οι ομάδες διασυνδεδετικής ψυχιατρικής παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε τμήματα εξωτερικών ιατρείων, για ασθενείς με συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν από οργανικά αίτια, λειτουργικές ασθένειες και χρόνιο πόνο. Υπάρχουν ορολογίες που χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στην βιβλιογραφία για να περιγράψουν αυτήν την υποειδικότητα, οπότε μία καλή αρχή θα αποτελούσε ο καθορισμός αυτών και η εξέταση της εξέλιξής τους.

**Λέξεις-κλειδιά:** διασυνδεδετική ψυχιατρική, απαρτίωση, ειδικότητα Ψυχιατρικής

## Ορολογία

Ο Christian Heinroth (1773-1843) ήταν ένας από του πρώτους ψυχιάτρους που θεωρούσε την ασθένεια ως μία συνέχεια μεταξύ σώματος και νου και θεωρείται ο πατέρας του όρου «ψυχοσωματική» ασθένεια.

Ο George Engel ήταν ο πρώτος που επινόησε τον όρο «βιοψυχοσωματικός» (Engel, 1977) και ένας από τους πρωτοπόρους της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο όρος «ψυχολογική ιατρική» που για την ώρα περιγράφει την υποειδικότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες, επινοήθηκε από τον Felix Deutsch το 1922 (Lipsitt, 2001). Ο Deutsch ήταν ο προσωπικός γιατρός του Freud προς το τέλος της ζωής του, καθώς επίσης και ο πρώτος Καθηγητής Ψυχοσωματικής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Ουάσινγκτον μετά την μετανάστευσή του στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Ο Edward Billings, ένας Αμερικανός ψυχίατρος και πρωτοπόρος σ' αυτό το πεδίο, επινόησε τον όρο "διασυνδεδετική ψυχιατρική" για πρώτη φορά και μαζί με τον συνάδελφό του Franklin Ebaugh δημιούργησαν την πρώτη υπηρεσία διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Κολοράντο το 1939 (Bloch et al, 2014). "Συμβουλευτική διασυνδεδετική ψυχιατρική", "Διασυνδεδετική ψυχιατρική" και "Ψυχοσωματική ιατρική" είναι οι τρεις όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο, με τον τελευταίο να χρησιμοποιείται περισσότερο στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη. Αν προσπαθούσαμε να καθορίσουμε τις έννοιες με ακρίβεια, θα λέγαμε ότι οι δύο πρώτοι όροι περιγράφουν τον κλάδο εκείνο της ψυχιατρικής που βρίσκεται μεταξύ της γενικής ιατρικής/παθολογίας, της ψυχιατρικής και της μεταξύ των επικοινωνίας, ενώ η ψυχοσωματική ιατρική είναι ένας χώρος της ιατρικής που ερευνά την αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών πτυχών της ασθένειας.

Ένας πολύ καλός ορισμός της ψυχοσωματικής ιατρικής, που συνοψίζει σχεδόν δύο αιώνες απόψεων πάνω σε αυτόν τον τομέα, δόθηκε από τους Fava & Sonino το 2010 ως «ένα διεξοδικό, διεπιστημονικό πλαίσιο» προς:

- Εκτίμηση των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την ατομική ευπάθεια, πορεία και έκβαση κάθε τύπου ασθένειας.

<sup>1</sup> Ψυχίατρος, MRCPsych, MSc. East London NHS Foundation Trust

<sup>2</sup> Ψυχίατρος, MSc.

- Ολιστική προσέγγιση της περίθαλψης των ασθενών στην κλινική πρακτική.
- Ενσωμάτωση ψυχολογικών θεραπειών στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση ιατρικών ασθενειών (ψυχολογική ιατρική) (Fava & Sonino, 2010).

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η συμβουλευτική- διασυνδεδετική (ή διασυνδεδετική) ψυχιατρική είναι η πρακτική της ψυχοσωματικής ιατρικής, που είναι ουσιαστικά το θεωρητικό πλαίσιο και ακαδημαϊκό πεδίο της ψυχιατρικής. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο όρος που χρησιμοποιείται επίσης από το Βασιλικό Κολλέγιο των ψυχιάτρων είναι «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική», παρόλα αυτά κάποια από τα μεγαλύτερα κέντρα της χώρας χρησιμοποιούν τον όρο «Ψυχολογική Ιατρική». Ένα πολύ καθιερωμένο κέντρο που χρησιμοποιεί αυτόν τον όρο είναι αυτό της Οξφόρδης και καθορίζει τον ρόλο του ως εξής: «Βασικό μας χαρακτηριστικό είναι η απαρτίωση: πρώτον, η ενσωμάτωση με τις ιατρικές υπηρεσίες μέσα στις οποίες εργαζόμαστε, δεύτερον, η ενσωμάτωση των κλάδων (ψυχιατρική και ψυχολογία) και τρίτον, η ενσωμάτωση με το Πανεπιστήμιο» (<http://www.ouh.nhs.uk/psychologicalmedicine>, 2017).

