

Συγκριτική Ανάλυση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στη Σουηδία και στην Ελλάδα

Ειρήνη Αλεξίου¹, Ευάγγελος Φραδέλος²

Psychiatric Care in Sweden and Greece

Abstract at the end of the article

¹Φοιτήτρια Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
²Αναπληρωτής Καθηγητής, Εργαστήριο
Κλινικής Νοσηλευτικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Υποβλήθηκε: 22/07/2023
Επανυποβλήθηκε: 25/04/2025
Εγκρίθηκε: 2/06/2025

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Ευάγγελος Φραδέλος
τηλ.: +30 2410684453
e-mail: evangelosfradelos@hotmail.com,
efradelos@uth.gr

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει μία συγκριτική ανάλυση της ψυχιατρικής περίθαλψης στη Σουηδία και στην Ελλάδα, εστιάζοντας στην ιστορική εξέλιξη, τις μεταρρυθμίσεις, τις κρίσεις που επηρέασαν την ανάπτυξη των υπηρεσιών, καθώς και στα περιθώρια περαιτέρω προόδου. Παρότι οι δύο χώρες έχουν παρόμοιο πληθυσμό, διαφέρουν σημαντικά ως προς την οργάνωση, τις πολιτικές ψυχικής υγείας και την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Στη Σουηδία, η μακροχρόνια θεσμική δέσμευση υπέρ της κοινοτικής ψυχιατρικής και της αποϊδρυματοποίησης έχει ενισχύσει την ποιότητα και την ισοτιμία στην παροχή φροντίδας. Αντίθετα, στην Ελλάδα, η πρόοδος ανακόπηκε επανειλημμένα από πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές κρίσεις, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση υλοποίησης μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων όπως το Ψυχαργός. Η μελέτη αναδεικνύει την ανάγκη στοχευμένης ενίσχυσης των κοινοτικών δομών, της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, και της πολιτικής βούλησης για βιώσιμες μεταρρυθμίσεις. Η αύξηση της ψυχικής νοσηρότητας μετά την πανδημία COVID-19 καθιστά επιτακτική τη χάραξη πολιτικών ψυχικής υγείας με έμφαση στην πρόληψη, την έγκαιρη παρέμβαση και την κοινωνική ένταξη.

Λέξεις-ευρητηρίου: Ψυχιατρική περίθαλψη, ψυχική υγεία, μεταρρυθμίσεις, Σουηδία, Ελλάδα, Ψυχαργός

Εισαγωγή

Περισσότεροι από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως ζουν με κάποια ψυχική διαταραχή, γεγονός που καθιστά την ψυχιατρική περίθαλψη θεμελιώδη συνιστώσα των συστημάτων υγείας. Ο όρος αναφέρεται στην εξειδικευμένη φροντίδα που παρέχεται σε άτομα με ψυχικές νόσους, οι οποίες συχνά συνυπάρχουν με άλλες σωματικές ή συναισθηματικές παθολογίες, είτε με τη μορφή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων είτε ως ανεπαίσθητες ψυχικές δυσλειτουργίες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης λαμβάνει τρεις κύριες μορφές: επείγουσα παρέμβαση, ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση. Ωστόσο, καθεμία από αυτές τις μορφές αντιμετωπίζει δομικά προβλήματα και προκλήσεις, τα οποία επιτάθηκαν δραματικά κατά την πανδημία COVID-19. Η παγκόσμια υγειονομική κρίση του SARS-CoV-2 λειτούργησε ως καταλύτης για την επιδείνωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, με αρκετούς ερευνητές να κάνουν λόγο για μία «δεύτερη πανδημία» σχετιζόμενη με την επιβάρυνση της ψυχικής ευημερίας και την ανάγκη επανασχεδιασμού των υπηρεσιών.¹

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2021), κάθε 40 δευτερόλεπτα σημειώνεται μία αυτοκτονία. Ήδη πριν από την πανδημία, η ψυχική υγεία αποτελούσε έναν από τους πλέον παραμελημένους τομείς της δημόσιας υγείας. Σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες, έως και το 75% των ατόμων με ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές δεν λαμβάνουν καμία μορφή θεραπείας. Το στίγμα, η κοινωνική περιθωριοποίηση και η οικονομική αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας συνιστούν τα βασικά εμπόδια, ενώ η δημόσια δαπάνη για την ψυχική υγεία σπάνια ξεπερνά το 2% των συνολικών προϋπολογισμών υγείας.²

Ιδιαίτερη έμφαση αξίζει να δοθεί στον τομέα της επείγουσας ψυχιατρικής φροντίδας. Τα τελευταία είκοσι χρόνια, καταγράφεται σημαντική αύξηση των περιστατικών αυτοτραυματισμού σε εφήβους και νέους ενήλικες που προσέρχονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Παρά την αυξημένη ζήτηση, η ψυχιατρική αντιμετώπιση παραμένει ανεπαρκής, με τα περισσότερα περιστατικά να τυποποιούνται ως πολυτραυματικά, χωρίς την ενδεδειγμένη ψυχιατρική αξιολόγηση. Συνεντεύξεις με νοσηλευτές των ΤΕΠ αναδεικνύουν την έλλειψη εξειδίκευσης και την ανάγκη θεσμοθετημένης συνεργασίας με μονάδες ψυχικής υγείας, καθώς και την ανάγκη ανάπτυξης εξειδικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.³

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, που παρέχεται κυρίως από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία – θεσμικούς διαδό-

χους των ασύλων – αντιμετωπίζει τις δικές της προκλήσεις. Οι περιορισμένοι πόροι, οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και η αυξημένη ζήτηση έχουν οδηγήσει σε ιδιαίτερα βραχείες νοσηλείες. Αν και στόχος είναι η σταθεροποίηση της κατάστασης των ασθενών, το χρονικό πλαίσιο παραμονής δεν επαρκεί για πλήρη αποκατάσταση ή ενίσχυση της αυτοφροντίδας. Η επιστημονική κοινότητα διχάζεται ως προς την αποτελεσματικότητα των σύντομων ή μακρών νοσηλείων, με αρκετές μελέτες να τονίζουν την αξία της μακροχρόνιας παρακολούθησης και της κοινοτικής επανένταξης.⁴