## Ιστορικά στοιχεία

Μεταξύ των νέων ψυχιάτρων που έχουν ολοκληρώσει την ειδικότητά τους πρόσφατα επικρατεί η άποψη ότι η υποειδικότητα της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής είναι επίσης νέα. Οι περισσότεροι από εμάς θυμούνται πολύ καλά τα εξαιρετικά θετικά αποτελέσματα που προέκυψαν από την οικονομική αξιολόγηση των Parsonage & Fossey το 2011, του πολύ επιτυχημένου κέντρου RAID στο Birmingham, αλλά ίσως λίγοι από εμάς αντιλαμβάνονται τη βάση πάνω στην οποία στέκονται όλες οι αρχές της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής.

Σύμφωνα με τον Geoffrey Lloyd (1980), η διασυνδεδετική ψυχιατρική είναι ένα 'κυρίως Αμερικανικό φαινόμενο'. Η διασυνδεδετική ψυχιατρική (όρος που έχει συμφωνηθεί επισήμως για την περιγραφή της ειδικότητας εκείνης που βρίσκεται στο σημείο επικοινωνίας μεταξύ ψυχιατρικής και ιατρικής στο Ηνωμένο Βασίλειο (HB) άρχισε να ακμάζει στις ΗΠΑ πολύ πριν την δεκαετία του '70, που ήταν η εποχή που είχαν γίνει τα πρώτα βήματα στο HB. Επίσημη ειδίκευση στην συμβουλευτική διασυνδεδετική ψυχιατρική προσφερόταν από τις αρχές του 20ου αιώνα στις ΗΠΑ, με δύο από τα πιο δημοφιλή κέντρα να βρίσκονται στο Πανεπιστήμιο του Rochester υπό την καθοδήγηση του George Engel και το Γενικό Νοσοκομείο της Μασσαχουσέτης υπό την καθοδήγηση του Hackett (Leigh, 2007). Έχουν καταβληθεί πολλές προσπάθειες για την προώθηση της σημασίας των ψυχιατρικών πτυχών της σωματικής ασθένειας και για την

αντιμετώπιση της ψυχιατρικής ως κομμάτι της ιατρικής κοινότητας. «Συμβουλευτική- διασυνδεδετική ψυχιατρική» ήταν μάλλον ο καλύτερος όρος για να περιγράψει αυτόν τον ρόλο του ψυχιάτρου που εργάζεται στο γενικό νοσοκομείο και επίσημα εξετάζει ασθενείς από ψυχιατρικής πλευράς, αλλά καλείται επίσης να εκτελεί χρέη συνδέσμου με πολλές διαφορετικές ειδικότητες και επίσης να ενημερώνει τους συναδέλφους του επί θεμάτων ψυχιατρικής. Οπότε η διασυνδεδετική ψυχιατρική μπορεί να θεωρηθεί ως μία ειδικότητα που έχει θεραπευτικό ρόλο, αλλά επίσης και ρόλο πρόληψης (Strain & Grossman, 1975).

Έχει καταγραφεί στην βιβλιογραφία ότι στα μέσα με τέλη της δεκαετίας του '70 το Ψυχιατρικό Εκπαιδευτικό τμήμα του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας της Washington αύξησε την χρηματοδότηση για την ειδίκευση διασυνδεδετικών ψυχιάτρων κατά 270%, προσφέροντας συνολικά στην διασυνδεδετική ψυχιατρική 20% των πόρων του (Lloyd, 1980). Αυτό προκάλεσε μαζική αύξηση στο εργατικό δυναμικό της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής και οδήγησε σε επέκταση των υπηρεσιών σε όλη τη χώρα. Το 1992 ήταν η πρώτη χρονιά που η Συμβουλευτική- Διασυνδεδετική Ψυχιατρική προτάθηκε για πρώτη φορά ως υποειδικότητα. Παρόλα αυτά, η Αμερικανική Επιτροπή των Ιατρικών Ειδικοτήτων απέρριψε την αίτηση της Ακαδημίας Ψυχοσωματικής Ιατρικής (Camsari & Babalioglu, 2016). Η ψυχιατρική υποειδικότητα προτάθηκε ξανά υπό την ονομασία «Ψυχοσωματική Ιατρική» το 2001 και τελικά έγινε αποδεκτή επισήμως το 2003.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η πρωτοβουλία να ενσωματωθεί η ψυχιατρική στις πρακτικές ενός γενικού νοσοκομείου ήρθε αργότερα, αλλά δεν ήταν ελλιπής σε ενθουσιασμό και αποτελεσματικότητα. Η ίδρυση του Βασιλικού Κολλεγίου των Ψυχιάτρων έφερε κοντά διαφορετικές ομάδες της ψυχιατρικής. Τις συζητήσεις ξεκίνησε μία μικρή ομάδα ψυχιάτρων, με επικεφαλής τους Richard Mayou και Geoffrey Lloyd και το 1984 η πρώτη ομάδα ειδικού ενδιαφέροντος στην διασυνδεδετική ψυχιατρική δημιουργήθηκε μέσα στο Κολλέγιο. Ο Richard Mayou έγινε ο πρόεδρος της ομάδας και παρέμεινε σε αυτόν τον ρόλο ως το 1989. Αυτή η ομάδα έπαιξε καταλυτικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο η διασυνδεδετική ψυχιατρική αναπτύχθηκε στα μελλοντικά χρόνια και οι δράσεις της περιελάμβαναν: την οργάνωση τακτικών συναντήσεων, την δημιουργία ερευνών για την παρακολούθηση της προόδου, την έρευνα, την προώθηση της ανάπτυξης υπηρεσιών, την διδασκαλία και την κατάρτιση, την κατάρτιση κατευθυντήριων οδηγιών και την δημιουργία συνδέσμων με άλλους οργανισμούς υγείας (Aitkin et al, 2016). Η ομάδα ειδικού ενδιαφέροντος αναπτύχθηκε σε τμήμα του Κολλεγίου το 1997 και σε κλάδο το 2004 και τώρα μετράει πάνω από 4000 μέλη. Ο κλάδος Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής του Κολλεγίου αποτε-

λείται από μία εκτελεστική επιτροπή και 12 εκλεγμένα μέλη και οργανώνει συνέδρια και σεμινάρια σε ετήσια βάση. Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική αποτελεί υποειδικότητα της Γενικής Ψυχιατρικής, αναγνωρισμένη από το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο και έχει τη δική της διδακτέα ύλη ([http://www.gmc-uk.org/education/approved\\_curricula\\_systems.asp](http://www.gmc-uk.org/education/approved_curricula_systems.asp), 2017).

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής, όπως και σε πολλές άλλες χώρες, συνδέθηκε με την ανάπτυξη των ψυχιατρικών τμημάτων στο γενικό νοσοκομείο και το κίνημα απο-ασυλοποίησης. Η μεταφορά των ψυχιατρικών κλινών πίσω στα κτίρια του γενικού νοσοκομείου και η παροχή υπηρεσιών στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας των σωματικά ασθενών, ξεκίνησε από την περιφέρεια παρά από τα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι λόγοι για αυτή τη σειρά των αλλαγών είναι πολύπλοκοι. Αφορούν κυρίως σε πολιτικές αποφάσεις αλλά και στις αντιστάσεις που προέβησαν στην αποϊδρυματοποίηση και τη μετάβαση από το μεγάλο ψυχιατρικό νοσοκομείο στο γενικό νοσοκομείο οι επαγγελματίες των περιοχών που είχαν καθιερώσει ψυχιατρικές υπηρεσίες για πολλά χρόνια. Αυτή η αντίσταση ήταν ελάχιστη στην περιφέρεια όπου οι ψυχιατρικές υπηρεσίες ήταν σπάνιες (Douzenis, Lykouras & Christodoulou, 2008). Το πρώτο τμήμα που αναπτύχθηκε ήταν αυτό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Αλεξανδρούπολης το 1978 (Lykouras & Douzenis, 2012). Λίγα χρόνια αργότερα, το 1983, ιδρύθηκε το αντίστοιχο τμήμα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και έκτοτε στο πλαίσιο της ίδρυσης υπηρεσιών που θα υποστήριζαν την αποϊδρυματοποίηση, ιδρύθηκαν ψυχιατρικά τμήματα σε όλα τα νεοσύστατα γενικά νοσοκομεία από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και από το 1986 στα ήδη λειτουργούντα γενικά νοσοκομεία (Hyphantis, Mantas & Mavreas, 2008; Douzenis, Lykouras & Christodoulou, 2008). Το πιο διαδεδομένο μοντέλο της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι το πιο παραδοσιακό όπου ο ψυχίατρος καλείται για να αξιολογήσει έναν ασθενή που προκαλεί ανησυχία στους γιατρούς με τη συμπεριφορά του ή έχει ψυχιατρική διάγνωση ή που κατά την εισαγωγή και τη διάρκεια της νοσηλείας λαμβάνει ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή (Madianos, Madianou, Stefanis, 1993). Στην Ελλάδα, θεωρείται ότι η προσέγγιση "με επίκεντρο τον ασθενή" αυξάνει την αυτονομία του ψυχίατρου. Η προσέγγιση αυτή έχει οφέλη, αλλά ένα από τα μειονεκτήματά του είναι ότι υπάρχει ελλιπής συνέχεια στην παρακολούθηση. Οι ασθενείς αξιολογούνται ψυχιατρικά, αλλά ελάχιστες προσπάθειες καταβάλλονται για τη διατήρηση της επαφής με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες μετά το εξιτήριο τους. Ορισμένα τμήματα προσπαθούν να ξεπεράσουν αυτή τη δυσκολία με τον προγραμματισμό ενός ψυχιατρικού ραντεβού πριν από την ολοκλήρωση της νοσηλείας, αλλά αυτό δεν είναι