Επιπλέον, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συχνά αγνοούν την ψυχική διάσταση της ασθένειας. Οι γενικοί και οικογενειακοί ιατροί καλούνται να καλύψουν ένα κενό στην αναγνώριση και διαχείριση ψυχικών διαταραχών, ενώ τα εξωτερικά ιατρεία επικεντρώνονται κυρίως στη σωματική συμπτωματολογία. Η μη έγκαιρη αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φάση και η ανεπαρκής υποστήριξη σε δευτεροβάθμιο επίπεδο καταλήγουν στη μακροχρόνια επιβάρυνση των ασθενών, την αποδιοργάνωση της καθημερινής ζωής τους και τη χαμηλή ποιότητα ζωής.⁵

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας συγκριτικής ανάλυσης είναι η διερεύνηση της εξέλιξης των Συστημάτων Ψυχικής Υγείας στη Σουηδία και στην Ελλάδα, καθώς και η αποτίμηση του τρόπου με τον οποίο οι ιστορικές και θεσμικές μεταβολές έχουν επηρεάσει την παρεχόμενη ψυχιατρική περίθαλψη στις δύο χώρες. Η μελέτη επιχειρεί να φωτίσει κρίσιμες πτυχές της πολιτικής υγείας, της κοινωνικής αποδοχής των ψυχικών διαταραχών, και της οργανωτικής ικανότητας κάθε συστήματος. Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που εξετάζονται είναι τα εξής:

Ποια είναι τα χρονικά και εννοιολογικά θεμέλια της σύγχρονης ψυχιατρικής περίθαλψης σε κάθε χώρα;

Ποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες έχουν υλοποιηθεί, ποια είναι τα βασικά χαρακτηριστικά τους και ποιο το αποτύπωμά τους στην πρακτική ψυχιατρική φροντίδα;

Ποιοι παράγοντες – ιστορικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί ή πολιτικοί – ανέστειλαν ή επιβράδυναν την εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας;

Ποια είναι τα περιθώρια περαιτέρω ανάπτυξης και ποια στρατηγική κατεύθυνση προτείνεται βάσει της συγκριτικής αξιολόγησης των δύο συστημάτων;

Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα εργασία αποτελεί συγκριτική βιβλιογραφική

κή μελέτη, η οποία εστιάζει στην αναλυτική αποτύπωση και αντιπαραβολή των συστημάτων ψυχιατρικής περίθαλψης στη Σουηδία και στην Ελλάδα. Ακολουθήθηκε η προσέγγιση της συγκριτικής ανάλυσης, με στόχο την επιστημονικά τεκμηριωμένη διερεύνηση ιστορικών, θεσμικών, πολιτικών και κοινωνικών παραμέτρων που έχουν διαμορφώσει την ψυχιατρική φροντίδα σε κάθε χώρα. Η συγκριτική μεθοδολογία αξιοποιήθηκε για την ανάδειξη ομοιοτήτων και διαφορών στους άξονες: (α) ιστορικά θεμέλια, (β) βασικές μεταρρυθμίσεις και πολιτικές, (γ) επιπτώσεις κοινωνικών και οικονομικών κρίσεων, και (δ) προοπτικές εξέλιξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η αναζήτηση των πηγών πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων Scopus, PubMed και Google Scholar, χωρίς χρονικούς περιορισμούς, ώστε να καταγραφούν δεδομένα μεγάλης χρονικής εμβέλειας. Κριτήρια επιλογής αποτέλεσαν: (1) η αναφορά σε ιστορική ή σύγχρονη ψυχιατρική περίθαλψη στη Σουηδία ή/και στην Ελλάδα, και (2) η παρουσία στοιχείων για πολιτικές υγείας και μεταρρυθμίσεις σε κάθε εθνικό σύστημα. Οι όροι αναζήτησης περιλάμβαναν τις λέξεις-κλειδιά: «ψυχιατρική περίθαλψη Σουηδία», «σύστημα ψυχικής υγείας Σουηδία», «COVID-19 ψυχική υγεία Σουηδία», καθώς και τις αντίστοιχες για την Ελλάδα. Από την αναζήτηση επιλέχθηκαν 34 επιστημονικές πηγές, οι οποίες αξιολογήθηκαν ως κατάλληλες με βάση τη συνάφεια, την αξιοπιστία και τη μεθοδολογική τους πληρότητα. Τα δεδομένα κατηγοριοποιήθηκαν θεματικά και συγκρίθηκαν συστηματικά, με στόχο την παραγωγή τεκμηριωμένων συμπερασμάτων για τις εξελικτικές τροχιές και τα διαρθρωτικά χαρακτηριστικά των δύο συστημάτων ψυχιατρικής περίθαλψης.

Σουηδικός χώρος

Με συνολικό πληθυσμό που ανέρχεται σε περίπου 10,35 εκατομμύρια κατοίκους, η Σουηδία (Βασίλειο της Σουηδίας) αποτελεί μία από τις πιο ανεπτυγμένες κοινωνικά και οικονομικά χώρες της Ευρώπης. Διαθέτει σοσιαλδημοκρατική μορφή διακυβέρνησης και χαρακτηρίζεται από αραιή πληθυσμιακή πυκνότητα, που δεν υπερβαίνει τους 20 κατοίκους ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο, καθιστώντας την ως την πέμπτη μεγαλύτερη σε έκταση ευρωπαϊκή χώρα. Ιστορικά, μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές στη Σουηδία θεωρούνταν «δαιμονισμένοι» και περιορίζονταν σε άσυλα χωρίς οργανωμένη φροντίδα. Ωστόσο, στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα σημειώθηκε σημαντική αλλαγή στην προσέγγιση της ψυχικής νόσου, με την υιοθέτηση επιστημονικών αντιλήψεων και την ίδρυση των