πάντα εφικτό. Η «προσέγγιση με επίκεντρο τον γιατρό» χρησιμοποιείται σπάνια, καθώς σημαίνει ότι οι θεράποντες ιατροί αποδέχονται τον ψυχίατρο ως επιβλέποντα που μπορεί να τους κατευθύνει προς την καλύτερη δυνατή προσέγγιση και να τους εξουσιοδοτήσει να αντιμετωπίσουν μερικές από τις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών τους (Madianos, Tsiantis, Zacharakis, 1999). Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιείται σε κάποιο βαθμό στα πανεπιστημιακά γενικά νοσοκομεία. Επίσης, κάποια νοσοκομεία έχουν ανάπτυξει εξειδικευμένα ιατρεία όπως το ψυχο-ογκολογικό και το ιατρείο αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στο τμήμα Σ-Δ του Νοσοκομείου «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» ή/και προσεγγίσεις όπως η ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη προσέγγιση στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (Moussas et al. 2009; Μουσσάς & Παπαδοπούλου, 2012; Hyphantis, Mantas & Mavreas, 2008). Επί του παρόντος, υπάρχουν 37 ψυχιατρικοί τομείς γενικών νοσοκομείων όπου λειτουργεί ψυχιατρική υπηρεσία διασύνδεσης από ένα σύνολο περίπου 100 γενικών νοσοκομείων σε όλη την Ελλάδα. Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική δεν αναγνωρίζεται ως υποειδικότητα της ψυχιατρικής, αν και η σύσταση εγκρίθηκε το 2007 (παράλληλα με την Ψυχογηριατρική και Ψυχιατροδικαστική) από το Κεντρικό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας (Lykouras et al. 2007).

## Πεδίο πρακτικής

Το 2011, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία συμβουλευτικής Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής και Ψυχοσωματικής Ιατρικής και η Ακαδημία Ψυχοσωματικής Ιατρικής δημοσίευσε ένα έγγραφο συναίνεσης στο περιοδικό Psychosomatics (Leentjens et al, 2011) περιγράφοντας τις αρμοδιότητες και το εύρος των εγασίων για την διασυνδεδετική ψυχιατρική. Ο σκοπός αυτού ήταν η ίδρυση μιας διεθνούς βάσης για τον ψυχίατρο διασυνδεδετικής και την υπηρεσία του. Η ομοφωνία αυτή προέκυψε από μία ειδική επιτροπή που είχε δημιουργηθεί μερικά χρόνια νωρίτερα για αυτόν τον σκοπό. Σύμφωνα με την μεθοδολογία που περιγράφεται στο άρθρο αυτό, η ομάδα χρησιμοποίησε κυρίως απόψεις εμπειρογνομώνων που δημοσιεύθηκαν σε επιστημονικά περιοδικά και διδακτικά εγχειρίδια, αλλά επίσης και σε στοιχεία βασισμένα σε έρευνες, όπου αυτό ενδεικνυόταν.

Οι συγγραφείς αυτού του άρθρου αναγνωρίζουν έξι κατηγορίες ασθενών που θα επωφελούνταν από το έργο της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής. Αυτές οι κατηγορίες ασθενών είναι: ασθενείς που παράλληλα πάσχουν από σωματική και ψυχική ασθένεια, ασθενείς που υποφέρουν από ιατρικώς ανεξήγητα συμπτώματα, ασθενείς των οποίων η ψυχική ασθένεια είναι άμεσο αποτέλεσμα μιας ιατρικής κατάστασης, ασθενείς των οποίων η διαχείριση είναι διαθέσιμη μόνο σε χώρο γενικού νοσοκο-

μείου, ασθενείς που έχουν αυτοτραυματιστεί ή έχουν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν και ασθενείς των οποίων τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ή η κάποια προβλήματα συμπεριφοράς προκαλούν παρεμβολές στη θεραπεία τους.