πρώτων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Παρά το πλήγμα που υπέστησαν οι δομές ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης της δεκαετίας του 1990, η οποία διήρκεσε τέσσερα έτη, η Σουηδία διατήρησε τον χαρακτήρα της ως κράτος πρόνοιας με προτεραιότητα την ενσωμάτωση ευάλωτων και ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων. Μετά την κρίση, η χώρα προχώρησε σε εκτεταμένη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχική υγεία, θεσπίζοντας νομοθεσία που διασφαλίζει την ίση μεταχείριση των ατόμων με ψυχική ή νοητική αναπηρία, ισότιμα με εκείνα που φέρουν σωματική αναπηρία.⁶

Ελληνικός χώρος

Σε αντίθεση με τη Σουηδία, η Ελλάδα – αν και μικρότερη σε έκταση – διαθέτει ελαφρώς μεγαλύτερο πληθυσμό, ο οποίος ανέρχεται περίπου σε 10,7 εκατομμύρια κατοίκους. Η πραγματικότητα που παρουσιάζει η χώρα στον τομέα της ψυχικής υγείας διαφοροποιείται σημαντικά, κυρίως λόγω των εκτεταμένων κοινωνικοοικονομικών κρίσεων της τελευταίας δεκαετίας. Η οικονομική κρίση που έπληξε τη χώρα από το 2009 έως και το 2018 προκάλεσε σοβαρή υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου, ενώ ανέστειλε ή ακύρωσε σχεδόν κάθε προγραμματισμένη μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία στον τομέα της υγείας. Κατά την έξοδο της χώρας από την οικονομική ύφεση, η πανδημία COVID-19 έφερε στο προσκήνιο νέα, παράλληλα προβλήματα, μεταξύ των οποίων και η εκτεταμένη επιβάρυνση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Τα παρατεταμένα περιοριστικά μέτρα και η πολιτική δημόσιας υγείας συνέβαλαν στην όξυνση του φαινομένου. Παρά τις δυσκολίες, το ελληνικό σύστημα υγείας παραμένει δημόσιο και χωρίς άμεση οικονομική επιβάρυνση των πολιτών. Ωστόσο, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξακολουθεί να παρουσιάζει ελλείψεις, ιδιαίτερα στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, όπου η ψυχιατρική υποστήριξη κρίνεται αποσπασματική και μη επαρκής. Επιπρόσθετα, στις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η ανάπτυξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα, συγκαταλέγεται και η χρόνια οργανωτική δυσλειτουργία του δημόσιου τομέα, ένα φαινόμενο που παρατηρείται οριζόντια σε πολλούς κρίσιμους τομείς κρατικής λειτουργίας.⁷

Ιστορική Εξέλιξη της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στη Σουηδία και στην Ελλάδα

Στον σουηδικό χώρο, αν και κατοικούνταν από τους κλασικούς χρόνους, δεν υπάρχουν πολλές μαρτυρίες για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Οι πρώτες κατα-

γεγραμμένες αναφορές σχετικά με την ψυχική υγεία ή τη νοσηρότητα αυτής εντοπίζονται τον 8ο αιώνα μ.Χ. Κατά την εποχή των Βίκινγκ, η διαταραγμένη συμπεριφορά ενός ατόμου θεωρούνταν αποτέλεσμα θεϊκής τιμωρίας. Σύμφωνα με τη σκανδιναβική μυθολογία, η μοίρα του ψυχικά ασθενή ήταν προκαθορισμένη από τους θεούς – κυρίως τον Όντιν, αρχηγό του πανθέου, που όριζε τις τύχες των ανθρώπων. Με την επικράτηση του χριστιανισμού κατά τον μεσαίωνα, η ερμηνεία της ψυχικής διαταραχής μετατοπίστηκε: πλέον νοούνταν ως έργο του διαβόλου. Οι πάσχοντες θεωρούνταν δαιμονισμένοι, εκδιώκονταν και υποβάλλονταν σε «θεραπευτικές» μεθόδους εξορκισμού. Το στίγμα του «καταραμένου τρελού» επικράτησε για αιώνες, συμβάλλοντας στην περιθωριοποίηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και στην επιδείνωση της υγείας τους. Συχνά, η μη παροχή κατάλληλης φροντίδας οδηγούσε σε ψυχωτικά επεισόδια με βίαιες συμπεριφορές – όπως επιθέσεις, καταστροφές ή εγκληματικές ενέργειες. Η πρώτη νομικά δεσμευτική αναγνώριση της ψυχικής ασθένειας στη Σουηδία εντοπίζεται στον νόμο Västgötalagen του 1281, ο οποίος πρόβλεπε την ύπαρξη ενός «φύλακα» για κάθε ψυχικά ασθενή, ο οποίος αναλάμβανε την ευθύνη των πράξεων του ενώπιον της δικαιοσύνης. Ο νόμος Urplandslagen του 1296 διευκρίνιζε ότι: i) τα άτομα με ψυχική διαταραχή δεν έφεραν νομική ευθύνη για τις πράξεις τους, ii) η ευθύνη μεταφερόταν στους συγγενείς τους, και iii) απαγορευόταν η στέρηση της ελευθερίας τους. Το 1299 ιδρύθηκε το πρώτο άσυλο-νοσοκομείο για ψυχικά ασθενείς στην Ουψάλα, με την ονομασία «Σπίτι του Αγίου Πνεύματος».⁸

Αντίθετα, στην Ελλάδα, τα θεμέλια της σκέψης γύρω από την ψυχική υγεία τοποθετούνται πολύ νωρίτερα, ήδη από τον 5ο αιώνα π.Χ., τόσο στο πλαίσιο της ιατρικής επιστήμης όσο και των ανθρωπιστικών επιστημών. Η έννοια του «νου» (λόγου, ψυχής) αποτέλεσε αντικείμενο διερεύνησης από φιλοσόφους όπως ο Σωκράτης, ο Πλάτων και ο Αριστοτέλης. Οι διδασκαλίες τους γύρω από την έννοια του «γνώθι σαυτόν» (= γνώρισε τον εαυτό σου) αποτέλεσαν πρόγονο της σύγχρονης ψυχοθεραπείας, και χρησιμοποιούνταν για την ανακούφιση από συναισθηματικές εντάσεις. Ο Πλάτων, στους Νόμους του, αναφέρθηκε για πρώτη φορά στη νομική διαχείριση των εγκληματικών πράξεων ενός ψυχικά πάσχοντος ατόμου. Σύμφωνα με αυτόν, η ψυχική νόσος δεν απαλλάσσει απόλυτα από την ευθύνη· ο ασθενής μπορούσε είτε να φυλακιστεί, είτε να του επιβληθεί απαγόρευση επαφής με την κοινότητα. Η φροντίδα συνήθως αναλάμβανε η οικογένεια, με τη νομοθεσία να προβλέπει

τιμωρία σε περιπτώσεις παραμέλησης.^{9,10} Η θεολογική προσέγγιση αντιμετώπιζε την ψυχική νόσο με τελετουργίες και προσφυγή στη θεϊκή παρέμβαση, ενώ η ιατρική προσέγγιση βασιζόταν σε πρακτικές θεραπείας. Το έργο του Ιπποκράτη και των διαδόχων του θεωρείται η βάση της σύγχρονης ψυχιατρικής, και εφαρμόστηκε σε ήρεμα περιβάλλοντα όπως τα Ασκληπεία – θεραπευτικά κέντρα που λειτούργησαν και κατά τη ρωμαϊκή περίοδο.^{11,12} Μια από τις πρώιμες μορφές φροντίδας ψυχικά ασθενών ήταν το πτωχοκομείο του Μεγάλου Βασιλείου τον 4ο αιώνα μ.Χ., το οποίο παρείχε και ψυχιατρική περίθαλψη. Κατά τους πρώτους αιώνες του Βυζαντίου, παρά τη θρησκευτική κυριαρχία του χριστιανισμού, η ψυχική ασθένεια διαφοροποιούνταν από τον δαιμονισμό. Σε αυτή την περίοδο θεσπίστηκε και ο πρώτος νόμος για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, με τη θεσμοθέτηση του "Κουράτορος". Ωστόσο, από τον 6ο αιώνα μ.Χ. και μετά, η θεολογική θεώρηση πως η ψυχική νόσος ήταν έργο του διαβόλου επανήλθε δυναμικά, ακυρώνοντας σε μεγάλο βαθμό την προηγούμενη πρόοδο.^{13,14} Μέχρι και τον 19ο αιώνα, δεν υπήρχαν ειδικά κέντρα παροχής ψυχιατρικής φροντίδας· η περίθαλψη περιοριζόταν σε χώρους κράτησης. Το πρώτο ψυχιατρικό ίδρυμα της σύγχρονης Ελλάδας ιδρύθηκε το 1838, στην Κέρκυρα.⁹

Μεταρρυθμίσεις της ψυχιατρικής περίθαλψης στα δύο κράτη

Λίγο πριν την Αναγέννηση, στη Σουηδία καταγράφονται σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας. Κατά τον 13ο αιώνα θεσπίζεται ο πρώτος νόμος υπεράσπισης των ψυχικά νοσούντων, με τον οποίο αναγνωρίζεται ότι τα άτομα αυτά δεν φέρουν νομική ευθύνη για τις πράξεις τους και δεν επιτρέπεται να τιμωρούνται.⁸ Σύντομα, εμφανίζονται τα «Σπίτια του Αγίου Πνεύματος», πτωχοκομεία που προσέφεραν βασική φροντίδα, αποτελώντας τις πρώτες δομές παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα. Τον 16ο αιώνα δημοσιεύεται το πρώτο βιβλίο που καταγράφει και αναλύει ψυχικές διαταραχές, προάγοντας τη δημόσια ενημέρωση για τις ψυχικές νόσους. Εκείνη την εποχή, λειτουργούν περισσότερα από 13 άσυλα για ασθενείς με ψυχικά προβλήματα, ενώ τίθεται ως στόχος ο διαχωρισμός τους από τους υπόλοιπους τρόφιμους. Η προσπάθεια αυτή οδηγεί στην ίδρυση των πρώτων φρενοκομείων – ξύλινων αποθηκών προσκολλημένων στα άσυλα – τα οποία όμως δεν πληρούσαν στοιχειώδεις συνθήκες διαβίωσης. Στα μέσα του 18ου αιώνα, το ένα τρίτο των τροφίμων των ασύλων αποτελούνταν από ψυχικά ασθενείς. Όταν ο

χώρος στις αποθήκες εξαντλήθηκε, πολλοί από αυτούς επανεντάχθηκαν στις μικτές μονάδες ή τοποθετήθηκαν σε απομονωμένες υπόγειες εγκαταστάσεις τύπου μπουντρομιού. Η κατάσταση αυτή παρέμεινε μέχρι τον 19ο αιώνα, όταν ιδρύθηκε το πρώτο εξειδικευμένο ψυχιατρικό νοσοκομείο, που αποτέλεσε ορόσημο στην εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα.⁸