Σχετικά με τις ικανότητες τις οποίες θα έπρεπε ένας ψυχίατρος διασυνδεδετικής να έχει, σύμφωνα με τους συγγραφείς αυτού του άρθρου, αυτές δεν περιορίζονται στην εμπειρογνωμοσύνη ως προς την διάγνωση και θεραπεία ασθενών με παράλληλη σωματική και ψυχική ασθένεια. Οι ψυχίατροι διασυνδεδετικής θα πρέπει επίσης να έχουν εμπειρογνωμοσύνη στους ρόλους «Επικοινωνίας», «Συνεργασίας», «Διοίκησης», «Εποπτίας», «Συμβούλου Υγείας», «Λόγιου» και «Επαγγελματία».

Τέλος, το άρθρο περιλαμβάνει έναν αριθμό των πιο κύριων ψυχιατρικών συνδρόμων που ένας ψυχίατρος διασυνδεδετικής θα συναντήσει. Αυτά περιλαμβάνουν το οργανικό ψυχοσύνδρομο και την άνοια, τις αγχώδεις, συναισθηματικές και ψυχωσικές συνδρομές, τις διαταραχές προσωπικότητας, τις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας, τα ψυχολογικά προβλήματα που απορρέουν από ανίατες ασθένειες, τις νευροψυχιατρικές διαταραχές, τα ιατρικώς ανεξήγητα συμπτώματα, τις διαταραχές ύπνου, τα ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με απώλεια και προσαρμογή, συμπεριφορές που παρεμβάλλονται στην θεραπεία παθολογικών ή χειρουργικών ασθενειών και χρονίου πόνου.

Αυτή η ομοφωνία αναπτύχθηκε με σκοπό να επανεξετασθεί το 2015, αλλά κατά τα παρόντα δεδομένα δεν έχει αντικατασταθεί.

## Μοντέλα υπηρεσιών

Το 80% της νοσοκομειακής πληρότητας αφορά σε ασθενείς που έχουν παράλληλη σωματική και ψυχική ασθένεια (RCPsych, 2013). Στις χρόνιες παθήσεις, το 25-33% των ασθενών πάσχουν παράλληλα από ψυχική ασθένεια, το οποίο έχει επιπτώσεις στην συνολική θεραπεία και αποκατάστασή τους (Naylor et al, 2012). Μετά την ανάπτυξη του μοντέλου RAID (Γρήγορη Εκτίμηση, Διασύνδεση και Εξιτήριο) στο Birmingham το 2009 και της επακόλουθης αξιολόγησης των οικονομικών κερδών για κάθε νοσοκομείο που χρησιμοποιεί αυτό το μοντέλο, η ανάπτυξη των υπηρεσιών διασυνδεδετικής ψυχιατρικής σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο πήρε θετική τροχιά. Το 2013 το περιοδικό "The Psychiatrist" δημοσίευσε ένα άρθρο σχετικά με την επίπτωση και την εξοικονόμηση κόστους του μοντέλου RAID (Tadros et al, 2013). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η χρήση των υπηρεσιών RAID σε ένα νοσοκομείο 600 κρεβατιών μείωσε τον χρόνο παραμονής των ασθενών κατά 21-42 κρεβάτια την ημέρα. Επίσης, έδειξαν μείωση επανεισαγωγής των ασθενών, κατόπιν παρέμβασης της ομάδας RAID

σε 4 επανεισαγωγές για κάθε 10 ασθενείς έναντι 15 επανεισαγωγών πριν το RAID. Τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με την εκτίμηση μιας συνολικής εξοικονόμησης £1:£4 από την Σχολή Οικονομικών του Λονδίνου (Parsnape & Fossey, 2011,) το οποίο σήμαινε ότι για κάθε £1 που θα δινόταν στην υπηρεσία αυτή, το μοντέλο RAID θα έδινε πίσω στο νοσοκομείο £4 συνολικής εξοικονόμησης.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τέσσερα μοντέλα διασυνδεδετικής ψυχιατρικής φροντίδας έχουν προταθεί σχετικά με τα χαρακτηριστικά υπηρεσιών, βασισμένα στις τοπικές απαιτήσεις και τα διαθέσιμα κεφάλαια. Το 'Πυρηνικό' (Core) μοντέλο διασυνδεδετικής ψυχιατρικής είναι το πιο βασικό μοντέλο για τον σκοπό που η υποειδικότητα εξυπηρετεί και προτείνεται να χρησιμοποιηθεί στις περιοχές εκείνες όπου, αυτό που χρειάζεται είναι κυρίως ψυχιατρική φροντίδα και ένα μοντέλο 24/7 δεν θα ήταν αποδοτικό. Το 'Πυρηνικό 24' μοντέλο παρέχει υπηρεσίες σε μία περιοχή με μεγαλύτερες απαιτήσεις και πιθανόν ένα πιο απασχολημένο τμήμα επειγόντων και λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο όλη την εβδομάδα. Το 'Ενισχυμένο 24' μοντέλο διασυνδεδετικής ψυχιατρικής κάνει ένα επιπλέον βήμα, παρέχοντας κάποιες πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως για ασθενείς με προβλήματα με ουσίες και αλκοόλ και επίσης καλύπτει κενά σε άλλα κομμάτια ψυχικής υγείας ή περιλαμβάνει εξωτερικά ιατρεία. Τέλος, το 'Πλήρες' μοντέλο διασυνδεδετικής ψυχιατρικής καλύπτει παράλληλα επείγουσα και επιλεκτική φροντίδα, περιλαμβάνει εξειδικευμένες υπηρεσίες καθώς και άλλους τομείς όπως ψυχολογικές παρεμβάσεις και εργασιοθεραπεία. Μπορεί να περιλαμβάνει εξωτερικά ιατρεία και σε κάποιες περιπτώσεις διαθέτει και εξειδικευμένους θαλάμους διασυνδεδετικής ψυχιατρικής.