Ο 20ός αιώνας χαρακτηρίζεται από διαδοχικές μεταρρυθμίσεις με επίκεντρο την αποϊδρυματοποίηση και την ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας. Το 1982 αναγνωρίζεται νομοθετικά η ανεπάρκεια των υφιστάμενων δομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, με αποτέλεσμα να μεταβιβαστεί η ευθύνη ψυχικής φροντίδας στους δήμους. Το 1995 πραγματοποιείται πλήρης ανασχεδιασμός του Συστήματος Ψυχικής Υγείας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρονίως πασχόντων μέσω της κατάργησης των μεγάλων ιδρυμάτων και της δημιουργίας μικρότερων κοινοτικών μονάδων. Οι νέοι θεσμοί «κοινοτικής φροντίδας» και «κοινοτικής ψυχιατρικής» αποσκοπούν στη διασφάλιση λιγότερο περιοριστικών μορφών περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά, καταγράφηκαν δομικά κενά, καθώς οι κοινοτικές μονάδες δεν μπόρεσαν να καλύψουν τον συνολικό όγκο των ασθενών, ενώ δεν δημιουργήθηκε ποτέ εθνικό μητρώο εξωτερικών ασθενών.¹⁵ Το 2008, με βάση στοιχεία για την αύξηση των οικειοθελών εισαγωγών, ενισχύθηκε περαιτέρω το ανοικτό σύστημα ψυχικής υγείας.¹⁶ Οι μεταρρυθμίσεις της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα επικεντρώθηκαν στην προστασία των νέων και των βαριά πασχόντων. Το 2015 θεσπίζεται νέο Εθνικό Σύστημα Ψυχικής Υγείας και Πρόνοιας, με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, την ενίσχυση της πρόληψης και τη συνολική φροντίδα μέσω του Προγράμματος Συνολικής Δράσης (ΠΣΔ).¹⁷

Στην Ελλάδα, οι πρώτες εξελίξεις εντοπίζονται στα πρώιμα χρόνια του Βυζαντίου, όταν για πρώτη φορά η ψυχική ασθένεια διαχωρίζεται σαφώς από τον δαιμονισμό και θεωρείται σοβαρότερη της σωματικής. Ο Μέγας Βασίλειος ιδρύει το πρώτο πτωχοκομείο με δυνατότητα παροχής ψυχιατρικής φροντίδας, ενώ η απομόνωση των ασθενών εφαρμόζεται μόνο σε ακραίες περιπτώσεις. Καινοτόμο στοιχείο αποτελεί η θέσπιση νόμων για την προστασία των ψυχικά ασθενών, όπως ο ορισμός επιτρόπων, ο προγαμιαίος έλεγχος και η υποχρεωτική φροντίδα από περιοδεύοντες ιατρούς. Ωστόσο, οι ρυθμίσεις αυτές αποτέλεσαν πρόδρομο της ιδρυματικής φροντίδας που επικράτησε τους επόμενους αιώνες. Στον ύστερο Μεσαίωνα, αν και ιδρύονται πολλοί φιλανθρωπικοί θεσμοί, οι ψυχικά ασθενείς φιλοξενούνται κυρίως σε ξε-

ώνες ή πτωχοκομεία και όχι σε νοσοκομεία, με έμφαση στην κατ' οίκον φροντίδα. Σταδιακά, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση αντικαθίσταται από την ιατροβιολογική, με τη Βυζαντινή Ιατρική να αποδίδει τις ψυχικές νόσους σε εγκεφαλικές δυσλειτουργίες.¹³ Παρά τη στήριξη της Εκκλησίας, αναδύονται εκ νέου αντιλήψεις περί δαιμονισμού, με αποκορύφωμα τον 6ο αιώνα όπου εξαλείφεται κάθε διάκριση μεταξύ μαγείας και ψυχικής νόσου.¹⁴

Η σημαντικότερη τομή έρχεται το 1838 με την ίδρυση του πρώτου ψυχιατρικού ασύλου. Ακολουθεί το Δρομοκαΐτειο, ένα σύγχρονο ίδρυμα που συγκρίνεται ευνοϊκά με αντίστοιχα ευρωπαϊκά. Η ψήφιση του Νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας το 1983 και η ίδρυση Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας το 1999 σηματοδοτούν μια νέα μεταρρυθμιστική εποχή.^{10,18} Η ουσιαστικότερη πρόοδος, ωστόσο, σημειώνεται με την ευρωπαϊκή χρηματοδότηση και το δεκαετές Εθνικό Σχέδιο Ψυχικής Υγείας «Ψυχαργός», που περιλαμβάνει αποϊδρυματοποίηση, ανέγερση νοσοκομειακών και κοινοτικών δομών, και προώθηση της πρόληψης και της ψυχικής υγείας. Το πρώτο σκέλος του προγράμματος (1997–2001) επιτυγχάνει την τομεοποίηση της χώρας, ενώ το δεύτερο (2002–2012) καταγράφει ως ορόσημο το κλείσιμο έξι δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων.¹⁹ Αν και αρκετές από τις προβλεπόμενες ενέργειες του δεύτερου σκέλους έχουν υλοποιηθεί (όπως η δημιουργία κοινοτικών δομών, οικιακών θεραπευτικών κέντρων και ειδικών πτερύγων για παιδιά και εφήβους), άλλες παραμένουν ακόμη ανεκπλήρωτες, παρά την παρέλευση της δεκαετίας.²⁰

Κρίσεις, Στίγμα και Θεσμικά Εμπόδια: Οι Ανασταλτικοί Παράγοντες στην Εξέλιξη της Ψυχιατρικής Περίθαλψης σε Σουηδία και Ελλάδα

Η επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας καταδεικνύει ότι η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό, αλλά και η πρόοδος της ψυχιατρικής περίθαλψης, επηρεάζονται άμεσα από τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές κρίσεις που πλήττουν ένα κράτος. Στη Σουηδία, κατά τους μεσαιωνικούς χρόνους, τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές παραβιάζονται συστηματικά, στο πλαίσιο κυρίαρχων χριστιανικών αντιλήψεων που συνδέαν την ψυχική νόσο με τον δαιμονισμό. Η θεώρηση των ψυχικά ασθενών ως "καταραμένων" στέρησε ακόμη και στοιχειώδεις παροχές φροντίδας, τόσο για τις ψυχικές όσο και για τις σωματικές εκδηλώσεις της νόσου, αναστέλλοντας κάθε δυνατότητα προόδου στον τομέα αυτό.