## Εκπαίδευση στο Ηνωμένο Βασίλειο

Η ύλη που περιλαμβάνεται στην εκπαίδευση της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής ορίζεται από το Βασιλικό Κολέγιο των Ψυχιάτρων και μια ανανεωμένη έκδοση του δημοσιεύθηκε το 2016 (RCPsych, 2016). Αυτό το έγγραφο ορίζει τους στόχους μάθησης που οι ειδικευόμενοι θα πρέπει να εκπληρώσουν και την γνώση που θα πρέπει να κατακτήσουν για να τους απονεμηθεί η υποειδικότητα της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής παράλληλα με το Πιστοποιητικό Εκπλήρωσης της Ειδικότητας της Ψυχιατρικής Ενηλίκων (CCT). Τα κείμενα που περιέχει πρέπει να μελετηθούν σε συνδυασμό με την κυρίως ύλη της ψυχιατρικής.

Ο δρόμος για την εξειδίκευση στην διασυνδεδετική ψυχιατρική στον Ηνωμένο Βασίλειο ξεκινάει με την Βασική Εκπαίδευση (Foundation Programme) για δύο χρόνια κατά τη διάρκεια των οποίων ο ειδικευόμενος ιατρός κατακτά τις βασικές του ικανότητες στην άσκηση της ιατρι-



κής. Ο ειδικευόμενος ιατρός εισάγεται σε αυτό το πρόγραμμα μετά την ολοκλήρωση των σπουδών της ιατρικής σχολής μέσα από ένα εθνικό σύστημα πρόσληψης και έχει το δικό του πρόγραμμα σπουδών. Μόλις αυτό ολοκληρωθεί, ο ειδικευόμενος ιατρός που έχει επιλέξει να ακολουθήσει την ειδικότητα της ψυχιατρικής θα υποβληθεί σε εθνικό σύστημα πρόσληψης και πάλι με σκοπό να εισαχθεί στην Βασική ψυχιατρική εκπαίδευση η οποία τυπικά διαρκεί τρία χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων ο ειδικευόμενος θα πρέπει και πάλι να επιδείξει συγκεκριμένες ικανότητες, να διέλθει μέσα από διαδικαδία της αξιολόγησης κάθε χρόνο και να επιτύχει στις επαγγελματικές εξετάσεις για να εξασφαλίσει την ιδιότητα του μέλους του Βασιλικού Κολλεγίου των Ψυχιάτρων. Όταν αυτό επιτευχθεί ο ειδικευόμενος ιατρός θα εισέλθει στο τελικό στάδιο της ειδικότητας, μέσω ενός εθνικού συστήματος πρόσληψης, την ανώτερη εκπαίδευση. Κατά τη διάρκεια αυτών των τελευταίων τριών ετών, θα πρέπει να επιλέξει μεταξύ της ψυχιατρικής ενηλίκων, υπερηλίκων (ψυχογηριατρική στην Ελλάδα), παιδών, μαθησιακών δυσκολιών, δικανικής ψυχιατρικής (ψυχιατροδικαστική στην Ελλάδα) και ιατρικής ψυχοθεραπείας.

Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική είναι μία εγκεκριμένη υποειδικότητα της Ψυχιατρικής Ενηλίκων και πιο πρόσφατα της Ψυχιατρικής Υπερηλίκων και απονέμεται μέσω «οπισθογράφησης» στην υποειδικότητα (άλλες είναι η Ψυχιατρική Αποκατάστασης και η Ψυχιατρική χρήσης ουσιών). Για να αναγνωριστεί η οπισθογράφηση στην διασυνδεδετική ψυχιατρική, ο ειδικευόμενος θα πρέπει να συμπληρώσει 12 μήνες πρακτικής σε αναγνωρισμένη θέση διασυνδεδετικής ψυχιατρικής κατά τη διάρκεια της ανώτερης εκπαίδευσής του και θα πρέπει να αποκτήσει τις ικανότητες που ορίζει το πρόγραμμα σπουδών. Περισσότερες πληροφορίες μπορεί κανείς να βρει στην ιστοσελίδα του Βασιλικού Κολλεγίου των Ψυχιάτρων ([www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)).