Στα τέλη του 16ου αιώνα, παρά τις επιρροές της Αναγέννησης και τις πρώτες απόπειρες οργάνωσης ασύλων για άτομα με ψυχικές διαταραχές, η Σουηδία υφίσταται μια βαθιά κοινωνικοοικονομική κρίση, λόγω επαναλαμβανόμενων επιδημιών και αποτυχημένων καλλιεργειών. Η συνακόλουθη αύξηση των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό επιβάρυνε σημαντικά τα νοσοκομεία της χώρας. Στο πλαίσιο περικοπής των δημόσιων δαπανών, πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα έκλεισαν, ενώ όσα παρέμειναν σε λειτουργία χαρακτηρίζονταν από υπερπληρότητα. Εκτιμάται ότι περίπου το ένα τρίτο των νοσηλευόμενων ασθενών την περίοδο εκείνη έπασχαν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Η έλλειψη χώρων οδήγησε στην απομάκρυνση των βαρέως πασχόντων, οι οποίοι συχνά μεταφέρονταν σε υπόγεια, ανεπαρκώς εξοπλισμένα καταλύματα με απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης. Η έλλειψη επαρκούς αριθμού εκπαιδευμένων ψυχιάτρων επιδείνωσε περαιτέρω την ήδη προβληματική κατάσταση.⁸

Κατά τη δεκαετία του 1990, η Σουηδία αντιμετώπισε νέα περίοδο ύφεσης, διάρκειας τεσσάρων ετών, που επηρέασε καθοριστικά τη λειτουργία του Συστήματος Ψυχικής Υγείας. Παρόλο που οι μεταρρυθμίσεις του 20ού αιώνα είχαν εισαγάγει καινοτόμες πρακτικές και προώθησαν την αποϊδρυματοποίηση, η οικονομική κρίση υπονόμεισε την αποτελεσματική εφαρμογή τους, λόγω περικοπών στον προϋπολογισμό, ελλείψεων σε υποδομές και μείωσης της διαθεσιμότητας νοσοκομειακών κλινών.⁹ Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε έναν επιπρόσθετο στρεσογόνο παράγοντα για το Σουηδικό Σύστημα Ψυχικής Υγείας· παρά τα σχετικά ήπια περιοριστικά μέτρα, καταγράφηκε σημαντική αύξηση της ψυχικής νοσηρότητας στον γενικό πληθυσμό.²¹

Αντίστοιχα, στην Ελλάδα, η πορεία της ψυχιατρικής φροντίδας, όπως αναπτύχθηκε στην αρχαιότητα, υπέστη ουσιαστική παλινδρόμηση με την είσοδο στον Μεσαίωνα. Η επικράτηση της αντίληψης ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε δαιμονικές δυνάμεις οδήγησε στη δαιμονοποίηση και στον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών, αναστέλλοντας κάθε πρόοδο. Κατά την περίοδο της Οθωμανικής κυριαρχίας, δεν καταγράφονται ουσιαστικές εξελίξεις στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης. Αντιθέτως, η ψυχική νόσος συνοδευόταν από έντονο κοινωνικό στίγμα και η φροντίδα παρέχόταν, κυρίως, σε κρατητήρια και όχι σε θεραπευτικά ιδρύματα, με συνέπεια την περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης των ασθενών.¹⁴

Παρά την ίδρυση ψυχιατρικών νοσοκομείων μετά το 1838, η περίθαλψη μέχρι και τον 20ό αιώνα χαρακτη-

ριζόταν από το μοντέλο του ασύλου, με ελάχιστο εξειδικευμένο προσωπικό και αναλογικά υψηλό αριθμό φρουρών. Οι συνθήκες διαβίωσης στα περισσότερα ιδρύματα ήταν εξαιρετικά υποβαθμισμένες. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, τα υφιστάμενα δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα ψυχιατρικής περίθαλψης εμφάνιζαν έντονη υπερπληρότητα.¹⁰ Το εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργός», μολονότι θεμελίωσε τη βάση για τις μεταρρυθμίσεις, κρίθηκε τελικά ανεπαρκές και αποσπασματικό. Επιπλέον, η επικράτηση αντιϊατρικών θεωρήσεων, όπως η αποχή από τη φαρμακευτική αγωγή, είχε καταστροφικά αποτελέσματα στην πράξη.²⁰

Η οικονομική κρίση του 2008 αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα οπισθοδρόμησης: σε συνδυασμό με την αύξηση των μεταναστευτικών ροών, επέφερε σοβαρούς περιορισμούς στην περαιτέρω εφαρμογή των μεταρρυθμιστικών σχεδίων. Η ψυχική νοσηρότητα αυξήθηκε, ενώ το κράτος αποδείχθηκε ανεπαρκές στη διαχείριση της κατάστασης, λόγω των περικοπών στη δημόσια υγεία και της γενικευμένης κοινωνικής αποδιοργάνωσης.^{22,23} Η κρίση διήρκεσε σχεδόν μία δεκαετία, ενώ αμέσως μετά η χώρα βρέθηκε αντιμέτωπη με την πανδημία COVID-19. Παρότι εφαρμόστηκαν αυστηρά περιοριστικά μέτρα, δεν υπήρξε επαρκής προετοιμασία για την αντιμετώπιση της αναμενόμενης αύξησης της ψυχικής νοσηρότητας.