## Συζήτηση

Οι ψυχίατροι διασύνδεσης δεν χρειάζεται να αποδείξουν την αξία της ύπαρξής τους στο γενικό νοσοκομείο. Ο αριθμός των ασθενών που χρήζουν ψυχιατρικής βοήθειας ενώ πάσχουν από σωματική ασθένεια έχει καταγραφεί πολλές φορές στις περασμένες δεκαετίες και αυτή η άποψη υποστηρίζεται από την ίδια την ιατρική κοινότητα. Περισσότερη δουλειά απαιτείται για την ενημέρωση συναδέλφων επάνω στην αξία της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής και η μάχη για να αναγνωριστεί η ψυχιατρική ως μία ειδικότητα που είναι εξίσου σημαντική με όλες τις υπόλοιπες, δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμη. Η αξία της παρουσίας των ψυχιάτρων στο γενικό νοσοκομείο δεν περιορίζεται στην διάγνωση και αντιμετώπιση

της ψυχικής ασθένειας. Είναι πολύ σημαντικότερη η ευαισθητοποίηση των ασθενών και του προσωπικού, καθώς και το ανέβασμα του πήχους της ποιότητας και της ισότητας στην ψυχιατρική, που οι περισσότερες ψυχιατρικές κοινότητες θα συμφωνούσαν ότι δεν έχει ακόμη επιτευχθεί. Η διασυνδεδετική ψυχιατρική έχει να κάνει με την μάχη κατά του στίγματος της ψυχικής ασθένειας εκ των έσω, αναμειγνυόμενη με την 'αποδεκτή πλευρά' της ασθένειας, αγκαλιάζοντας τους επικριτές της ψυχιατρικής και, σιγά αλλά σταθερά, κάνοντας μικρά βήματα προς την μείωση του κενού στην κλίμακα αποδοχής της ψυχικής έναντι της σωματικής ασθένειας.

Η διδασκαλία και η κατάρτιση στο γενικό νοσοκομείο είναι απαραίτητο κομμάτι της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής πρακτικής. Αυτό δεν συμβαίνει μόνο λόγω της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων και την ευαισθητοποίηση αυτών, αλλά κυρίως λόγω του γεγονότος ότι η ειδικότητα αυτή μπορεί δυνητικά να βοηθήσει την ιατρική κοινότητα να εξομαλύνει την έννοια της ψυχιατρικής και της ψυχικής ασθένειας ως μέρους της ζωής, με τον ίδιο τρόπο που έχει εξομαλύνει άλλες ειδικότητες.

Το πεδίο της ψυχιατρικής έχει υποστεί μεγάλη κριτική για πολύ καιρό, περισσότερο από κάθε άλλη ειδικότητα. Αν αφήσουμε το στίγμα στην άκρη για μια στιγμή, η κατανόηση του εγκεφάλου και των λειτουργιών του, ο ορισμός του νου, η προσπάθεια της διαφοροποίησης της ψυχικής ασθένειας από την αίσθηση της ίδιας της ύπαρξης έχει υπάρξει πολύ δύσκολη. Η έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί πρόσφατα έχει βοηθήσει πολύ στο να δοθεί υπόσταση σε αφηρημένους όρους και υποθέσεις.

Έχοντας υπάρξει πιστοί οπαδοί της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής και με μεγάλο σεβασμό προς τον κόσμο της ψυχιατρικής και της προσφοράς της, νομίζουμε πως η διασυνδεδετική ψυχιατρική τοποθετεί την μοναδική μας ειδικότητα σε μία εξαιρετική θέση να αποδείξει την υψηλή θέση της ψυχιατρικής στην κλινική περίθαλψη, να ενσωματώσει όχι μόνο την ψυχική υγεία με την σωματική υγεία, αλλά επίσης και την παθολογία με την χειρουργική, την ιατρική με την νοσηλευτική, την κοινωνική φροντίδα και άλλες πτυχές περίθαλψης. Αυτό βασίζεται στην παρατήρηση ότι η κλινική περίθαλψη πάσχει από έλλειψη επικοινωνίας και υπομονής, καθώς και από έλλειψη απαρτίωσης που η ψυχιατρική έχει φέρει πίσω στο προσκήνιο και οι ασθενείς μπορούν πραγματικά να επωφεληθούν πολύ από όλα αυτά.

## Βιβλιογραφία

- Aitken P, Robens S, Emmens T. (2014). Developing models for liaison psychiatry services- Guidance, Strategic Clinical Network for Mental Health, Dementia and Neurological Conditions, South West.
- Bloch S, Green SA, Holmes J. (2014). *Psychiatry: Past Present and Prospect*, Oxford University Press, ISBN: 9780199638963.
- Camsari U, Babalioglu M. (2016). Editorial: Brief History of Consultation-Liaison Psychiatry, its current status and training in Modern Psychiatry, Turkish journal of psychiatry.
- Douzenis A, Lykouras L, Christodoulou GN. (2008). Consultation liaison psychiatry in Greece. *J Psychosom Res*;64:457-8.
- Engel GL. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196:129-136. ISSN 0036-8075 (print) / ISSN 1095-9203.
- Fava GA, Sonino N. (2010). Psychosomatic Medicine DISCLOSURES, *International Journal of Clinical Practice*, 64(10):1155-1161.
- Holmes J, Bloch S, Green S. (2014). *Psychiatry: Past, Present and Prospect*, Oxford University Press, ISBN: 9780199638963.  
[http://www.gmc-uk.org/education/approved\\_curricula\\_systems.asp](http://www.gmc-uk.org/education/approved_curricula_systems.asp). (2017).  
[http://www.gmc-uk.org/education/approved\\_curricula\\_systems.asp](http://www.gmc-uk.org/education/approved_curricula_systems.asp). (2017).  
<http://www.ouh.nhs.uk/psychologicalmedicine>. (2017).
- Hyphantis T, Mantas C, Mavreas V. (2009). The psychodynamically oriented Consultation-Liaison Psychiatry Unit, University of Ioannina, Greece. *Journal of Psychosomatic Research* 66, 95-97.
- Leentjens AF, Rundell J, Wolcott D, Guthrie E, Kathol R et al. (2011). *Journal of Psychosomatic Research*, 70 (5), 486-491.
- Leigh H, Streltzer J. Eds. (2007). *Handbook of Consultation Liaison Psychiatry*, XIV, 420p., 10 Illus., Hardcover, ISBN: 978-0-387-69253-1.
- Lipsitt DR. (2001). Consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine: the company they keep. *Psychosomatic Medicine*, 63:896-909.
- Lloyd GG. (1980). Whence and whither 'liaison' psychiatry?, *Psychological Medicine*, 10(1):11-4.
- Lykouras E, Gournellis R, Zervas I, Douzenis A, Politis A, et al. (2007). Interuniversity harmonization for the development of subspecialties of consultation-liaison: Psychiatry, old age psychiatry and forensic psychiatry. Consensus statement of the Hellenic College of Academic Psychiatry. *Arch Hellenic Med*;24:487-507.
- Lykouras L, Douzenis A. (2007). Consultation- Liaison Psychiatry in Greece, *Psychiatriki*, 18(2):110.
- Madianos MG, Madianou D, Stefanis CN. (1993). Help-seeking behavior for psychiatric disorder from physicians or psychiatrists in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 28:285-91.
- Madianos MG, Tsiantis G, Zacharakis C. (1999). Changing patterns of mental health in Greece (1994-1996). *Eur Psychiatry*, 14:462-7.
- Μουσσάς Γ, Παπαδοπούλου Α. (2012). Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Γενικού Νοσοκομείου και ασθενείς με καρκίνο. *Ψυχιατρική*, 23:199.
- Moussas G, Tournikioti K, Tselebis A, Rizos E, Bratis D et al. (2009). Suicide attempts in the General Hospital and warning signs. *Psychiatriki*, 20:153-161.
- Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M. et al. (2012). Long- term conditions and mental health: the cost of co-morbidities. London: The King's Fund and Centre for Mental Health.
- Parsonage M, Fossey M. (2011). Economic Evaluation of Liaison Psychiatry Service, Centre for Mental Health.
- Royal College of Psychiatrists. (2013). Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health. London: Royal College of Psychiatrists.
- Royal College of Psychiatrists. (2013). College Report 183; Liaison Psychiatry for Every Acute Hospital; Integrated Mental and Physical Health Care.
- Royal College of Psychiatrists. (2016). A specialty based curriculum for Specialist Training in Psychiatry.
- Schwab JJ. (1989). Consultation-Liaison Psychiatry: A Historical Overview, *Psychosomatics*, 30(3): 245-254.
- Strain JJ, Grossman S. (1975). Psychological care of the medically ill: A primer in liaison psychiatry, Appleton- Century-Crofts, New York.
- Tadros G, Salama R, Kingston P, Mustafa N, Johnson E et al. (2013). Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: The Birmingham RAID model. *The Psychiatrist*, 37:4-10.