Προοπτικές Ανάπτυξης και Αντιμετώπιση της Ψυχικής Νοσηρότητας στον 21ο Αιώνα: Συγκριτική Προσέγγιση Σουηδίας και Ελλάδας

Στο πλαίσιο της συνεχούς επιδίωξης για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η Σουηδία δεν περιορίστηκε στην εφαρμογή του Περιφερειακού Σχεδίου Δράσης και στη θεμελίωση ενός νέου, ολιστικού Συστήματος Ψυχικής Υγείας και Πρόνοιας. Στα τέλη του 2018, εγκαινιάστηκε μια δεκαετής εθνική μελέτη με προσανατολισμό τη δημόσια υγεία, η οποία αναμένεται να ολοκληρωθεί το 2028 και να αποτελέσει το θεμέλιο για τον επανασχεδιασμό της εθνικής πολιτικής ψυχικής υγείας.²⁵ Παράλληλα, αναπτύσσονται νέες παρεμβάσεις και επιστημονικές πρωτοβουλίες, όπως η ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στη διαχείριση ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που επηρεάζουν την ποιότητα και προσδόκιμο ζωής.²⁶

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε νέες προκλήσεις για το σουηδικό σύστημα. Αν και η πολιτική της χώρας απέφυγε την επιβολή αυστηρών περιορισμών στην ελεύθερη κυκλοφορία, επιχειρώντας να προλάβει τα αισθήματα κοινωνικής απομόνωσης, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη

αύξηση της ψυχικής νοσηρότητας. Σχετικές έρευνες κατέδειξαν ότι η οικονομική ανασφάλεια και οι συνέπειες της πανδημίας ενίσχυσαν την ψυχοκοινωνική επιβάρυνση του πληθυσμού, σηματοδοτώντας την ανάγκη για ενίσχυση των πολιτικών κοινωνικής στήριξης.^{27,29}

Στην Ελλάδα, παρά την παρατεταμένη κοινωνικοοικονομική κρίση, τις επιπτώσεις της δεκαετούς λιτότητας και τα αυστηρά περιοριστικά μέτρα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, εντοπίζονται τα πρώτα ενθαρρυντικά δείγματα προόδου. Με την άρση της δημοσιονομικής κρίσης, οι προβλέψεις του εθνικού προγράμματος «Ψυχαργός» επανήλθαν στο προσκήνιο, δίνοντας νέα ώθηση στις μεταρρυθμιστικές διαδικασίες.³⁰ Επιπλέον, η πανδημία λειτούργησε ως καταλύτης για την επιστημονική κοινότητα, η οποία ενίσχυσε την ερευνητική της δραστηριότητα με στόχο την κατανόηση και αντιμετώπιση των συνεπειών της ψυχικής επιβάρυνσης του πληθυσμού.^{22,23}

Ειδικότερα, η αυξανόμενη ψυχική νοσηρότητα οδήγησε στην ενδυνάμωση δράσεων πρόληψης και ενημέρωσης για την ψυχική υγεία, αναδεικνύοντας τη σημασία της προαγωγής της ψυχικής ανθεκτικότητας σε επίπεδο κοινότητας. Παράλληλα, ο περιορισμός των πολιτών στο πλαίσιο της πανδημίας κατέδειξε τις ψυχολογικές επιπτώσεις του εγκλεισμού, οδηγώντας στην ανάγκη επανεξέτασης των μηχανισμών περιορισμού στις ψυχιατρικές μονάδες. Οι εξελίξεις αυτές φαίνεται πως προοιωνίζουν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο παροχής της ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα.^{31,34}

Συμπεράσματα

Η συγκριτική ανάλυση των συστημάτων ψυχικής υγείας της Σουηδίας και της Ελλάδας ανέδειξε ουσιώδεις διαφοροποιήσεις τόσο ως προς την ιστορική τους εξέλιξη όσο και ως προς τη σύγχρονη δομή και λειτουργία της ψυχιατρικής περίθαλψης. Η Σουηδία εμφανίζει ένα συνεκτικό, αποκεντρωμένο σύστημα που ενσωματώνει την ψυχική υγεία στο ευρύτερο πλαίσιο κοινωνικής πρόνοιας, εστιάζοντας στην προληπτική προσέγγιση και στην ισότητα πρόσβασης. Αντίθετα, στην Ελλάδα η πορεία υπήρξε κατακερματισμένη, με συχνές διακοπές εξαιτίας πολιτικών και οικονομικών κρίσεων, γεγονός που εμπόδισε την εδραίωση συνεκτικών και ολιστικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Παρά τις αντίξοες συνθήκες, η ελληνική πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι με εφευρετικότητα και προσαρμοστικότητα διατηρούν βασικές λειτουργίες του συστήματος. Ωστόσο, η ανάλυση ανέδειξε σοβαρά ερευνητικά κενά, καθώς η πλειονότητα των μελετών εστιάζει στις οργανωτικές μεταρρυθμίσεις και όχι στις εφαρμοσμένες παρεμβάσεις φροντίδας. Προτείνεται σε μελλοντικές έρευνες να διευρυνθεί η βάση δεδομένων αναζήτησης (π.χ. Web of Science) και να δοθεί έμφαση στις επιπτώσεις των μεταρρυθμιστικών σχεδίων στην ποιότητα και προσβασιμότητα της ψυχιατρικής φροντίδας. Παράλληλα, κρίνεται σκόπιμη η διερεύνηση της εμπειρίας των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας στο πεδίο, ώστε να αναδειχθούν οι πραγματικές διαστάσεις αποτελεσματικότητας και ανθρωποκεντρικότητας των συστημάτων.

ABSTRACT

Comparative Analysis of Psychiatric Care in Sweden and Greece

Eirini Alexiou¹, Evangelos Fradelos²

¹Medical Student, Department of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki

²Associate Professor, Laboratory of Clinical Nursing, Department of Nursing, University of Thessaly

This paper presents a comparative analysis of psychiatric care in Sweden and Greece, focusing on their historical trajectories, major mental health reforms, systemic crises, and future prospects. Although both countries share similar population sizes, they differ substantially in terms of policy direction, organizational structure, and approach to mental illness. Sweden's long-standing investment in deinstitutionalization and community-based psychiatry has promoted higher standards of care and inclusivity. Conversely, Greece's efforts have been repeatedly stalled by political and economic crises, delaying key reform programs such as "Psychargos." The review highlights the urgent

need for enhanced community mental health services, better training of healthcare professionals, and sustained political commitment. The post-COVID-19 rise in mental health disorders further underscores the need for proactive mental health strategies centered on prevention, early intervention, and social reintegration.

Key-words: *Psychiatric care, mental health, reform, Sweden, Greece, Psychargos*

✉ **Corresponding Author:** Evangelos Fradelos, tel.: +302410684453, e-mail: evangelosfradelos@hotmail.com, efradelos@uth.gr

Βιβλιογραφία

- Choi K, Heilemann M, Fauer A, Mead M. A Second Pandemic: Mental Health Spillover From the Novel Coronavirus (COVID-19). *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2020;26(4):340-343.
- World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. In *Suicide worldwide in 2019: global health estimates 2021*.
- Østervang C, Geisler Johansen L, Friis-Brixen A, Myhre Jensen C. Experiences of nursing care for patients who self-harm and suggestions for future practices: The perspectives of emergency care nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2021;31(1):70-82.
- Glick D, Sharfstein S, Schwartz I. Inpatient Psychiatric Care in the 21st Century: The Need for Reform. *Psychiatric Services*. 2011;62(2):206–209.
- Ivbijaro G, Funk M. No mental health without primary care. *Mental Health in Family Medicine*. 2008;5(3):127-8.
- Silfverhielm H, Kamis-Gould E. The Swedish Mental Health System. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000;23(3-4):293-307.
- Christodoulou N, Kollias K. Current challenges for psychiatry in Greece. *BJPsych International*. 2018;16(03):60-61.
- Wetterberg L. History of psychiatry in Sweden during a millennium. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2011;66(1):42-53.
- McCracken L, Badinlou F, Buhman M, Brocki K. Psychological impact of COVID-19 in the Swedish population: Depression, anxiety, and insomnia and their associations to risk and vulnerability factors. *European Psychiatry*. 2020;63(1).
- Στυλιανίδης Σ, Θεοχαράκης Ν, Χονδρός Π. Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. *Αρχαιολογία & Τέχνες*. 2007,105.
- Kourkouta L. Ancient Greek psychotherapy for contemporary nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2002;40(8):36-9.
- Lefer J. The Psychoanalyst at the Medical Bedside. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 2006;34(1):75-81.
- Margolis G. Hypnotic trance. The old and the new. *Primary Care Respiratory Journal*. 1997;24(4):809-23.
- Θεοχαράκης Ν. Ψυχολογία του βάρους και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών στο Βυζάντιο. Ακαδημ. Διδ. Διατρ. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. 2001
- Arvidsson H, Ericson B. The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2005;59(3):186-192.
- Hadlaczky G, Stefenson A, Wasserman D. The state of psychiatry in Sweden. *International Review of Psychiatry*. 2012;24(4):356-362.
- Fjellfeldt M. Developing mental health policy in Sweden: a policy analysis exploring how a complex societal challenge was consigned to individual citizens to solve. *Nordic Social Work Research*. 2021;1-17.
- Douzenis A, Michopoulos I, Economou M, Rizos E, Christodoulou C, Lykouras L. Involuntary admission in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010;58(2):172-177.
- Αργυριάδης Α. Η πολιτισμική κατασκευή του ψυχοπαθή στην σύγχρονη Ελλάδα: μια ιστορική και εθνογραφική προσέγγιση. Ακαδημ. Διδ. Διατρ. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. 2014. <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/34830?lang=el#page/1/mode/2up>
- Madianos M. The adventures of psychiatric reform in Greece: 1999–2019. *BJPsych International*. 2019;17(2):26-28.
- Ludvigsson J. The first eight months of Sweden's COVID-19 strategy and the key actions and actors that were involved. *Acta Paediatrica*. 2020;109(12):2459-2471.
- Christodoulou N, Kollias K. Current challenges

- for psychiatry in Greece. *BJPsych International*. 2018;16(03):60-61.
23. Fountoulakis K, Apostolidou M, Atsiova M, Filippidou A, Florou A, Gousiou D et al. Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *Journal of Affective Disorders*. 2021;279:624-629.
 24. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis V, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;88:901-907.
 25. HAGLUND K, van der MEIDEN E, von KNORRING L, von ESSEN L. Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007;14(1).
 26. jellfeldt M. One new policy: A variety of applications—The implementation processes of a new mental health policy in Sweden. *Social Policy & Administration*. 2019;54(5):733-748. <https://5dok.org/document/myje9w5q-policy-variety-applications-implementation-processes-mental-health-sweden.html> doi:10.1111/spol.12572
 27. Lindblad A, Helgesson G, Sjöstrand M. Towards a palliative care approach in psychiatry: do we need a new definition?. *Journal of Medical Ethics*. 2018;45(1):26-30.
 28. Ludvigsson J. The first eight months of Sweden's COVID-19 strategy and the key actions and actors that were involved. *Acta Paediatrica*. 2020;109(12):2459-2471.
 29. Rondung E, Leiler A, Meurling J, Bjärtå A. Symptoms of Depression and Anxiety During the Early Phase of the COVID-19 Pandemic in Sweden. *Frontiers in Public Health*. 2021;9.
 30. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou L, Stefanis C. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *The Lancet*. 2011;378(9801):1459.
 31. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis V, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;88:901-907.
 32. Missouridou E, Fradelos E, Kritsiotakis E, Mangoulia P, Segredou E, Papathanasiou I. Containment and therapeutic relationships in acute psychiatric care spaces: the symbolic dimensions of doors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1).
 33. Missouridou E, Xiarhou P, Fradelos E, Mangoulia P, Kasidi K, Kritsiotakis M et al. Nurses' Experiences of Psychiatric Care in Acute Care Units with an Open Door Policy. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2021;1337:127-135.
 34. Missouridou E, Xiarhou P, Fradelos E, Mangoulia P, Kasidi K, Kritsiotakis M et al. Nurses' Experiences of Psychiatric Care in Acute Care Units with an Open Door Policy. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2021;1337:127-135.